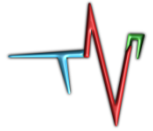




ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ: ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ»



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ
ΜΑΡΝΕΡΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ
ΣΠΗΛΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΤΖΙΒΡΑΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

ΠΑΤΡΑ - 2016

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σύγχρονη εποχή φαίνεται να επηρεάζει την καθημερινή μας ζωή, αφού μας απασχολεί ιδιαίτερα η εικόνα του σώματός μας, αλλά και η γνώμη του κοινωνικού και οικογενειακού περιβάλλοντος. Συγχρόνως, υπάρχει έντονη ενασχόληση με την διατροφή και την διαίτα γιατί τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μας παρουσιάζουν συνεχόμενα πρότυπα ομορφιάς βασιζόμενα στην καλαισθησία, η οποία φτάνει στα όρια τη υπερβολής. Έτσι, τα νέα άτομα που έχουν συχνότερη ενασχόληση με τα μέσα είναι και η κατηγορία των ανθρώπων που επηρεάζεται περισσότερο. Ταυτόχρονα, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής ολοένα και παίρνουν μεγάλη έκταση κάτι το οποίο δεν πιστεύαμε ότι θα συνέβαινε πριν από χρόνια.

Ο αριθμός των ανθρώπων που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές αυξάνεται συνεχώς με τους περισσότερους πάσχοντες να απευθύνονται σε εξειδικευμένο προσωπικό για βοήθεια και υποστήριξη. Είναι πολύ σημαντικό τόσο οι άνθρωποι γενικά όσο και το ιατρικό – νοσηλευτικό προσωπικό να φέρουν εξειδικευμένες γνώσεις σχετικά με τις σπουδαιότητα και τους κινδύνους που επιφυλάσσουν οι διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Η ψυχοθεραπεία σε μία τέτοιου είδους διαταραχή έχει θετικά αποτελέσματα. Όσο περισσότερο εμπλουτίζουμε τις γνώσεις μας και κατανοούμε τέτοιου είδους νοσήματα μειώνονται οι πιθανότητες εμφάνισης τους.

Σκοπός της πτυχιακής μας εργασίας είναι να γνωστοποιηθούν κάποιες γενικές γνώσεις σχετικά με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, αλλά κυρίως θέματα, γνώσεις και συμπεριφορές που αφορούν την ψυχογενή ανορεξία, αφού είναι η πιο διαδεδομένη διατροφική διαταραχή. Ο λόγος που επιλέχθηκε το συγκεκριμένο θέμα είναι για την παρουσίαση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Σημαντικό για εμάς είναι να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες, αρχικά, στον επιβλέποντα καθηγητή μας κο Χρήστο Μαρνέρα, ο οποίος ανέλαβε να μας βοηθήσει στην εκπόνηση της πτυχιακής μας με θέμα «Ψυχογενής Ανορεξία: Παρεμβάσεις στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση», αλλά και όλο το εκπαιδευτικό προσωπικό του Ιδρύματος που μας προσέφεραν τέσσερα χρόνια γνώσης. Επίσης, τον ευχαριστούμε και για τη στήριξη που μας παρείχε όλους αυτούς τους μήνες. Ακόμα, ευχαριστούμε πολύ τους φίλους που βοήθησαν για τη διεκπεραίωση της εργασίας αυτής, παρέχοντας μας βοηθητικό υλικό αλλά και ψυχολογική υποστήριξη. Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τους γονείς μας, οι οποίοι μας βοήθησαν να φτάσουμε στο σημείο που βρισκόμαστε τώρα, παρέχοντας μας τα πάντα ως εδώ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Θέμα της πτυχιακής εργασίας είναι η νευρογενής ανορεξία η οποία εμφανίζεται κυρίως στους έφηβους και σε γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία. Η νόσος είναι συχνότερη στις γυναίκες και συνδέεται συχνά με κατάθλιψη και άλλες διαταραχές της διάθεσης. Τα κοινωνικά πρότυπα, η έμφαση που δίνεται στην εξωτερική εμφάνιση κατά την εφηβεία, η ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης και οι δυσλειτουργίες του υποθαλάμου είναι από τα βασικά αίτια πρόκλησης διατροφικών διαταραχών.

Η διάγνωση γίνεται στους ασθενείς που εμφανίζουν άρνηση διατήρησης του βάρους τους στο ελάχιστο φυσιολογικό για την ηλικία και το ύψος, φόβο για απόκτηση βάρους, κατανάλωση τροφών με χαμηλή θερμιδική αξία, διαστρέβλωση της εικόνας του σώματος, αμηνόρροια αλλά και απάθεια στην κατανόηση σοβαρότητας του προβλήματος. Στις επιπλοκές της νόσου περιλαμβάνονται αμηνόρροια, οστεοπόρωση και παθολογικά κατάγματα, διαταραχές στο ισοζύγιο νερού και ηλεκτρολυτών, καρδιακές αρρυθμίες και γαστρεντερικές διαταραχές. Στις γυναίκες αναπαραγωγικής περιόδου, η νευρογενής ανορεξία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αυτόματων εκτρώσεων, πρόωρο τοκετό και χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά. Η αντιμετώπιση της νόσου είναι απαραίτητη και γίνεται αποτελεσματικότερη όταν η έναρξή της είναι σε αρχικό στάδιο, πριν εμφανιστούν στην ασθενή σοβαρές διαταραχές του σωματικού βάρους. Η θεραπεία περιλαμβάνει θρεπτική αποκατάσταση, ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς και, συχνά, φαρμακευτική αντικαταθλιπτική αγωγή.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο ρόλο του νοσηλευτή απέναντι στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι ψυχιατρικές παθήσεις, οι οποίες αποτελούν σύγχρονο κοινωνικό πρόβλημα το οποίο παίρνει μεγάλες διαστάσεις με το πέρασμα των χρόνων. Στα αρχικά κεφάλαια της εργασίας παρουσιάζονται πληροφορίες για τις διατροφικές διαταραχές γενικότερα, ενώ στα επόμενα αναλύεται η ψυχογενής ανορεξία. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται τα αίτια, η επιδημιολογία, τα διαγνωστικά κριτήρια, οι επιπλοκές και η αντιμετώπιση της νόσου. Τέλος, παρουσιάζονται αληθινά ιατρικά ιστορικά ασθενών που νοσηλευόταν στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Παναγία η Βοήθεια» και στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής «Αττικόν».

SUMMARY

Subject of this scientific paper is anorexia which, basically appears in teenagers and in women through their age of reproduction. The frequency of disease is common in women and connect with depression and other psychological disorders. The social models, the underlying of the external beauty, the genetic predisposition and hypothalamus disorders are the basic reasons for eating disorders.

The diagnosis take place in women who present negativity in maintenance of their body weight, in the lower normal level for their age and their height, being afraid of put on weight, consumption food without high percentage of calories, different angle of their body shape, amenorrhea, osteoporosis, pathological problems, disorders of water and electrolyte balance, problems in cardiovascular system and gastric disorders. The group of women on reproduction age the anorexia nervosa related with a high percentage of automatic abortions, earlier birth and low body weight for the newborn. The deal disease is necessary and become effective when the begging of disease is on primary level, before the appearance of the serious disorders on body weight. The treatment include nutritious restoration, psychotherapy and anti-depression medicine prescription.

Special emphasis is given to the role of the nurse towards the prevention and treatment of disease. The eating disorders are psychiatric disease which are contemporary social problem with that gets large proportion through the times. In the initial chapters of the paper is presented information for the eating disorders in general. Furthermore, there are the causes, epidemiology, diagnostic criteria, complications and treatment of the disease. As nursing process present real data of patients who were hospitalized in the psychiatric clinic of General University Hospital of Patra.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΤΡΟΦΗ – ΔΙΑΤΡΟΦΗ – ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ – ΟΡΙΣΜΟΣ.....	7
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	8
1.2 ΈΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	8
1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΩΣΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.....	9
1.3.1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΜΙΑ ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	9
1.3.2 ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ – ΟΡΙΣΜΟΣ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ.....	15
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	16
2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	16
2.3 ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΡΟΛΟΥ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ	17
2.4 ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ	17
2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	18
2.6 ΕΙΔΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	20
3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	21
3.2 ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΟΡΙΣΜΟΣ	22
3.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	23
3.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ – ΕΠΠΙΟΛΑΣΜΟΣ.....	24
3.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	26
3.5.1 ΣΤΑΔΙΑ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	27
3.6 ΠΡΟΛΗΨΗ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	31
3.6.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	31
3.6.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	32
3.6.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	33
3.7 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ	33

3.7.1 ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ Ν.Α. ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-V	34
3.8 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	36
4.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ	37
4.2 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	37
4.3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	38
4.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	39
4.5 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	39
4.6 ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	39
4.7 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	40
4.8 ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ	41
4.9 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	45
5.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	46
5.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	46
5.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	47
5.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....	47
5.5 ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	57
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΡΟΦΗ – ΔΙΑΤΡΟΦΗ – ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ – ΟΡΙΣΜΟΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Τροφή χαρακτηρίζεται κάθε ουσία η οποία προσφέρει σε έναν ζωντανό οργανισμό τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για την αναπλήρωση ενέργειας ή και ουσιών που χρησιμοποιήθηκαν και πρέπει να αναπληρωθούν για την εξασφάλιση και επιβίωση του οργανισμού.

Έτσι, λοιπόν, η διατροφή στον σύγχρονο κόσμο αποτελεί μια επιστήμη η οποία σχετίζεται και ασχολείται με την υγεία. Η επιστήμη αυτή αναπτύχθηκε για την διερεύνηση των κλινικών νόσων που προκαλούνται από μια συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή.⁽¹⁾

1.2 ΈΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η διατροφή έχει σημαντικό ρόλο στην διατήρηση της καλής σωματικής υγείας. Η ποιότητα της τροφής αφορά τόσο στην πρόληψη όσο και στην ανάπτυξη χρόνιων παθήσεων όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία, η νευρική ανορεξία, η στεφανιαία νόσος, η υπέρταση και άλλα.

Μια υγιεινή διατροφή παρέχει όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται ο οργανισμός για την κάλυψη των αναγκών του. Η υγιεινή διατροφή σε συνδυασμό με την σωματική άσκηση αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για το επίπεδο της υγείας και της ποιότητας ζωής των ανθρώπων.

Η διατροφική κατάσταση επηρεάζει έμμεσα την ποιότητα ζωής μέσω των επιπτώσεων που έχει στις φυσιολογικές λειτουργίες του ατόμου, ενώ η ίδια επηρεάζεται από παράγοντες όπως: πολιτιστικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις, την παγκοσμιοποίηση, καθώς επίσης και από την εξέλιξη της τεχνολογίας. Για παράδειγμα, στις αναπτυγμένες χώρες που υπάρχει πληθώρα αγαθών και γίνεται υπερκατανάλωση οι άνθρωποι έχουν μία τάση προς τον υπερσιτισμό και την παχυσαρκία.

Από την άλλη, όσον αφορά, τις αναπτυσσόμενες χώρες κυριαρχούν τραγικές συνθήκες διατροφής, υποσιτισμός και τροφικές ανεπάρκειες οι οποίες οφείλονται για εκατομμύρια προώρους θανάτους.⁽²⁾

1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΩΣΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Στην ψυχική υγεία και στη διατήρηση της σωματικής ακεραιότητας σημαντικό ρόλο αποτελεί η διατροφή. Αυτό συμβαίνει, επειδή, μέσω της διατροφής προσλαμβάνονται θρεπτικά συστατικά, τα οποία παρέχουν την απαραίτητη ενέργεια στα κύτταρα έτσι ώστε οι ιστοί και τα όργανα να λειτουργούν μεθοδευμένα έχοντας στόχο την ομαλή λειτουργία του οργανισμού.

Ορισμός της σωστής διατροφής μπορεί να αναφερθεί περιφραστικά ότι είναι η επιστήμη που μελετά τις θρεπτικές ύλες σχετικά με την επίδραση αυτών στον ανθρώπινο οργανισμό δηλαδή μελετά: τις θρεπτικές ύλες, τις ποσοτικές ανάγκες του οργανισμού, την απόρροια της ανεπάρκειας ή της αυξημένης λήψης των θρεπτικών συστατικών, την πέψη, την απορρόφηση και τον ρόλο των τελικών προϊόντων στον οργανισμό.⁽³⁾

1.3.1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΜΙΑ ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Πρότυπο υγιεινής διατροφής αποτελεί η μεσογειακή διατροφή, η οποία περιγράφει το μοντέλο διατροφής των μεσογειακών χωρών όπως Ιταλία, Ελλάδα, Ισπανία και Πορτογαλία. Στην Διεθνή Διάσκεψη για τις Μεσογειακές διατροφές το 1993 αποφασίστηκε τι θεωρείται υγιεινή, παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή. Έτσι, γεννήθηκε η πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής, η οποία περιέχει:

- Άφθονες φυτικές ίνες (φρούτα, λαχανικά, ψωμί, δημητριακά, πατάτες, όσπρια, καρποί)
- Ελάχιστα επεξεργασμένα προϊόντα
- Γαλακτοκομικά προϊόντα (τυρί και γιαούρτι) καθημερινά σε μικρές έως μέτριες ποσότητες
- Ψάρια και πουλερικά σε μικρές έως μέτριες ποσότητες
- Κόκκινο κρέας 2 φορές το μήνα
- Ελαιόλαδο ως κύρια πηγή λιπαρών που περιέχουν μονοκόρεστα λιπαρά οξέα

Παρόλα αυτά για να είναι ισορροπημένη η διατροφή ενός ατόμου θα πρέπει η προσλαμβανόμενη τροφή να λειτουργεί σε συνάρτηση με την σωματική άσκηση. Η

κατανάλωση αλατιού, ζάχαρης και υδατανθράκων θα πρέπει να γίνονται με μέτρο καθώς επίσης πρέπει να αποφεύγεται η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών. Τα λαχανικά θα πρέπει να καταναλώνονται σε μεγάλες ποσότητες στην καθημερινή διατροφή, λήψη τροφών που περιέχουν υψηλά επίπεδα σιδήρου, ασβεστίου και φθορίου συμβάλλουν στην πρόληψη οστεοπόρωσης και τερηδόνας.

Επιπροσθέτως, τα καθημερινά γεύματα θα πρέπει να καταναλώνονται σε μικρές ποσότητες και συχνά χρονικά διαστήματα (ανά 3 ώρες). Η παράληψη γευμάτων και πιο συγκεκριμένα του πρωινού έχει ως αποτέλεσμα τα επεισόδια υπερφαγίας και ανεξέλεγκτης πείνας. Τέλος, η κατανάλωση υγρών είναι απαραίτητη και υπολογίζεται στο 1.5 litre την ημέρα, τουλάχιστον. ⁽⁴⁾

1.3.2 ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ – ΟΡΙΣΜΟΣ

Τα θρεπτικά συστατικά είναι οι ουσίες που είναι απαραίτητες για την σωστή ανάπτυξη και λειτουργία ενός οργανισμού αφού όταν δεν λαμβάνονται για μεγάλο χρονικό διάστημα προκαλούνται δυσλειτουργίες στον οργανισμό.

