



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ**
UNIVERSITY OF PATRAS

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ »**

ΚΛΟΥΚΙΝΑ ΧΑΙΔΩ

**ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ ΧΡΥΣΟΥΛΑ**

ΠΑΤΡΑ, 2020

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην εποπτεύουσα
καθηγήτριά μου κυρία Παπανδρέου Χρυσούλα για τη πολύτιμη συμβολή
και τη βοήθεια της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί μια διαταραχή η οποία επηρεάζει κατά κύριο λόγο τις γυναίκες ιδιαίτερα όταν βρίσκονται στην εφηβική ηλικία. Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν και δύναται να εμφανίσουν μια τέτοια κατάσταση μπορεί να είναι οικογενειακοί, κοινωνικοπολιτιστικοί, ψυχολογικοί κλπ. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα πρότυπα τα οποία προβάλλονται από τα Μ.Μ.Ε. Η διάγνωση πραγματοποιείται στους ασθενείς οι οποίοι θεωρούν ότι είναι υπέρβαροι και αρνούνται να διατηρήσουν το βάρος τους σε φυσιολογικά επίπεδα. Πολύ σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή και στην πρόληψη αλλά και στην αντιμετώπιση της συγκεκριμένης διαταραχής και γι αυτό το λόγο θα πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένος και να διακατέχεται από τις κατάλληλες γνώσεις.

Σκοπός: Η παρούσα έρευνα έχει σαν σκοπό τη διερεύνηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά τη ψυχογενή ανορεξία.

Συμπεράσματα: Το άτομο με ψυχογενή ανορεξία κυριαρχείται από τη διάθεση εξαγωγής φαγητού προκειμένου να μην πάρει βάρος, παρά το γεγονός ότι το σωματικό του βάρος κυμαίνεται κάτω από τα κατώτερα όρια του φυσιολογικού για την ηλικία, το φύλο και το ύψος .

Λέξεις κλειδιά: ψυχογενής ανορεξία, διατροφή, νοσηλευτική, ψυχολογία

SUMMARY

Introduction: Anorexia nervosa is a disorder that mainly affects women especially when they are in their teens. The factors that influence and may show such a situation can be family, socio-cultural, psychological, etc. An important role is played by the standards that are projected by the media. The diagnosis is made in patients who consider themselves overweight and refuse to maintain their weight at normal levels. The role of the nurse is very important in the prevention and treatment of this disorder and for this reason he should be well trained and possessed of the appropriate knowledge.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the literature on anorexia nervosa.

Conclusions: The person with anorexia nervosa is dominated by the refusal to eat in order not to gain weight, despite the fact that his body weight is below the normal limits for age, gender and height.

Keywords: bulimia nervosa, diet, nursing, psychology

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
SUMMARY	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
Α΄ ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	11
ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	11
1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	11
1.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	15
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	15
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	15
2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	16
2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗΣ.....	18
2.3.1 Βιολογικοί και Ψυχολογικοί	19
2.3.2 Οικογενειακοί.....	20
2.3.3 Κοινωνικοπολιτιστικοί Παράγοντες	21
2.3.4 Εκλυτικοί Παράγοντες	21
2.3.5 Επιβαρυντικοί Παράγοντες	22
2.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	22
2.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	31
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	31
3.1 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	31
3.2 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	31
3.3 ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	31
3.4 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	32

3.5. ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ.....	33
3.5.1. ΟΣΤΕΟΠΕΝΙΑ-ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ.....	33
3.5.2 ΆΛΛΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ	34
3.6. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ	34
3.6.1. Υποκαλιαιμία	35
3.6.2. Υπομαγνησιαιμία	35
3.6.3. Υποφωσφαταιμία	35
3.7. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	35
3.8. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΑΜΥΝΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	36
3.9. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	36
3.10. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ.....	37
3.11. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	37
Β ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	39
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	39
4.1 ΚΩΔΙΚΑΣ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	39
4.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	41
4.3 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	43
4.4 ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	44
4.5 ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	46
4.6 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	48
4.7 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	50
4.8 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	52
4.9 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	55

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ	55
5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	55
5.2 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ.....	62
5.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1	64
5.3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2	70
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	76

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νευρική ανορεξία υπάγεται στις λεγόμενες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ.

Επίσης, παρά το γεγονός ότι το σωματικό του βάρος είναι κάτω από τα όρια του φυσιολογικού, το άτομο διακατέχεται από έντονο φόβο ότι θα πάρει βάρος. Έτσι, λοιπόν, βρίσκεται συνεχώς στην προσπάθεια να χάσει περισσότερο βάρος. Ακολουθεί αυστηρές δίαιτες, παραλείπει γεύματα, συχνά γυμνάζεται εντατικά, καταφεύγει στον αυτοπροκαλούμενο εμετό και χρησιμοποιεί καθαρτικά και διουρητικά με στόχο την απώλεια βάρους.

Παρά το γεγονός ότι πραγματοποιούνται περαιτέρω ενέργειες ώστε να αντιμετωπιστούν όσο γίνεται πιο αποτελεσματικά τα περιστατικά της νευρικής ανορεξίας τόσο από το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και από την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα ωστόσο συνεχίζει να αποτελεί τη μάλιστα της σύγχρονης εποχής με αύξηση των κρουσμάτων. Γι αυτό το λόγο θα πρέπει να ληφθούν περαιτέρω μέτρα προκειμένου να υπάρξει μείωση εμφάνισης νέων περιστατικών.

Α΄ ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Δεν είναι ιδιαίτερα εύκολο να αποδοθεί ένας ακριβής ορισμός που να εκφράσει με σαφήνεια τις διατροφικές διαταραχές. Αυτό συμβαίνει διότι η θεραπευτική αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών δεν αφορά μόνο τη Νευρική Ανορεξία ή τη Νευρογενή Βουλιμία. Ωστόσο όμως, η διεθνής βιβλιογραφία ορίζει τις διατροφικές διαταραχές ως: *«μια επίμονη διαταραχή της διατροφής ή της σχετιζόμενης με τη διατροφή συμπεριφοράς, η οποία έχει σε σημαντικό βαθμό αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική υγεία ή την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου»* (Καλαντζή-Αζίζι, 2003).

Στον συγκεκριμένο ορισμό περιλαμβάνονται όλες οι διατροφικές διαταραχές οι οποίες δεν σχετίζονται μόνο με τη Νευρογενή Ανορεξία ή Νευρογενή Βουλιμία αλλά και με άλλες διαταραχές διατροφής οι οποίες είναι άξιες μελέτης. Οι συγκεκριμένες διαταραχές είναι γνωστές με την ονομασία «Άτυπες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής» (Μαδιανός, 2004).

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι η λέξη «άτυπες» δεν χρησιμοποιείται υποτιμητικά δίνοντας ιδιαίτερη σημασία μόνο στις «τυπικές» Διατροφικές διαταραχές καθώς αποτελεί αναμφισβήτητο γεγονός ότι τα περισσότερα άτομα υποφέρουν από αυτού του είδους τις διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με στοιχεία που έχουν έρθει στη δημοσιότητα παρατηρείται ότι τα ποσοστά επιπολασμού των «άτυπων» μορφών διατροφικών διαταραχών βρίσκονται σε υψηλότερα επίπεδα από αυτά των «τυπικών» (Χριστοδούλου, 2000).

Στη συνέχεια, αξίζει να αναφερθούν ορισμένα παραδείγματα των «άτυπων» μορφών προκειμένου να γίνει περισσότερο κατανοητή η έννοια τους. Αρχικά, ένα πολύ τρανταχτό παράδειγμα είναι η ιδιαίτερη σημασία που δίνει το γυναικείο φύλο στο σωματικό βάρος και στην εμφάνιση του. Οι «σκληρές» δίαιτες αποτελούν ένα μέσο για να επιτευχθεί ο στόχος τους με αποτέλεσμα την διατήρηση του βάρους τους σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Το γεγονός ότι πολλές από αυτές τις γυναίκες δεν παρουσιάζουν αμηνόρροια δεν μπορούν να διαγνωστούν με Νευρογενή Ανορεξία (Makino et al., 2004).

Στη συνέχεια, το δεύτερο παράδειγμα αφορά τα άτομα τα οποία παρουσιάζουν υπερφαγικά επεισόδια. Τα συγκεκριμένα επεισόδια, τις περισσότερες φορές συνοδεύονται και από εμετούς που προκαλούν τα ίδια τα άτομα. Το γεγονός ότι τα υπερφαγικά επεισόδια μπορεί να συμβαίνουν 2 φορές την εβδομάδα δεν μπορεί να διαγνωστεί Νευρογενής Βουλιμία.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί άλλο ένα παράδειγμα, που αφορά μία «άτυπη» μορφή Διατροφικής Διαταραχής που ονομάζεται «Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας». Η συγκεκριμένη μορφή παρατηρείται συνήθως σε άτομα που έχουν πρόβλημα παχυσαρκίας και χρήζουν θεραπευτικής αντιμετώπισης. Χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι τα υπερφαγικά επεισόδια όπως και στη Νευρογενή Βουλιμία χωρίς όμως να συνοδεύονται από άλλου είδους συμπεριφορές όπως είναι οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί (Χριστοδούλου, 2000).

1.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής όπως είναι η Νευρογενής Βουλιμία και η Νευρογενής Ανορεξία συναντώνται έντονα από τη δεκαετία του 1970 και έπειτα χωρίς αυτό να σημαίνει ότι προγενέστερα δεν υπήρχαν τέτοιου είδους περιστατικά. Στη σύγχρονη εποχή παρατηρείται ότι τα περιστατικά και των δύο αυτών διαταραχών παρουσιάζουν μία συνεχή αύξηση και γι αυτό το λόγο η επιστημονική κοινότητα ασχολείται, μελετά και αναλύει το συγκεκριμένο φαινόμενο όλο και περισσότερο (Καλαντζή-Αζίζι, 2003).

Αξίζει να αναφερθεί ότι για πρώτη φορά μετά το 1980 περιγράφονται με ιατρικούς όρους η Νευρογενής Ανορεξία και η Νευρογενής Βουλιμία και θεωρούνται από το DSM μια υποκατηγορία διαταραχών, οι οποίες μπορεί να εκδηλωθούν στην εφηβική αλλά ακόμα και στην παιδική ηλικία. (Μαδιανός, 2004).

Το σκηνικό αλλάζει και η επιστημονική κοινότητα δείχνει ακόμα πιο έντονο το ενδιαφέρον της με την έκδοση του DSM IV όπου εντάσσονται οι συγκεκριμένες διαταραχές στις διαγνωστικές κατηγορίες. Άλλος ένας παράγοντας που έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην έντονη ενασχόληση της επιστημονικής κοινότητας απέναντι σε αυτό το φαινόμενο ήταν η ραγδαία αύξηση των περιστατικών ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που εμφανίζουν Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής διαγιγνώσκεται είτε με Νευρογενή Ανορεξία είτε με Νευρογενή Βουλιμία. Το

χειρότερο από όλα αυτά όμως είναι ότι ένα αυξημένο ποσοστό αυτών των ασθενών είναι εφηβικής ηλικίας. Στις διαγνωστικές κατηγορίες έχει συμπεριληφθεί επίσης τα τελευταία χρόνια και η «άτυπη» μορφή διατροφικής διαταραχής που προαναφέρθηκε η «Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας (Makino et al., 2004).

Όσον αφορά την ταξινόμηση των διαταραχών, παρατηρούνται στον παρακάτω πίνακα επιμέρους διαγνώσεις, έτσι όπως αυτές προσδιορίζονται στις μέρες μας σύμφωνα με τα αναθεωρημένα ταξινομικά συστήματα.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την 10^η έκδοση του Διεθνούς Ταξινομικού Συστήματος Νόσων και Συνδεόμενων Προβλημάτων Υγείας, οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής ταξινομούνται στα «*Σύνδρομα Συμπεριφοράς που συνδέονται με διαταραχές των φυσιολογικών λειτουργιών και με σωματικούς παράγοντες*» (Μαδιανός, 2004).

Σύμφωνα με το Σύστημα της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, οι εν λόγω διαταραχές ταξινομούνται σε μια κατηγορία που ονομάζεται «Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής». Στα προβλήματα που δημιουργούνται στις Διατροφικές Διαταραχές εκτός από την μεταβολή στο βάρος περιλαμβάνονται και τα παθολογικά αλλά και τα ψυχολογικά τα οποία κατά κύριο λόγο αφορούν τον τρόπο που αντιλαμβάνεται το άτομο το σώμα του και το αποδέχεται. Σε αυτή την κατάσταση συνυπάρχουν ο φόβος και το άγχος για το σωματικό βάρος που επιδεινώνουν το πρόβλημα (McElroy et al., 2006).

Η σοβαρότερη μορφή των «Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής» και αυτή που παρουσιάζεται συνηθέστερα και δημιουργεί περισσότερα προβλήματα στον οργανισμό του ατόμου αλλά και στον ψυχικό του κόσμο είναι η Νευρογενής Ανορεξία.

Το κυριότερο χαρακτηριστικό αυτής της μορφής είναι το μειωμένο βάρος σε επίπεδα πολύ κάτω από τα φυσιολογικά. Το άτομο προσπαθεί συνεχώς να διατηρείται αδύνατο, κατακλύζεται από έντονο άγχος και φόβο ότι θα «πάρει» κιλά και θα γίνει παχύσαρκο με αποτέλεσμα να προβαίνει σε «σκληρές» δίαιτες, να αρνείται να φάει και να καταλήγει σε απίσχναση. Το άτομο που προβαίνει σε αυτή τη διαδικασία για την μείωση του βάρους του σύμφωνα με το DSM-IV αποτελεί τον Περιοριστικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας (McElroy et al., 2006).

Υπάρχει και ένας δεύτερος τύπος ο οποίος ονομάζεται Καθαρτικός Τύπος και αποτελεί το άτομο που εκδηλώνει αντισταθμιστικές συμπεριφορές μετά από ένα επεισόδιο υπερφαγίας ή μετά από ένα κανονικό γεύμα. Στη συνέχεια, η Νευρογενής

Βουλιμία, αποτελεί μια άλλη Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής η οποία έχει σαν χαρακτηριστικό τα επεισόδια υπερφαγίας τα οποία συνοδεύονται από ανισόροπες συμπεριφορές όπως είναι οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί. Παρεμφερή χαρακτηριστικά παρατηρούνται και στον Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας. Μόλις εκδηλώνονται τα επεισόδια υπερφαγίας, το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του με αποτέλεσμα αυτή τη συμπεριφορά. Επίσης άλλο ένα χαρακτηριστικό, όπως προαναφέρθηκε είναι και η πρόκληση εμετών από το ίδιο το άτομο προκειμένου να διατηρήσει το βάρος του και να μην αυξηθεί. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου χρησιμοποιούνται και καθαρτικά. Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι πριν από την εκδήλωση επεισοδίων υπερφαγίας υπάρχει μια περίοδος δίαιτας που σχετίζεται με την μειωμένη λήψη τροφής (Χριστοδούλου, 2000).

Στις κατηγορίες διάγνωσης, όπως προαναφέρθηκε βρίσκεται και η Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας. Το βασικότερο χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης μορφής είναι τα επεισόδια υπερφαγίας τα οποία δεν συνοδεύονται από ανεξέλεγκτες συμπεριφορές. Αυτή είναι και η διαφορά που παρατηρείται με τη διαταραχή της Νευρογενούς Βουλιμίας.

Τέλος, στις κατηγορίες των διατροφικών διαταραχών περιλαμβάνονται και οι διαταραχές που δεν μπορούν να προσδιοριστούν διαφορετικά και ονομάζονται «Not Otherwise Specified» ή «NOS», καθώς δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια για κάποιες από τις προαναφερθείσες κατηγορίες (Χριστοδούλου, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Το κύριο σύμπτωμα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η ακατάσχετη τάση για μείωση του σωματικού βάρους μέσω αυτοπροκαλούμενης ασιτίας και η έντονη ανησυχία ότι το άτομο θα πάρει βάρος, ακόμη και στην περίπτωση που δεν είναι πιθανό να γίνει (Lask et al., 2000).

Η διαταραχή αυτή ακολουθείται από ραγδαία απώλεια βάρους που προκαλείται και διατηρείται με τη βούληση του ίδιου τον πάσχοντα. Η μείωση του σωματικού βάρους πραγματοποιείται με πολλούς τρόπους, τέτοιοι είναι:

- η δίαιτα
- η αποφυγή «παχυντικών» τροφών
- η υπερβολική και εντατική γυμναστική
- η πρόκληση εμετού μετά από γεύματα
- η χρήση καθαρτικών
- η χρήση διουρητικών φαρμάκων
- η χρήση κατασταλτικών της όρεξης (ανορεξιογόνων) (Crisp, 1997).

Η ψυχογενής ανορεξία θεωρείται ως μια επιλογή για την αντιμετώπιση της ζωής μέσω της παρεμπόδισης της ανάπτυξης αλλά όχι -μέσω της ασιτίας- πορεία προς τον θάνατο. Είναι όμοια με τη λύση στην οποία προσφεύγει το άτομο με σκοπό να υπερβεί τα διάφορα προβλήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπο και τα οποία δείχνουν να μην έχουν λύση. Έτσι αντικατοπτρίζει με γλαφυρό τρόπο τη εσωτερική μάχη που διαδραματίζει ως προς την εξάρτηση, την αυτονομία και τον έλεγχο.

Τα άτομα με ανορεξία τρομοκρατούνται έχοντας τη σκέψη ότι θα χάσουν τον έλεγχο και του συγκεκριμένου φόβου, η διατροφή τους καθώς και η απώλεια βάρους γίνονται μείζονος σημασίας θέμα για αυτούς. Αυτό είναι ακράδαντη απόδειξη, για το γεγονός ότι υπάρχει ένας τομέας της ζωής τους, τον οποίο είναι ικανοί να ελέγξουν, έτσι ώστε καταφέρνοντας να χάσουν βάρος, αντιμετωπίζουν τη υπαρκτή εσωτερική φοβία τους μήπως τυχόν αποτύχουν. Ο τρόπος ζωής των ατόμων με ανορεξία είναι συσχετισμένος με την έλλειψη αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης ο οποίος ακολουθείται από υψηλές προσδοκίες και τελειομανία.

Η ψυχογενής ανορεξία δεν θεωρείται ως πανάκεια ή ως μια εντατική προσπάθεια για μείωση του βάρους είτε μια ψευδαίσθηση για αδύνατο και όμορφο σώμα, αλλά συνεπιφέρει και γίνεται μέρος μιας ολοκληρωτικής ανάγκης που δημιουργείται στον ασθενή για ψυχολογική επιβίωση (Agras, 2016).

Η Ψυχογενής ανορεξία εκδηλώνεται με δύο διαφορετικούς τύπους:

A) Ανορεξία στερητικού τύπου (restricting type): Ο στερητικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από μια παρατεταμένη και αυστηρή αποχή από το φαγητό. Οι ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου συνήθως χαρακτηρίζονται από περισσότερη εσωστρέφεια κι αρνούνται να παραδεχτούν πως νιώθουν πείνα και άγχος.

B) Ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου (binge eating/purging type): Ο υπερκαταναλωτικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από σποραδικά επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθούνται από τεχνητή πρόκληση εμετού. Οι ασθενείς με ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου χαρακτηρίζονται από εξωστρέφεια, αναφέρουν συχνότερα άγχος, κατάθλιψη κι ενοχές και παραδέχονται πως έχουν έντονη όρεξη.

2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Τα κριτήρια για την διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής, σύμφωνα με το DSM IV, είναι τα ακόλουθα: (Serrano-Troncoso et al., 2017)

- Η μη αποδοχή του ατόμου να διατηρεί το σωματικό του βάρος πάνω από το ελάχιστο κανονικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του. Το άτομο συντηρεί ή προσπαθεί να συντηρήσει το σωματικό του βάρος γύρω στο 85% του φυσιολογικού ή πιο κάτω από αυτό το ποσοστό. Αυτός είμαι και ο λόγος που κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του ατόμου δεν έχει το συνιστώμενο βάρος για την ηλικία του ούτε το ύψος του αλλά διατηρεί ένα βάρος το οποίο είναι γύρω στο 85% του συνιστώμενου ή και μικρότερο.
- Το αίσθημα έντονου φόβου που έχει το άτομο για να μην αυξήσει το βάρος ή να παχύνει, ακόμα και στην περίπτωση που το βάρος του είναι μικρότερο από τα φυσιολογικά επίπεδα.

- Η διαταραχή στον τρόπο που το άτομο νιώθει καθώς και καταλαβαίνει το βάρος και το περίγραμμα του σώματος του. Το άτομο αντιμετωπίζει με άρνηση τη σοβαρότητα της κατάστασης λόγω του πάρα πολύ μικρού βάρους. Αξιολογεί δε αδικαιολόγητα υπερβάλλοντας για το βάρος και το περίγραμμα του σώματός του, σε περιπτώσεις αξιολόγησης του εαυτού του.
- Σε γυναίκες που έχει αρχίσει η έμμηνος ρύση τους, σε περίπτωση που παρουσιαστεί απουσία το λιγότερο τριών συνεχόμενων κύκλων έμμηνης ρύσης (η αμηνόρροια ορίζεται εάν οι περίοδοι μιας γυναίκας έρχονται αυστηρά μετά από λήψη ορμονών όπως τα οιστρογόνα.

Ακολουθεί η αναφορά των διαγνωστικών κριτηρίων της Ψυχογενούς Ανορεξίας: (Serrano-Troncoso et al., 2017)

- Το σωματικό βάρος διατηρείται το λιγότερο γύρω στο 15% κάτω του φυσιολογικού, είτε λόγω μείωσης του είτε λόγω του γεγονότος ότι ποτέ δεν ήταν ανάλογο, είτε λόγω του ότι ο δείκτης μάζας σώματος κατά Quetelet είναι κάτω του 17,5. Σε ασθενείς της προεφηβικής ηλικίας, είναι πιθανόν να παρουσιάζεται αδυναμία στην επίτευξη της αναμενόμενης για την ηλικία τους αύξηση του σωματικού τους βάρους.
- Η απώλεια βάρους είναι αποτέλεσμα της μη κατανάλωσης «παχυντικών τροφών». Είναι πιθανό επίσης το γεγονός να συνοδεύεται με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: (Kandemir et al., 2017)
 - υπερβολική σωματική άσκηση
 - αυτοπροκαλούμενοι έμετοι
 - αυτοπροκαλούμενες κενώσεις με καθαρτικές ουσίες
 - χρήση φαρμάκων που καταστέλουν την όρεξη ή / και διουρητικών.
- Αλλαγή της εικόνας που έχει ο ασθενής για τον εαυτό του υπό τη μορφή ειδικής ψυχοπαθολογίας, όπου ο φόβος για αύξηση του βάρους υπάρχει ως παρεμβλητή, ιδέα την οποία ο ασθενής αξιολογεί υπέρμετρα και εξαναγκάζει τον εαυτό να διατηρεί ένα πολύ χαμηλό επίπεδο σωματικού βάρους.
- Παρατηρείται ευρείας κλίμακας ενδοκρινική διαταραχή, στο υποθαλαμο-υποφυσιογοναδικό άξονα που κατά κύριο λόγο παρουσιάζεται στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως μείωση της σεξουαλικής διάθεσης.

Επιπροσθέτως είναι πιθανή η ύπαρξη πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα αυξητικής ορμόνης καθώς και κορτιζόλης, διαφοροποιήσεις στον περιφερικό μεταβολισμό των

ορμονών του θυρεοειδούς και δυσλειτουργία στην έκκριση ινσουλίνης (Kandemir et al., 2017).

- Στην περίπτωση που η ψυχογενής ανορεξία κάνει την εμφάνιση της στη διάρκεια της προεφηβικής ηλικίας, η αναμενόμενη ανάπτυξη του ασθενούς κατά την εφηβεία καθυστερεί ή αναβάλλεται (η ανάπτυξη του ανθρώπου σταματά, στα κορίτσια όταν οι μαστοί σταματήσουν να αναπτύσσονται και συνοδεύονται με πρωτογενής αμηνόρροια και στα αγόρια όταν τα γεννητικά τους όργανα μείνουν στην παιδικές διαστάσεις). Με την ολοκλήρωση της θεραπείας, η ήβη συχνά ολοκληρώνεται φυσιολογικά, αλλά η αρχή της εμμηνου ρύσης αργεί να έρθει.

Συγκεκριμένα στο DSM-IV παρουσιάζονται οι δυο υποκατηγορίες της Ψυχογενούς Ανορεξίας: (Serrano-Troncoso et al., 2017)

- Περιοριστικός Τύπος (Αμιγής Ψυχογενής Ανορεξία): Σε αυτή τη διαταραχή ο ασθενής δεν πραγματοποιεί υπερφαγία ή προσπαθεί να αποβάλει την τροφή που λαμβάνει (χρήση καθαρτικών ή διουρητικών, έμετοι που προκαλεί μόνος του)
- Βουλιμικός Τύπος ή Υπερφαγικός-Καθαρτικός Τύπος (Βουλιμική Ψυχογενής Ανορεξία): Σε αυτή τη διαταραχή ο ασθενής πραγματοποιεί υπερφαγία η οποία συνοδεύεται με χρήση καθαρτικών ή διουρητικών.

2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗΣ

Από τους παράγοντες προδιάθεσης, ο ρόλος των Ατομικών (Βιολογικών και Ψυχολογικών) των Οικογενειακών και των Κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων, πιστεύεται ότι ποικίλει στον ετερογενή πληθυσμό των συγκεκριμένων ασθενών. Οι Εκλυτικοί παράγοντες της διαταραχής δεν έχουν διευκρινισθεί τελείως, εξαιρουμένης της δίαιτας η οποία είναι ένα σταθερό πρότυπο γεγονός.

Η πιο αξιοσημείωτη εξέλιξη τη συγκεκριμένη στιγμή αναφέρει ότι η ασιτία από μόνη της συντελεί στην συνέχιση και συντήρηση της νόσου μέσω των βιολογικών και ψυχολογικών επακόλουθων που προκαλεί (Agras, 2016).

2.3.1 Βιολογικοί και Ψυχολογικοί

Μετά από πολλές έρευνες συμπεραίνεται ότι η ψυχοσύνθεση των ανορεκτικών ασθενών προτού νοσήσουν αναλύεται σε συναισθηματική αδυναμία καθώς και σε ιδιαίτερη γνωσιακή συγκρότηση.

Ψυχικά τραύματα ενδέχεται να σχετίζονται με:

- πιθανή σεξουαλική κακοποίηση,
- μια φυσική ευαισθησία που φέρει το άτομο από τα παιδικά του χρόνια όπως:
 - ιστορικό λοιμώξεων
 - ιστορικό σπασμών
 - χαμηλό βάρος γέννησης
 - γαστρεντερικές διαταραχές.
- τάση για γρηγορότερη ανάπτυξη (Serrano-Troncoso et al., 2017).

Αυτοί είναι παράγοντες που ενδέχεται να περιλαμβάνονται στο ιατρικό ιστορικό των ανορεκτικών ασθενών.

Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε διδύμους τονίζουν τη σημασία του γενετικού παράγοντα ο οποίος σχετίζεται με την εμφάνιση ψυχογενούς ανορεξίας. Στις συγκεκριμένες έρευνες αυτό φαίνεται να υπερβαίνει το 50% για τους μονοζυγωτικούς διδύμους και είναι μικρότερο από το 10% για τους διζυγωτικούς διδύμους (Agras, 2016).

Τα συμπεράσματα καταλήγουν στην ύπαρξη γενετικού παράγοντα ο οποίος σε συνδιασμό με μια ταυτόχρονη ευαισθησία και δημιουργεί την τάση για παχυσαρκία καθώς και μπορεί να οδηγήσει σε φαινόμενα ψυχογενούς ανορεξίας.

Οι διαταραχές που παρουσιάζονται στον ασθενή σε διάφορα συστήματα του κατά κύριο λόγο, είναι δευτεροπαθείς και προκαλούνται λόγω της ασιτίας. Η αμηνόρροια κάνει τη εμφάνιση της σε ένα μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων πριν από μεγάλες μειώσεις σωματικού βάρους όπως και ο μη φυσιολογικός για την εκάστοτε ηλικία, τρόπος έκκρισης των γοναδοτροπινών ο οποίος συνεχίζει να πραγματοποιείται σε ένα μεγάλο αριθμό των ασθενών αν και έχουν ξανά το φυσιολογικό τους βάρος.

Συγκριτικά με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές στην ψυχογενή ανορεξία υπάρχει και η παρουσία κατάθλιψης ή ορισμένων συμπτωμάτων της, προτού ξεκινήσει η νόσος, εν μέσω της οξείας φάσης της καθώς και μετέπειτα από την

ύφεση, αφήνοντας ως κατάλοιπο μια Μείζονα Κατάθλιψη που αγγίζει το 70% των ασθενών (Richards et al., 2017).

2.3.2 Οικογενειακοί

Μια πλειάδα αναλύσεων στον τομέα της ψυχογενούς ανορεξίας παρατηρούν ότι ένας βασικός παράγοντας είναι ο παθογενετικός παράγοντας της οικογένειας. Η διαταραχή είναι πιθανό σε μερικές περιπτώσεις να διαδραματίσει ένα σταθεροποιητικό ρόλο στην οικογένεια. Η παθολογία της οικογένειας σε ορισμένες περιπτώσεις έγκειται ως αποτέλεσμα της διαταραχής καθώς και ένα αίτιο που την προκαλεί. Ωστόσο οι διατροφικές διαταραχές εμπεριέχουν μία οικογενειακή κατανομή. Έρευνες που σχετίζονται με το αντίκτυπο των διατροφικών διαταραχών σε οικογένειες που έχουν μέλη με ψυχογενή ανορεξία παρουσιάζουν ότι τα άτομα που διαθέτουν α' βαθμού συγγένεια με τους ασθενείς είναι πιο πιθανό ότι θα εμφανίζουν αντίστοιχες διατροφικές διαταραχές (Richards et al., 2017).

Αν και υπάρχουν ορισμένα όμοια χαρακτηριστικά στις οικογένειες που έχουν κάποιο ανορεκτικό άτομο, άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ όλων των οικογενειών, γεγονός που συμβαίνει και στην πιο λειτουργική. Δεν μπορεί να θεωρηθεί αποκλειστικά υπεύθυνη η οικογένεια για την ψυχογενή ανορεξία που ενδέχεται να εμφανίσει ένα μέλος της, ωστόσο πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι ορισμένοι παράγοντες που έχουν σχέση με την οικογένεια ενδέχεται να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας (Agras, 2016).

Οι γονείς των ανορεκτικών είναι συνήθως ιδιαίτερα απαιτητικοί από τα παιδιά τους. Έχουν μεγάλες προσδοκίες και θέλουν να είναι επιτυχημένα. Παραγνωρίζουν όμως το γεγονός ότι οι μεγάλες προσδοκίες για να εκπληρωθούν, πρέπει να ακολουθούνται από τη δική τους αγάπη και στοργή και στήριξη προς τα παιδιά ως άτομα.

Η έλλειψη στοργής και αγάπης την οποία δεν έχει νιώσει κανείς ως παιδί μπορεί να τον οδηγήσει σε ανορεκτικές τάσεις ως ενήλικο διότι αισθάνεται πως αποκτά αξία μέσα από επιτεύγματα της συγκεκριμένης συμπεριφοράς.

Το ανορεκτικό παιδί δεν έχει νιώσει συναισθήματα αγάπης ως άτομο. Έτσι νοιώθει ότι να αποκτά αξία, εξολοκλήρου από τα επιτεύγματά του όμως δεν νιώθει την ουσιώδη φροντίδα των γονέων του.

Αρκετοί ερευνητές αναφέρουν πως η ψυχογενής ανορεξία επέρχεται ως αποτέλεσμα συμβιβασμού έντονων καθώς και αντικρουόμενων αναγκών τόσο για εξάρτηση όσο και για αυτονομία. Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με νευρική ανορεξία είναι μέλη πολύ κλειστών οικογενειών, οι οποίες τείνουν να διατηρούν τα παιδιά, πάρα πολύ κοντά τους.

Το παιδί που θα εμφανίσει συμπτώματα ψυχογενούς ανορεξίας, αποσκοπεί στο να κάνει από μόνο του πράγματα και να αποδείξει ότι μπορεί να σταθεί και εκτός του οικογενειακού συνόλου αλλά ταυτόχρονα έχει αμφιβολίες και ενδοιασμούς για το αν κάτι τέτοιο είναι εφικτό, γεγονός που το στρέφει ξανά στα οικογενειακά πλαίσια σε μια αναζήτηση προστασίας και φροντίδας (Richards et al., 2017).

2.3.3 Κοινωνικοπολιτιστικοί Παράγοντες

Το γεγονός ότι ασκείται κοινωνική και πολύπλευρη πίεση για δίαιτα στους ανθρώπους οδηγεί στην παρουσία ψυχογενούς ανορεξίας, πράγμα το οποίο διαπιστώθηκε τελευταία. Η κακή εικόνα για το σώμα, και πιο συγκεκριμένα αυτή που έχουν οι γυναίκες των πιο αναπτυγμένων χωρών τις υποτάσσει σε αυστηρές δίαιτες οι οποίες λόγω της αυξημένης πίεσης που ασκούν στα άτομα τα οδηγούνται σε αρκετές περιπτώσεις σε διατροφικές διαταραχές.

Το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται και στην Ελλάδα. Παρατηρείται η άποψη ότι η ανορεξία από μόνη της γίνεται αποδεκτή από το κοινωνικό σύνολο και τα συμπτώματα που τη συνοδεύουν αντιμετωπίζονται ως συνηθισμένα χωρίς να συνδέονται με την παθολογία. Αυτό συμβαίνει γιατί αποδίδεται πολύ μεγάλη αξία και σημασία στο αδύνατο και καλλίγραμμο σώμα με ταυτόχρονη απόρριψη του παχύσαρκου σώματος ειδικά στις γυναίκες (Agras, 2016).

2.3.4 Εκλυτικοί Παράγοντες

Οι καταπιεστικές δίαιτες ενδέχεται να προξενήσουν ψυχογενή ανορεξία στα πιο ευάλωτα άτομα. Η εκάστοτε δίαιτα προτιμάται είτε λόγω του ότι το άτομο αισθάνεται συνήθως «βαρύ», είτε διότι πραγματοποιούνται διάφορα σχόλια από τρίτους. Η κατάθλιψη ενδέχεται να συμπεριλαμβάνεται στους βασικότερους παράγοντες σε αρκετές περιπτώσεις. Από τον Nielsen αναφέρεται πως η ψυχογενής ανορεξία παρουσιάζει μια εποχιακή μορφή εκδήλωσης, σαν αυτή των διαταραχών της διάθεσης και των αυτοκτονιών. Στην νευρική ανορεξία παρατηρείται ανεπάρκεια στην αντιμετώπιση των προβλημάτων διότι αυτή η ασθένεια κάνει την εμφάνιση σε

συνδυασμό με νέες εμπειρίες όπως η εφηβεία, η αλλαγή στέγης ή η εισαγωγή στην τριτοβάθμια εκπαίδευση (Micali et al., 2017).

2.3.5 Επιβαρυντικοί Παράγοντες

Οι ψυχοσωματικές επιπτώσεις που προκαλεί η ασιτία στους ασθενείς έχουν αποδειχθεί και από κλινικά μελέτες αλλά και από πειραματικές συνθήκες. Είναι απαραίτητο για την ανάλυση της ψυχογενούς ανορεξίας να τονισθούν δυο κύρια χαρακτηριστικά:

- τα συμπτώματα που μέχρι πρότινος θεωρούνταν ότι αντικατοπτρίζουν την πρωτοπαθή ψυχοπαθολογία, πλέον θεωρούνται ως απλά συμπτώματα σε ασθενείς με ασιτία ασχέτως του αιτίου που την προκάλεσε
- η ασιτία μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή σε δευτεροπαθή συμπτώματα που με την πάροδο του χρόνου μπορούν να συμβάλουν στην διαίωνιση της διαταραχής.

Έτσι, αν και η κατάθλιψη ενδέχεται να πιέσει τον ασθενή να ωθηθεί στη δίαιτα στοχεύοντας στην αποκατάσταση της αυτοεκτίμησης του, η ασιτία που δημιουργείται οδηγεί τον ασθενή σε επιπρόσθετη αποσταθεροποίηση της διάθεσης του. Η ασιτία αυξάνει την ενασχόληση του ασθενή με τα τρόφιμα που καταναλώνει δημιουργώντας αυξημένη ανάγκη για τον έλεγχο της πρόσληψής τους. Επιπροσθέτως παρουσιάζονται ψυχολογικοί, διαπροσωπικοί καθώς και πολιτιστικοί παράγοντες οι οποίοι συμβάλουν στη διατήρηση της διαταραχής (Agras, 2016).

2.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η απώλεια βάρους και η έντονη ενασχόληση με το σωματικό βάρος καθώς και τη σωματική διάπλαση αποτελούν τα βασικότερα συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας. Οι ασθενείς με ανορεξία κατέχονται από αίσθημα φόβου πως έχουν αυξημένο βάρος ή ενδέχεται να αυξηθεί. Στην καθημερινή ζωή τους, κύριο ρόλο κατέχουν οι θερμίδες, το φαγητό καθώς και η αποφυγή ορισμένων τροφίμων δημιουργώντας ένα πιο εσωστρεφή χαρακτήρα στα συγκεκριμένα άτομα και σε βάθος χρόνου παραγκωνίζοντας τα από το κοινωνικό σύνολο. Ενδέχεται να εμφανίσουν υπερδραστηριότητα σε συνδυασμό με ανησυχία, ενώ παρουσιάζεται και διακοπή της εμμήνου ρύσης στις γυναίκες. Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με νευρική ανορεξία υποφέρει επίσης και από συμπτώματα ασιτίας τέτοια είναι: (Micali et al., 2017)

- σοβαρή δυσκοιλιότητα
- κοιλιακοί πόνοι
- ζαλάδες
- πρήξιμο αστραγάλους
- πρήξιμο στο πρόσωπο
- πρήξιμο στο στομάχι

Επιπροσθέτως είναι πιθανή η εμφάνιση χνουδωτής τρίχωσης στο δέρμα του ασθενή και πτώσης των μαλλιών του. Επίσης λόγω της μείωσης της κυκλοφορίας του αίματος στο σώμα εμφανίζεται στους ασθενείς έντονη ευαισθησία στις χαμηλές θερμοκρασίες και την ξηρασία όπως και αποχρωματισμός του δέρματος.