Το διαιτολόγιο ενός ατόμου θα πρέπει να περιέχει τα παρακάτω θρεπτικά συστατικά. ^(2,8)

- Υδατάνθρακες
- Πρωτεΐνες
- Βιταμίνες
- Λίπη
- Νερό
- Μέταλλα -ιχνοστοιχεία

Πιο αναλυτικά :

➤ Υδατάνθρακες/φουτικές ίνες : αποτελούν την κυριότερη πηγή ενέργειας η οποία καλύπτει όλες τις ανάγκες του οργανισμού, ενώ παράλληλα συμβάλλουν στην σωστή λειτουργία του νευρικού συστήματος του εντέρου και του εγκεφάλου. Οι υδατάνθρακες χωρίζονται σε απλούς και σύνθετους. Όσον αφορά τους απλούς υδατάνθρακες παρέχουν θερμίδες που δεν περιέχονται στις βιταμίνες και δεν πρέπει να καταναλώνονται συχνά. Από την άλλη, οι σύνθετοι υδατάνθρακες είναι ωφέλιμοι και περιέχονται στα φρούτα, στο ψωμί, στα δημητριακά κ.α.

➤ Πρωτεΐνες: πρόκειται για τα κύρια θρεπτικά συστατικά που βοηθούν στην ανάπτυξη και σωστή λειτουργία των μυϊκών ιστών του σώματος. Ακόμα, παρέχουν αμινοξέα που χρησιμοποιούνται από τον οργανισμό 1) για την διατήρηση και δημιουργία των κυττάρων και του μυϊκού ιστού, 2)για την επούλωση των τραυμάτων, 3)για την υποστήριξη του πεπτικού συστήματος και τέλος 4) βοηθούν στην δημιουργία αμυντικής γραμμής ενάντια των ασθενειών. Τελευταίο, αλλά εξίσου σημαντικό, δεν βοηθά μόνο στην ενδυνάμωση του μυϊκού συστήματος όπως προαναφέρθηκε αλλά αποθηκεύεται στον οργανισμό με την μορφή λίπους.

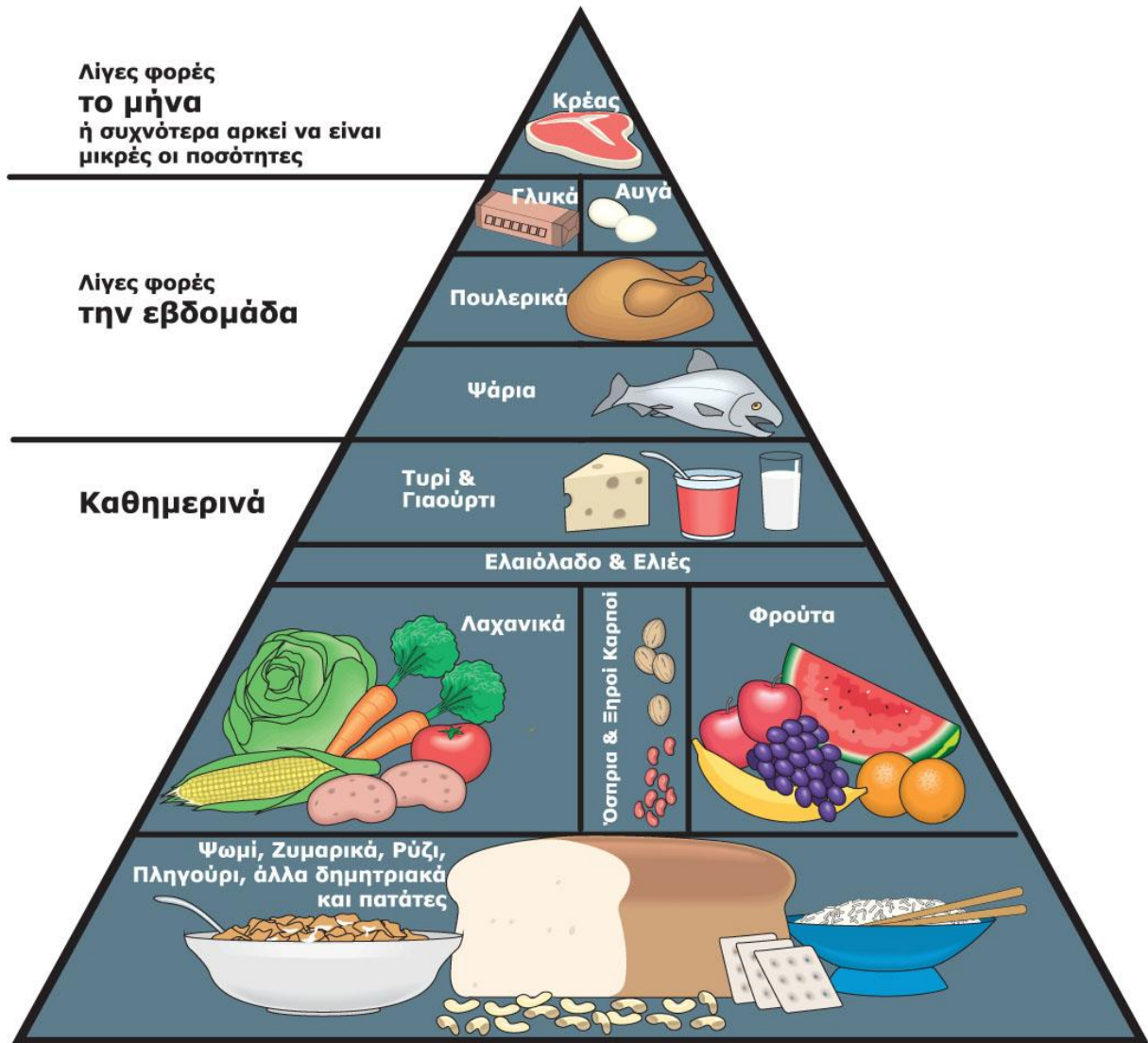
➤ Βιταμίνες: είναι συμπληρωματικές και ταυτόχρονα ζωτικής σημασίας ουσίες που δρουν ως συμπληρωματικός παράγοντας σε μία απαραίτητη αντίδραση του μεταβολισμού. Σε αντίθεση με τους υδατάνθρακες, τις πρωτεΐνες και τα λίπη δεν αποτελούν πηγή ενέργειας για τον οργανισμό αλλά αντίθετα διευκολύνουν τις αντιδράσεις που αφορούν τα μόρια αυτά.

➤ Λίπη: είναι απαραίτητα διατροφικά στοιχεία όπως οι υδατάνθρακες και οι πρωτεΐνες ενώ χρησιμοποιούνται για την απορρόφηση βιταμινών και ενέργειας. Χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες : α) κορεσμένα β)ακόρεστα γ)πολυακόρεστα. Όσον αφορά τα ακόρεστα και τα πολυακόρεστα συνδέονται με την πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων. Τα κορεσμένα προκαλούν τις περισσότερες παθήσεις στον οργανισμό που οφείλονται στο λίπος που προέρχεται από κρέας και από βούτυρο. Τα λίπη που αποθηκεύονται στον οργανισμό χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις ανάγκης για την συγκράτηση των σπλάχνων, την προστασία των ζωτικών οργάνων καθώς επίσης εφοδιάζουν τον οργανισμό με βιταμίνες. Τέλος, επιβραδύνουν την πέψη⁽⁵⁾.

➤ Νερό: το νερό αποτελεί την αρχή της ζωής, αφού είναι η βάση για όλα τα υγρά του οργανισμού. Η έλλειψή του μπορεί να προκαλέσει διαταραχές του μεταβολισμού και αρκετά προβλήματα στην υγεία, όπως υπονατρίαμια, δυσκοιλιότητα, κόπωση, έλλειψη ενέργειας και πρόωρο γήρας. Η ποσότητα κατανάλωσης νερού διαφέρει στον κάθε ζωντανό οργανισμό καθώς εξαρτάται από την ένταση της σωματικής άσκησης, την θερμοκρασία του περιβάλλοντος και του σώματος, την ποσότητα και ποιότητα της τροφής και τέλος από την εντατικότητα/λειτουργία του οργανισμού.

➤ Μέταλλα και ιχνοστοιχεία: είναι ανόργανες και φυσικές ουσίες που κρίνονται απαραίτητες για την δομή και λειτουργία του ανθρώπινου σώματος και την λειτουργία των ιστών του. Μερικά από αυτά είναι το κάλλιο, το μαγνήσιο, το νάτριο,

ο σίδηρος, το ασβέστιο, ο φώσφορος και άλλα. Είναι απαραίτητα γιατί χρησιμοποιούνται από τον οργανισμό ως οικοδομικά υλικά, ρυθμίζουν πολλές εσωτερικές λειτουργίες του οργανισμού και αποτελούν βασικά συστατικά των δοντιών και των οστών. ^(1,5)



1.4 ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Έχοντας αναφέρει όλα τα παραπάνω καταλήγουμε στο ότι, πρότυπο ιδανικής διατροφής, που εξασφαλίζει την ευεξία και την διατήρηση του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα, είναι η μεσογειακή διατροφή. Το μοντέλο αυτής της διατροφής χαρακτηρίζεται από χαμηλή κατανάλωση λίπους και κορεσμένων λιπαρών οξέων αλλά και από υψηλή κατανάλωση υδατανθράκων που βρίσκονται σε σιτηρά και στα κατασκευάσματα τους, δηλαδή ψωμί, δημητριακά, μακαρόνια, ρύζι, αλλά και στα φρούτα, στα λαχανικά, στο γάλα και στα γαλακτοκομικά προϊόντα. Σε γενικό πλάνο, η μεσογειακή διατροφή είναι πλούσια σε βιταμίνες με το ελαιόλαδο να αποτελεί την κύρια μορφή λίπους.

Μεσογειακή ονομάστηκε επειδή η διατροφή αυτή καταναλώνεται από τους μεσογειακούς λαούς όπως Αλβανία, Ιταλία, Ελλάδα, Ισπανία και Κύπρος. Έρευνες έχουν δείξει πως οι λαοί που καταναλώνουν αυτό το πρότυπο διατροφής παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα εκφυλιστικών ασθενειών. Πολυετές έρευνες, ακόμα, έχουν δείξει πως η μεσογειακή διατροφή θεωρείται ο πλέον υγιεινός τρόπος διατροφής καθώς έτσι αποφεύγονται οι καρδιακές προσβολές, ο καρκίνος, η παχυσαρκία κ.α. ⁽⁶⁾

Ο σύγχρονος άνθρωπος απομακρύνεται από την μεσογειακή διατροφή. Εάν λάβουμε υπόψιν την ένταξη της γυναίκας στο εργασιακό περιβάλλον οι οικογένειες καταφεύγουν σε ένα γρήγορο και φθινό τρόπο εύρεσης τροφής, το γρήγορα φαγητό, ή όπως λέμε “fast food”. Καταφεύγοντας έτσι στην μεγάλη κατανάλωση λίπους και στην χαμηλή περιεκτικότητα φυτικών ινών.

Οι σύγχρονοι διαιτολόγοι υποστηρίζουν πως η μεσογειακή δίαιτα είναι ένα μέσο που χαρίζει μακροζωία και καλή υγεία. Από έρευνες που προκύπτουν η Κρητική κουζίνα είναι χτισμένη επάνω στην μεσογειακή διατροφή διατηρώντας την εμπειρία και την γνώση που μεταδιδόταν από γενιά σε γενιά.

Επίσης ο Πλάτων στην «Πολιτεία» συμβουλεύει τους νέους στην λήψη ως τροφή το ψωμί, τυρί, ελιές, βολβούς και λάχανα.

Η μεσογειακή διατροφή χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω:

- Ελάχιστη κατανάλωση σε επεξεργασμένα προϊόντα
- Μεγάλη κατανάλωση σε φυτικές ίνες
- Πουλερικά και ψάρια σε μικρές έως μέτριες ποσότητες

- Κόκκινο κρέας σε μικρές ποσότητες
- Γαλακτοκομικά προϊόντα
- Ελαιόλαδο βασική πηγή μονοκόρεστων λιπαρών.

Συμπληρωματικά στην μεσογειακή διατροφή συμπεριλαμβάνεται η σωματική άσκηση ή οποιαδήποτε κίνηση με το σώμα. ⁽⁷⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Πρόκειται για το σύνολο των ψυχοσωματικών διαταραχών που έχουν σχέση με την διατροφή και το σώμα του κάθε ατόμου. Πρόκειται για διαταραχές οι οποίες διαπερνούν πολιτιστικά, φυλετικά, οικονομικά και κοινωνικά σύνορα , επηρεάζοντας και το άρρεν και το θήλυ.

Πιο συγκεκριμένα, ως διαταραγμένη διατροφή ορίζεται μια συνεχώς ανεπαρκής διατροφή η οποία επηρεάζει αρνητικά την υγεία και τις φυσιολογικές λειτουργίες ενός ατόμου, εφόσον η συμπεριφορά αυτή δεν είναι δευτερογενές αίτιο το οποίο οφείλεται σε κάποια άλλη πάθηση ή ψυχιατρική διαταραχή. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής που είναι ευρέως γνωστές είναι η ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία και η παχυσαρκία. Και οι τρεις χαρακτηρίζονται από ακραίες σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές που αφορούν την κατανάλωση τροφής, το βάρος και την εικόνα του σώματος. ⁽⁸⁾

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σύμφωνα με στοιχεία που προκύπτουν από έρευνες, δέκα εκατομμύρια γυναίκες και ένα εκατομμύριο άνδρες προσπαθούν να επιβιώσουν επειδή έχουν έρθει αντιμέτωποι με μία από τις τρεις βασικές διατροφικές διαταραχές, ενώ δεν είναι λίγα τα περιστατικά που δεν έχουν καταγραφεί λόγω κοινωνικού στίγματος.

Έφηβες γυναίκες ηλικίας 12-24 ετών έχουν δώδεκα φορές υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας οφειλόμενο στην νευρική ανορεξία από το ποσοστό θνησιμότητας σχετιζόμενο με άλλα αίτια. Το ποσοστό εμφάνισης της βουλιμίας σε γυναίκες ίδιας προαναφερθείσας ηλικίας έχουν αυξηθεί κατά τρεις φορές την τελευταία μόλις δεκαετία. Το ποσοστό των ατόμων που ακολουθούν σωστά την θεραπεία τους ανέρχεται μόνο στο 6%.

Όσον αφορά την Ελλάδα, τα αποτελέσματα είναι άνευ θετικού προσανατολισμού. Ένας στους τέσσερις Έλληνες(1:4) χάνει απότομα σωματικό βάρος ή έχει περιττά κιλά κάτι το οποίο πρόκειται να αυξηθεί τα επόμενα χρόνια. ⁽⁹⁾

2.3 ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΡΟΛΟΥ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Η κατανάλωση τροφής από τον ανθρώπινο οργανισμό λειτουργεί ως καταλύτης για την επιβίωσή του , γιατί είναι απαραίτητη για την κάλυψη των αναγκών – λειτουργιών του, καθώς επίσης και για τη δομή και σύστασή του. Όσο σπουδαίο είναι το ποσό πρόσληψης τροφής, άλλο τόσο είναι και η απουσία του μέτρου που σχετίζεται με την πρόσληψη τροφής.

Τα άτομα που υποβάλλονται σε σοβαρή μείωση της τροφής και μάλιστα για μεγάλο χρονικό διάστημα επειδή θέλουν να χάσουν βάρος (υποσιτισμός), έρχονται αντιμέτωπα με σοβαρές επιπτώσεις στην την υγεία τους. Οι παράγοντες που συμβάλλουν συνήθως στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών είναι γενετικοί, βιολογικοί, κοινωνικοί , αλλά και ψυχολογικοί. Συγγενείς, φίλοι και άτομα του στενού οικογενειακού κύκλου ατόμου με διατροφική διαταραχή είναι πιο επιρρεπείς και μπορούν να αναπτύξουν και οι ίδιοι κάποια διατροφική διαταραχή. ⁽¹⁰⁾

2.4 ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Τα αίτια που σχετίζονται με την ανάπτυξη διαταραχών πρόσληψης τροφής δεν είναι γνωστά, όμως φαίνεται να οφείλονται σε πολυσύνθετες καταστάσεις που επηρεάζονται από τα πρότυπα της κάθε κοινωνίας, τον πολιτισμό , την οικογένεια, την ηλικία. Δηλαδή, από διάφορους βιολογικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Μέρος ευθύνης για τη διάγνωση του προβλήματος, φέρουν και τα διάφορα μέσα μαζικής ενημέρωσης και κοινωνικής δικτύωσης που προβάλλουν συνεχώς την εικόνα του αδύνατου καλλίγραμμου σώματος ως σεξουαλικά επιθυμητό σώμα.

Συχνά τα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή εμφανίζουν κάποια από τα παρακάτω σημεία που αφορούν πολύ την ενασχόληση με το σώμα τους, όπως:

- 1) χαμηλή αυτοεκτίμηση,
- 2) θλίψη,
- 3)μειωμένη αυτοπεποίθηση,
- 4) προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και στην οικογένειά τους,
- 5) δυσκολίες κοινωνικοποίησης και
- 6) μίμηση νέων προτύπων. ⁽¹¹⁾

2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών είναι κυρίως:

1. Κοινωνικοί
2. Πολιτισμικοί
3. Οικογενειακοί
4. Ψυχολογικοί
5. Άλλοι

Αρχικά , όσον αφορά τους κοινωνικούς παράγοντες, ευθύνονται γιατί πλέον η αξιολόγηση των ατόμων γίνεται βάσει της σωματικής τους διάπλασης και όχι άλλων χαρακτηριστικών που εμφανίζουν. Επίσης, γίνονται κοινωνικές πιέσεις για την διαμόρφωση σώματος με συγκεκριμένες αναλογίες (αναλογίες μοντέλου), αλλά και προβολή συγκεκριμένων προτύπων που αφορούν το σεξουαλικό τομέα.

Στους πολιτισμικούς παράγοντες εντάσσονται πάλι τα προβαλλόμενα πρότυπα ομορφιάς, όπως επίσης και το άγχος που δημιουργούν τα διάφορα μέσα μαζικής ενημέρωσης σχετικά με το πάχος.

Το οικογενειακό περιβάλλον ενός ατόμου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην σωματική του ανάπτυξη όσο και στο χαρακτήρα που θα διαμορφώσει. Μεσ στην οικογένεια δηλαδή, γίνονται άσχημες κριτικές στα υπέρβαρα λόγω χάρη άτομα για το σώμα τους. Εκτός αυτού, στους οικογενειακούς παράγοντες εντάσσονται η κληρονομικότητα (ήδη υπάρχουσα διατροφική διαταραχή) , σεξουαλική κακοποίηση, θάνατος ή διαζύγιο καθώς και το ενδεχόμενο το άτομο να πάσχει και από κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή όπως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

Επιπροσθέτως, στους ψυχολογικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η κατάθλιψη , το άγχος , το στρες , η μειωμένη αυτοεκτίμηση και ο αυτοκτονικός ιδεασμός.

Τελευταίοι αλλά εξίσου σημαντικοί είναι και διάφοροι άλλοι παράγοντες οι οποίοι διαδραματίζουν και αυτοί με τη σειρά τους μεγάλη σπουδαιότητα στις διαταραχές πρόσληψης τροφής , όπως μερικοί βιοχημικοί παράγοντες του εγκεφάλου που ελέγχουν το αίσθημα της πείνας και της όρεξης, καθώς επίσης και την πέψη.⁽¹²⁾

2.6 ΕΙΔΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Οι διατροφικές διαταραχές χωρίζονται σε διάφορα είδη. Τρία από αυτά όπως προαναφέρθηκε είναι η παχυσαρκία, ψυχογενής βουλιμία και η ψυχογενής ανορεξία.

Ως παχυσαρκία, ορίζεται το υπερβολικό βάρος, δηλαδή το περιττό λίπος που υπάρχει σε έναν ανθρώπινο οργανισμό. Το λίπος εξαρτάται από την ηλικία και το φύλο, αφού είναι διαφορετικό σε άνδρες και γυναίκες και μεταβάλλεται όσο ο άνθρωπος μεγαλώνει. Τέλος λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου που μπορεί να προκαλέσει πληθώρα ασθενειών στον οργανισμό.

Η ψυχογενής βουλιμία είναι και αυτή μια σοβαρή διατροφική διαταραχή η οποία περιλαμβάνει διάφορες συμπεριφορές που εμφανίζει το άτομο όπως επεισόδια υπερφαγίας. Δηλαδή, το άτομο καταναλώνει μεγάλες ποσότητες φαγητού υψηλής θερμιδικής αξίας εντός μικρού χρονικού διαστήματος προκαλώντας αυτόματους εμέτους έχοντας στόχο την αποβολή των θερμίδων που κατανάλωσε.

Τέλος, η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από την εκούσια μείωση του δείκτη μάζας σώματος και του σωματικού βάρους ενώ το άτομο κατακλύζεται από την ανησυχία απόκτησης περιττών κιλών.⁽¹³⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η νευρογενής ανορεξία εμφανίστηκε πρώτη φορά το 1873 και χαρακτηρίστηκε ως ειδική νόσος. Ο Charles Laseque περιέγραψε την νόσο από κοινωνική και ψυχολογική άποψη. Επίσης, επικράτησε η άποψη πως οι συγκρούσεις που δημιουργούνται μεταξύ γονέων και παιδιών είναι πιθανό να οδηγούν ορισμένες φορές τα κορίτσια που βρίσκονται στην εφηβεία στην άρνηση τροφής, έτσι ώστε να εκφράσουν την «άμυνα» τους απέναντι στις οικογενειακές συγκρούσεις.

Στο ξεκίνημα του περασμένου αιώνα τα παιδιά απομακρύνονταν από την οικογένεια τους και επιβάλλονταν σε οικογενειακή σίτιση έχοντας απώτερο σκοπό την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας.

Ο Ρ.Μόρτον στο βιβλίο του “Phthisiologia, seu Exercitationes de Phthisi” που δημοσίευσε το 1690, διαπίστωσε ότι υπάρχουν πολλές ασθένειες που σχετίζονται με την απώλεια σωματικού βάρους. Ως παραδείγματα, παρουσίασε δυο ασθενείς. Μια γυναίκα 18 χρονών που είχε αμηνόρροια, η οποία προέκυψε από ένα πλήθος ανησυχιών και παθών του μυαλού της, και ο δεύτερος ασθενής ήταν ένα αγόρι στην εφηβεία, το οποίο παρουσίασε μια ανεξέλεγκτη θέληση για τροφή, βασιζόμενος στην έντονη μελέτη.

Το 1764 ο R.Whytt καθηγητής ιατρικής σε πανεπιστήμιο του Εδιμβούργου, παρουσίασε σε ένα βιβλίο του με τίτλο «Observations on the Nature, Causes, and Cures of those Disorders which have been commonly called Nervous, Hypochondriac or Hysterical to which are prefixed some Remarks on the Sympathy of the Nerves» την ιστορία ενός δεκατετράχρονου αγοριού με χαμηλό σωματικό βάρος, έντονες σκέψεις γύρω από το σώμα του, απώλεια όρεξης και άσχημης πέψης, ενώ δεν είχε διαγνωστεί ότι πάσχει από κάποια συγκεκριμένη ασθένεια.

Από το 1764 – 1864 η ιατρική ιστορία δεν παρουσιάζει άλλα περιστατικά σχετιζόμενα με τη ψυχογενή ανορεξία, όμως τον Απρίλιο του 1873 εμφανίζεται ο Charles Laseque μέσω του χειρόγραφου του « De Vanorexie Hysterique », στο οποίο περιγράφει 8 ασθενείς 18-32 ετών, έχοντας βάση την αιτία του συναισθήματος της ασθένειας. Ο Laseque έφερε στο προσκήνιο ως πρώτη αιτία το πνεύμα και το συναίσθημα, τις διαταραγμένες σχέσεις και τις οξίνιες της ενδόψυχης διαταραχής τους. Έτσι, αποκάλεσε την ασθένεια μια «υστερία η οποία συνδέθηκε με την υποχονδρίαση».⁽¹⁴⁾

Πρωτοπόρος στην έρευνα και την κατανόηση της νευρικής ανορεξίας, στέφθηκε η Hilde Brunch, της οποίας οι ανακαλύψεις οδήγησαν σε ένα πιο κατανοητό δρόμο σε ό,τι

αφορά την ψυχογενή ανορεξία. Στην κατανόηση της νευρικής ανορεξίας η δρ. Hilde παρουσίασε τρεις άξονες. Πρώτος άξονας είναι η ψευδαίσθηση στην εικόνα για το σώμα που κατέχει ο ασθενής, αντιμετωπίζοντας την κατάστασή του ως κάτι που είναι φυσιολογικό. Λόγω αυτού, ο ασθενής όντας σε σκελετική μορφή , προσπαθεί να διατηρηθεί σε αυτή την κατάσταση. Δεύτερος άξονας είναι η αντίληψη και η γνωσιακή ερμηνεία των ερεθισμάτων που δημιουργούνται στο σώμα με αποτυχία αναγνώρισης των διατροφικών αναγκών, κάτι που αποτελεί μόνιμο ελάττωμα των ανορεξικών ασθενών. Το αίσθημα της πείνας απουσιάζει και έτσι ο ασθενής, μέσω της έκφρασης «δε χρειάζεται να φάω» , εκφράζει το αίσθημα και τα γεγονότα που βιώνει τις περισσότερες φορές. Τέλος, τρίτος άξονας είναι η αίσθηση της αναποτελεσματικότητας που κυριαρχεί σε κάθε σκέψη και δραστηριότητα του ασθενούς, καθώς οι ασθενείς δρουν με βάση τις απαιτήσεις των άλλων ανθρώπων σε διάφορες καταστάσεις δίχως να κάνουν πράγματα τα οποία επιθυμούν οι ίδιοι.

Έτσι λοιπόν, καταφεύγουμε στην πραγματική ψυχοπαθολογία των ασθενών η οποία δεν είχε περιγράψει κατανοητά τους προηγούμενους αιώνες από τους Morton , Whytt και Laseque. ⁽¹⁴⁾

3.2 ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΟΡΙΣΜΟΣ

Η ψυχογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζονται από την εμφάνιση διαταραγμένων συμπεριφορών που αφορούν την πρόληψη τροφής σε συνδυασμό με μια εμφανή ενασχόληση με τη μορφή και το βάρος του σώματος. Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι σύνδρομο το οποίο εμφανίστηκε στο σύγχρονο κόσμο, λόγω των προτύπων ομορφιάς και του καλλίγραμμου σώματος. Στην πραγματικότητα, ο Richard Morton (1964) περιέγραψε την νόσο ενώ ο όρος ψυχογενής ανορεξία επινοήθηκε από τον Sir William Gull (1873).

Ως νευρική ανορεξία ορίζεται το σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο περιορίζει εκουσίως την προσλαμβανόμενη τροφή λόγω του φόβου για την απόκτηση περιττών κιλών. Ο όρος «νευρογενής» αφορά το συναίσθημα του ατόμου, ενώ ο όρος «ανορεξία» υποδηλώνει την απώλεια της όρεξης. Η νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από την άρνηση του ατόμου να διατηρήσει σε φυσιολογικά επίπεδα το σωματικό βάρος και από τον φόβο τυχόν αλλοίωσης της εικόνας του σώματός του. Έτσι, το άτομο οδηγεί εκούσια τον εαυτό του στο περιορισμό λήψης τροφής τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά.

Οι μορφές νευρικής ανορεξίας είναι τρεις καθώς τα άτομα μπορούν να νοσήσουν κατά την διάρκεια την εφηβείας ή στο στάδιο της προεφηβείας, στην ενήλικη ζωή και στη

περίοδο ή την έναρξη της υπερήλικης ζωής. Κατά βάση είναι μια ασθένεια που αφορά και επηρεάζει το γυναικείο πληθυσμό σε μεγαλύτερο βαθμό εν συγκρίσει με τον ανδρικό. Τα περισσότερα περιστατικά έχουν έναρξη την νόσου στα 16-18 έτη ενώ υπάρχει μεγάλο ποσοστό ανορεκτικών ατόμων μετά το 20^ο έτος ζωής.

Η απώλεια βάρους επηρεάζει αρνητικά το άτομο σε ένα ευρύ φάσμα, το οποίο περιλαμβάνει την αποδυνάμωση του οργανισμού καθιστώντας το άτομο ευάλωτο σε μολύνσεις ενώ δεν αποκλείεται το γεγονός του θανάτου. ⁽¹⁵⁾

3.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής είναι άγνωστη αλλά πιθανώς εμπλέκεται ένας συνδυασμός βιολογικής ευλωτότητας, ψυχολογικής προδιάθεσης και κοινωνικών επιρροών. Ο ρόλος των γενετικών παραγόντων είναι πιθανότατα σημαντικός στην ψυχογενή ανορεξία, η οποία εμφανίζει ποσοστό σύμπτωσης σχεδόν 70% μεταξύ των μονοζυγωτικών διδύμων έναντι 20% μεταξύ των διζυγωτικών.