Η κακή εκτίμηση που έχουν τα άτομα με νευρική ανορεξία για τον εαυτό τους καθώς και για τη ζωή τους συμβάλει στην αντίθεση τους στη λήψη βοήθειας. Ωστόσο τη στιγμή που οι ασθενείς θέσουν μια τάξη στις συναισθηματικές δυσκολίες που τους ταλανίζουν και διορθώσουν το διατροφικό τους πρόγραμμα, πλέον αρχίζουν να ανακάμπτουν με σταδιακούς ρυθμούς. Βάση των ιδιοτήτων του ανθρώπινου σώματος και των τεράστιων αποθεμάτων αντοχής που διαθέτει η πλειοψηφία των φυσιολογικές λειτουργιών του επανέρχονται, χωρίς να μένουν σημάδια του παρελθόντος (Agras, 2016).

Τα συμπτώματα της διαταραχής συνοψίζονται στη συνέχεια:

- i. Διαστρεβλωμένη αντίληψη για το σωματικό βάρος και τη σωματική διάπλαση.
- ii. Σοβαρή απώλεια βάρους (βάρος = 85% φυσιολογικού βάρους)
- iii. Υπερβολική σωματική άσκηση.
- iv. Τελειοθηρία και ψυχαναγκαστικότητα.
- v. Αυτοπροκαλούμενοι έμετοι και χρήση καθαρτικών ή διουρητικών.
- vi. Απομόνωση από κοινωνικό και οικογενειακό σύνολο.
- vii. Συναισθηματική αστάθεια, ευερεθιστότητα, κρίσεις θυμού.
- viii. Χνουδωτή τρίχωση του σώματος.
- ix. Διαταραχές στον ύπνο.
- x. Αμηνόρροια (μικρότερη ή ίση των 3 κύκλων).
- xi. Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας.
- xii. Μείωση της περιφερικής κυκλοφορίας.
- xiii. Μειωμένη αυτοεκτίμηση (Micali et al., 2017).

Παθολογικά Ευρήματα και Σημεία

Οι ασθενείς παρουσιάζουν υπερβολική μείωση του σωματικού τους βάρους και βρίσκονται σε κατάσταση ασιτίας. Επίσης παρουσιάζονται συμπτώματα όπως:

- ο αφυδάτωση
- ο διόγκωση των σιαλογόνων αδένων
- ο ρωγμές της αδαμαντίνης των δοντιών
- ο περιοδοντίτιδα
- ο χνουδωτή τρίχωση του προσώπου
- ο χνουδωτή τρίχωση της ράχης
- ο σημεία φτωχής περιφερικής κυκλοφορίας (κρύα και άχρωμα άκρα).

Ωστόσο η τρίχωση των μασχαλών και του εφηβαίου παραμένουν (Agras, 2016).

Διαφορική Διάγνωση

Εξαιρουμένης της διαφορικής διάγνωσης από άλλες ψυχιατρικές νόσους που συγκριτικά θεωρείται ευκολότερη, είναι υποχρεωτική η απόκλιση των ακόλουθων:

α) τα οργανικά νοσήματα που προκαλούν απώλεια βάρους, όπως τα κακοήθη νοσήματα,

β) οι όγκοι του εγκεφάλου,

γ) οι παθήσεις του γαστρεντερικού, (Νόσος του Crohn, σύνδρομο δυσαπορρόφησης, σύνδρομο άνω μεσεντερίων αγγείων),

δ) το AIDS,

ε) ο υποθυρεοδισμός

στ) η κροταφική επιληψία (Agras, 2016).

2.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Κυριότερη προϋπόθεση αποτελεί η πλήρης εξήγηση της διαταραχής και συμπτωμάτων της στον πάσχοντα. Είναι αναγκαία η καθιέρωση σχέσης θεραπείας ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια θα γίνει και η συμφωνία για την αποκατάσταση του βάρους (Γεωργαντά, 2003).

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει αποδείξει πως η ψυχογενής ανορεξία από ιατρικής και ψυχιατρικής άποψης είναι σύνθετη, σοβαρή και σε αρκετές περιπτώσεις συντηρείται σε βάθος χρόνου καθιστώντας την θεραπεία απαιτητική, με συνεχή

προσπάθεια και κυρίως προσεκτική το πλήρες θεραπευτικό πλάνο οφείλει να περιλαμβάνει:

- α) ατομική ψυχοθεραπεία
- β) ιατρική και ψυχιατρική αντιμετώπιση
- γ) οικογενειακή θεραπεία (Satori, 2016).

Η θεραπεία έχει βασικότερο στόχο την επαναφορά του βάρους στα κανονικά πλαίσια καθώς και των διατροφικών συνηθειών τους για την αποκατάσταση των ψυχοβιολογικών επιπτώσεις της ασιτίας που επιφέρουν αλλαγές διατροφική συμπεριφορά. Επιπρόσθετοι στόχοι έχουν να κάνουν με την διαπίστωση και αντιμετώπιση των υποκείμενων ψυχολογικών, γνωσιακών, συμπεριφορών, οικογενειακών και κοινωνικών προβλημάτων έτσι ώστε να παγιωθεί το αποτέλεσμα της θεραπείας και να μην οδηγηθεί το άτομο σε υποτροπή.

Οι στόχοι της θεραπείας συνιστάται να αφορούν:

- τον τονισμό της άρνησης και των δυσλειτουργικών σκέψεων, πίστεων και πεποιθήσεων του ασθενή.
- την επαναφορά του βάρους στο επιθυμητό επίπεδο.
- Την αποκατάσταση φυσιολογικού τρόπου διατροφής, ενθαρρύνοντας τον ασθενή να αφομοιώσει ένα φυσιολογικό τρόπο διατροφής μέσω μιας θερμιδικά ισορροπημένη διατροφής.
- τη διάγνωση και τη θεραπεία των επιπλοκών που βασίζονται στην ασιτίας και των συμπεριφορών που την διατηρούν.
- την παρέμβαση στο οικογενειακό σύνολο στοχεύοντας στη συνεργασία τους και την αποφυγή προβλημάτων.
- την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση που στοχεύει :
 - στην ενίσχυση της αυτονομίας
 - στη διευκόλυνση της διαμόρφωσης ταυτότητας,
 - στη στήριξη της διαδικασίας αυτοεκτίμησης
 - στην αντιμετώπιση του αισθήματος αναξιότητας.
- την προληπτική παρέμβαση και εκπαίδευση για οποιαδήποτε αποφυγή υποτροπής (Micali et al., 2017).

A. Αποκατάσταση του βάρους

Κατά κύριο λόγο η αποκατάσταση του σωματικού βάρους οφείλει να είναι ο κυριότερος και πρωταρχικός στόχος της θεραπείας. Το ιδανικό βάρος-στόχος για κάθε ασθενή είναι το φυσιολογικό σωματικό του βάρος σώματος το οποίο θα συμβάλει στην αποκατάσταση της αναπαραγωγικής λειτουργίας.

Τα γεύματα και ο υπολογισμός της θερμιδικής πρόσληψης, είναι προτιμότερο να καθορίζονται από την έναρξη της θεραπείας από τον επιβλέποντα διαιτολόγο ή γιατρό. Έτσι ο ασθενής συμφωνεί με τον θεραπευτή του ότι πρωταρχικός στόχος της θεραπείας είναι η επαναφορά στο φυσιολογικό βάρος. Ως κύρια προϋπόθεση της εκάστοτε διατροφής που θα ακολουθείται είναι να εμπεριέχονται ομάδες τροφίμων σε αυτή που θα περιέχουν υδατάνθρακες, λευκώματα, λίπη, λαχανικά και φρούτα, όπου των τελευταίων δυο η απουσία προκαλείται από τους ασθενείς θα πρέπει να αποφεύγεται (Satori, 2016).

Κατά κύριο λόγο η θερμιδική πρόσληψη του ασθενή ξεκινά γύρω στις 30 με 40 Kcal/kg την ημέρα όμως υπάρχουν και περιπτώσεις που παρατηρείται αύξηση της σε 70 με 100 Kcal/kg στην διάρκεια της φάσης αύξησης του βάρους τους, αποσκοπώντας στη εξισορρόπηση της στις 40 με 60 Kcal/kg την ημέρα στην περίοδο όπου διατηρείται το βάρος. Η αέναη εκπαίδευση και η στήριξη των ασθενών για τη συντήρηση ενός κανονικού βάρους είναι ένας βασικός παράμετρος της θεραπείας.

Ο υπολογισμός του βάρους-στόχου πραγματοποιείται κάνοντας χρήση του Δείκτη Σωματικής Μάζας, ο οποίος ορίζεται ως το πηλίκο του βάρους σε χιλιόγραμμα, δια του τετραγώνου του ύψους σε εκατοστά. Για ασθενείς που είναι από 16 ετών και άνω, η ελάχιστη τιμή του Δείκτη Σωματικής Μάζας πρέπει να είναι 20. Για τους ασθενείς που η ηλικία τους είναι από 14 έως 15 ετών ο Δείκτης Σωματικής Μάζας πρέπει να κυμαίνεται στο κατώτατο όριο μεταξύ του 18,5 και 19,5. Για ασθενείς που η ηλικία τους είναι κάτω των 14 ετών ο υπολογισμός πραγματοποιείται μέσω ειδικών πινάκων. Οι ασθενείς με ανορεξία που το βάρος τους είναι έως και 20% κάτω του φυσιολογικού πρέπει αρχικά να αντιμετωπίζονται εξωνοσοκομειακά στις περιπτώσεις που:

- υπάρχει υψηλό κίνητρο
- η οικογένεια είναι συνεργάσιμη
- η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μικρή.

Σε ακραίες περιπτώσεις ασθενών που το βάρος τους κυμαίνεται σε υπερβολικά χαμηλά επίπεδα, είναι απαραίτητη η ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση και συνολική θεραπεία, αποσκοπώντας στην αύξηση του σωματικού του βάρους.

Έτσι δημιουργούνται οι περιπτώσεις νοσηλεία είτε σε ψυχιατρική μονάδα είτε παθολογική, η εκάστοτε νοσηλεία πραγματοποιείται συναρτήσει της ιατρικής κατάσταση του ασθενούς καθώς και της ικανότητας του τοπικού ψυχιατρικού και ιατρικού προσωπικού. Στην περίπτωση ψυχιατρικής νοσηλείας αυτή πρέπει να πραγματοποιείται σε εξειδικευμένες ψυχιατρικές κλινικές με έμπειρο και ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Στα προγράμματα θεραπείας που πραγματοποιούμε ενδονοσοκομειακά οφείλεται να γίνεται ένας λεπτομερής καθορισμός τόσο του βάρους-στόχου όσο και του ρυθμού που θα πραγματοποιείται η αύξηση του βάρους καθώς και να αποσαφηνίζεται στους ασθενείς ότι είναι εφικτό να αποκτήσουν τον έλεγχο των υγιών διατροφικών συνηθειών, τις οποίες ενστερνίζονται.

Η παρουσία εξειδικευμένου προσωπικού και οι ενέργειες ενθάρρυνσης και στήριξης προς τους ασθενείς οι οποίες δημιουργούν ένα κλίμα αμοιβαίων σχέσεων εμπιστοσύνης είναι κύριοι παράγοντες της επιτυχίας του προγράμματος. Στο πρόγραμμα εντάσσεται ένας εύλογος ρυθμός αύξησης του βάρους (π.χ. 1,7 kg/εβδομάδα για ενδονοσοκομειακούς ασθενείς ή 1,2 Kg/εβδ. για εξωνοσοκομειακούς ασθενείς) όπως και ορισμένες θετικές και αρνητικές ενισχύσεις (Satori, 2016).

Η θεραπεία των ανορεκτικών ασθενών στο νοσοκομείο περατώνεται τη στιγμή που :

- η φυσική τους κατάσταση σταθεροποιείται ιατρικά,
- πραγματοποιείται η αποκατάσταση του βάρους τους
- οι διατροφικές συνήθειες έχουν διορθωθεί σε σημαντικό βαθμό
- και έχει συντελεστεί μια επαρκή προετοιμασία για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών και των οικογενειακών παραγόντων που σχετίζονται με τη διαταραχή (Micali et al., 2017).

B. Αντιμετώπιση ιατρικών επιπλοκών

Κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης της συγκεκριμένης διαταραχής, το εξειδικευμένο προσωπικό παρακολουθεί διαρκώς τα ζωτικά σημεία του ασθενούς ενώ μετράει την ποσότητα των υγρών που λαμβάνει ή χάνει ο ασθενής. Ταυτόχρονα καθώς το βάρος του ασθενούς αυξάνεται υπάρχει πιθανότητα τα αναπτυχθούν

οιδήματα πράγμα που σημαίνει ότι χρειάζεται στενή παρακολούθηση. Επίσης, η στενή παρακολούθηση θα πρέπει να πραγματοποιείται ώστε να αποφευχθεί η πιθανότητα συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας ενώ κρίνεται απαραίτητο να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα γαστρεντερικών προβλημάτων (Satori, 2016).

Περαιτέρω επιπλοκές που δύναται να παρουσιαστούν λόγω των συμπτωμάτων που παρουσιάζονται στην ψυχογενή ανορεξία είναι:

- ηλεκτρολυτικές διαταραχές
- καρδιακή ανεπάρκεια
- υπόταση
- αφυδάτωση
- αρρυθμίες
- νεφρική ανεπάρκεια

Στις περιπτώσεις όπου οι επιπλοκές της συγκεκριμένης διαταραχής απειλούν τη ζωή του ασθενούς κρίνεται απαραίτητη η εισαγωγή στο νοσοκομείο και πραγματοποιείται χορήγηση παρεντερικής διατροφής καθώς επίσης και χρησιμοποιείται ρινογαστρικός σωλήνας.

Κατά κύριο λόγο στην θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας είναι πολύ βασικό να αποκατασταθεί ο οργανισμός του ασθενούς με φυσιολογική διατροφή. Γι αυτό το λόγο οι μέθοδοι που αναφέρθηκαν παραπάνω θα πρέπει να πραγματοποιούνται για το διάστημα που είναι απολύτως απαραίτητες (Satori, 2016).

Γ. Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Για τη θεραπεία της συγκεκριμένης διαταραχής και ενώ παρατηρείται μια πολύ σημαντική εξέλιξη στη φαρμακευτική αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών δεν φαίνεται να υπάρχει κάποιο φάρμακο κατάλληλο για την αντιμετώπιση της. Αυτό σημαίνει ότι η χορήγηση φαρμάκων δεν θα πρέπει να αποτελεί τη μοναδική μέθοδο αντιμετώπισης της.

Ωστόσο όμως, καθώς παρουσιάζονται επιπλοκές στην εμφάνιση αυτής της διαταραχής οι οποίες θα πρέπει να αντιμετωπιστούν κρίνεται απαραίτητη η φαρμακευτική θεραπεία.

Στην φαρμακευτική αγωγή χορηγούνται:

- Αντικαταθλιπτικά όπως αμιτριπτυλίνη, χλωριμιπραμίνη
- Νευροληπτικά όπως χλωροπρομαζίνη, πιμοζίδη

➤ Αγχολυτικά όπως λοραζεπάμη

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ότι η φαρμακευτική θεραπεία χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση ορισμένων συμπτωμάτων και η χορήγηση τους θα πρέπει να πραγματοποιείται για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (Leblé et al., 2017).

Δ. Οικογενειακή παρέμβαση

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας είναι το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς. Αρχικά θα πρέπει να σημειωθεί ότι για το ξεκίνημα της θεραπείας αυτής της διαταραχής θεωρείται απαραίτητο ο οικογενειακός περίγυρος να έχει αντιληφθεί πόσο σημαντική είναι η συμβολή και η συμμετοχή του σε αυτή τη διαδικασία. Ταυτόχρονα, δεν θα πρέπει να έχει αποκτήσει αρνητική εικόνα για τον ασθενή ενώ θα πρέπει να είναι σε θέση να «εργαστεί» παραγωγικά για την αντιμετώπιση της (Satori, 2016).

Σε πρώτη φάση, το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς θα πρέπει να ενημερωθεί για την θεραπευτική αντιμετώπιση που θα ακολουθηθεί και για τη συμμετοχή που θα χρειαστεί να έχει σε αυτή. Αυτή η διαδικασία πραγματοποιείται χωρίς την παρουσία ασθενούς. Κατόπιν, ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς ακολουθείται και η αντίστοιχη ψυχοθεραπεία.

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί στο οικογενειακό περιβάλλον ότι η ομάδα που συμμετέχει στην θεραπεία αποφασίζει από κοινού για τον τρόπο που θα χειριστούν την θεραπευτική αντιμετώπιση καθώς υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι ασθενείς προκειμένου να διακόψουν τη νοσηλεία τους χρησιμοποιούν την οικογένεια τους (Leblé et al., 2017).

Ε. Ψυχοθεραπεία

Η διαδικασία της ψυχοθεραπείας ακολουθείται με βάση ορισμένα κριτήρια που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και του οικογενειακού περιβάλλοντος του όπως είναι για παράδειγμα η πολυπλοκότητα τους.

Η διαδικασία της ψυχοθεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική υποστήριξη καθώς επίσης και στην εκμάθηση τεχνικών που θα συμβάλλουν τόσο στον ασθενή όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον στην αντιμετώπιση ενδεχόμενων δυσκολιών. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σε αυτή τη διαδικασία εφαρμόζονται από τη στιγμή που ο ασθενής είναι σε θέση να τις δεχτεί (Γεωργαντά, 2003).

Η διάρκεια κατά την οποία πραγματοποιείται η μέθοδος της ψυχοθεραπείας προσαρμόζεται ανάλογα με την ψυχική αλλά και σωματική κατάσταση του ασθενούς. Κατά κύριο λόγο διαρκεί αρκετά χρόνια ενώ σε περιπτώσεις όπου οι ασθενείς μετά την αποκατάσταση τους υποτροπιάζουν κρίνεται απαραίτητη η ψυχοθεραπεία για τουλάχιστον ένα χρόνο. (EDA, 1995)

Θεωρείται ότι η διαδικασία της ψυχοθεραπείας έχει περισσότερα αποτελέσματα μετά την ολοκλήρωση της αντιμετώπισης της ψυχογενούς ανορεξίας και εφόσον έχει υπάρξει η αποκατάσταση του βάρους. Η επιτυχία της συγκεκριμένης μεθόδου σχετίζεται άμεσα με την παράλληλη πρόοδο της αύξησης του βάρους του ασθενούς.