Ένας άλλος παράγοντας που πιθανώς εμπλέκεται στην παθοφυσιολογία των διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι ενδεχομένως η διαταραχή στο σεροτονινεργικό σύστημα νευροδιαβίβασης στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Στον υποθάλαμο, η σεροτονίνη ρυθμίζει τη συμπεριφορά πρόσληψης τροφής και παράγει το αίσθημα πληρότητας και κορεσμού. Οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία αναφέρουν ότι νιώθουν «υπερπλήρεις» μετά το φαγητό. Μια άλλη επίδραση της σεροτονίνης είναι η ρύθμιση της διάθεσης, των παρορμητικών συμπεριφορών και του ιδεοψυχαναγκασμού.

Όσον αφορά τους ψυχολογικούς παράγοντες όταν ξεκινά η διαίτα, επισυμβαίνουν ψυχολογικές και οργανικές μεταβολές που πολλαπλασιάζουν τις συμπεριφορές διατροφής. Η ψυχογενής ανορεξία συχνά εξυπηρετεί μια θετική λειτουργία για την ζωή του ατόμου, παρέχοντας ένα καταφύγιο από ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής ή αναπτυξιακά ζητήματα που αφορούν σχέσεις και σεξουαλικότητα. ⁽¹⁶⁾

Σύμφωνα με τους Donald Black και την Nancy Andreasen οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία προσπαθούν μέσω της νόσου να παρατείνουν την παιδική τους ηλικία και να αποφύγουν τις ευθύνες της ενήλικης ζωής.

Επίσης, τα πρότυπα που προβάλλει η κοινωνία σήμερα επηρεάζουν τους νέους ώστε να είναι κοινωνικά αποδεκτοί μέσω της εμφάνισής τους. Τα άτομα που πάσχουν, συνήθως,

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

Σχετικά με τους κοινωνικούς παράγοντες που λειτουργούν ως προδιάθεση για την εμφάνιση ψυχογενούς ανορεξίας, τα περισσότερα άτομα που νοσούν προέρχονται από οικογένειες που υπάρχουν συγκρούσεις και ταπεινωτικές συμπεριφορές. Έτσι, τα άτομα αυτά καταπιέζονται και θέλουν να έχουν τον πλήρη έλεγχο του εαυτού τους, ασχολούμενοι συνεχώς με την εμφάνισή τους και το σωματικό τους βάρος.

Όσον αφορά τις αλλαγές στον οργανισμό, σε επίπεδο φυσιολογίας, ενισχύουν τη διαταραχή. Η κορτικοτρόπος ορμόνη ούσα αυξημένη στους ανορεκτικούς ασθενείς μπορεί να επιδρά στην συνέχιση της συμπεριφοράς που αφορούν την διατροφή. Σχετικά με την βαζοπρεσίνη, που είναι υψηλή, και με την οξυτοκίνη, που είναι χαμηλή, στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, αυτοί υποστηρίζουν πως δρουν από κοινού για την συνέχιση των διαστρεβλωμένων προτύπων σκέψης και ιδεοψυχαναγκαστικής ανησυχίας σχετικά με την τροφή.⁽¹⁷⁾

3.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ – ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

Επιπολασμός είναι η συχνότητα εμφάνισης ενός φαινομένου στην περίπτωση αυτής της διατροφικής διαταραχής παρά την έλλειψη των επαρκών στοιχείων από επιδημιολογικές έρευνες για την νευρική ανορεξία φαίνεται πως η διαταραχή εμφανίζεται συχνότερα την τελευταία δεκαετία. Στον γενικό πληθυσμό το ποσοστό εμφάνισης της νόσου κυμαίνεται από 0.2% σε 0.8% αυτά τα ποσοστά όμως διαφοροποιούνται ανάλογα τον πληθυσμό.

Οι μελέτες σε πληθυσμούς μαθητών λυκείου και ανώτερης εκπαίδευσης εκτιμούν την συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου της νευρικής ανορεξίας στις γυναίκες στο 1% και της νευρικής βουλιμίας στο 4% ενώ στους άνδρες τα ποσοστά αυτά είναι δέκα φορές μικρότερα. Τα συμπτώματα που κυριαρχούν είναι η πρόκληση αυτόματων εμέτων, η χρήση καθαρτικών και επεισόδια υπερφαγίας. Η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες ασχολούνται περισσότερο με την εξωτερική τους εμφάνιση και το σωματικό βάρος.

Οι φυλετικές διαφορές που αφορούν τις διατροφικές διαταραχές και τα συμπτώματα σχετίζονται με τις γυναίκες οι οποίες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο σε σύγκριση με τους άνδρες. Διαφορετικοί και φαινοτυπικοί κίνδυνοι που αφορούν τις διατροφικές διαταραχές στις γυναίκες μπορούν να συσχετιστούν με την εφηβεία και τις επιδράσεις των ορμονών στην έκφραση διατροφικών συμπτωμάτων. Στους άνδρες τα αυξημένα επίπεδα τεστοστερόνης κατά την προγεννητική και εφηβική ηλικία μπορούν να χρησιμεύσουν για την μείωση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών⁽⁹⁾.

Τα παιδιά των μητέρων με διατροφικές διαταραχές βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο σε θέματα που αφορούν την διατροφή, διατροφικά προβλήματα καθώς επίσης άλλες αναπτυξιακές, συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές. Ήδη από την ηλικία των έξι μηνών τα παιδιά των μητέρων με νευρική ανορεξία είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν προβλήματα σίτισης⁽¹²⁾.

Έρευνα που έγινε σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου της Αγγλίας από τον Αύγουστο του 2010 έως τον Ιούλιο του 2014 έδειξε ότι ασθενείς με όλους τους υποτύπους των διατροφικών διαταραχών είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (41.3%-66.7%) και της διπολικής διαταραχής (16.7%-49.3%). Σε σύγκριση με τους ασθενείς που πάσχουν μόνο από νευρική ανορεξία και με τους ασθενείς που σηννοσυρούν με διπολική διαταραχή αλλά και με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, ήταν αυξημένη η αυτοκτονικότητα και τα λειτουργικά προβλήματα.

Από έρευνα που έγινε σε 81 ασθενείς έπειτα από την συμπλήρωση ερωτηματολογίου, τα αποτελέσματα έδειξαν πως η ματαιοδοξία σώματος, τα προβλήματα της εφηβείας και καταθλιπτικό συναίσθημα που οφείλονται στην δουλεία ή στο σχολείο αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την νευρική ανορεξία. Ακόμα τα άτομα με σηννοσηρή διπολική διαταραχή είχαν αυξημένο κίνδυνο απορρύθμισης του βάρους, περισσότερες παρορμητικές συμπεριφορές και τα υψηλότερα ποσοστά των συνοδών ψυχιατρικών νοσημάτων.

Οι διατροφικές διαταραχές έχουν περιγραφεί ως από τις πιο δύσκολες ψυχιατρικές παθήσεις για την θεραπεία, έχει βρεθεί ότι μέχρι το 0.3% των νέων γυναικών μπορεί να αναπτύξει νευρική ανορεξία. Παρόμοια τάση έχει αναφερθεί και για τους άνδρες παρόλο που τα ποσοστά επιπολασμού είναι χαμηλότερα.

Μια πρόσφατη αναδρομική μελέτη διαπίστωσε ότι πάνω από το 50% των περιπτώσεων με διατροφική διαταραχή αναπτύσσουν σοβαρή μορφή την νευρικής ανορεξίας.

Συγκρίσεις μεταξύ των φύλων αποκάλυψαν ποσοστό ύφεσης 39% για τις γυναίκες ενώ 59% για τους άνδρες έπειτα από πέντε χρόνια διάρκειας της νόσου.

Σε μία πρόσφατη αναδρομική μελέτη διαπιστώθηκε ότι πάνω από το 50% των περιπτώσεων με διατροφική διαταραχή αναπτύσσουν σοβαρές μορφές της ψυχογενούς ανορεξίας. Συγκρίσεις μεταξύ των δύο φύλων αποκάλυψαν πως το ποσοστό ύφεσης για τις γυναίκες ανέρχεται στο 39% ενώ για τους άνδρες 59% ύστερα από πέντε έτη διάρκειας της νόσου.

Περισσότερο επιρρεπείς είναι οι χορεύτριες, τα μοντέλα και οι αθλήτριες. Αξίζει να σημειωθεί πως το 90-95% των ασθενών που ανήκουν στο γυναικείο πληθυσμό προέρχονται από τα μεσαία και ανώτερα κοινωνικά στρώματα της λευκής φυλής.

Στο σύστημα DSM-IV γίνεται η διάκριση δύο τύπων που διαχωρίζει τους τρόπους με τους οποίους ένα άτομο επιλέγει να κάνει περιορισμό των προσλαμβανόμενων θερμίδων. Η διάκριση αυτή γίνεται έτσι ώστε να ορίζεται η πιθανή αιτιολογία της ανορεξίας και μέσω αυτού να επιλέγεται η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση.

➤ Περιοριστικός τύπος: χαρακτηρίζεται από την παρατεταμένη και αυστηρή αποχή από το φαγητό με δίαιτα ή νηστεία. Τα άτομα που ανήκουν σε αυτό το τύπο χαρακτηρίζονται από εμμονές, εναλλακτική συμπεριφορά και υπερβολικό αυτοέλεγχο.

➤ Τύπος κάθαρσης/υπερφαγίας: Κύριο χαρακτηριστικό είναι τα επεισόδια υπερφαγίας. Αυτό σημαίνει πως τα πάσχοντα άτομα καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες τροφής σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο, από αυτές οι περισσότεροι είναι σε θέση να καταναλώσουν σε αντίστοιχη χρονική περίοδο και σε ανάλογες συνθήκες. Η πρόκληση εμέτου, η λήψη καθαρτικών, διουρητικών είναι κάποια από τα στοιχεία που συμβαίνουν στον τύπο αυτό έχοντας στόχο το χαμηλό βάρος. ⁽⁹⁾

3.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία παρουσιάζουν απώλεια σωματικού βάρους, η οποία αποτελεί το 25% των χαρακτηριστικών των ανορεκτικών πασχόντων. Τελικά το ανώτατο ποσοστό απώλειας βάρους ανέρχεται στο 85% του αναμενόμενου βάρους με βάση το ύψος, την ηλικία και το φύλο.

Τα άτομα αυτά αρνούνται να προσλάβουν το κατάλληλο βάρος εμφανίζοντας ταυτόχρονα έντονο φόβο ότι θα προσλάβουν βάρος ή ότι θα γίνουν παχύσαρκα αλλά έχουν

και μια διαστρεβλωμένη εικόνα για το σχήμα του σώματος τους κάτι το οποίο παρουσιάζεται πιο έντονα στο γυναικείο πληθυσμό.

Σωματικά, για τις γυναίκες παρουσιάζεται αμηνόρροια για τρεις συνεχόμενους κύκλους ενώ στους άνδρες παρατηρείται με γενικευμένα χαμηλό επίπεδο τεστοστερόνης έχοντας ως αποτέλεσμα την εμφάνιση υπογοναδισμού αλλά και έντονη μειωμένη επιθυμία σεξουαλικής συνεύρεσης. Ακόμη, παρουσιάζεται έντονη ευαισθησία στο κρύο και στο κλίμα έντονης ξηρασίας. Τα συμπτώματα όπως δυσκοιλιότητα, κοιλιακό άλγος και τριχόπτωση δεν παραλείπονται. Οι διαπροσωπικές σχέσεις των πασχόντων χαρακτηρίζονται από συναισθηματική αστάθεια, ανησυχία, θυμό, μοναχικότητα. Ακόμη, τα άτομα αντιμετωπίζουν δυσκολία στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων.

Οργανικά, οι ασθενείς που πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής παρουσιάζουν διαταραχή στην ισορροπία των υγρών και τον ηλεκτρολυτών, καρδιακές αρρυθμίες, αυξημένα επίπεδα αζώτου - ουρίας αίματος, δυσκοιλιότητα, πιθανή ρήξη οισοφάγου ή στομάχου, απώλεια δοντιών, ορθοστατική υπόταση και έντονη απώλεια βάρους σε αρχικά στάδια της νόσου. ⁽¹⁸⁾



3.5.1 ΣΤΑΔΙΑ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η έκβαση της νευρικής ανορεξίας ως διαταραχής αναλύεται σε τέσσερα στάδια καθορίζοντας τη νόσο, αφού οι σκέψεις, τα συναισθήματα και η προσωπικότητα του ατόμου διαστρεβλώνονται. Η εξέλιξη της νόσου χαρακτηρίζεται από απώλεια του βάρους συνοδευόμενη από σταδιακή μείωση της θερμοκρασίας, της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού, αμηνόρροια, λέπτυνση της τρίχας, κόπωση αλλά και σημάδια υποσιτισμού. Όσο η νευρική ανορεξία προχωρά, τόσο επιδεινώνονται και τα συμπτώματα. Το τελικό, θανάσιμο στάδιο των ανορεξικών ατόμων είναι η ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια και τελικά καρδιακή ανεπάρκεια.

Η εξέλιξη της νόσου που αφορά τις συμπεριφορικές συνήθειες του ασθενή, περιλαμβάνει συνεχή μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων, σταδιακή αύξηση της

έντασης της σωματικής άσκησης, καθώς επίσης επαναλαμβανόμενες και ολοένα και αυξανόμενες προσπάθειες απώλειας βάρους όπως κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών. Όλα τα παραπάνω συνδυάζονται με ένα παράλογο φόβο λήψης πρωτεϊνούχων τροφίμων και με αντικατάσταση της ζάχαρης με τεχνητές γλυκαντικές ουσίες που καταλήγουν σε ένα σοβαρά υποσιτισμένο οργανισμό, με ανεπάρκεια πρωτεϊνών, υπερβολικά γυμνασμένο, άλλα με ανεπαρκή μυϊκή μάζα.⁽¹⁹⁾

1. Πρώτο στάδιο: «το στάδιο της επίτευξης»

Η ψυχογενής ανορεξία ξεκινά αρχικά με το συναίσθημα του ατόμου να χάνει κιλά και να είναι αποδεκτό από το περιβάλλον του και το κοινωνικό σύνολο. Στο συγκεκριμένο στάδιο, δεν παρουσιάζονται φανερά συμπτώματα της νόσου, αλλά φαίνεται το ανορεκτικό άτομο να συμβαδίζει με τα νέα πρότυπα της κοινωνίας.

Τα άτομα που έχουν προδιάθεση για την εμφάνιση νευρικής ανορεξίας χαρακτηρίζονται από μια τελειομανία. Και προσπαθούν χρησιμοποιώντας το 100% των δυνατοτήτων τους έτσι ώστε να κατορθώσουν να φτάσουν στο στόχο τους, ο οποίος είναι φυσικά να χάσουν βάρος. Καθώς το άτομο συνεχίζει να χάνει βάρος, επιβραβεύεται από τους οικείους του, τηρώντας αυστηρά το διαιτολόγιό του. Έτσι, καταλαβαίνοντας ότι φτάνει στο στόχο του, αυτομάτως γίνεται και επίμονο σχετικά με τον περιορισμό λήψης τροφής.