Ο ρόλος της μεθόδου ψυχοθεραπείας έγκειται κατά κύριο λόγο στην μείωση έως και εξάλειψη των αρνητικών συναισθημάτων του ασθενούς όπως είναι ο φόβος, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το άγχος, η άσχημη εικόνα για τον εαυτό του κλπ. (Leblé et al., 2017).

Όσον αφορά τον θεραπευτή θα πρέπει να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή καθώς επίσης και να τον ενθαρρύνει ώστε να ξεπερνά τις δύσκολες καταστάσεις που αντιμετωπίζει (Leblé et al., 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

3.1 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Πέρα από τις φοβίες, τις εμμονές και τη διαταραχή αντίληψης του σώματος που αναπτύσσουν οι ανορεξικοί συχνά εμφανίζουν και ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά, άγχος, θυμό και επιθετικότητα, διαταραχές διάθεσης, διαταραχές άγχους, μείζονα κατάθλιψη, ακόμα και τάσεις αυτοκτονίας (Speranza et al, 2003).

3.2 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η διαθεσιμότητα των νέων τεχνικών απεικόνισης του εγκεφάλου έχουν στρέψει το ενδιαφέρον στον προσδιορισμό ανωμαλιών στο κεντρικό νευρικό σύστημα των ασθενών αυτών. Πρόκειται για δομικές και λειτουργικές αλλαγές, οι οποίες επηρεάζουν και τη μεταβολική λειτουργία του νευρικού συστήματος και σχετίζονται με σοβαρή ιατρική νοσηρότητα. Έτσι, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία μπορεί να έχουν μεγεθυμένες κοιλίες και εξωτερικό χώρο εγκεφαλονωτιαίου υγρού, ευρήματα που ονομάζονται ψευδοατροφία. Αυτές οι ανωμαλίες τείνουν να εξαλείφονται με την επαναπρόσληψη βάρους και η παθογόνος σημασία τους είναι ακόμα ασαφής. Πάραυτα, κάποιες μελέτες υποδηλώνουν την ύπαρξη μόνιμων μεταβολών, με αυξημένες πιθανότητες μόνιμων βλαβών. Τέλος, απεικονίσεις προκλητών δυναμικών (PET: Positron Emission Tomography) που χρησιμοποιήθηκαν για τη μελέτη της εγκεφαλικής λειτουργίας έχουν εμφανίσει μεταβολές στο μεταβολισμό της γλυκόζης σε ανορεξικούς ασθενείς (Bornstein, 2001).

3.3 ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Φλοιοτρόπος Ορμόνη ή Κορτικοτροπίνη (ACTH): Αυξημένα επίπεδα φλοιοτρόπου ορμόνης παρατηρούνται στη νευρογενή ανορεξία. Καθώς η φλοιοτρόπος θεωρείται μια δυνητικά ανορεξιογόνος ορμόνη, η αύξησή της ίσως να παίζει κάποιο ρόλο στη διατήρηση των ανορεκτικών συμπεριφορών και να ενθαρρύνει τις υποτροπές. Η

αυξημένη δραστηριότητα της φλοιοτρόπου ορμόνης έχει ιδιαίτερο θεωρητικό ενδιαφέρον, καθώς η ενδοεγκεφαλοκοιλιακή διαχείρισή της ευθύνεται για πολλές φυσιολογικές και συμπεριφορικές μεταβολές. σχετικές με την διαταραχή, περιλαμβανομένων του υποθαλάμιου, υπογοναδισμού, της μειωμένης σεξουαλικής δραστηριότητας, της μειωμένης πρόσληψης τροφής και της υπερδραστηριότητας.

- Κορτιζόλη: Αυξημένη έκκριση κορτιζόλης πλάσματος, η οποία συνοδεύεται από αύξηση του ρυθμού διούρησης, εμφανίζεται σε ελλιποβαρείς ανορεξικούς ασθενείς και θεωρείται αποτέλεσμα της υπερέκκρισης ενδογενούς φλοιοτρόπου ορμόνης (ACTH).

- Νευροπεπτιδίο Υ: Οι ελλιποβαρείς ανορεξικοί έχουν αυξημένα επίπεδα του νευροπεπτιδίου Υ, ενός ισχυρού διεγερτικού της όρεξης, στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, τα οποία μπορεί να είναι αντισταθμιστική σωματική απάντηση στη λιμοκτονία. Τα υψηλά ποσοστά νευροπεπτιδίου Υ ευθύνονται για τη μεταβολή της έκκρισης της γοναδικής ορμόνης, τη μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα, την υψηλή ACTH και κορτιζόλη του πλάσματος και την υπόταση.

- Λεπτίνη: Εκκρίνεται κυρίως από τα κύτταρα του λιπώδους ιστού και θεωρείται ότι συνεισφέρει στη ρύθμιση του σωματικού λίπους και ότι μπορεί να μειώσει την πρόσληψη φαγητού και το σωματικό βάρος, μειώνοντας τη δραστηριότητα του νευροπεπτιδίου Υ. Η ακριβής συσχέτιση μεταξύ λεπτίνης και σωματικού βάρους σε ανορεξικούς ασθενείς δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί πλήρως. Οι υποσιτιζόμενοι και ελλιποβαρείς ασθενείς έχει βρεθεί ότι έχουν σημαντικά μειωμένες συγκεντρώσεις λεπτίνης πλάσματος αλλά και εγκεφαλονωτιαίου υγρού.

- Σεροτονίνη: Έχει παρουσιαστεί μεγάλο ενδιαφέρον για το ρόλο που μπορεί να παίζει η σεροτονίνη στη νευρογενή ανορεξία, αφού το νευρικό σύστημα συμβάλει στη ρύθμιση της σίτισης και της διάθεσης και στον έλεγχο των παρορμήσεων. Η πιο βέβαιη απόδειξη της διαταραχής της δραστηριότητας των μονοαμινών είναι η θετική ανταπόκριση στις φαρμακευτικές αγωγές που περιλαμβάνουν αντικαταθλιπτικά (Bornstein, 2001).

3.4 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Εκτεταμένες διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος χαρακτηρίζουν την νευρογενή Ανορεξία. Οι ανωμαλίες ίσως να αντικατοπτρίζουν δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου – υπόφυσης, περιλαμβανομένων των συστημάτων υποθάλαμος-

υπόφυση-γοναδοτροπίνη, υποθάλαμος-υπόφυση-αδρεναλίνη και υποθάλαμος-υπόφυση-θυρεοειδής, καθώς επίσης και της αυξητικής ορμόνης, της ινσουλίνης, των ενδογενών οπιοειδών. Η αμηνόρροια είναι ένα από τα διαγνωστικά κριτήρια και ταυτόχρονα κύριο κλινικό χαρακτηριστικό της νευρογενούς ανορεξίας. Παραμένει ασαφές αν η απουσία έμμηνης ρύσης σε αυτές τις ασθενείς είναι απλώς ένα δευτερεύον αποτέλεσμα του περιορισμού της θερμιδικής πρόσληψης. Σε ελλιποβαρείς ασθενείς, τα βασικά επίπεδα της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH), της θυλακοτρόπου ορμόνης (FSH) και των οιστρογόνων είναι μειωμένα. Η εικοσιτετράωρη έκκριση ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) είναι μη φυσιολογική και παρόμοια με εκείνη προεμμηνορρυσιακών κοριτσιών. Με την αποκατάσταση του βάρους, επανέρχεται και η φυσιολογική έκκριση ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) στις περισσότερες ασθενείς. Η επαναφορά του φυσιολογικού έμμηνου κύκλου καθυστερεί και συνήθως έπεται της ψυχολογικής βελτίωσης και της παύσης του περιορισμού της διαιτητικής πρόσληψης (Βάρσου, 2000). Οι εξετάσεις που ελέγχουν τη θυρεοειδική λειτουργία μπορεί να μην είναι φυσιολογικές στους ανορεξικούς ασθενείς, αλλά συχνά αυτό αντιπροσωπεύει μια φυσιολογική προσαρμογή στη λιμοκτονία και όχι δυσλειτουργία του θυρεοειδούς αδένος. Η ινσουλίνη και τα επίπεδα γλυκόζης του αίματος μετά από νηστεία φαίνονται μειωμένα ή στο κατώτατο φυσιολογικό όριο. Η ανοχή της γλυκόζης είναι πολύ συχνά εξασθενημένη και πιθανότατα αντικατοπτρίζει την κατάσταση λιμοκτονίας. Η ντοπαμίνη και τα οπιοειδή παίζουν κάποιο ρόλο στη ρύθμιση της διατροφικής συμπεριφοράς και στις αντιδράσεις ευχαρίστησης που προκαλεί η τροφή. Οι αντιδράσεις των ανορεξικών και βουλιμικών ασθενών απέχουν από τις φυσιολογικές και ίσως αυτό να οφείλεται σε εξασθένηση αυτού του συστήματος. Ανωμαλίες της οπιοειδούς δράσης φαίνεται να σχετίζονται ενεργά με τα περιστατικά υπερφαγίας και κάθαρσης και με το σοβαρό περιορισμό της τροφής (Attia, 2010).

3.5. ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

3.5.1. ΟΣΤΕΟΠΕΝΙΑ-ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

Η αυξημένη διαθεσιμότητα νέων διαγνωστικών τεχνικών όπως η οστική πυκνομετρία έχει επιτρέψει την αναγνώριση της υψηλής συχνότητας εμφάνισης της οστεοπενίας. Η οστεοπενία είναι συχνή και σοβαρή επιπλοκή, που πολλές φορές είναι αποτέλεσμα της αμηνόρροιας και άπαξ και εγκατασταθεί, είναι δύσκολο να

θεραπευτεί και θεωρείται μερικώς αναστρέψιμη. Η μειωμένη οστική πυκνότητα(οστεοπενία) μπορεί να είναι εξίσου σοβαρή με εκείνη που παρατηρείται σε γυναίκες με οστεοπόρωση μετά την εμμηνόπαυση και καταλήγει σε αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων. Η έκταση της αφαλάτωσης έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με το δείκτη μάζας σώματος, το ελάχιστο σωματικό βάρος και τη χρονική διάρκεια της ασθένειας. Η παθογένεια της οστεοπενίας στην ανορεξία είναι πολύπλοκη και επί πλέον έρευνες είναι απαραίτητες ώστε να διευκρινιστεί πλήρως η αιτιολογία. Η οστεοπενία φαίνεται να αντικατοπτρίζει μια κατάσταση χαμηλής αποκατάστασης με αυξημένη οστική αναρρόφηση χωρίς ακόλουθο σχηματισμό οστών, μια διαδικασία που διαφέρει από αυτή στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Τα χαμηλά επίπεδα των οιστρογόνων είναι η κύρια αιτία πρόκλησης οστεοπενίας, αλλά και επιπρόσθετοι διατροφικοί παράγοντες φαίνονται να παίζουν σημαντικό ρόλο (Bornstein, 2001).

3.5.2 ΆΛΛΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

Στις περισσότερες, αν και όχι σε όλες, μελέτες η υπερχοληστεριναιμία έχει αναφερθεί ως συχνή επιπλοκή. Υψηλά επίπεδα καροτενίου του όρου εντοπίζονται σχεδόν στο 75% των ανορεξικών ασθενών και μάλλον συσχετίζονται με την καροτενοδερμία. Ελλείψεις ψευδαργύρου, άλλων ιχνοστοιχείων και βιταμινών έχουν αναφερθεί σε λιγοστούς ασθενείς. Η αύξηση της συγκέντρωσης των ενζύμων του ορού, που εμφανίζεται σε απισχνασμένους ανορεξικούς ασθενείς κατά τη διάρκεια της επανασίτισής τους, ίσως να αντικατοπτρίζει το λιπώδη εκφυλισμό του ήπατος. Επίσης, στους ίδιους ασθενείς έχει παρατηρηθεί εξασθενημένη ρύθμιση της θερμοκρασίας με μια αυτόνομη, αφύσικη ανταπόκριση στο κρύο (Attia, 2010).

3.6. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

Η μειωμένη πρόσληψη τροφής στους ανορεξικούς περιοριστικού τύπου, καθώς και η πρόκληση εμετών και η χρήση καθαρτικών στους ανορεξικούς καθαρτικού τύπου μπορεί να προκαλέσει διαταραχή της ομοιόστασης υγρών και ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες που μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και σε θάνατο (Agras, 2016).

3.6.1.Υποκαλιαιμία

Μπορεί να καταλήξει σε καρδιακή αρρυθμία, μια από τις κύριες αιτίες θανάτου, μειωμένη κινητικότητα του εντέρου και μυοσκελετική μυοπάθεια. Η χρόνια υποκαλιαιμία μπορεί να προκαλέσει νεφροπάθεια, με υψηλά ποσοστά κρεατινίνης ορού και τελικά να καταλήξει σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, αρκετά σοβαρή ώστε να απαιτείται αιμοκάθαρση (Agras, 2016).

3.6.2.Υπομαγνησαιμία

Είναι συνήθης στους ανορεξικούς ασθενείς και μπορεί να σχετίζεται με την υπασβασταιμία ή την υποκαλιαιμία ή οποία μπορεί να αποκατασταθεί μόνο ταυτόχρονα με την αποκατάσταση του μαγνησίου (Agras, 2016).

3.6.3.Υποφωσφαταιμία

Μπορεί να εμφανιστεί σε ανορεξικούς ασθενείς λόγω μειωμένης διαιτητικής πρόσληψης ή ως επιπλοκή της επανασίτισης. Στη δεύτερη περίπτωση, η κατάσταση μπορεί να γίνει επικίνδυνη καθώς τα ανόργανα φωσφορικά άλατα εισέρχονται στα κύτταρα, όπου είναι απαραίτητα για τη σύνθεση των πρωτεϊνών, προκαλώντας έτσι απότομη μείωση των επιπέδων φωσφατάσης του πλάσματος η οποία μπορεί να καταλήξει σε ήπια καρδιακή δυσλειτουργία (Agras, 2016).

3.7. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η βραδυκαρδία και η ορθοστατική υπόταση είναι συχνά ευρήματα σε ολιγοβαρείς ασθενείς, οι οποίοι έχουν καρδιακό ρυθμό ανάπαυσης 60 παλμούς ανά λεπτό και διαστολική αρτηριακή πίεση χαμηλότερη από 60 mmHg. Η χαμηλή αρτηριακή πίεση, η κοιλιακή βραδυκαρδία και η κοιλιακή αρρυθμία αποτελούν μια φυσιολογική προσαρμογή στην περιορισμένη πρόσληψη τροφής και τη λιμοκτονία. Οι ίλιγγοι και η λιποθυμία δεν είναι ασυνήθιστοι, ενώ οι συχνές μεταβολές στα

καρδιογραφήματα συνήθως αντανακλούν τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές αυτών των ασθενών (Hoek. &Hoeken, 2003).

3.8. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΑΜΥΝΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οι ανορεκτικοί ασθενείς έχει αναφερθεί ότι εμφανίζουν προβλήματα αιματοποίησης, όπως λευκοπενία, αναιμία και θρομβοκυτοπενία και σπανίως νέκρωση του μυελού των οστών. Η λευκοπενία συνήθως αντικατοπτρίζει μειωμένο αριθμό ουδετερόφιλων συνοδευόμενο από μια σχετική λεμφοκυττάρωση. Οι απόψεις τώρα για το πώς επηρεάζει η λευκοπενία τον κίνδυνο μόλυνσης συγκρούονται. Ενώ κάποιες μελέτες αναφέρουν αυξημένο κίνδυνο βακτηριακών μολύνσεων, άλλες μελέτες αναφέρουν φυσιολογικό κίνδυνο, πιθανόν εξαιτίας των φυσιολογικών αποθεμάτων ουδετερόφιλων του μυελού των οστών. Είθισται κατά περιόδους λιμοκτονίας, οι ασθενείς να είναι σχετικά προστατευμένοι έναντι των ιογενών ασθενειών, ή πιθανόν να μην εκδηλώνουν τα συμπτώματα των μολύνσεων (Agras, 2016).

3.9. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Στη νευρογενή ανορεξία, η καθυστερημένη κένωση του στομάχου είναι συνήθης και προκαλεί αισθήματα πληρότητας, πρόωρου κορεσμού και πρηξίματος. Αυτή η καθυστέρηση στην κένωση του στομάχου οφείλεται σε μείωση της κινητικότητας του γαστρεντερικού σωλήνα. Η μείωση της κινητικότητας μπορεί να προκαλέσει καθυστέρηση της διέλευσης της τροφής σε όλο το μήκος του γαστρεντερικού σωλήνα και κάτι τέτοιο μπορεί να επιφέρει κοιλιακές ενοχλήσεις και ειλεό του εντέρου, ενώ στο κόλον η μείωση της κινητικότητας μπορεί να προκαλέσει δυσκοιλιότητα και να αυξήσει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που οφείλονται στην αφυδάτωση και την υποκαλιαιμία. Κοιλιακοί πόνοι μπορούν επίσης να οφείλονται και σε σύνδρομο της μεσεντέριας αρτηρίας, ενώ κατά τη διάρκεια της διαδικασίας επανασίτισης υπάρχει πιθανότητα ο ανορεξικός ασθενής να πάθει οξεία γαστρική διάταση. Η ιατρική αντιμετώπιση του φαινομένου περιλαμβάνει ρινογαστρική αναρρόφηση και αποκατάσταση των υγρών και ηλεκτρολυτών. Τέλος, ένα ακόμη σύμπτωμα της

διαδικασίας επανασίτισης των ανορεξικών ασθενών είναι η οξεία παγκρεατίτιδα (Attia, 2010).

3.10. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Η εγκυμοσύνη μπορεί να είναι πρόκληση για ασθενείς που πάσχουν από ανορεξία. Υψηλότερα ποσοστά αποβολών, επιπλοκών στον τοκετό και επιλόχειας κατάθλιψης έχουν αναφερθεί σε γυναίκες με ιστορικό νευρογενούς ανορεξίας. Επίσης, οι γυναίκες αυτές δείχνουν να έχουν πρόβλημα με την εικόνα του σώματός τους και τις - φυσιολογικές κατά τ' άλλα- αλλαγές που επιδέχεται λόγω εγκυμοσύνης. Οι μαιευτήρες πρέπει να παρακολουθούν στενά αυτές τις γυναίκες και να βεβαιώνονται ότι η θερμιδική πρόσληψή τους είναι επαρκής. Σε περιπτώσεις γυναικών με ανορεξία ενδείκνυται να αναβεί η εγκυμοσύνη μέχρις ότου να αντιμετωπιστεί η διατροφική διαταραχή. Σε περίπτωση όμως που μια γυναίκα μείνει έγκυος, τότε είναι απαραίτητη η συνεργασία διαιτολόγου, ψυχολόγου και μαιευτήρα κατά τη διάρκεια της κύησης, ενώ μετά τον τοκετό στην παραπάνω ομάδα πρέπει να προστεθεί και παιδίατρος, ώστε να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή υγεία του βρέφους (Bornstein, 2001).