2. Δεύτερο στάδιο: «το στάδιο ασφάλειας/ του καταναγκασμού»

Κατ' αυτό το στάδιο, το άτομο θέτει ως στόχο την απώλεια ενός κιλού την εβδομάδα. Η ιδέα του φυσιολογικού βάρους παύει πλέον να ισχύει και το άτομο όσο πιο αδύνατο γίνεται τόσο πιστεύει ότι γίνεται παχύσαρκο. Παράλληλα αρχίζει να μετράει την περίμετρο των βραχιόνων, της μέσης, των μηρών του, δοκιμάζει ρούχα σε ολοένα και μικρότερα νούμερα, συγκρίνει τον εαυτό του με όσους ανθρώπους βλέπει και φαντάζεται ότι είναι παχύτερο από όλους αυτούς. Αυτή η διαταραχή αντίληψης του σωματικού μεγέθους επινοείται από το ίδιο το άτομο, προκειμένου να έχει λόγο να επιμένει στην απόφασή του να χάσει βάρος. Οπότε, το άτομο ενισχύει τις προσπάθειές του προσθέτοντας υπερβολικά παραπάνω άσκηση στο πρόγραμμά του γενικότερα, ενώ στόχος γίνεται πλέον η απώλεια περισσότερων από ένα κιλών την εβδομάδα. Ο ανορεξικός, αντίθετα με τα φυσιολογικά άτομα που κάνουν δίαιτα, θεωρεί κάθε κιλό που χάνει ένδειξη ότι πρέπει να χάσει περισσότερο.

Το άτομο εστιάζει στην απώλεια βάρους, σαν να είναι η μόνη του έγνοια. Η απώλεια βάρους γίνεται εμμονή στην οποία ο ανορεξικός βρίσκει καταφύγιο και μ' αυτόν τον

τρόπο περιορίζει το άγχος του. Αναγκάζεται να χρησιμοποιεί επανειλημμένα καταναγκαστικές συμπεριφορές απώλειας βάρους (πρόκληση εμέτου, χρήση καθαρτικών/διουρητικών), ώστε να περιορίσει τους φόβους που τον κατακλύζουν.

Όλη αυτή η δραστηριότητα περιορίζει το άτομο από το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον. Ο ανορεξικός σ' αυτό το στάδιο έχει αρχίσει να αποσυνδέεται συναισθηματικά από τους άλλους, καθώς στρέφεται προς τα ενδόμυχά του, στη μάχη του ενάντια στην πείνα. Αυτό το αίσθημά της πείνας είναι στην πραγματικότητα μήνυμα από τον εγκέφαλο του ανορεξικού ότι επιπλέον απώλεια βάρους θα οδηγήσει σε ανικανότητα του σώματος να διατηρεί ομοιόσταση, σταθερή θερμοκρασία, σταθερή αρτηριακή πίεση, σταθερό καρδιακό ρυθμό και να μη χάνει μυϊκή μάζα. Στη φάση αυτή της εξέλιξης της ψυχογενούς ανορεξίας σχηματίζονται πτυχές στο δέρμα των κλειδώσεων του αγκώνα, του γόνατου και της μασχάλης, διότι το σώμα του ασθενούς έχει συρρικνωθεί περισσότερο απ' όσο μπορεί να συσταλθεί το δέρμα του. Βέβαια, το άτομο θεωρεί ότι οι πτυχές στο δέρμα του προκλήθηκαν από το πάχος. ⁽²⁰⁾

Καθώς ο ανορεξικός ολοένα και αδυνατίζει, δεν μπορεί να σκεφτεί οτιδήποτε άλλο εκτός από το φαγητό. Ο εγκέφαλός του προσαρμόζεται στα ερεθίσματα που λαμβάνει, όπως το αίσθημά της έντονης πείνας, το οποίο πλέον είναι απαραίτητο να υπάρχει για τον ασθενή. Το άτομο σκέφτεται συνέχεια το φαγητό και το πώς θα απαλλαγεί απ' αυτό. Η εμμονή του αυτή συχνά εκφράζεται με ένα πάθος για τη συλλογή συνταγών και την παρασκευή περίπλοκων γευμάτων για τους άλλους. Προκειμένου ο ίδιος να αποφύγει την κατανάλωση θερμίδων, κρύβει στο σπίτι, στις τσάντες και στις τσέπες του τα προς κατανάλωση τρόφιμα, ώστε οι γύρω του να νομίζουν ότι έχουν καταναλωθεί. Τεμαχίζει το φαγητό του σε μικρά κομμάτια και διαθέτει πολύ χρόνο τακτοποιώντας τα κομμάτια στο πιάτο του. Όταν του γίνεται παρατήρηση γι' αυτή του τη συμπεριφορά, ο ανορεξικός ασθενής την αρνείται ή τη χαρακτηρίζει φυσιολογική. Παράλληλα, το άτομο αναπτύσσει διαταραχή ύπνου και το μυαλό του στοιχειώνεται από σκέψεις για φαγητό. Οι σκέψεις αυτές για το ίδιο το άτομο μεταφράζονται σε ανεπτυγμένη όρεξη στην οποία αν ενδώσει θα οδηγηθεί σταδιακά στην παχυσαρκία. Ο όρος «ανορεξία», που σημαίνει απώλεια της όρεξης, είναι παραπλανητικός. Η απώλεια της όρεξης είναι κατά κανόνα σπάνια, μέχρι τα προχωρημένα στάδια της διαταραχής. Το μυαλό και το σώμα του ανορεξικού στέλνουν μηνύματα για να σταματήσει τη λιμοκτονία και να σωθεί από το θάνατο. Το άτομο όμως που πάσχει από ψυχογενή ανορεξία βρίσκεται σε σύγχυση και διπλασιάζει τις προσπάθειές του να ελαττώσει την πρόσληψη τόσο τροφής όσο και ποτών. Οι περισσότεροι ανορεξικοί αναπτύσσουν φοβίες και για τις υγρές και

για τις στερεές τροφές.

Όσο περνά ο καιρός οι φοβίες του ατόμου σχετικά με την αύξηση βάρους, το φαγητό και την αύξηση της όρεξης, πολλαπλασιάζονται. όσο οι προσλαμβανόμενες θερμίδες ανά κιλό βάρους μειώνονται διαταράσσεται και η ομοιόσταση του οργανισμού, αφού η θερμοκρασία του σώματος είναι αδύνατο να διατηρηθεί τους 36,6 βαθμούς. Έτσι το πάσχον άτομο από νευρική ανορεξία, κρυώνει. Επίσης, επηρεάζεται ο καρδιακός ρυθμός αφού το άτομο παρουσιάζει λίγες σφίξεις ανά λεπτό, αλλά και οι υπόλοιπες λειτουργίες του οργανισμού καθώς εμφανίζεται λέπτυνση τρίχας, ενώ στις γυναίκες διακόπτεται η έμμηνος ρύση, αφού ο οργανισμός χρειάζεται πρωτεΐνες και σίδηρο.

Τέλος, το στάδιο αυτό είναι μια διαρκώς αυξανόμενη, απελπισμένη προσπάθεια του ατόμου να αποφύγει την ανασφάλεια που νιώθει μήπως και πάρει κιλά. Το άτομο καταλήγει με εμμονές, καταναγκασμούς, απομακρυσμένο από τον περίγυρό του, ντροπιασμένο, αποκαρδιωμένο και μελαγχολικό. ⁽²⁰⁾

3. Τρίτο στάδιο: « το κατηγορηματικό στάδιο»

Συνήθως τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία είναι ευγενικά, προστατευτικά, υπάκουα, και ευχάριστα άτομα που δεν αναπτύσσουν συγκρούσεις και δεν εξέλαβαν την απαραίτητη προσοχή από την οικογένεια τους, η οποία τις περισσότερες φορές είθισται να είναι καταπιεστική. Το συγκεκριμένο στάδιο αρχίζει να εμφανίζεται όταν το άτομο δέχεται κριτική για το βάρος που έχει χάσει από το κοινωνικό του περιβάλλον, ενώ για πρώτη φορά εμφανίζει το σύμπτωμα της ανυπακοής. Επίσης, αρχίζει να συγκρούεται με τον κοινωνικό του περίγυρο καθώς παύει πλέον να τον ενδιαφέρει το να ευχαριστεί τους άλλους. Ο ίδιος ο ασθενής νιώθει ήρεμος και ασφαλής γιατί μέσω της ανυπακοής μπορεί να αμυνθεί και να κρύψει την ανορεξία. Το άτομο αισθάνεται δυνατό παρόλο που στο στάδιο αυτό τρώει κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις, όπως για παράδειγμα να πηγαίνει από εστιατόριο σε εστιατόριο για να βρει το χαμηλότερο σε λιπαρά μενού ή πιάτο. Ταυτόχρονα αρχίζει να συγκρούεται με τους συγγενείς ή τους φίλους του για θέματα που αφορούν το βάρος του υποστηρίζοντας ότι πρέπει να χάσει κι άλλα κιλά και ότι είναι παχύσαρκος σε απάντηση όσων ισχυρίζονται πως είναι λιποβαρής.

Ο πάσχων θεωρεί πως όλοι ζηλεύουν την δύναμη του για την απώλεια του βάρους και θέλουν να τον προτρέψουν προς την παχυσαρκία. Κατά την διάρκεια γεύματος, ο ασθενής προτιμά την μοναχικότητα και δυσανασχετεί όταν παρεβρίσκονται άλλα άτομα την στιγμή εκείνη.

Η παραπάνω συμπεριφορά αναπτύσσεται σε περιπτώσεις που αφορούν την διατροφή και το βάρος του ανορεξικού ατόμου και χρησιμοποιείται έναντι των οικείων προσώπων του. Το στάδιο αυτό λειτουργεί ως καταλυτικό σημάδι ότι το άτομο πάσχει από την συγκεκριμένη διαταραχή πρόσληψης τροφής.

4. Τέταρτο στάδιο: «το στάδιο της ψευδοταυτότητας»

Η πάθηση του ανορεξικού ατόμου έχει αρχίσει να προβληματίζει το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον. Ορισμένοι ασθενείς επικαλύπτουν την νόσο τους φορώντας φαρδιά ρούχα, ενώ άλλοι επιδεικνύουν το σώμα τους με κάθε τρόπο. Ο ασθενής επιδεικνύοντας καταλαμβάνεται από ένα αίσθημα ισχυρότητας και πρωτοπορίας απέναντι στους άλλους αφού κατάφερε να νικήσει το αίσθημα της πείνας του και να γίνει «ξεχωριστός».

Στο τελευταίο αυτό στάδιο της νευρικής ανορεξίας δεν παρατηρούνται αλλαγές στην συμπεριφορά του ατόμου, εκτός από το αίσθημα δύναμης που νιώθει και την φήμη που έχει αποκτήσει χάρη στην ανορεξία.

Η διαταραχή χειροτερεύει και καθώς εξελίσσεται γίνεται πιο πολύτιμη για την προσωπικότητα του ασθενή. Εκτιμάται ότι το 70% των ανορεξικών δεν συνέρχεται ποτέ και το ποσοτό της θνησιμότητας αγγίζει το 9%.^(20,21)

3.6 ΠΡΟΛΗΨΗ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Σκοπός της πρόληψης βάση της ιατρικής είναι ο περιορισμός της θνησιμότητας και της νοσηρότητας που έχει σχέση με την ασθένεια.. Συνήθως οι παρεμβάσεις που αφορούν την πρόληψη, ταξινομούνται με βάση το στάδιο της εξέλιξης της διαταραχής: την πρωτογενή πρόληψη, την δευτερογενή πρόληψη και την τριτογενή.⁽²²⁾

3.6.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η αρχική πρόληψη είναι το ιδανικό, αφού είναι ικανή να προλαμβάνει την εμφάνιση της νόσου. Η πρωτογενής πρόληψη απαιτεί γνώση των διαδικασιών που σχετίζονται με την ανάπτυξη της ασθένειας. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, μόνη λύση είναι να ενστερνιστούν οι προληπτικές παρεμβάσεις οι οποίες έχουν θετικά αποτελέσματα και να δοκιμάζεται εάν αυτά είναι τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Μέχρι σήμερα, οι περισσότερες έρευνες έχουν εστιάσει ανάμεσα στην πιο ευπαθή ηλικιακή ομάδα, δηλαδή τους μαθητές και τους φοιτητές. Στόχος είναι η μείωση διαιτητικής συμπεριφοράς και η συμπεριφορά ελέγχου του βάρους, μέσω

αυτοαποκαλούμενων εμέτων και διουρητικών και καθαρτικών φαρμάκων. Για το προαναφερθέντα αυτό σκοπό, έχουν ανακαλυφθεί διαφορά εκπαιδευτικά προγράμματα τα οποία περιέχουν πολλούς συνδυασμούς από διαδικασίες όπως η απομυθοποίηση της επιρροής των μέσων μαζικής ενημέρωσης και η εκπαίδευση αντιγραφής της καθημερινότητας ενός συνομήλικου.

Έχοντας παρατηρήσει πως οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται στην σχολική ηλικία, καλό θα ήταν να αναπτυχθούν παρεμβάσεις στο σχολικό περιβάλλον εστιάζοντας στα άτομα που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης νευρικής ανορεξίας. Υποθέτοντας, λοιπόν, ότι τα άτομα αυτά γνωρίζουν τον κίνδυνο της νόσου θα μπορούσαν να αλλάξουν τις διατροφικές τους συνήθειες.

Έχοντας υπόψη πως η μόδα επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τα άτομα και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης παρουσιάζουν νέα διαιτητικά πρότυπα ζωής, θα πρέπει η πρόληψη να επικεντρωθεί στους κοινωνικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην αιτιολογία εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας.⁽²³⁾

3.6.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Σκοπός της δευτερογενούς πρόληψης είναι να μειωθεί το διάστημα μεταξύ εμφάνισης νόσου και της λήψης αποτελεσματικής βοήθειας για την επίτευξη του στόχου αυτού, απαιτείται η γνώση των παραγόντων που προωθούν και καθυστερούν την αναζήτηση βοήθειας που σχετίζεται με την εξέλιξη της νόσου. Εμπόδια για την αναζήτηση βοήθειας μπορεί να είναι το γεγονός ότι το άτομο δεν αντιλαμβάνεται το πρόβλημα του, κάτι το οποίο είναι κοινό χαρακτηριστικό στα πάσχοντα άτομα από νευρική ανορεξία, έχοντας την ελπίδα ότι η νόσος θα εξαλειφθεί από μόνη της. Εμπόδιο ακόμη, είναι η πίστη πως το πρόβλημα διατροφής δεν είναι σημαντικό ώστε να χρήζει θεραπείας ή πως οι ίδιοι είναι σε θέση κινδύνου. Επιπροσθέτως, το αίσθημα ντροπής αποτελεί εμπόδιο ώστε να εκμυστηρευτούν το πρόβλημά τους στο γιατρό, όπως επίσης και ο φόβος της θεραπείας. Η οικονομική κατάσταση του ασθενή παίζει σημαντικό ρόλο στην ανεύρεση βοήθειας.

Η προσέγγιση ενός ατόμου που πάσχει από ψυχογενή ανορεξία θα πρέπει να γίνει από άτομα που είναι καταρτισμένα και καλά ενημερωμένοι με το θέμα. Τέτοιες παρεμβάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν από δάσκαλους, γιατρούς, νοσηλευτές και προπονητές. Αυτοί οι επαγγελματίες καλό θα ήταν διδάσκονται τρόπους προσεγγίσεις ατόμων με διατροφικό πρόβλημα, ώστε τα άτομα αυτά να εκμυστηρευτούν τις ανησυχίες τους.⁽²⁴⁾

3.6.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η τριτογενής πρόληψη αποτελεί το τελευταίο στάδιο πρόληψης και μελετάται η μείωση θνησιμότητας και νοσηρότητας που σχετίζεται με χρόνιες καταστάσεις. Στο σημείο αυτό, τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία ή θα έχουν υποτροπιάσει ή θα έχουν ξεπεράσει τον κίνδυνο μέσω της θεραπείας. ⁽²⁴⁾

3.7 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Η ψυχογενής ανορεξία έχει ταξινομηθεί ως μία διαταραχή του Άξονα 1 στο DSM-IV, το οποίο αποτελεί Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο των πνευματικών διαταραχών που εκδόθηκε από τον Αμερικάνικο σύλλογο ψυχιατρικής.

Σύμφωνα, λοιπόν, με το DSM-IV τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας περιλαμβάνουν:

- Άρνηση του πάσχοντος ατόμου να διατηρήσει το σωματικό βάρος του στο ελάχιστο φυσιολογικό. Η σημαντική απώλεια βάρους σχετίζεται με το φύλο, την ηλικία και το ρυθμό ανάπτυξης της νόσου.
- Έντονο φόβο πρόσληψης βάρους ή παχυσαρκίας παρόλο που το σώμα παραμένει να είναι λιποβαρές.
- Διαστρεβλωμένη και διαταραγμένη εικόνα του ατόμου για την εικόνα του σώματος του αλλά και για το βάρος. Παρουσιάζεται μια αδικαιολόγητη επίδραση της εικόνας του σωματικού βάρους και σχήματος στην αξιολόγηση του ατόμου αλλά και μία άρνηση σοβαρότητας στην υπάρχουσα κατάσταση.
- Αμηνόρροια για τρεις συνεχόμενους κύκλους σε γυναίκες μετά την εμμηναρχή.

Σύμφωνα με το ICD-10 (Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας) τα διαγνωστικά κριτήρια είναι παρόμοια αλλά προσθέτει αναφέροντας:

- Τα μέσα με τα οποία τα πάσχοντα άτομα μπορούν να προκαλέσουν την μείωση του σωματικού τους βάρους, αυτό επιτυγχάνεται με την αποφυγή τροφών που είναι πλούσιες σε θερμιδική αξία, αυτοπροκαλούμενους εμετούς, χρήση καθαρτικών, υπερβολική άσκηση, κατάχρηση κατασταλτικών όρεξης ή διουρητικών.

- Εάν η αρχή των παραπάνω λάβει χώρα πριν την εφηβεία αυτού του είδους η ανάπτυξη καθυστερείται ή διακόπτεται.
- Δίνονται συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της φυσιολογίας του σώματος, συγκεκριμένα μία εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή που περιλαμβάνει υποθαλαμικό- υποφυσιακό γοναδιακό άξονα η οποία παρουσιάζεται πιο συχνά στις γυναίκες ως αμηνόρροια ενώ στους άνδρες παρουσιάζεται ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της στυτικής ικανότητας.

Επιπροσθέτως, υπάρχουν αυξημένα επίπεδα ορμονών ανάπτυξης και ανεβασμένα επίπεδα κορτιζόλης. Σημειώνονται αλλαγές στον περιφερειακό μεταβολισμό της ορμόνης του θυροειδούς αδένος και ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης. ⁽²⁵⁾

3.7.1 ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ Ν.Α. ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-V

Η νευρική ανορεξία είναι μία σοβαρή και δυνητικά θανατηφόρα ασθένεια. Ο ορισμός της αναθεωρήθηκε πρόσφατα στο DSM-V. Ένας σοβαρός λόγος για την αναθεώρηση αυτή ήταν να μειωθεί ο αριθμός των ασθενών που διαγνώσκονται με διατροφική διαταραχή, οι οποίοι αποτελούσαν το 60% σε εξειδικευμένες μονάδες διατροφικών διαταραχών. Από την άλλη, σύμφωνα με το DSM-V τα διαγνωστικά κριτήρια για την νευρική ανορεξία μπορεί να αλλάξουν σχετικά με την επικράτηση στον πληθυσμό και την προγνωστική αξία (πρόγνωση).

Το κριτήριο “απώλεια βάρους” αναθεωρήθηκε και αυτό. Ο φόβος για την αύξηση βάρους δεν χρειάζεται πλέον να διατυπώνεται από τον ασθενή αλλά αρκεί να παρατηρηθεί η αλλαγή στην συμπεριφορά του ασθενή κατά την αύξηση βάρους. Επίσης, η αμηνόρροια δεν αποτελεί πάντα συμπέρασμα της νόσου.

Μια επικρατούσα άποψη αναφέρει πως οι πρόσφατες διαγνωστικές αλλαγές στο DSM-V θα αυξήσουν το ποσοστό πρόληψης στους ασθενείς με νευρική ανορεξία και θα μειώσουν τον αριθμό των άλλων διαγνώσεων.

Τέλος, υπάρχει μια εμπειρικά μικρή ένδειξη που τεκμηριώνει το σοβαρό ρόλο που έχει ο δείκτης μάζας σώματος στην νευρική ανορεξία. Για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων, πραγματοποιήθηκε μία μελέτη βασισμένη στον πληθυσμό, για να ποσοτικοποιηθούν οι πρόσφατες αλλαγές που αφορούν τα διαγνωστικά κριτήρια και την πρόγνωση της νευρικής ανορεξίας. ⁽²⁶⁾

3.8 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας περιπλέκεται επειδή οι ασθενείς αρνούνται τα συμπτώματα, αντιστέκονται στην ανεύρεση βοήθειας και τέλος επειδή είναι μυστικοπαθείς. Ο γιατρός οφείλει πριν την διάγνωση να αποκλείσει την πιθανότητα ύπαρξης μίας άλλης ασθένειας καθώς τα συμπτώματα της ανορεξίας είναι κοινά με τα συμπτώματα άλλων ασθενειών. Το κλάμα, οι διαταραχές ύπνου, οι καταθλιπτική διάθεση και οι αυτοκτονικές τάσεις αποτελούν χαρακτηριστικά της νευρογενούς ανορεξίας αλλά και των γενικευμένων καταθλιπτικών διαταραχών.

Ακόμη, η διάγνωση της ανορεξίας βασίζεται στο ιστορικό του ασθενούς και σε μία εξέταση που αφορά την ψυχολογική και νοητική κατάσταση. Το άτομο θα πρέπει να εξετάζεται συνεχώς, ενώ θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στα ζωτικά σημεία, στην υφή του δέρματος, στο σωματικό βάρος και στο καρδιαγγειακό σύστημα

Μέσω των εργαστηριακών εξετάσεων μπορεί να αποκλειστούν άλλες πιθανές διαγνώσεις. Η διερεύνηση βασίζεται στην γενική εξέταση αίματος και ούρων καθώς επίσης και σε εξέταση των επιπέδων ουρίας και ηλεκτρολυτών. Όσον αφορά τους υποσιτισμένους και με βαριά συμπτώματα ασθενείς γίνονται εξετάσεις μέσω των οποίων ελέγχονται τα επίπεδα χοληστερόλης και λιπιδίων, μαγνησίου, ασβεστίου, φωσφόρου, αμυλάσης και των τρανσαμινασών στον ορό, ενώ ταυτόχρονα το ηλεκτροκαρδιογράφημα θεωρείται αναγκαίο. Σε περίπτωση υποψίας υπερθυρεοειδισμού, ως αιτία της απώλειας βάρους, ενδείκνυται εξετάσεις που αφορούν την θυρεοειδική λειτουργία ενώ για την εκτίμηση και την παρακολούθηση της οστεοπόρωσης γίνεται μέτρηση της οστικής πυκνότητας.

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, οι ειδικές φοβίες και η αγοροφοβία είναι οι πιο συχνές αγχώδεις διαταραχές που διαγιγνώσκονται σε ασθενείς με νευρική ανορεξία. ⁽²⁷⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4
ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

4.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της νευρικής ανορεξίας έχει τρεις σκοπούς. Πρώτος και σημαντικότερος είναι η αποκατάσταση θρέψης του ασθενή, δηλαδή η αποκατάσταση του σωματικού βάρους στα φυσιολογικά επίπεδα. Ο δεύτερος στόχος της θεραπείας είναι η τροποποίηση των διαστρεβλωμένων διατροφικών συμπεριφορών του ασθενούς όπου θα τον βοηθήσει να διατηρήσει το βάρος του και να περιορίσει τα επεισόδια υπερφαγίας και τις καθαρτικές συμπεριφορές. Τέλος, τρίτος στόχος της θεραπείας είναι ο ασθενής να αλλάξει γνώμη για τα υποτιθέμενα οφέλη για την απώλεια βάρους.

Τις περισσότερες φορές η θεραπεία γίνεται εκτός νοσοκομείου, αλλά υπάρχουν και ασθενείς οι οποίοι θα χρειαστεί να νοσηλευτούν. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν υπόταση, υποθερμία, βαριά απίσχναση και απώλεια βάρους, καθώς επίσης συνυπάρχουσα κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό, χρειάζονται εισαγωγή σε νοσοκομείο. Ένας ακόμη λόγος νοσηλείας είναι η αποτυχία της θεραπείας εκτός νοσοκομείου.

4.2 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοθεραπεία βασίζεται στην ανάπτυξη μιας καλής σχέσης μεταξύ πάσχοντα και θεράποντα ιατρού. Ο ιατρός, έχει ως στόχο ο ασθενής να υιοθετήσει υγιείς διατροφικές συνήθειες και να επανέλθει σε φυσιολογικό σωματικό βάρος. Οι συνεδρίες με τον θεράποντα ιατρό θα πρέπει να συνεχίζονται και μετά την έξοδο του ασθενούς από την κλινική, βασιζόμενες στο στυλ της οικογένειας και την προσωπικότητα του ασθενή.

Ακόμα, η ψυχοθεραπεία εστιάζεται στα εσωτερικά προβλήματα του ασθενή, έχοντας απώτερο σκοπό να αναλυθούν τα χρόνια της εφηβείας. Ο θεράπωντας ιατρός αποτελεί πρότυπο για τον ασθενή και γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να έχει κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως: η επιμονή, η συζήτηση και η διαπραγμάτευση. ⁽²⁸⁾

Βασικός κανόνας της ψυχοθεραπείας είναι το άτομο να λέει αυτό που σκέφτεται, τη στιγμή που το σκέφτεται, το λόγο που το σκέφτεται και όχι να προσπαθεί να το κρύψει. Ο θεράπωντας πρέπει να βοηθά τον ασθενή διατηρώντας μια στάση ουδετερότητας και ενσυναίσθησης παράλληλα. Ο ασθενής θα πρέπει να έχει τον πρωταγωνιστικό ρόλο και να συμμετέχει ενεργά, ενώ ο γιατρός να παρεμβαίνει περιστασιακά, παρεμβάλλοντας αποσαφηνίσεις ή ερμηνείες, ώστε να βοηθήσει τον ασθενή να κατανοήσει τα υποκείμενα που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά του ⁽²⁹⁾.

4.3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η οικογενειακή θεραπεία υπήρξε μια από τις πιο κοινές θεραπείες για εφήβους με νευρική ανορεξία αλλά και για άτομα που πάσχουν από άλλες ψυχικές παθήσεις και προτιμάται στα παιδιά και στους εφήβους. Πρόκειται για μια θεραπεία που στόχος της είναι η ενδυνάμωση και κινητοποίηση της οικογένειας, ως βάση για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών.

Η οικογενειακή θεραπεία χωρίζεται σε τρεις φάσεις:

Φάση Α: Επικεντρώνεται στην επανασίτιση του ασθενή, η οποία καθιστά υπεύθυνους τους γονείς για τη διατροφή ή την άσκηση του παιδιού τους. Ο στόχος αυτής της θεραπείας ή η θεωρία της είναι πως η διατροφική διαταραχή έχει σταθεί εμπόδιο στην εφηβειακή ανάπτυξη και η αυτονομία πρέπει να ανασταλεί προσωρινά, έχοντας στόχο να επιτευχθεί η αποκατάσταση του βάρους. Τα αδέρφια έχουν σημαντικό – υποστηρικτικό ρόλο στην οικογενειακή θεραπεία.

Φάση Β: Σε αυτή τη φάση, γίνεται η αναδιαπραγμάτευση της διαχείρισης της νευρικής ανορεξίας από τους γονείς, ώστε να καταφέρουν να την αντιμετωπίσουν (εκρήξεις θυμού του ατόμου ή περιόδους συναισθηματικής αποδέσμευσης). Τυπικά, αφού οι ασθενείς είναι έτοιμοι να τρώνε με συνέπεια και να επαναφέρουν το σωματικό τους βάρος σε φυσιολογικά επίπεδα, οι γονείς θα πρέπει να ελέγχουν τις διατροφικές συνήθειες και τη σωματική άσκηση. Στο τέλος της θεραπείας, προσφέρεται βοήθεια στην οικογένεια ώστε να αντιμετωπίσει αναπτυξιακές ανησυχίες στο σχολείο, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις δραστηριότητες.

Φάση Γ: Η διατροφική διαταραχή και τα θέματα που σχετίζονται με την ανάπτυξη των πασχόντων ασθενών όπως αυτονομία, κοινωνικοποίηση, οικειότητα και η πρόληψη υποτροπών βρίσκονται μακριά από τον κεντρικό στόχο. Σε αυτό το στάδιο, η θεραπεία βοηθά τις οικογένειες να κατανοήσουν ότι η νόσος δεν οφείλεται ούτε στον ασθενή ούτε και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, καθώς επίσης ότι η ανάπτυξη της ασθένειας οφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες.