3.11. ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι δερματολογικές εκδηλώσεις της λιμοκτονίας περιλαμβάνουν τριχόπτωση, ξηροδερμία και εύθραυστα νύχια. Σχεδόν το ένα τρίτο των ανορεξικών αναπτύσσουν χνούδι στο πρόσωπο, που ονομάζεται "lanugo hair" (lanugo: πυκνό μαλακό χνούδι). Αντίθετα με ασθενείς με άλλες μορφές λιμοκτονίας, οι ανορεκτικοί ίσως να αναπτύξουν έναν πορτοκαλί αποχρωματισμό στο δέρμα τους εξαιτίας της υψηλής συγκέντρωσης καροτενίου στο αίμα τους (καροτενοδερμία) (Speranza et al 2003).

Β ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

4.1 ΚΩΔΙΚΑΣ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, (ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία, διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας και άτυπες μορφές), αποτελούν ένα αυξανόμενο και ιδιαίτερα ανησυχητικό πρόβλημα των νεαρών γυναικών του αναπτυγμένου κόσμου. Όσο η συχνότητά τους αυξάνει, τόσο το πρόβλημα αντιμετωπίζεται επιφανειακά επικοινωνιακά, παραμένοντας ταυτόχρονα κρυμμένο και συχνά αθεράπευτο, με αποτέλεσμα πολλά νεαρά άτομα -κυρίως γυναίκες- να παραμένουν αβοήθητα, χωρίς πρόσβαση σε υπηρεσίες ειδικής θεραπείας. Δεδομένου των ανωτέρω, η Διεθνής Ακαδημία για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής εξέδωσε πρόσφατα μια Διακήρυξη, όπου επισημαίνει την ανάγκη για παγκόσμια εγρήγορση σε σχέση με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Επισημαίνει τις βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τη θεραπεία, το σεβασμό των ατομικών ελευθεριών και των ατομικών δικαιωμάτων των πασχόντων, την ανάγκη δημιουργίας ειδικών δομών για την ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή θεραπεία, το δικαίωμα πρόσβασης και ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών, καθώς και τη συμμετοχή των συγγενών στη θεραπευτική διαδικασία. Η βασικότερη αρχή που προβάλλεται στη διακήρυξη αυτή, είναι ότι η συνεργασία ασθενών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, των οικογενειών τους και της θεραπευτικής ομάδας, υπό το καθεστώς σεβασμού για τα δικαιώματα της κάθε πλευράς, είναι επιβεβλημένη και επιτακτική αν η αρμόδια υπηρεσία θέλει να παρέχει υψηλό επίπεδο θεραπείας και προγραμμάτων αντιμετώπισης των διαταραχών αυτών, αλλά και για κάθε ατομική, εθελοντική ή κοινοτική προσπάθεια που στοχεύει στην παροχή θεραπευτικής φροντίδας στους πάσχοντες από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Τα δικαιώματα των ασθενών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και των συγγενών τους:

1. Δικαίωμα στην επικοινωνία και στη συνεργασία με τους ειδικούς θεραπευτές στο χώρο της υγείας.
2. Δικαίωμα στην πολυδιάστατη κλινική θεραπευτική αντιμετώπιση και στη συμμετοχή στο θεραπευτικό σχεδιασμό.
3. Δικαίωμα στην πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες, με πλήρη ασφαλιστική κάλυψη, και θεραπεία από εξειδικευμένη θεραπευτική ομάδα.
4. Δικαίωμα πρόσβασης σε αποτελεσματικά και αξιοπρεπή θεραπευτικά προγράμματα και δομές με επιστημονική αρτιότητα και ποιότητα, ανάλογα με την ηλικία του κάθε ασθενούς (παιδιά - έφηβοι - ενήλικες).
5. Δικαίωμα στα μέλη της οικογένειας (γονείς, συγγενείς) να πληροφορούνται για τη φύση του προβλήματος των διαταραχών πρόσληψης τροφής, να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και να εκλαμβάνονται ως σύμμαχοι στη θεραπευτική αντιμετώπιση των αντίστοιχων διαταραχών.
6. Δικαίωμα στους γονείς, συγγενείς και λοιπά μέλη της οικογένειας να έχουν πρόσβαση σε ομάδες υποστήριξης, σε πηγές πληροφόρησης και αναζήτησης βοήθειας, καθώς και συμμετοχή σε ψυχοεκπαιδευτικές δραστηριότητες (συμβουλευτική ή οικογενειακή ψυχοθεραπεία). (Καλαντζή-Azizi, 1995)

4.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Είναι γεγονός ότι παρά τις αυξανόμενες καμπάνιες που επιχειρούν τα κέντρα αδυνατίσματος, προβάλλοντας τις δίαιτες 'αστραπή' μέσα από τα 'εξειδικευμένα' τους προγράμματα, και δίνοντας υποσχέσεις για άμεσα αποτελέσματα, οι άνθρωποι που καταφεύγουν σ' αυτά δεν καταφέρνουν να φτάσουν στον αρχικό επιθυμητό τους στόχο: τη μόνιμη βελτίωση της εξωτερικής τους εμφάνισης, της εσωτερικής τους ισορροπίας και της αυτοπεποίθησής τους.

Για ποιους λόγους όμως όλη αυτή η βιομηχανία αδυνατίσματος, δεν έχει ένα μακρόχρονο, μόνιμο επιθυμητό αποτέλεσμα; Γιατί το 80% των ανθρώπων που επιλέγουν να χάσουν βάρος μέσω μια αυστηρής δίαιτας, ξαναπαίρνουν γρήγορα τα παραπανίσια κιλά που κατάφεραν αρχικά να χάσουν; Είναι άραγε όλα αυτά τόσο αναποτελεσματικά;

Σύγχρονες έρευνες στο θέμα των διαταραχών της διατροφής αποκαλύπτουν ότι πολλές μέθοδοι είναι βοηθητικές, όχι όμως θαυματουργές! Η ανάγκη που ανακύπτει στα άτομα με διαταραχές ελέγχου πρόσληψης τροφής (βουλιμία, ανορεξία, παχυσαρκία) αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά μόνο με μια ολιστική αντιμετώπιση του προβλήματος, και τελικά αυτό το απαραίτητο συστατικό που οι παραπάνω μέθοδοι παραμελούν είναι ο ίδιος ο άνθρωπος και τα συναισθήματά του, που είναι στην πραγματικότητα τα βαθιά, εσωτέρα κίνητρα που οδηγούν σε μια βουλιμική στάση και συμπεριφορά.

Οι περισσότεροι άνθρωποι (πάνω από 70%) καταφεύγουν στο φαγητό για να εκτονώσουν μια ψυχική ένταση, ένα συναίσθημα θυμού ή απογοήτευσης. Μια ζυγαριά ακριβείας που καταμετρά θερμίδες, με άλλα λόγια μια υποθερμιδική δίαιτα, θεωρητικά οφείλει -είτε το θέλουμε είτε όχι- να φέρει αποτέλεσμα στην απώλεια βάρους. (Ιεροδιακόνου, 1998)

Αποτελεί όμως μια λογική, μηχανιστική προσέγγιση που δεν λαμβάνει υπόψη τον άνθρωπο ως ψυχή με τις λεπτές αποχρώσεις της ιδιαιτερότητας και διαφορετικότητας στην προσωπικότητα και στην συμπεριφορά του, που τον καθιστούν μοναδικό σε σχέση με οποιονδήποτε άλλον άνθρωπο.

Πρώτιστα στην Αμερική και ακολούθως στην Ευρώπη, η συνθετική ψυχοθεραπεία, ατομική και ομαδική, τα τελευταία χρόνια, φαίνεται να κερδίζει έδαφος στη θεραπεία

των διαταραχών πρόσληψης τροφής, είτε ως συμπληρωματική, είτε ως μοναδική θεραπεία επιλογής.

Η υψηλή αποτελεσματικότητα της συνθετικής ψυχοθεραπείας οφείλεται στο γεγονός ότι, ως 'τέχνη' του λόγου που προσεγγίζει τον άνθρωπο ως ψυχο-σώμα, αυτή η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση αντιμετωπίζει τον άνθρωπο ολιστικά (δηλ. ως μια ενοποιημένη ψυχο-σωματική οντότητα) δουλεύοντας με τα εσώτερα, ενδεχομένως και σκοτεινά κομμάτια του εαυτού (= κομμάτια της προσωπικότητάς μας που λειτουργούν, και επηρεάζουν τη συμπεριφορά, και τις επιλογές μας αυτόνομα, χωρίς εμείς να μπορούμε να τα ελέγχουμε συνειδητά, αφού δεν έχουμε επίγνωση της ύπαρξής τους).

Μέσα από την ατομική ψυχοθεραπεία αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά οι αιτίες της βουλιμίας, όπως είναι η χαμηλή αυτοπεποίθηση του ατόμου, η δυσκολία του στις διαπροσωπικές του σχέσεις, η επίλυση των εσωτερικών και των οικογενειακών συγκρούσεων.

Η θεραπεία της βουλιμίας μπορεί να είναι μακροχρόνια κι επίμονη, αν και συμβαίνει πολύ συχνά οι βουλιμικοί να διακόπτουν τη θεραπεία τους πρόωρα.

Σε κάθε περίπτωση, η οικοδόμηση μιας σχέσης κατανόησης, αλληλοσεβασμού και εμπιστοσύνης του θεραπευόμενου με τον ψυχοθεραπευτή είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την επιτυχία οποιουδήποτε προγράμματος ψυχοθεραπείας. Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία, ως διαπροσωπική προσέγγιση, δεν εστιάζει άμεσα στα συμπτώματα της βουλιμίας, αλλά αντίθετα προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο να λύσει τις συγκρούσεις του, στις διαπροσωπικές του σχέσεις, και να εξυγιάνει τον τρόπο με τον οποίο βλέπει τον εαυτό του σε σχέση με τους άλλους.

Όπως είδαμε, τα αίτια της βουλιμίας εμπλέκουν σε μεγάλο βαθμό τις σχέσεις του ατόμου με το περιβάλλον του, γεγονός στο οποίο φαίνεται να στηρίζονται τα αποτελέσματα αυτού του θεραπευτικού μοντέλου. Σειρά ερευνών καταδεικνύει πως η βουλιμία και η παχυσαρκία μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά με τη Συνθετική αλλά και άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, και μάλιστα με σημαντικά μικρό κίνδυνο υποτροπών στο μέλλον. (Μωρόγαννης, 1999)

Όταν το άτομο που αντιμετωπίζει κάποια ψυχογενή διαταραχή διατροφής νιώσει έτοιμο να ζητήσει ψυχοθεραπευτική βοήθεια, μπορεί να ωφεληθεί πολύ από τη συμμετοχή του σε ομάδες υποστήριξης και ψυχοθεραπείας, καθώς εκεί θα λάβει - αλλά και θα δώσει- υποστήριξη από άλλα άτομα που παρουσιάζουν παρόμοια προβλήματα.

Έτσι θα νιώσει πιο υπεύθυνο και θα λάβει το μήνυμα πως γίνεται αποδεκτό, παρά το γεγονός ότι είναι φορέας ενός πολυσύνθετου προβλήματος.

Μια ομάδα υποστήριξης και συνθετικής ψυχοθεραπείας για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, παρέχει:

- Υποστήριξη σε ένα ασφαλές περιβάλλον εμπιστοσύνης
- Μοίρασμα εμπειριών και συναισθημάτων με άλλους ανθρώπους που υποφέρουν από παρόμοια προβλήματα
- Ψυχοθεραπευτική βοήθεια ώστε να δουν τα μέλη της ομάδας ανεπίγνωστα κομμάτια της προσωπικότητας και των σχέσεών τους στο παρελθόν, τα οποία εμπλέκονται στην ανάπτυξη της προβληματικής τους στάσης και συμπεριφοράς
- Επεξεργασία θεμάτων όπως ο κοινωνικός αποκλεισμός, η αυτοεκτίμηση, η εικόνα του σώματος κ.α.
- Υποστήριξη, ιδέες και στρατηγικές από άλλους συμμετέχοντες που βρίσκονται σε πιο προχωρημένο στάδιο αντιμετώπισης
- Εκπαίδευση των μελών για τις φυσικές και συναισθηματικές συνέπειες των διαταραχών πρόσληψης τροφής, τους κινδύνους, τις σωματικές και ψυχικές επιπλοκές
- Εκμάθηση εναλλακτικών και μη δυσλειτουργικών τρόπων συμπεριφοράς
- Εκμάθηση στρατηγικών αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων.

Αν και τα οφέλη μιας ψυχοθεραπευτικής ομάδας, είναι δύσκολο να περιγραφούν λεκτικά, οι δυναμικές που αναπτύσσονται μεταξύ των μελών της ομάδας, αποτελούν ίσως το πιο ισχυρό εργαλείο αντιμετώπισης των διατροφικών διαταραχών, ενώ η στείρα, μηχανιστική καταγραφή τους, δεν επιτρέπει να φανούν οι συναισθηματικές διαστάσεις μέσα στις οποίες βιώνονται αυτές οι δυναμικές.

Σε κάθε περίπτωση, οι ομάδες υποστήριξης και ψυχοθεραπείας, αποτελούν ένα χρήσιμο, και απαραίτητο συστατικό στοιχείο στην αντιμετώπιση της βουλιμίας, της παχυσαρκίας, και της ανορεξίας. (Μωρόγαννης, 1999)

4.3 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Με δεδομένα τα σύνθετα ψυχολογικά προβλήματα που είναι επακόλουθα της νευρικής ανορεξίας η εξέλιξη της διαρκεί χρόνια. Αφού η αυτόματη ύφεση δεν αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο και πολλές φορές ο ασθενής έχει τάσεις μονιμοποίησης.

Η θεραπευτική αγωγή συχνά αποφασίζεται αργότερα απ' ότι πρέπει, επειδή ο ασθενής αρνείται πεισματικά να αποδεχθεί ότι είναι άρρωστος και η οικογένεια αργεί να αποδεχθεί την εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων. Η αγωγή είναι μακροχρόνια και δύσκολη και αφορά το σωματικό και το ψυχολογικό επίπεδο.

Οι σκοποί της θεραπείας είναι οι εξής:

➤ Η αποκατάσταση του βάρους και η αναστροφή του αυτό επιβαλλομένου υποσιτισμού, ο οποίος είναι υπεύθυνος για πολλά από τα συμπτώματα της ασθένειας. Η αποκατάσταση του βάρους δεν αποτελεί απλά και μόνο μέτρο που γλυτώνει την ζωή, αλλά μπορεί και να βελτιώσει τις νοσηρές καταστάσεις και αντιλήψεις του ασθενή.

➤ Η εγκατάσταση υγιεινών συνηθειών διατροφής, αποκαθιστώντας την διατροφική κατάσταση του ασθενή.

➤ Η αποφυγή σχέσεων με την οικογένεια- η αλλαγή στάση του ασθενή ως προς την επιδίωξη της ισχύτητας και της αυτό επιβεβαίωσης που αντλεί από αυτή και η αποκατάσταση των προβλημάτων ρύθμισής, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς, ώστε να αναγνωρίζει, να την εκφράζει και να ικανοποιεί με υγιείς τρόπους επικοινωνίας.

➤ Η πρόληψη των υποτροπών, εφόσον το 50% των ασθενών υποτροπιάζουν μέσα σε ένα χρόνο μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

➤ Η θεραπεία των σωματικών επιπλοκών την συνοδεύει ψυχιατρικά συμπτώματα υπαρκτά (Speranza et al, 2003).

4.4 ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

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

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

Θα αναφέρουμε 3 μορφές ψυχοθεραπείας που είναι δημοφιλέστερες αναφορικά για την θεραπεία της νευρικής ανορεξίας, όπου είναι οι εξής:

A) Γνωσιακή – Συμπεριφορική αντιμετώπιση

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

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

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

Η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία πρόκειται για προγράμματα που περιλαμβάνουν ημερολόγια σίτισης και εκπαιδεύονται σχετικά με θέματα διατροφής στα οποία τονίζονται οι κίνδυνοι υποσιτισμού και ενθαρρύνεται η συζήτηση για θέματα υγείας και αντιλήψεων σε σχέση με το φαγητό.

Η χρονική διάρκεια που συνιστάται για τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία των ανορεκτικών είναι μεγαλύτερη σε σχέση με άλλες διαταραχές, συχνά φθάνει τα 2 χρόνια τα για τους πρώτους μήνες θεραπείας είναι περισσότερες .ο λόγος είναι ότι για τους ανορεξικούς χρειάζεται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για προσαρμογή των αντιστάσεων που έχουν σε διαδικασίες αλλαγών.

B) Συστηματική θεραπεία οικογένειας

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

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

Γ) Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία

Η ψυχοδυναμικού τύπου θεραπεία είναι συνήθως ανοικτού χρόνου και στηρίζεται στις θεωρητικές θέσεις που αναφερθήκαν στην παράγραφο της αιτιοπαθογένειας.

Οι στόχοι είναι να «νοιώθει» και να «νοιιάζεται», η μείωση του αυστηρού υπερεγωτικού ελέγχου και η ανάπτυξη πιο ευέλικτων και προσαρμο-στικών στρατηγικών από το περιορισμό της διατροφής.

Οι προτάσεις για μια ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία είναι ότι ο θεραπευτής μπορεί να είναι ουδέτερος και αποστασιοποιημένος ή παρεμβατικός, μπορεί να εμπλουτίσει την θεραπεία με προσδοκίες ή να δράσει υποστηρικτικά ή ανεκτικά. Εν τούτοις υπάρχει σε όλες τις ψυχοθεραπευτικές διαδρομές ένας κοινός παρανομαστής: κάθε ψυχοδυναμική βάση ανάγεται σε τελευταία ανάλυση στην σχέση θεραπευτή-αρρώστου. Η σχέση αυτή θεμελιώνεται πρώτον στην «μεταβίβαση» ενθαρρύνεται, δεύτερον η διοχέτευση σε λόγο ο οποίος με κωδικοποιημένα συναισθήματα, αιτήματα και επιθυμίες και τρίτον ερμηνεύονται (Hoek &Hoeken, 2003).

4.5 ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα κριτήρια με τα οποία πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη για την εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι όταν κινδυνεύει η ζωή του αρρώστου από την κακή θρέψη και υπάρχουν ιατρικές περιπλοκές όπως είναι:

- βραδυκαρδία

- Δ.Μ.Σ.<13,5 kg/m² ή απότομη μείωση του βάρους >20% σε 6 μήνες
- σοβαρή αφυδάτωση
- υπόταση
- ορθοστατική υπόταση
- υπογλυκαιμία
- μυοπάθεια
- σοβαρή ηλεκτρολυτική διαταραχή
- δυσλειτουργία οργάνων: ήπαρ, νεφρά

Η απόφαση για νοσηλεία του αρρώστου βασίζεται στην σωματική του κατάσταση και στον βαθμό της απαιτούμενης δομής που θα εξαφανίσει την συνεργασία του. Γενικά σε άτομα με νευρική ανορεξία που έχουν κάτω από το 30% του αναμενόμενου βάρους, απαιτείται ψυχιατρική νοσηλεία που κυμαίνεται 2 με 6 μήνες.