Αξίζει να σημειωθεί πως η θεραπεία για μεγαλύτερους εφήβους και άτομα άνω των 18 ετών, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, καθώς ο πάσχων απομακρύνεται για πρώτη φορά από το σπίτι κι αναλαμβάνει τις ευθύνες προετοιμασίας του γεύματός του, για τα ψώνια, για την ανάπτυξη ισχυρότερων σχέσεων με φίλους - ερωτικούς συντρόφους – συναδέλφους – συμφοιτητές. Ταυτόχρονα, ο πάσχων εξαλείφει την εξάρτησή του από την οικογένεια και αναλαμβάνει περισσότερες ευθύνες και αποφάσεις για τον ίδιο του τον εαυτό. ^(17,30)

4.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Έχει ως χαρακτηριστικό ότι πρωταγωνιστής είναι ο ίδιος ο ασθενής. Τα οφέλη που προκύπτουν είναι η σημαντική εξάλειψη παθολογικών συμπτωμάτων, η μείωση του άγχους, η αύξηση της αυτοπεποίθησης, η αποκατάσταση της λειτουργικότητας και η καλύτερη ποιότητα ζωής. Ο χρόνος όμως της θεραπείας αυτής είναι βραχύς και η θεραπεία συμπεριφοράς είναι αυστηρά δομημένη.

4.5 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Είναι ένα μοντέλο βραχείας ψυχοθεραπείας και ιδιαίτερα αποτελεσματική, έτσι ώστε ο ασθενής να έχει υψηλότερη αυτοεκτίμηση σε ατομικό, δυαδικό και ομαδικό επίπεδο.

Οι τεχνικές της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας εστιάζουν στο να διδαχθούν οι ασθενείς νέους τρόπους προκειμένου να αλλάξουν τα διαστρεβλωμένα σχήματα. Στόχος της είναι να βοηθήσει τους ασθενείς να εξαλείψουν τις αρνητικές σκέψεις, ώστε να αντιλαμβάνονται την πραγματικότητα που ζουν με όσο το δυνατόν λιγότερο λανθασμένο τρόπο και να αντιδρούν καταλλήλως. ⁽³¹⁾

4.6 ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ομαδική θεραπεία προσφέρει έναν αποτελεσματικό τρόπο στους θεράποντες ιατρούς ώστε να παρακολουθούν και να επανεκτιμούν ταυτόχρονα ένα μεγάλο αριθμό ασθενών. Ακόμη, παρέχει στους ασθενείς ένα κοινωνικό περιβάλλον ή ένα υποκατάστατο ομάδας φίλων μέσω του οποίου θα γίνει μάθηση αλληλεπίδρασης με άλλους ανθρώπους σε ένα ελεγχόμενο υποστηρικτικό περιβάλλον.

Υπάρχουν πολλά είδη ομαδικής θεραπείας. Τα είδη αυτά διαφέρουν ανάλογα με τα άτομα που την απαρτίζουν, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, του πλαισίου που συναντιέται η ομάδα και του είδους του ρόλου που κατέχει ο συντονιστής της ομάδας. Προγράμματα ομαδικής θεραπείας έχουν καθιερωθεί σε πολλά νοσοκομεία και συντονίζονται από ένα γιατρό, ένα νοσηλεύτη, ένα κοινωνικό λειτουργό ή από συνδυασμούς. Σε μεγάλα νοσοκομειακά περιβάλλοντα, είναι δυνατόν να λειτουργούν ομάδες που απαρτίζονται από ασθενείς με παρεμφερή προβλήματα. Αυτές οι ομάδες, παρέχουν στους ασθενείς τη δυνατότητα να μοιραστούν τα προβλήματα, να εξαλείψουν την αίσθηση της απομόνωσης και της μοναξιάς, αλλά και να διαμορφώσουν τις κοινωνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες.

Η ομάδα ψυχοθεραπείας μπορεί να απαρτίζεται από τρία έως δεκαπέντε μέλη , με ιδανικό αριθμό έξι έως δέκα ατόμων. Η ομαδική ψυχοθεραπεία πραγματοποιείται μια φορά την εβδομάδα για μία με δύο ώρες και η σύνθεσή τους εξαρτάται από την ηλικία, το φύλο και το είδος των ψυχιατρικών συγκρούσεων των μελών της, ενώ είναι αυστηρή και ισορροπημένη.

Τέλος, ο ρόλος του ομαδικού ψυχοθεραπευτή είναι καταλυτικός, καθώς έχει ενεργητικό ρόλο στην οργάνωση κάθε συνεδρίας. Θέτει δηλαδή τους κανόνες , όπως για παράδειγμα δεν επιτρέπεται η αργοπορία , ενώ η συμμετοχή πρέπει να είναι τακτική . Ακόμα, επιλύει συγκρούσεις μεταξύ της ομάδας και έχει την ευθύνη σύνοψης κάθε συνεδρίας. ^(17,32)

4.7 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όσον αφορά τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας δεν έχουν εγκριθεί συγκεκριμένα φάρμακα. Τα αντικαταθλιπτικά αποτελούν την πιο συχνή επιλογή που αφορά τη συνταγογράφηση. Αυτό συμβαίνει για να αντιμετωπιστεί η συνυπάρχουσα κατάθλιψη με την νευρική ανορεξία.

Τα φάρμακα, δεν είναι το κυρίαρχο μέσο για την αντιμετώπιση της ανορεξίας, αλλά πρέπει να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία και διατροφικές παρεμβάσεις. Δηλαδή πρωτεϊνούχο διαιτολόγιο.

Στόχος της φαρμακευτικής αγωγής, είναι κατά κύριο λόγο η αύξηση του σωματικού βάρους και ο ασθενής να αποκτήσει μια βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Επίσης, μέσω της αγωγής επέρχεται ανακούφιση από το συνοδευμένο καταθλιπτικό συναίσθημα της ψυχογενούς ανορεξίας, από το έντονο ή μερικό άγχος και από τον ψυχαναγκασμό.

Για παράδειγμα , η φλουοξετίνη (εμπορική ονομασία Prozac), που έχει μελετηθεί για τα άτομα που πάσχουν από ανορεξία και κατάθλιψη, έχει διάφορα εκβάσματα. Σε μερικές περιπτώσεις, το βάρος των ασθενών αυξάνεται και η διάθεση τους είναι πιο εύθυμη για αρκετούς μήνες. Αντίθετα , υπάρχουν και οι περιπτώσεις εκείνες που βελτιώθηκαν τα σημεία της κατάθλιψης, αλλά η ανορεξία δε επηρεάστηκε. ⁽³³⁾

Σε επανεισαγωγή μιας 19χρονης κοπέλας σε ψυχιατρική κλινική, ζητήθηκε θεραπεία που αφορούσε άτομο μικρής σωματικής μάζας. Διαγνώστηκε με νευρική ανορεξία αφού το ύψος της ανερχόταν στο 1,39 m και το βάρος της στα 25kg. Δηλαδή, 25% κάτω του φυσιολογικού. Ακόμη, παρουσίαζε πρωτογενή αμηνόρροια και χαμηλή οστική πυκνότητα.

Της δόθηκε ινσουλίνη και αυξητική ορμόνη. Έπειτα από τέσσερα χρόνια (συμπληρωμένα τα 22 έτη της ηλικίας της) , το ύψος της ανερχόταν στα 1.52 m και 39.3 kg. Δηλαδή, έδειξε ιδιαίτερα θετικά δείγματα στην αυξητική ορμόνη , και αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη διακοπή της θεραπείας.

Έτσι λοιπόν, μέσω της συγκεκριμένης αγωγής, αξίζει να σημειωθεί πως η θεραπεία με αυξητική ορμόνη σε περίπτωση νευρικής ανορεξίας σε άτομα με μικρό σωματικό όγκο, φέρει θετικά επιθυμητά αποτελέσματα σε συνδυασμό με σταθερή διατροφή. ⁽³⁴⁾

4.8 ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ

Καθώς μιλάμε για θεραπεία νευρικής ανορεξίας γίνεται αυτόματα αναφορά στην εντερική σίτιση. Αξίζει να σημειωθεί πως έχει περιορισμένο ρόλο στην αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας πάραυτα υπάρχουν περιστατικά στα οποία μπορεί να εκτελεστεί.

Εάν κριθεί αναγκαία προτιμάται η ρινογαστρική οδός, η οποία αποτελεί μέθοδο για μικρό χρονικό διάστημα και αποτελεί μικρότερο ρίσκο από άλλες μεθόδους. Η νησιδοστομία και γαστροστομία αποτελούν μεθόδους που θα μπορούσαν να ενταχθούν στην θεραπεία της ανορεξίας αλλά χρήζουν μεγάλης προσοχής στην πρόληψη λοίμωξης.

Η χρήση της εντερικής σίτισης απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό αλλά και επίσης πρέπει να συνδυάζεται με διαιτολογικό πλάνο, για αυτό το λόγο οι μονάδες θα πρέπει να έχουν ειδικό πρωτόκολλο πάνω σε αυτό το θέμα. Ο θεράπων σε περίπτωση που αποφασίσει να υποβληθεί ο πάσχων σε εντερική σίτιση θα πρέπει να εξετάζει συχνά και προσεκτικά την κατάσταση, καθώς η μέθοδος αυτή είναι περίπλοκη και δύσκολη. Έχοντας στόχο την θεραπεία του ασθενούς δεν θα πρέπει να παραληφθεί πως η εντερική σίτιση χρησιμοποιείται για μικρό χρονικό διάστημα. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι ασθενείς προτιμούν αυτή την μέθοδο σίτισης καθώς δεν χρειάζεται οι ίδιοι να ανησυχούν για την προετοιμασία της τροφής τους, έτσι αποβάλλουν την αίσθηση ευθύνης για σίτιση.

Σε σοβαρές καταστάσεις η ρινογαστρική σίτιση αποτελεί μέσο με το οποίο ο βαθμός ελέγχου είναι μεγαλύτερος, όμως αποτελεί μία ενοχλητική διαδικασία για τον ασθενή. Η εντερική σίτιση είναι ασφαλές μέσο, όμως δεν εντάσσει τον ασθενή μέλος της θεραπείας του , λόγω αυτού προτιμάται τέτοιου είδους σίτισης να επιλέγεται εωσότου ο ασθενής να φτάσει σε ένα επίπεδο που να μην είναι επικίνδυνο, βάζοντας τον ύστερα στην διαδικασία της προσωπικής του θεραπείας μέχρι να επιτευχθεί το κανονικό βάρος.

Η διαταραχή των υγρών και των ηλεκτρολυτών είναι μια επιπλοκή η οποία εμφανίζεται και στην εντερική σίτιση. Για αυτό το λόγο η θεραπεία θα πρέπει να αρχίζει σε αργό ρυθμό, ειδικά τις δύο πρώτες εβδομάδες της μεθόδου. Οι ηλεκτρολύτες θα πρέπει να ελέγχονται καθημερινά και οι ελλείψεις να αντιμετωπίζονται άμεσα. Όσον αφορά την γενική αίματος θα πρέπει να γίνεται εβδομαδιαία μέχρι σταθερότητας των τιμών. Η γλυκόζη πρέπει να ελέγχεται κάθε 4-6 ώρες.

Προκειμένου να γίνεται χορήγηση εντερικής σίτισης θα πρέπει να επιλέγεται σωλήνας 5-8 G. Οι σωλήνες μεγάλης διάρκειας θα πρέπει να αλλάζονται κάθε 4-6 εβδομάδες με εναλλαγή θέσης στην ρινικό βλεννογόνο. Η ακριβής και η σωστή τοποθέτηση γίνεται με ακτινογραφία και αναφορά στο εξωτερικό μήκος.⁽³⁵⁾

Θέλοντας να αποφύγουμε το υπερβολικό φορτίο διαλυμένης ουσίας στα νεφρά αλλά και το μεγάλο οσμωτικό φορτίο στο έντερο, οι συμπυκνωμένες τροφές θα πρέπει να αποφεύγονται. Η εντερική σίτιση μπορεί να γίνει για είκοσι ώρες συνεχόμενα ανά 24ωρο με 4 ώρες ξεκούρασης κατά την διάρκεια του νυχτερινού ύπνου. Διαφορετικά, κατά την διάρκεια των γευμάτων γίνεται διακοπή την θεραπείας και ο ασθενής τρώει κανονικά την τροφή του. Σε αυτό συμβάλλει το νοσηλευτικό προσωπικό ενθαρρύνοντας τον ασθενή να τρώει παρά την παρεμβατική σίτιση. Ακόμη, κάτι που είναι σημαντικό και καλό θα ήταν να μην παραλείπεται, σχετίζεται με την επιβεβαίωση των συστατικών τροφής, δηλαδή το προσωπικό θα πρέπει να λάβει υπόψιν τις διαιτητικές επιλογές του ασθενούς, όπως για παράδειγμα την χορτοφαγία του ασθενούς, αλλά και τους θρησκευτικοπολιτικούς περιορισμούς κάθε πάσχοντος. Αυτό έχει στόχο την εξασφάλιση ήρεμου συναισθήματος του ασθενούς.

Η προετοιμασία αλλά και η ενημέρωση του ασθενούς αποτελεί από τα βασικά στάδια, ο θεραπευόμενος θα πρέπει να γνωρίζει για τα συμπτώματα τα οποία, πιθανότατα, να εμφανιστούν και μπορεί να είναι πρήξιμο στην κοιλιακή περιοχή, κατακράτηση υγρών, γρήγορη αύξηση βάρους. Αυτή η διαδικασία εξασφαλίζει την αποδοχή της θεραπείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να θέτει στόχους και προειδοποιήσεις στον ασθενή ενημερώνοντας τον πως η αποφυγή αύξησης βάρους θα επιτευχθεί στην περίπτωση που ο ασθενής θα ξεκινήσει εντατικότερα την λήψη τροφής από το στόμα.

Η εντερική σίτιση αποτελεί ένα είδος προγράμματος επαναφοράς κατανάλωσης τροφής για το οποίο πρέπει να ενημερώνεται ο ασθενής αλλά και η οικογένειά του. Προτιμάται η σταδιακή μείωση την εντερικής σίτισης σε συνδυασμό λήψης τροφής από το στόχο ώστε να υπάρξει διατήρηση του σωματικού βάρους.⁽³⁶⁾

4.9 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια νόσος που δεν επηρεάζει μόνο τον ψυχικό και διαπροσωπικό κόσμο του ασθενούς αλλά δημιουργεί βλάβες σε ένα ευρύ παθολογικό φάσμα, δεδομένης της απώλειας βασικών συστατικών που υπάρχουν στις τροφές.

Αρχικά, η νευρική ανορεξία συχνά παρουσιάζει δευτεροπαθή οστεοπόρωση κάτι το οποίο προέρχεται από την υπερβολική ή λίγη παραγωγή ορμονών που προκαλούν δυσλειτουργίες στους οστεοβλάστες, στα οστεοκύτταρα και στους οστεοκλάστες, οδηγώντας σε παρεκκίνουσα οστική ανακατασκευή.