Τα ενδονοσοκομειακά ψυχιατρικά προγράμματα για ασθενείς με νευρική ανορεξία περιλαμβάνουν συνδυασμό συμπεριφερολογικών πρακτικών, η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής, η θεραπεία οικογένειας και σε μερικές περιπτώσεις, ψυχοτρόπων σκευασμάτων. Η επιτυχία τους εξαρτάται από την μεγάλη προσπάθεια και ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και γενικότερα από το βαθμό συνεργασίας με την ψυχιατρική ομάδα, ώστε να καλλιεργηθεί η απαραίτητη θεραπευτική συμμαχία με την εξαιρετικά δύσκολη αυτή ασθένεια. Τελικά για να πετύχει η θεραπεία μακροπρόθεσμα θα πρέπει ο άρρωστος να συμμετέχει σε αυτή εκούσια.

Τα περισσότερα άτομα από αυτά είναι αδιάφορα και αντιστέκονται στην ψυχιατρική θεραπεία. Τους φέρνουν στο νοσοκομείο χωρίς την θέληση τους, οι συγγενείς τους ή οι φίλοι τους. Δύσκολα αποδέχονται τις συστάσεις για την νοσηλεία χωρίς διαφωνίες και κριτική για το προσφερόμενο πρόγραμμα.

Η εμπιστοσύνη και η υποστήριξη των συγγενών στην θεραπευτική ομάδα είναι ουσιαστικές όταν πρέπει να εκτελέσουν αυστηρές οδηγίες.

Αναγκαστική νοσηλεία ή εγκλεισμός θα πρέπει να εφαρμόζεται μόνο σε πιθανό κίνδυνο θανάτου. Για την γενική αντιμετώπιση των αρρώστων θα πρέπει να ακολουθείται ένα πρόγραμμα νοσηλείας που είναι το εξής:

Οι άρρωστοι θα πρέπει να ζυγίζονται κάθε πρωί, αφού προηγουμένως έχει εκκενωθεί η ουροδόχος κύστη. Επίσης θα πρέπει να καταγράφεται η ημερήσια

πρόσληψη υγρών και η αποβολή των ούρων, θα πρέπει να εκτιμούνται οι ηλεκτρολύτες και αν τυχόν υπάρχει η υποκαλιαιμία λόγω των εμετό που μπορεί να προκαλούνται. Να γίνεται έλεγχος από το ιατρικό προσωπικό ή από τους συνοδούς των αρρώστων μετά από το γεύμα για να μη κάνουν εμετό.

Η νοσηλευτική φροντίδα που απαιτείται για την νευρική ανορεξία περιλαμβάνει χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων (1500 – 2000 θερμίδες ημερησίως αρχικά, μοιρασμένες σε 5 – 6 γεύματα). Συνιστάται η χορήγηση μικρών συμπληρωμάτων τροφής.

Μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο ο κλινικός γιατρός συνήθως θεωρεί απαραίτητο να συνεχίσουν κάποιο τύπο εξωνοσοκομειακής επίβλεψης για οποιοδήποτε πρόβλημα θα προκύψει σε αυτούς και στην οικογένεια τους (Harrison, et al, 2009).

4.6 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία εμφανίζουν πολλές ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, κάποιες από αυτές προσαρμόζονται με συμπτώματα ή σύνδρομα που ανταποκρίνονται στην φαρμακοθεραπεία. Οι κλινικές εκδηλώσεις που παρουσιάζονται σε συνδυασμό ότι η ανορεξία συχνά υποτροπιάζει, οδήγησε στην μελέτη αρκετών φαρμάκων για την αντιμετώπισή της. Τέτοια φάρμακα είναι:

Αντιψυχωσικά: έχουν την ικανότητα να αυξάνουν το βάρος και να βελτιώνουν την ψυχολογική κατάσταση των ανορεκτικών. Για παράδειγμα η διαταραχή της σκέψης για το σχήμα και το βάρος του σώματος μπορεί να γίνει τόσο έντονη που παίρνει το χαρακτήρα παραλυτικής ιδέας. Σε αυτή την περίπτωση τα αντιψυχωσικά φάρμακα μπορεί να βοηθήσουν στην υποχώρηση παρόμοιων ιδεών. Κατά την παρούσα φάση μελετάται η ικανότητα της ολανζαπίνης.

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

Παραμένει υπό διερεύνηση το αν η φλουοξετίνη μπορεί να μειώσει την πιθανότητα υποτροπής σε ανορεκτικούς που έχει αποκατασταθεί το βάρος τους.

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

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

Υπάρχει μεγάλος κίνδυνος υπότασης και οι αρρυθμίες σε ανορεκτικούς ασθενείς με εμετούς που είναι αφυδατωμένοι. Καταθλιπτικοί ασθενείς με κακή θρέψη ανταποκρίνονται λιγότερο και είναι πιο επιρρεπείς σε ανεπιθύμητες ενέργειες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων από τους άλλους καταθλιπτικούς ασθενείς. Μερικά από τα καταθλιπτικά συμπτώματα υποχωρούν με την αποκατάσταση του σωματικού βάρους. Κατά την διάρκεια της θεραπείας μπορούν να χρησιμοποιούνται αγχολυτικά, αντικαταθλιπτικά και εκλεκτικών αναστολέων της σεροτονίνης. Επίσης ορισμένοι χρησιμοποιούν θεραπεία με οιστρογόνα για την μείωση της απώλειας ασβεστίου και συνεπώς και τις πιθανότητες εμφάνισης οστεοπόρωσης σε ανορεκτικούς ασθενείς με χρόνια αμηνόρροια. Αυτό δεν ισχύει για τους έφηβους που ο πρώτος στόχος τους είναι η αποκατάσταση του βάρους και του κανονικού τους κύκλου (Halmi et al, 2000).

4.7 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η φύση της Νευρογενούς Ανορεξίας είναι τέτοια, λόγω των σύνθετων ψυχολογικών και ιατρικών συνοδών προβλημάτων, που στις περισσότερες περιπτώσεις επιβάλλεται η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία σε συνδυασμό με την ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία για τη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής. Η νοσηλεία έχει σαν στόχο να αυξηθεί σταδιακά η πρόσληψη τροφής αλλά και να παρακολουθείται στενά και με προσοχή το σωματικό βάρος του ασθενούς, το οποίο αφού σταθεροποιηθεί θα πρέπει να αρχίζει σταδιακά να αυξάνεται. Η αποκατάσταση του υποσιτισμού και των σοβαρών επιπλοκών του, λοιπόν, θα πρέπει να είναι η πρώτη μας φροντίδα, καθώς η απώλεια βάρους μπορεί να είναι τόσο μεγάλη και τόσο σοβαρή ώστε να είναι αναγκαία ακόμη και η ενδοφλέβια σίτιση του ασθενούς προκειμένου να μην καταλήξει.

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

- (1) σοβαρό υποσιτισμό (μερικές φορές ορίζεται από την απώλεια βάρους που έχει οδηγήσει σε βάρος χαμηλότερο από το όριο που θέτει ο θεράπων ιατρός, π.χ. αν η απώλεια βάρους είναι μεγαλύτερη από 20% ή αν αυτή έχει συμβεί με ταχύ ρυθμό)
- (2) σοβαρές ιατρικές επιπλοκές - σοβαρά συνοδά οργανικά προβλήματα (π.χ. σοβαρές καρδιακές ή μεταβολικές – ηλεκτρολυτικές διαταραχές, διαταραχές δηλαδή των ηλεκτρολυτών, υποκαλιαιμία, οργανική βλάβη άλλου είδους)
- (3) ένας επίμονος κύκλος αυτοπροκαλούμενων εμετών ή κατάχρησης υπακτικών μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο, ο οποίος κύκλος δεν έχει διακοπεί με τις εξωνοσοκομειακές παρεμβάσεις
- (4) σοβαρός κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας
- (5) η διαπίστωση συνοσηρότητας με άλλες ψυχικές διαταραχές
- (6) μια αξιοσημείωτη ανικανότητα να φροντίσει ο ασθενής τον ίδιο τον εαυτό του ή η ανυπαρξία τέτοιας βοήθειας από την οικογένεια του ασθενούς. (Μωρόγαννης, 1999)

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

Σε ό,τι αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα, θα πρέπει να φροντίσουμε ώστε να χορηγούνται μικρά και συχνά γεύματα (1500-2000 θερμίδες ημερησίως αρχικά, μοιρασμένες σε 5-6 γεύματα). Επίσης, θα πρέπει να πραγματοποιείται τακτικό πρωινό ζύγισμα, να υπάρχει συχνή παρακολούθηση των κλινικών εργαστηριακών δεικτών για τις επιπλοκές του χρόνιου υποσιτισμού, αποτροπή των αυτοπροκαλούμενων εμετών και των άλλων καθαρτικών συμπεριφορών με στενή επίβλεψη μετά τα

γεύματα, φαρμακευτική αγωγή για την αποκατάσταση των διαταραχών ύπνου, αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας με μαλακτικά κοπράνων, καταστολή της υπερκινητικότητας και του άγχους με ηρεμιστικά – αγχολυτικά. Τέλος, είναι εξαιρετικά σημαντικό να ενθαρρύνεται και να ενισχύεται ο ασθενής ώστε οι συζητήσεις του να επικεντρώνονται στα προβλήματα που αντιμετωπίζει και να πάψει να περιορίζεται στα θέματα διατροφής και σωματικού βάρους. (Μωρόγαννης, 1999)

4.8 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

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

Παρ' όλα αυτά, εξαιτίας της συνοσηρότητας της Νευρογενούς Ανορεξίας με την Κατάθλιψη, η χορήγηση αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής έχει φανεί να έχει σχετική επιτυχία στην αντιμετώπιση της Νευρογενούς Ανορεξίας. Αρκετές είναι και οι έρευνες, που υπογραμμίζουν ότι η αντικαταθλιπτική αγωγή συχνά ενισχύει τα αποτελέσματα της Γνωσιακής – Συμπεριφοριστικής Παρέμβασης, και συνδέουν οι ερευνητές το αποτέλεσμα αυτό με το γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία παρουσιάζει συχνά και καταθλιπτική συμπτωματολογία. (Βενις, 2011)

Πρόσφατα το ενδιαφέρον έχει εστιαστεί στο fluoxetine (Prozac). Οι έρευνες υποστηρίζουν ότι το fluoxetine είναι χρήσιμο στη θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας. Σε μια από τις έρευνες, που έχουν διεξαχθεί, αποδείχθηκε ότι από ένα σύνολο 37 πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία, που ακολουθούσαν φαρμακευτική

αγωγή με fluoxetine, οι 29 είχαν κατορθώσει να διατηρήσουν ένα φυσιολογικό βάρος ακόμα και 11 μήνες μετά το τέλος της αγωγής, έτσι όπως προέκυψε από το follow-up. Τα αντικαταθλιπτικά, όπως το fluoxetine, μπορούν να βοηθήσουν τόσο στις περιπτώσεις των πασχόντων, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό – Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας, στο να ελεγχθεί ο κύκλος υπερφαγίας-καθαρτικής συμπεριφοράς, αλλά και στις περιπτώσεις που συνυπάρχει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ωστόσο, κάποιοι υποστηρίζουν ότι η αύξηση του βάρους του ασθενούς αυτή καθεαυτή είναι πιο αποτελεσματική στο να ανακουφίσει τον ασθενή από την καταθλιπτική συμπτωματολογία και να βελτιώσει την διάθεση των ασθενών αυτών.

Στην πράξη, οι ψυχίατροι συχνά καταφεύγουν στη χορήγηση αγχολυτικών και αντικαταθλιπτικών για την αντιμετώπιση των συνοδών ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων. Η χορήγηση, όμως, αντικαταθλιπτικών σε ασθενείς, που έχουν ταλαιπωρήσει τον οργανισμό τους με τον χρόνιο υποσιτισμό και παρουσιάζουν επιπλοκές στο καρδιαγγειακό τους σύστημα, θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή και να φροντίζει ο ειδικός ώστε να αυξάνεται σταδιακά η δόση. Σε περίπτωση που έχει διαπιστωθεί η συνοσηρότητα με Κατάθλιψη, μπορεί ο ειδικός να εξετάσει και το ενδεχόμενο της ηλεκτροσπασμοθεραπείας (Agras, 2016).

4.9 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Οι ασθενείς, που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, μπορούν να προκαλέσουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις στα μέλη μιας θεραπευτικής ομάδας. Η αδύνατη και αδύναμη εμφάνιση και η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία μπορεί να προκαλέσει πολύ δυνατά συναισθήματα φόβου και θυμού στους θεραπευτές. Ο αγώνας για την απόκτηση ελέγχου μπορεί να περιπλέξει την θεραπεία των ασθενών και να αποσταθεροποιήσει την αντικειμενικότητα των θεραπειών. Επίσης, η συχνή συνοσηρότητα με την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας σε αυτό τον πληθυσμό ασθενών περιπλέκει ακόμα περισσότερο το θεραπευτικό σχεδιασμό, καθώς συχνά οι ασθενείς διαχωρίζουν τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε κατηγορίες «καλών» και

«κακών», μέσα στα πλαίσια του αμυντικού μηχανισμού του splitting. Τέλος, κάποιες διαδικασίες πολλές φορές θα πρέπει να εφαρμόζονται ενάντια στη θέληση του ασθενούς και αυτό τις καθιστά διεισδυτικές κι έτσι μπορούν εύκολα να επεκταθούν σε τιμωρητικά συναισθήματα και πράξεις ενάντια στον ασθενή.

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

Η θεραπεία των ασθενών, που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση και εμφανίζουν και κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, εγείρει μοναδικές προκλήσεις σε ότι αφορά την αντιμεταβίβαση των επαγγελματιών θεραπευτών. Οι θεραπευτές και γενικότερα οι ειδικοί συχνά σοκάρονται, τρομοκρατούνται και κατακλύζονται από τις περιγραφές της κακοποιητικής εμπειρίας. Το άτομο, που έχει επιβιώσει από την κακοποίηση, είναι γενικότερα ευαίσθητο ακόμα και σε συγκαλυμμένες μορφές αποστασιοποίησης και εξαιτίας της μαθημένης τάσης τους να φροντίζουν τους άλλους, συχνά θα σταματήσουν τις αποκαλύψεις προκειμένου να προστατέψουν και να μην επιβαρύνουν το θεραπευτή τους (Bryant-Waugh, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Στην αντιμετώπιση της Νευρικής ανορεξίας πραγματοποιείται η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο στις περιπτώσεις όπου οι θεραπευτικές μέθοδοι εκτός νοσοκομειακής μονάδας δεν έχουν αποτελέσματα. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να σημειωθεί ότι η εισαγωγή του ατόμου στο νοσοκομείο πραγματοποιείται μόνο με τη θέληση του και εφόσον έχει ενημερωθεί για τον τρόπο αντιμετώπισης. (Gelder et al. 2008)

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία τα κριτήρια που καθορίζουν την ανάγκη νοσηλείας είναι τα εξής: (American Psychiatric Association, 1994)

Ιατρικές ενδείξεις

- Σωματικό βάρος <85% του κατώτερου ορίου φυσιολογικού σωματικού βάρους ή ταχεία μείωση του βάρους με άρνηση λήψης τροφής ακόμα και αν δεν είναι <85% του φυσιολογικού βάρους.
 - Καρδιαγγειακές επιπλοκές
 - Βραδυκαρδία <40 σφύξεις/λεπτό
 - Υπόταση: <80/50 mmHg
 - Σοβαρή αφυδάτωση
 - Επίμονη υπογλυκαιμία: <60 mg/Dl
 - Πτωχός έλεγχος σακχαρώδους διαβήτη
 - Σοβαρή διαταραχή ηλεκτρολυτών π.χ κάλιο <3 mmol/L
 - Υποθερμία
 - Ηπατικές και νεφρικές επιπλοκές (όταν απαιτούν άμεση ανάταξη)
- Ψυχιατρικές ενδείξεις
- Υψηλός κίνδυνος αυτοκτονίας

- Σοβαρή συννοσηρότητα π.χ μείζων κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
- Πολύ χαμηλό κίνητρο/εναισθησία
- Αδυναμία αυτοελέγχου της υπερβολικής άσκησης και της επαναλαμβανόμενης καθαρτικής συμπεριφοράς Υπονομευόμενη εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση
- Αφόρητη οικογενειακή κατάσταση π.χ έντονα εκφραζόμενο συναίσθημα, κακοποίηση
- Κοινωνική κατάσταση π.χ ακραία απομόνωση, απουσία υποστήριξης
- Μεγάλη γεωγραφική απόσταση ανάμεσα στην κατοικία της ασθενούς και την εξωνοσοκομειακή μονάδα
- Αποτυχία αύξησης του βάρους με εξωνοσοκομειακή ψυχοθεραπεία.

Το καλύτερο θα ήταν ο ασθενής να έχει ενημερωθεί διεξοδικά για τις παραμέτρους της θεραπείας, να έχει συμφωνήσει οικειοθελώς να νοσηλευτεί και να έχει προετοιμαστεί πριν γίνει η εισαγωγή του στο νοσοκομείο με επισκέψεις στο χώρο νοσηλείας και συζητήσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό και τους θεραπευόμενους. Στη συναίνεση του ασθενή συνήθως συμβάλει η ύπαρξη ενός ισχυρού κινήτρου από τον ίδιο καθώς και τα οφέλη που θα αποκομίσει, όπως η ανακούφιση από την αϋπνία, την δυσκοιλιότητα και τα συμπτώματα της κατάθλιψης (Γονιδάκης & Βάρσου 2008).

Η νοσηλευτική φροντίδα και το διατροφικό πρόγραμμα είναι και τα δύο θεμελιώδους σημασίας στα περισσότερα ενδονοσοκομειακά προγράμματα. Το διατροφικό πρόγραμμα θεραπείας αποτελεί το μέσον για να αυξηθεί το βάρος του ασθενούς, ενώ η νοσηλευτική φροντίδα είναι ο κύριος συντελεστής του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο επιτελείται η διατροφική θεραπεία. Το διατροφικό πρόγραμμα συνίσταται στην χορήγηση εξισορροπημένης, από πλευράς θρεπτικών ουσιών, δίαιτας που χορηγείται έτσι ώστε να επιτυγχάνεται αύξηση του βάρους κατά 1-2 κιλά την εβδομάδα. (Gelder et al. 2008)

Η ταχύτερη αύξηση βάρους δεν συνιστάται γιατί προκαλεί στον ασθενή φόβο και αίσθημα απώλειας του ελέγχου. Συνήθως οι ασθενείς ανέχονται τα γεύματα από το στόμα. Αν όμως αντιστέκονται μπορεί να χρησιμοποιηθεί η ρινογαστρική ή η ενδοφλέβια διατροφή για βραχύ διάστημα. Επίσης πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν η

ενυδάτωση του ασθενούς και να συμπεριληφθεί η κατάλληλη ποσότητα υγρών στο πρόγραμμα των γευμάτων. Η αφυδάτωση θα πρέπει να διορθώνεται αργά. Η οδός από το στόμα είναι συνήθως ικανοποιητική. Η επιθετική ενδοφλέβια χορήγηση υγρών θα πρέπει να αποφεύγεται, επειδή η μάζα της αριστερής κοιλίας της καρδιάς είναι μειωμένη και η απότομη αύξηση του όγκου μπορεί να μην γίνει ανεκτή. (William et al. 2010)

Κατά την αρχική αύξηση της σίτισης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρακολουθεί τον ασθενή για το σύνδρομο επανασίτισης, ένα φαινόμενο που εμφανίζεται αν η θερμιδική πρόσληψη αυξηθεί πολύ γρήγορα. Τα σημεία του συνδρόμου επανασίτισης είναι ο μειωμένος φωσφόρος ορού, το μειωμένο κάλιο ορού και σπάνια το οίδημα, που σχετίζεται με τη μετακίνηση υγρών ή τη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Η παρακολούθηση από τον νοσηλευτή, κατά τη διάρκεια της νύχτας, για βραδυκαρδία, βοηθά στην εκτίμηση του βαθμού καταβολής του μεταβολισμού. Συνήθως, όσο πιο ταχεία και σοβαρή είναι η απώλεια βάρους, τόσο χειρότερη είναι η βραδυκαρδία. Η βελτίωση της βραδυκαρδίας σχετίζεται με την ανάκτηση του βάρους. Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να κάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα στον ασθενή επειδή βρίσκεται σε κίνδυνο συνδρόμου παράτασης του QT και επακόλουθης αρρυθμίας, που σχετίζεται με τη βαρύτητα της βραδυκαρδίας. (Gelder et al. 2008)

Συνήθως χρειάζονται 2-3 εβδομάδες για να επιτευχθούν οι αρχικοί στόχοι της εισαγωγής στο νοσοκομείο, δηλαδή σταθερή πρόσληψη βάρους, ανοχή της διατροφής από το στόμα χωρίς σημεία συνδρόμου επανασίτισης και διόρθωση βραδυκαρδίας. Το ποσό των θερμίδων στην δίαιτα μπορεί να αυξηθεί μετά τις πρώτες ημέρες. Συχνότερα και μικρότερα γεύματα, π.χ 6 γεύματα των 400-600 θερμίδων, βοηθούν στην αποφυγή του δυσάρεστου αισθήματος φουσκώματος και έτσι προκαλούν λιγότερο φόβο στον ασθενή. Το σερβίρισμα μεγάλου γεύματος προκαλεί φόβο και αίσθημα απώλειας του ελέγχου. Ακόμη δεν ευοδώνει την ανάπτυξη φυσιολογικών συνηθειών διατροφής. Ο ασθενής αισθάνεται πιο καθησυχασμένος αν τελειώνει όλο το γεύμα που έχει μπροστά του και κερδίζει σταθερά βάρος με ρυθμό 1-1,5 κιλό την εβδομάδα. Η χορήγηση συμπληρωματικών τροφικών υποκατάστατων με μορφή ενισχυμένων θερμιδικά υγρών πρέπει να αποφεύγεται, γιατί παρεμποδίζουν την εγκατάσταση. (William et al. 2010)

Χρήσιμος είναι ο ρόλος του διαιτολόγου, που μπορεί σε τακτικές συναντήσεις-συζητήσεις με τον ασθενή να τον βοηθήσει να μάθει πώς να κάνει σωστές επιλογές τροφών και να του προσφέρει γνώσεις και εκπαίδευση σε θέματα διατροφής. Η ομάδα των νοσηλευτών με εμπειρία, ικανότητα και υπομονή έχει την ευθύνη να ενθαρρύνει τον ασθενή να ολοκληρώσει το γεύμα του αλλά και να τον επιβλέπει, ώστε να μη διευκολύνεται ο ασθενής στο να απομακρύνει κρυφά τρόφιμα ή να καταφεύγει σε καθαρτικές μεθόδους. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να μένει κοντά στον ασθενή όσο τρώει, να συζητάει μαζί του, να τον καλοπιάνει ώστε να τον πείθει να τελειώσει το γεύμα του και γενικά να προσπαθεί να τον αποσπάσει από τα άγχη που έχει σχετικά με το φαγητό και την αύξηση του βάρους. (Gelder et al. 2008)

Η νοσηλευτική ομάδα δημιουργεί μία σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Γνωρίζει τον ασθενή ως άτομο, με τις προσωπικές του ανάγκες και προβλήματα. Οι νοσηλευτές/τριες θα πρέπει επίσης να γνωρίζουν πολύ καλά την τάση του ανορεκτικού ασθενούς να αποφεύγει το φαγητό και να ασκείται υπερβολικά. Είναι προτιμότερο το θεραπευτικό πρόγραμμα να δίνει έμφαση στις υποστηρικτικές παραμέτρους της σχέσης του νοσηλευτή/τριας με τον ασθενή και λιγότερο στην αναμφισβήτητη ανάγκη για προσεκτική επιτήρηση. (Gelder et al. 2008)

Ο νοσηλευτής/τρια βασίζεται στην καθημερινή καταγραφή του σωματικού βάρους για να ελέγχει την επιτυχία της θεραπείας, καθώς το διάγραμμα του βάρους θα πρέπει να δείχνει μια ελαφρά ανερχόμενη καμπύλη. Από την αρχή της θεραπείας ο ασθενής μαθαίνει ότι οφείλει να καταναλώσει όλο το φαγητό που τοποθετείται μπροστά του. Ο ασθενής συχνά παραπονιέται ότι νιώθει φούσκωμα ή ότι έχει ναυτία μετά το φαγητό. Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να είναι σε θέση να τον καθησυχάσει, ενημερώνοντας τον ότι αυτά τα αισθήματα σχετίζονται με την επιβράδυνση στην προώθηση του περιεχομένου του στομάχου εξαιτίας του χρόνιου υποσιτισμού, και ότι αυτά τα δυσάρεστα αισθήματα θα υποχωρήσουν με τον χρόνο. Ένας νοσηλευτής που υποψιάζεται ότι ο ασθενής πετά κρυφά ή κρύβει τρόφιμα ή έχει άλλες καθαρτικές συμπεριφορές (εμέτους, υπακτικά, διουρητικά) πρέπει να τον αντιμετωπίσει ευγενικά αλλά ανοιχτά και σταθερά. (William et al. 2010)

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

βάρος, το άγχος του ασθενή θα επικεντρώνεται στην αύξηση των διαστάσεων του στην κοιλιά, στην περιφέρεια ή τα ισχία και ο νοσηλευτής/τρια μπορεί να του εξηγήσει ότι το βάρος έχει την τάση να πηγαίνει πρώτα σ' αυτά τα σημεία του σώματος, αλλά με τον καιρό κατανέμεται ομοιόμορφα σε όλο το σώμα. Ακόμα, αν ο ασθενής προέβαινε σε εμέτους ή καθαρτικές συμπεριφορές, είναι πιθανό με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο και σταματώντας αυτά τα μέσα, να πάρει δραματικά βάρος τις πρώτες μέρες. Αυτό συμβαίνει γιατί γίνεται αποκατάσταση της αφυδάτωσης και των ηλεκτρολυτικών διαταραχών και υπάρχει μαζική κατακράτηση υγρών, οπότε θα χρειαστούν λίγες μέρες για να εξισοροποιηθεί η κατάσταση. Ο νοσηλευτής/τρια μπορεί και πρέπει να το εξηγήσει αυτό στον νοσηλευόμενο για να μην τρομοκρατηθεί. (William et al. 2010)

Συνεχίζοντας, λοιπόν, η ομάδα των νοσηλευτών με εμπειρία, ικανότητα και υπομονή έχει την ευθύνη να ενθαρρύνει τον ασθενή να ολοκληρώσει το γεύμα του αλλά και να τον επιβλέπει, ώστε να μη διευκολύνεται ο ασθενής στο να απομακρύνει κρυφά τρόφιμα ή να καταφεύγει σε καθαρτικές μεθόδους. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να μένει κοντά στον ασθενή όσο τρώει, να συζητάει μαζί του, να τον καλοπιάνει ώστε να τον πείθει να τελειώσει το γεύμα του και γενικά να προσπαθεί να τον αποσπάσει από τα άγχη που έχει σχετικά με το φαγητό και την αύξηση του βάρους. Η νοσηλευτική ομάδα δημιουργεί μία σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Γνωρίζει τον ασθενή ως άτομο, με τις προσωπικές του ανάγκες και προβλήματα.(49)Οι νοσηλευτέςθα πρέπει επίσης να γνωρίζουν πολύ καλά την τάση του ανορεκτικού ασθενούς να αποφεύγει το φαγητό και να ασκείται υπερβολικά. Είναι προτιμότερο το θεραπευτικό πρόγραμμα να δίνει έμφαση στις υποστηρικτικές παραμέτρους της σχέσης του νοσηλευτήμε τον ασθενή και λιγότερο στην αναμφισβήτητη ανάγκη για προσεκτική επιτήρηση. Ο νοσηλευτήςβασίζεται στην καθημερινή καταγραφή του σωματικού βάρους για να ελέγχει την επιτυχία της θεραπείας, καθώς το διάγραμμα του βάρους θα πρέπει να δείχνει μια ελαφρά ανερχόμενη καμπύλη. Από την αρχή της θεραπείας ο ασθενής μαθαίνει ότι οφείλει να καταναλώσει όλο το φαγητό που τοποθετείται μπροστά του. Ο ασθενής συχνά παραπονιέται ότι νιώθει φούσκωμα ή ότι έχει ναυτία μετά το φαγητό. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι σε θέση να τον καθησυχάσει, ενημερώνοντας τον ότι αυτά τα αισθήματα σχετίζονται με την επιβράδυνση στην προώθηση του περιεχομένου του

στομάχου εξαιτίας του χρόνιου υποσιτισμού, και ότι αυτά τα δυσάρεστα αισθήματα θα υποχωρήσουν με τον χρόνο.

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

Η αποκατάσταση του βάρους του ανορεκτικού ασθενούς φαίνεται να αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα για τη μετανοσοκομειακή πορεία της θεραπείας. Έχει βρεθεί ότι αν οι ανορεκτικοί ασθενείς εξέλθουν του νοσοκομείου ενώ είναι ακόμα ελλιποβαρείς, παρουσιάζουν περισσότερα ανορεκτικά συμπτώματα και έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να επανανοσηλευτούν, σε σύγκριση με ασθενείς που εξήλθαν από το νοσοκομείο με φυσιολογικό βάρος. Το βάρος θα πρέπει να συγκρατηθεί στα κατώτερα φυσιολογικά επίπεδα λόγω της δυσκολίας του ασθενούς να δεχθεί το μετασχηματισμό του σώματος του και ιδιαίτερα σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος, όπως είναι οι γλουτοί, οι μηροί, η κοιλιακή χώρα και οι μαστοί.

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο δεν αφορούν μόνο στην ύφεση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, αλλά ακόμα και στις επιπτώσεις της ανορεξίας στην κοινωνική και επαγγελματική τους ζωή. Οι ασθενείς αυτοί, σε σύγκριση με άτομα της ίδιας ηλικίας που δεν πάσχουν από νευρογενή ανορεξία, είναι πιθανότερο να μην έχουν τεκνοποιήσει ή να είναι άνεργοι, ακόμα και μία δεκαετία μετά τη νοσηλεία τους. Μάλιστα, η μεγαλύτερη διάρκεια της νοσηλείας, άρα οι μεγαλύτερες δυσκολίες στην αντιμετώπιση της

νευρογενούς ανορεξίας, άλλα και η συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές παθήσεις, αυξάνουν την πιθανότητα για κακή κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή. (William et al. 2010)

Όσον αφορά τους ασθενείς που δε χρήζουν θεραπείας εντός του νοσοκομείου, οι ασθενείς μπορούν να λαμβάνουν θεραπεία σε εξωτερική βάση, με την υποστήριξη της ίδιας εξειδικευμένης ομάδας ειδικών. Αν διατίθεται εκπαιδευμένος θεραπευτής, μπορεί να εφαρμοστεί η χειριστική θεραπεία που βασίζεται στην οικογένεια. Σε αντίθεση με την παραδοσιακή θεραπεία που επιτρέπει στον ασθενή να ελέγχει την διατροφή του και στους γονείς-οικείους να παραμένουν αμέτοχοι στην ποσότητα του φαγητού στη φάση αποκατάστασης. Ένας νοσηλευτής μπορεί να αναλάβει τα καθήκοντα του εκπαιδευτή. Η κατάλληλη συμβουλευτική σχετικά με τη διατροφή είναι ζωτικής σημασίας, καθοδηγώντας τον ασθενή και την οικογένειά του κατά τα αρχικά στάδια της ανάνηψης. Καθώς ο διατροφολόγος καθοδηγεί την αύξηση της θερμιδικής πρόσληψης από τον ασθενή, ο νοσηλευτής πρέπει να παρακολουθεί το βάρος και τα ζωτικά σημεία του. Συχνά πρέπει να μειωθεί το επίπεδο δραστηριοτήτων του ασθενούς, για να ενισχυθεί η αναστροφή της καταβολικής κατάστασης του ασθενούς. Λογικός στόχος πρόσληψης βάρους θεωρούνται τα 0,2-0,5kg/εβδομάδα. Αν η απώλεια βάρους επιμένει, είναι σημαντική η προσεκτική παρακολούθηση από κάποιον νοσηλευτή των ζωτικών σημείων, συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής συχνότητας σε ύπτια θέση, για να διαπιστωθεί η τυχόν αναγκαιότητα αυξημένου επιπέδου φροντίδας και εισαγωγής στο νοσοκομείο (Attia, 2010).

Συνοψίζοντας στο ρόλο του νοσηλευτή περιλαμβάνεται:

- Η διατήρηση μιας ισορροπημένης διατροφής πλούσια σε θερμίδες.
- Το προσεκτικό ζύγισμα σε καθημερινή βάση χωρίς την αποκάλυψη ενδεχόμενης αύξησης βάρους.
- Η παραμονή του νοσηλευτή με τον ασθενή και κατά τη διάρκεια και μετά από τα γεύματα.
- Η καταγραφή και η μέτρηση των υγρών που χάνει αλλά και λαμβάνει ο ασθενής.
- Η τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα σε περιπτώσεις όπου συνεχίζεται η μείωση βάρους.

- Η ενθάρρυνση στον ασθενή να συμμετέχει σε δραστηριότητες που θα ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση του και θα αναδείξουν το ταλέντο και τις δεξιότητες του.
- Ο σχεδιασμός ενός διατροφικού προγράμματος με συχνά και σε μικρές ποσότητες γεύματα και η σταδιακή αύξηση τους.
- Η ώθηση να αντιληφθεί ο ασθενής το πρόβλημα του.
- Η εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με την υιοθέτηση των αρχών μιας ισορροπημένης διατροφής.
- Η δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης ανάμεσα σε αυτόν και τον ασθενή.
- Η παρατήρηση και η παρακολούθηση του ασθενούς σχετικά με την πορεία του.
- Η ενθάρρυνση του ασθενούς σχετικά με την αποβολή της στρεβλής εικόνας που έχει για τον εαυτό του.
- Η χρήση τεχνικών ώστε να αποκτήσει τις κατάλληλες συμπεριφορές για την επίλυση προβλημάτων.
- Η ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος για την θεραπεία και η εκμάθηση τεχνικών για επιτυχημένα αποτελέσματα.
- Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών κατόπιν εντολής ιατρού σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητο (Bornstein, 2001).

5.2 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

Οι νοσηλευτές θα ήταν χρήσιμο να παρέχουν συμβουλευτική υποστήριξη στον ασθενή και την οικογένεια του. Δηλαδή να τους παρέχουν πληροφορίες που αφορούν την νευρογενή ανορεξία ώστε να τους βοηθήσουν να τροποποιήσουν τις διατροφικές συμπεριφορές τους. Η παροχή πληροφοριών θα βοηθήσει τον ασθενή να αντιληφθεί τις εσφαλμένες πεποιθήσεις του και να αυξήσει την κινητοποίηση του για αλλαγή. Ο ασθενής πρέπει να αντιληφθεί ότι για την εμφάνιση της πάθησης δεν ευθύνεται ένα συγκεκριμένος παράγοντας, αλλά ότι η φύση της νόσου είναι πολυπαραγοντική. Είναι σημαντικό ο ασθενής να αναγνωρίσει ότι η πίεση που δέχεται ο άνθρωπος να «συμμορφωθεί» με το προβαλλόμενο ισχυρό πρότυπο ομορφιάς είναι σε ορισμένα

σημεία υπερβολική και είναι επικίνδυνη για την υγεία. Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει τον φόβο του για την ανεξέλεγκτη αύξηση του βάρους του. Για να το πετύχει αυτό πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή ότι αυξάνοντας σταδιακά την διατροφή του, αυξάνεται παράλληλα και ο μεταβολισμός του, με αποτέλεσμα μετά από λίγες εβδομάδες το βάρος να μην αυξάνεται άλλο, καθώς ο οργανισμός μεταβολίζει τις προσλαμβανόμενες θερμίδες και δεν υπάρχει περαιτέρω αποθήκευση τους με τη μορφή λίπους. Επίσης συζητούνται οι επιπτώσεις του υποσιτισμού και η επικινδυνότητά τους. Ο ασθενής και η οικογένειά ενημερώνονται για τους τρόπους αποκατάστασης των διατροφικών του συνηθειών. Τέτοιοι τρόποι είναι ο μηχανικός τρόπος λήψης τροφής που μειώνει το άγχος, ο προγραμματισμός της ποσότητας και της ποιότητας των γευμάτων και η καταγραφή των διατροφικών συνηθειών και των συναισθημάτων-σκέψεων που τις συνοδεύουν. Γίνεται ενημέρωση του ασθενούς για τις επιπλοκές τόσο των εμετών, όσο και της κατάχρησης καθαρτικών και διουρητικών. Τέλος, σε περίπτωση που ο ασθενής παρεκκλίνει από την θεραπεία, ο νοσηλευτής βοηθάει τον ασθενή να καταλάβει τους λόγους που δεν τα κατάφερε, και τον αποτρέπει να μέμφεται τον εαυτό του για την αποτυχία του (Speranza et al, 2003).

5.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1

Ασθενής ηλικίας 20 ετών εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών παρουσιάζοντας τα εξής συμπτώματα:

- Πόνος στο στομάχι
- Άγχος και φόβος

Με βάση τη λήψη του ιστορικού η ασθενής πάσχει από νευρογενή ανορεξία. Στην ηλικία των 15 ετών και επηρεασμένη από το σύγχρονο τρόπο ζωής και επιβολής προτύπων σταμάτησε να θρέφεται σωστά θεωρώντας ότι έχει υπερβολικό βάρος. Το οικογενειακό της περιβάλλον δεν αντελήφθη αμέσως το πρόβλημα η κατάσταση να ξεφύγει από τον έλεγχο. Πραγματοποιήθηκαν προσπάθειες από το οικείο της περιβάλλον να συμβουλευτεί ειδικό ιατρικό προσωπικό. Αυτό όμως δεν κατέστη εφικτό. Τα κύρια συμπτώματα όπως τα περιγράφει η ίδια ήταν το ότι αισθανόταν Ζάλη, Αδυναμία, Άγχος και φόβος, Πόνος στο στομάχι

Χρήση αλκοόλ: όχι

Χρήση καπνού: όχι

Χρήση καφεΐνης: όχι

Χρήση τοξικών ουσιών: όχι

Αντικοινωνική συμπεριφορά: όχι

Αίτια εισόδου: Διαταραχή λήψης τροφής

Σωματική Διάσταση

Άρνηση λήψης τροφής

Διανοητική Διάσταση

Διαταραχές αντίληψης

Ψυχολογική Διάσταση

Διαταραχή συναισθηματικής ακεραιότητας

Κοινωνική Διάσταση

Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας: αναποτελεσματική ποιότητα κοινωνικής συναλλαγής.

ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΣ ΣΤΟΧΟΣ

Η ασθενής μέχρι την έξοδό της από το νοσοκομείο να μην εκδηλώνει άρνηση τροφής και να τρέφεται σωστά.

ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΟΣ ΣΤΟΧΟΣ

- Εγκατάσταση θεραπευτικής σχέσης
- Ν' αυξήσει την πρόσληψη τροφής
- Να πάρει βάρος

ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΟΣ ΣΚΟΠΟΣ

Εγκατάσταση θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα σ' εμένα και στην ασθενή

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Πόνος στο στομάχι.	Απαλλαγή του ασθενούς από τον κοιλιακό πόνο	<p>Τοποθέτηση του ασθενούς στην κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p> <p>Λήψη των ζωτικών σημείων</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστική θέση.</p> <p>Χορηγήθηκε amp Zinderon 75mg/ml IM σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Συστήθηκε να επικρατεί ηρεμία και ησυχία στο δωμάτιο της ασθενούς</p>	Η ασθενής νιώθει ανακούφιση από τον πόνο

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Άγχος και φόβος	Να απαλλαγεί η ασθενής από το άγχος και τον φόβο	<p>Επικοινωνία και συζήτηση με την ασθενή με σκοπό να κατανοήσει την δυσκολία του προβλήματος της</p> <p>Να έρθει σε επαφή με ασθενείς που έχουν την ίδια πάθηση.</p> <p>Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης</p>	<p>Έγινε επικοινωνία με λεπτομερή ενημέρωση της ασθενούς για την κατάσταση της</p> <p>Χορηγήθηκε tab Lexotanil 3mg 1x1 σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>Πραγματοποιήθηκε ψυχολογική υποστήριξη από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και συνομιλία της ασθενούς με άλλο ασθενή με το ίδιο πρόβλημα</p>	<p>Η ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς είχε θετικά αποτελέσματα</p> <p>Το άγχος και ο φόβος μειώθηκαν</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Αδυναμία	Ανάπτυξη ενός προγράμματος κατά το οποίο το άτομο θα προσλαμβάνει ενέργεια μέσω της τροφής και άλλων συμπληρωμάτων διατροφής, και θα ξεκουράζεται μέσω του νυχτερινού ύπνου. (8 ώρες την ημέρα)	<p>Τίθεται στόχος για την κάλυψη της απαραίτητης ενεργειακής θερμιδικής αξίας.</p> <p>Λήψη μικρών γευμάτων για πρόσληψη ενέργειας.</p> <p>Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ελέγχει εντατικά τον ασθενή όσον αφορά την κατανάλωση των σνακ.</p>	<p>Παροχή πρωτεϊνούχων γευμάτων στους ασθενείς.</p> <p>Εξασφάλιση ξεκούρασης ασθενή</p>	Η ασθενής ξεκουράζεται και ανακτά δυνάμεις

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Ζάλη	Προγραμματισμός για τις κατάλληλες ενέργειες ώστε τα συμπτώματα της ζάλης να μειωθούν ή να εξαλειφθούν	<p>Εξασφάλιση ότι η ασθενής τρέφεται σωστά και δεν κουράζεται υπερβολικά.</p> <p>Έλεγχος σακχάρου και αρτηριακής πίεσης.</p> <p>Χορήγηση O₂</p> <p>Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>Παρακολούθηση αρρώστου για την ανταπόκριση των φαρμάκων και τυχόν παρενέργειες. ΗΚΓ έλεγχος</p>	<p>Παρακολούθηση ασθενή για σωστή σίτιση και ξεκούραση.</p> <p>Μέτρηση σακχάρου και αρτηριακής πίεσης – αποκατάσταση τους σε περίπτωση μεγάλης απόκλισης με τις Φ.Τ</p> <p>Χορήγηση φαρμάκων.</p> <p>Εκτίμηση ΗΚΓ</p>	Η ασθενής ξεκουράζεται και ανακτά δυνάμεις

5.3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Ασθενής ηλικίας 18 ετών εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών με έντονη Διαταραχή ισοζυγίου υγρών και Διαταραχή αντίληψης εικόνας σώματος. Η ασθενής υποσιτίζεται το διάστημα των τελευταίων πέντε μηνών ενώ το τελευταίο διάστημα επιλέγει την πρόκληση εμετού μετά από κάθε γεύμα. Οι οικείοι της θορυβήθηκαν πολύ, ιδιαίτερα λόγω του ότι η ασθενής έχει χάσει υπερβολικό βάρος και ακόμα θεωρεί τον εαυτό της ευτραφή. Η διάγνωση της ασθενούς είναι Νευρογενής Ανορεξία.

Σύμφωνα με την εκτίμηση της πορείας της ασθενούς φαίνεται ότι αντιμετωπίζει :

Διαταραχή ισοζυγίου υγρών, Διαταραχή αντίληψης εικόνας σώματος, Έμετοι, Αφυδάτωση

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Διαταραχή ισοζυγίου υγρών	Αποκατάσταση της διαταραχής ώστε να επιτύχουμε φυσιολογικό ισοζύγιο υγρών. Αποτροπή εμετού	Πλήρης ενυδάτωση της ασθενούς με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών Να επιβλέπεται η ασθενής κατά τη διάρκεια του φαγητού και μια ώρα μετά	Χορήγηση 300 cc ορού IV(2000 cc dextrose 5% και 1000cc normal solution 0,9%). Πραγματοποιήθηκε επίβλεψη φαγητού	Η ασθενής ενυδατώθηκε ικανοποιητικά

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Διαταραχή αντίληψης εικόνας σώματος	Καθορισμός ρεαλιστικής εικόνας του σώματος. Βελτίωση αυτοεκτίμησης	Ενίσχυση της προσωπικής εμφάνισης Βελτίωση της αίσθησης αυτοεκτίμησης	Επιβράβευση για τις επιτυχημένες προσπάθειες της για την ανάπτυξη μιας ρεαλιστικής εικόνας του σώματος της. Συζήτηση με την ασθενή για τους φόβους της να παχύνει και κατανόηση της ρεαλιστικής εικόνας σώματος. Εφαρμογή γνωστικής συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας	Η ασθενής έχει μία ρεαλιστική εικόνα του σώματος της. Η ασθενής έχει αυξήσει την αυτοεκτιμησή της

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Έμετοι	Σταδιακή αποκατάσταση και τερματισμός των εμέτων.	<p>Η επανασίτιση του ασθενή αρχίζει σταδιακά με τη χορήγηση μικρών ποσοτήτων υγρών και στη συνέχεια με εαφρά δίαιτα.</p> <p>Αντιεμετικά φάρμακα</p> <p>Τροφές πλούσιες σε Na.</p>	<p>Παρακολούθηση ασθενή αν ακολουθεί το διαιτολόγιο.</p> <p>Χορήγηση αντιεμετικών</p>	<p>Αποκατάσταση ηλεκτρολυτών και εξασφάλιση ότι ασθενής έχει σταματήσει τους εμέτους.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Αφυδάτωση	Άμεση ενυδάτωση του ασθενή.	Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών (κάλιο, νάτριο) και συνεχή αξιολόγηση αυτών.	Χορηγήθηκαν άμεσα ηλεκτρολύτες. Γίνονται συχνά αιματολογικοί έλεγχοι , ώστε να γνωρίζουμε αν υπάρχουν επίπεδα βελτίωσης.	Αποκαταστάθηκε η οξεοβασική ισορροπία εντός εξαώρου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής όπως είναι η ψυχογενής Βουλιμία και η Νευρογενής Ανορεξία συναντώνται έντονα από τη δεκαετία του 1970 και έπειτα χωρίς αυτό να σημαίνει ότι προγενέστερα δεν υπήρχαν τέτοιου είδους περιστατικά. Στη σύγχρονη εποχή παρατηρείται ότι τα περιστατικά και των δύο αυτών διαταραχών παρουσιάζουν μία συνεχή αύξηση και γι αυτό το λόγο η επιστημονική κοινότητα ασχολείται, μελετά και αναλύει το συγκεκριμένο φαινόμενο όλο και περισσότερο

Το κυριότερο χαρακτηριστικό αυτής της μορφής είναι το μειωμένο βάρος σε επίπεδα πολύ κάτω από τα φυσιολογικά. Το άτομο προσπαθεί συνεχώς να διατηρείται αδύνατο, κατακλύζεται από έντονο άγχος και φόβο ότι θα «πάρει» κιλά και θα γίνει παχύσαρκο με αποτέλεσμα να προβαίνει σε «σκληρές» δίαιτες, να αρνείται να φάει και να καταλήγει σε απίσχναση. Το άτομο που προβαίνει σε αυτή τη διαδικασία για την μείωση του βάρους του σύμφωνα με το DSM-IV αποτελεί τον Περιοριστικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας.

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής δεν αναπτύσσονται μόνο ως μια στρέβλωση της σχέσης του ανθρώπου με το φαγητό του. Αντανακλούν άλλα, βαθύτερα προβλήματα και χρησιμοποιούνται ως ένας τρόπος παράκαμψης ή πρόσκαιρης ανακούφισης από άλλες συναισθηματικές καταστάσεις. Το άτομο που πάσχει προσπαθεί να ελέγξει υπερβολικά, να αποστερηθεί, να τιμωρηθεί, να αποσπάσει την προσοχή του, να χορτάσει τη συναισθηματική του πείνα, να καταπραΰνει ένα δυσβάσταχτο συναίσθημα μέσα από τη διατροφική του πράξη. Επειδή η διαταραγμένη αυτή σχέση με το φαγητό χρησιμοποιείται για να καλύψει άλλα προβλήματα, δημιουργούνται πολύπλοκες και συχνά επικίνδυνες επιπλοκές στην υγεία, την ψυχική σταθερότητα, τις ανθρώπινες σχέσεις, την οικογενειακή ισορροπία, ακόμα και την επαγγελματική επίδοση. Είναι λοιπόν επιτακτική η επιμόρφωση των ειδικών αλλά σχετικά με την έγκαιρη αναγνώριση και τη σωστή προσέγγιση των προβλημάτων αυτών.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός διότι προγραμματίζει τις διατροφικές συνθήκες και εκπαιδεύει τον ασθενή αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον στην αντιμετώπιση της νόσου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Speranza M, Atger F, Corcos M, Loas G, Guilbaud O, Stephan P, Perez-Diaz F, Halfon O, Venisse JL, Bizouard P, Lang F, Flament M, Jeammet P. (2003): Depressive psychopathology and adverse childhood experiences in eating disorders. *Eur Psychiat*.2003; 18(8): 377-383

Bornstein, R. F., (2001) A meta-analysis of the dependency–eating-disorders relationship: Strength, specificity, and temporal stability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 151–162. (2001)

Attia E. (2010). Anorexia nervosa: current status and future directions. *Annu Rev Med*

Bryant-Waugh, R. (2000): Overview of the eating disorder. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (Eds), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2nd ed) (pp. 27-40). UK: Psychology Press.

Agras, S. (2016). *Simpler therapy may successfully treat adolescents with anorexia nervosa*. US National Library of Medicine National Institutes of Health.

Halmi, K., Sunday, S., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D.B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W., Kaye, W. (2000). Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1799–1805

Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. Volume 16, Issue 4. Pages 348–356

Hoek, H. & Hoeken, D., (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, pp. 34: 383-386.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington.

Crisp, A.H. (1997). *Anorexia Nervosa as Flight from Growth: Assessment and Treatment based on the Model*. Handbook of Treatment to Eating Disorders.

Gelder, M.G., Lopez-Ibor, J.J. & Andreasen, N. (2008). *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Εκδόσεις: Πασχαλίδης, Αθήνα.

Glenn Waller, Helen Cordery, Emma Corstorphine, Hendrik Hinrichsen, Rachel Lawson, Victoria Mountford, Katie Russell, (2011) *Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής*, Πεδίο, Αθήνα.

Kandemir, N., Becker, K., Slattery, M., Tulsiani, S., Singhal, V., Thomas, J., Coniglio, K., Lee, H., Miller, K. (2017). *Impact of low-weight severity and menstrual status on bone in adolescent girls with anorexia nervosa*. Int J Eat Disord.

Lask, B., Bryant-Waugh, R. (2000). *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence*. Psychology Press.

Leblé, N, Radon, L., Rabot, M., Godart, N.(2017). *Depressive symptoms during anorexia nervosa: State of the art and consequences for an appropriate use of antidepressants*. Encephale.

Makino, M., Tsuboi, K. & Dennerstein, L. (2004). *Prevalence of eating disorders: a comparison of western and non-western countries*. Medscape General Medicine.

McElroy, S., Kotwal, R. & Keck, P. (2006). *Comorbidity of eating disorders with bipolar disorder and treatment implications*. Bipolar Disorders.

Micali, N., Martini, M., Thomas, J., Eddy, K., Kothari, R., Russell, E. (2017). *Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors.*). BMC Med.

Richards, P., Crowton, S., Berrett, M., Smith, M., Passmore, K. (2017). *Can patients with eating disorders learn to eat intuitively?*. Eat Disord.

Satori, N. (2016) *.Therapeutic touch and anorexia nervosa.* Soins Psychiatr.

Serrano-Troncoso, E., Cañas, L., Carbonell, X., Carulla, M., Palma, C., Matalí, J., Dolz, M. (2017). *Diagnostic Distribution of eating disorders.* Actas Esp Psiquiatr.

William, M. et al., (2010). *Σύγχρονη Παιδιατρική Διάγνωση και Θεραπεία.* Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Βάρσου Ε., Τρίκκας Γ. (1991) Τα ερωτηματολόγια διερεύνησης των διαταραχών πρόσληψης τροφής EDI, EAT-26, BITE σε Ελληνικό Πληθυσμό. Ανακοίνωση στο 12^ο Παν. Συνέδριο Ψυχιατρικής, Βόλος 1991. Φυλλάδιο Επιλογή Δείγματος Εργαστήριο Στατιστικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων 1994

Γεωργαντά, Ε. (2003). *Τι είναι Ψυχοθεραπεία.* Εκδόσεις Π. Ασημάκης, Αθήνα.

Γιαννίτση Σταυρούλα (1996) *Θέματα Ψυχοσωματικής,* Ιωάννινα.

Γιαννίτση Σταυρούλα (1997) *Ψυχοσωματική και Ομαδική Ψυχοθεραπεία,* Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Γονιδάκης, Φ. & Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία.* Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Ιεροδιακόνου Χ. (1988) *Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία. Κείμενα και Περιπτώσεις.* Εκδ. Μαστορίδη Θεσσαλονίκη.

Ιεροδιακόνου Χ. (1991) *Ψυχικά Προβλήματα στα παιδιά.* Εκδ. Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη.

Καλαντζή-Azizi, A. (1995). *Νευρογενής Ανορεξία και Βουλμία*. Τετράδια Ψυχιατρικής

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). «*Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία*». Αθήνα:Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). *Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας, Αθήνα.

Λιάκος Α (1973) *Ψυχογενής Ανορεξία*, Στο Στεφανής και συνεργάτες (Επιμ.) Θέματα Ψυχιατρικής (σ.σ. 313-316) Αθήνα

Μαδιανός Μ.(1989).*Κοινωνία και Ψυχική Υγεία* τ.1,2. Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα.

Μαδιανός Μ (1998).*Ψυχική Υγεία των εφήβων στο γενικό πληθυσμό*.Στο.Τσιάντης Ι.(Επιμ.) Βασική Παιδοψυχιατρική,Εφηβεία τ.1,σσ.217-239,Εκδ. Καστανιώτη,Αθήνα.

Μαδιανός, Μ. (2004). Κλινική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.

Μουζάς Ο,(1996).*Η εκτίμηση της Ψυχοπαθολογίας και των παραγόντων που την επηρεάζουν στο Νομό Ιωαννίνων*. Διδακτορική Διατριβή. Ιωάννινα

Μωρόγιαννης Φ, Λιάκος Α (1999) *Θεραπευτικές ανάγκες ασθενών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στο Πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης*. Ανακοίνωση στο Συνέδριο. Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, Αξιολόγηση και προοπτικές, Ιωάννινα 24-26 Ιουνίου 1999.

Μωρόγιαννης Φ, Μακρυδήμας Γ, Λιάκος Α.(1993).*Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία και Ψυχογενή Βουλμία*.Ανακοίνωση.1οΠαν.Συνέδριο Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας. Αθήνα 8- 11/12/1993.

Μωρόγιαννης Φ, Λιάκος Α (2000). *Οι Ψυχιατρικές Διαταραχές Διατροφής στην Εφηβική και μετεφηβική ηλικία*. Στο Τσιάντης Ι (Επιμ). Βασική Παιδοψυχιατρική, Εφηβεία, τ.2, Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα.

Ντόνιας Σ., Καραστεργίου Α., Μάνος Ν. (1991). Στάθμιση της κλίμακας Ψυχοπαθολογίας *Symptom Checklist-90R* σε Ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική, 2, 42-48.

Παπαιωάννου και Παπαχρήστος (1990) *Η δειγματοληψία*, Τομέας Στατιστικής Παν. Ιωαννίνων.

Παπακόστας, Ι. (1994). *Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία*, Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Σίμος Γ (1996) *Διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόσληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόσληψης*. Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη.

Στεφανής Κ, Σολδάτος Κ, Μαυρέας Β (1993) *Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς*, Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση, σ. 218-225, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2000). *Ψυχιατρική Α' & Β' τόμος*. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Speranza M, Atger F, Corcos M, Loas G, Guilbaud O, Stephan P, Perez-Diaz F, Halfon O, Venisse JL, Bizouard P, Lang F, Flament M, Jeammet P. (2003). Depressive psychopathology and adverse childhood experiences in eating disorders. *Eur Psychiat*. 2003; 18(8): 377-383

Bornstein, R. F., (2001) A meta-analysis of the dependency–eating-disorders relationship: Strength, specificity, and temporal stability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 151–162. (2001)

Attia E. (2010). Anorexia nervosa: current status and future directions. *Annu Rev Med*

Bryant-Waugh, R. (2000) Overview of the eating disorder. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (Eds), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2nd ed) (pp. 27-40). UK: Psychology Press.

Agras, S. (2016). *Simpler therapy may successfully treat adolescents with anorexia nervosa*. US National Library of Medicine National Institutes of Health.

Halmi, K., Sunday, S., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D.B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W., Kaye, W. (2000). Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1799–1805

Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. Volume 16, Issue 4. Pages 348–356

Hoek, H. & Hoeken, D., (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, pp. 34: 383-386.