Η νευρική ανορεξία προκαλεί όλεθρο σε πολλά επίπεδα της λειτουργίας του σώματος, και πιο συγκεκριμένα, στην γαστρεντερική οδό από όπου προέρχονται όλα τα παράπονα των ασθενών.

Στους ασθενείς με ψυχογενής ανορεξία παρουσιάζονται γενικά γαστρεντερικές δυσλειτουργίες. Μερικές από αυτές είναι η μεταγευματική πληρότητα, κοιλιακή διάταση, κοιλιακό άλγος, γαστρική διάταση και αλλοίωση οισοφάγου.

Έρευνες παρέχουν στοιχεία που δείχνουν πως το ήμισυ των ασθενών που εκφράζουν γαστρεντερικές ενοχλήσεις πάσχουν από νευρική ανορεξία. Υποστηρίζουν μια σημαντική διαταραχή στην γαστρεντερική οδό, έχοντας κάποια στοιχεία όπως: ατελής χαλάρωση του άνω και κάτω οισοφαγικού σφικτήρα, επηρεασμένη συμμόρφωση στομάχου, μειωμένη κινητικότητα ορθού και πρωκτού.

Όλες οι παραπάνω εμποδίζουν την αντιμετώπιση της ανορεξίας, ακόμη και με σωστή διαίτα.

Σε γενικό βαθμό το ευρύ φάσμα επιπλοκών χωρίζεται σε σωματικές, ενδοκρινικές και παθολογικά εργαστηριακά ευρήματα.

Σωματικές εκδηλώσεις: αμηνόρροια, ευαισθησία στο ψύχος, δυσκοιλιότητα, χαμηλή αρτηριακή πίεση, βραδυκαρδία, υποθερμία, λεπτή υπερτρίχωση, τριχόπτωση, πετέχειες, καροτινική χροιά δέρματος, διόγκωση σιελογόνων αδένων ξηροδερμία, διάβρωση δοντιών

Ενδοκρινικές διαταραχές: αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης, αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης πλάσματος, μειωμένα επίπεδα γοναδοτροπινών, χαμηλή T3, μειωμένη απάντηση της TSH, παθολογική δοκιμασία ανοχής γλυκόζης

Παθολογικά εργαστηριακά ευρήματα: αφυδάτωση, υποκαλιμία, υπογλωραιμία, αλκάλωση, λευκοπενία, αυξημένα επίπεδα τρανσαμινασών, χοληστερόλης, ουρίας, αμυλάσης .⁽³⁷⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ
ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

5.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Δεν είναι λίγες οι φορές που η νευρική ανορεξία εμφανίζεται στα παιδιά, παρουσιάζοντας ακριβώς τα ίδια συμπτώματα όπως στους ενήλικες. Δηλαδή, άρνηση φαγητού, αυτοπροκαλούμενους εμέτους, αυξημένη σωματική άσκηση, ναυτία και κοιλιακούς πόνους. Πρόκειται για μια σοβαρή διαταραχή της πρόσληψης τροφής, η οποία έχει τρομερές συνέπειες στην υγεία του παιδιού αλλά και στην ψυχολογία του.

Τα παιδιά κατακλύζονται από το συναίσθημα του φόβου για την παχυσαρκία και θεωρούν τον εαυτό τους υπέρβαρο, ενώ στην πραγματικότητα δεν είναι, αποφεύγοντας με κάθε δικαιολογία την πρόσληψη φαγητού. Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες η πρόσληψη φαγητού είναι δύσκολη, προβαίνουν σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους, υπερβολική σωματική άσκηση, κατάχρηση καθαρτικών παρόλο που η πρόσβαση τους σε αυτά είναι δύσκολη. ⁽⁵¹⁾

Η ηλικία εμφάνισης της νόσου στα παιδιά είναι τα 8 έτη και η κλινική εικόνα είναι παρόμοια με αυτή των ενηλίκων. Όσον αφορά τα αγόρια που πάσχουν από νευρική ανορεξία, παρουσιάζουν τα ίδια συμπτώματα με τους άνδρες που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία, δηλαδή παρατηρείται υπερβολική σωματική άσκηση, έτσι ώστε να αποκτήσουν ένα καλλίγραμμα και γυμνασμένο σώμα. Αυτό όμως έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια βάρους.

Τέλος, η νευρική ανορεξία μπορεί να συσχετιστεί με την κατάθλιψη σε έναν σημαντικό αριθμό παιδιών ή με την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή από την οποία μπορεί να πάσχουν. Έχει αποδειχθεί, ότι τα αγόρια εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ψυχαναγκαστικών χαρακτηριστικών. ⁽³⁸⁾

5.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Τα παιδιά που πάσχουν από νευρική ανορεξία συνήθως εμφανίζουν: α) αδυναμία διατήρησης του σωματικού τους βάρους στα φυσιολογικά επίπεδα, τα οποία εξαρτώνται από την ηλικία και το ύψος τους, β) φόβο σχετικά με την αύξηση του βάρους τους και γ) απουσία έμμηνου ρύσεως στα κορίτσια για τουλάχιστον 3 συνεχόμενους κύκλους.

Η διάγνωση της νευρικής ανορεξίας στα παιδιά είναι δύσκολο γιατί λόγω της ηλικίας τους, το σώμα τους αλλάζει συνεχώς. Άρα, για να διαγνωσθεί η νόσος, θα πρέπει οι επιστήμονες να επικεντρωθούν στις συμπεριφορές που εμφανίζουν τα παιδιά όσον αφορά τις διατροφικές τους συνήθειες. Λόγου χάρη, τα παιδιά που πάσχουν από νευρική ανορεξία, συνήθως τρώνε με πολύ αργό ρυθμό, καταναλώνοντας ταυτόχρονα πολλά αναψυκτικά. Και τέλος, αποφεύγουν την κατανάλωση συγκεκριμένων τροφών που έχουν υψηλή θερμιδική

αξία. ^(17,39)

5.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Η θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας στα παιδιά , βασίζεται πολύ στο ρόλο της οικογένειας, η οποία είναι υπεύθυνη για την πραγματοποίηση των παρεμβάσεων.

Ο πιο επιτυχημένος τρόπος για τη θεραπεία είναι να αλλάξουν τα πρότυπα επικοινωνίας που υπάρχουν μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον. Η θεραπεία στοχεύει στην αύξηση του βάρους, στην αλλαγή των συμπεριφορών του παιδιού και στην αποκατάσταση των σχέσεων μεταξύ παιδιού και γονέων , αλλά και των σχέσεων μεταξύ παιδιού και κοινωνίας.

Η θεραπεία δεν έχει κάποιο συγκεκριμένο χρονικό όριο , αφού εξαρτάται από το πόσο γρήγορα θα αποδεχθεί ο ασθενής ότι πάσχει από αυτήν και από το πόσο μπορεί να συνεργαστεί. ⁽⁴⁰⁾

5.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Οι γονείς δε θα πρέπει να συγκρίνουν τα κορίτσια με τα σύγχρονα πρότυπα μοντέλων, αλλά ούτε και να τα πιέζουν να κάνουν δίαιτα έτσι ώστε να χάσουν βάρος. Επίσης, θα πρέπει να ενημερώνουν τα παιδιά για τους κινδύνους που κρύβει η συνεχής δίαιτα και τι προκαλείται στον οργανισμό. Ακόμα, θα πρέπει να ενθαρρύνονται έτσι ώστε να αναπτύξουν το αίσθημα της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, καθώς και να παροτρύνουν το παιδί τους στην αναζήτηση βοήθειας από κάποιον ειδικό. ⁽⁴¹⁾



5.5 ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Οι γυναίκες που προσπαθούν να μείνουν έγκυες ή είναι ήδη έγκυες και πάσχουν από νευρική ανορεξία, μπορούν να αποκτήσουν σημαντικά προβλήματα υγείας. Όσον αφορά τις γυναίκες που πάσχουν ήδη από νευρική ανορεξία, η εγκυμοσύνη μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση της νόσου. Η πρόσληψη τροφής για μια έγκυο είναι ιδιαίτερα σημαντική, αφού μέσω αυτής, τρέφεται τόσο η ίδια όσο και το έμβρυο. Η διατροφή της γυναίκας κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης είναι απαραίτητη, γιατί με το να μην τρώει στερεί από το παιδί της θρεπτικά συστατικά που είναι υπεύθυνα για την ανάπτυξή του.⁽⁴²⁾

Οι επιπτώσεις που μπορεί να έχει μια έγκυος που συγχρόνως πάσχει από νευρική ανορεξία είναι οι εξής:

- ✓ Πρόωρος τοκετός
- ✓ Διαβήτη κύησης
- ✓ Αποβολή
- ✓ Προεκλαμψία / εκλαμψία
- ✓ Χαμηλό βάρος γέννησης παιδιού
- ✓ Γέννηση παιδιού με σοβαρά προβλήματα υγείας που αφορούν το νευρικό σύστημα και άλλα.

Τέλος, είναι σημαντική η γρήγορη αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας σε γυναίκες που είναι έγκυες για τη γέννηση ενός υγιούς μωρού. Η διατροφή της εγκυμονούσας πρέπει να είναι σωστή και παίρνει σωστό φυσιολογικό βάρος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ώστε να αποφευχθούν τυχόν επιπλοκές.⁽⁴³⁾



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια συστηματική και επιστημονική αντιμετώπιση προκειμένου να υπάρξει εξάλειψη των προβλημάτων που υπάρχουν στην ανθρώπινη ζωή και τη δέχονται άτομα που έχουν ανάγκη τη νοσηλευτική φροντίδα. Η αξιολόγηση των αναγκών , ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας, η εφαρμογή του προγράμματος και η αξιολόγηση αποτελούν τα στάδια παρέμβασης του νοσηλευτικού προσωπικού.

Πρωτεύοντα ρόλο έχει η αξιολόγηση και η παρατήρηση του ασθενή. Κατά τη διάρκειά τους, ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει υπόψη του πως η πάθηση πιθανόν να οφείλεται σε σωματοπαθολογικούς παράγοντες. Το επόμενο στάδιο της νοσηλευτικής παρέμβασης σε ανορεξικό άτομο είναι ο διατροφικός προγραμματισμός, προκειμένου να αποφευχθούν ή να αντιμετωπιστούν η αφυδάτωση , οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές και η αποστασιοποίηση από την τροφή , οι οποίες προκαλούν προβλήματα στον οργανισμό , αλλά και λόγω αυτών, είναι δυνατό ο άνθρωπος να φτάσει στο θάνατο.

Η συνεργασία του ασθενή έχει καταλυτικό ρόλο στη λήψη απόφασης για νοσηλεία , αλλά και στη σωματική εξέταση.⁽⁴⁴⁾

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί η νευρική ανορεξία, ο νοσηλευτής θα πρέπει να χρησιμοποιήσει ως εργαλεία αντιμετώπισης την ατομική θεραπεία, την εκπαίδευση και θεραπεία της οικογένειας του ασθενή και σε κάποιες περιπτώσεις θα πρέπει να χρησιμοποιήσει ψυχοτρόπα σκευάσματα. Η αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής παρέμβασης βασίζεται στην ανάπτυξη σταθερής σχέσης του νοσηλευόμενου με το νοσηλευτή. Η ακούσια εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική αποτελεί την πλειονότητα στις εισαγωγές των ασθενών. Φίλοι και συγγενείς ανησυχούν για την υγεία τους, και έτσι καταφεύγουν στην εισαγωγή των πασχόντων σε ψυχιατρική κλινική , χωρίς τη θέληση των ασθενών.^(7,45)

Έτσι, λοιπόν, είναι σημαντικό για το άτομο με ανορεξία να συμμετέχει εκούσια και ενεργά στη θεραπεία του, αν και πολλές φορές θεωρεί ότι δεν χρειάζεται καμία θεραπεία. Η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει πρώτον στην αποκατάσταση της σωστής θρέψης, δηλαδή στην επαναφορά του βάρους στα φυσιολογικά όρια, και δεύτερον στην τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς που επιδεικνύει το άτομο στην πρόσληψη τροφής. Ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτή τη θεραπευτική διαδικασία είναι πολύ σημαντικός επειδή βοηθάει στη ρύθμιση του σωματικού βάρους και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου, αναπτύσσοντας μια βαθιά, οικεία σχέση εμπιστοσύνης και ειλικρίνειας μαζί του. Ουσιαστικά

αποτελεί τον συνδυαστικό κρίκο μεταξύ της εξειδικευμένης διεπιστημονικής ομάδας υγείας που αναλαμβάνει την θεραπευτική φροντίδα του ανορεκτικού ασθενούς, η οποία αποτελείται συνήθως από ψυχίατρο, παιδίατρο ή παθολόγο, ψυχολόγο, διαιτολόγο και κοινωνική λειτουργό. ^(40,46)

Επίσης, ένα καλά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό που δουλεύει ως ομάδα αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο μιας επιτυχημένης θεραπείας, γι' αυτό είναι απαραίτητη η ηθική υποστήριξη του ώστε να μπορέσει να αναπτύξει την αυτοπεποίθηση και τις δεξιότητές του. Οι θεραπευτικές μορφές της νευρογενούς ανορεξίας είναι η εξωνοσοκομειακή και η ενδονοσοκομειακή θεραπεία. Η ενδονοσοκομειακή θεραπεία είναι ο προτεινόμενος τρόπος αντιμετώπισης της νευρογενούς ανορεξίας μόνον όταν η εξωνοσοκομειακή θεραπεία δεν μπορεί να γίνει για διάφορους λόγους (έλλειψη υποδομών, οικονομική αδυναμία, επιβαρυνόμενη υγεία) ή έχει δοκιμαστεί και έχει αποτύχει. ^(40,47)

Η νοσηλεία του ασθενούς στο νοσοκομείο θα πρέπει να αποτελεί την τελευταία επιλογή των επαγγελματιών υγείας, αφού πρώτα έχουν εξαντλήσει όλα τα περιθώρια της εξωνοσοκομειακής θεραπείας και έχουν αποτύχει, ή δεν μπορούν να εφαρμοστούν λόγω επιδείνωσης της κατάστασης του ασθενούς και ανάγκης άμεσης παρέμβασης.

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. 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. ^(41,47)

Όσον αφορά την ταχύτερη αύξηση βάρους, αυτή 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.⁽⁴⁸⁾ Παρά το ότι ορισμένα προγράμματα βάζουν από την αρχή απ' ευθείας τους ασθενείς σε υψηλή θερμιδική διαίτα (3000-3500 θερμίδων/ημέρα), θεωρείται περισσότερο σκόπιμο να αρχίζουν με ηπιότερο σχήμα (1000-1500 θερμίδων), έτσι ώστε να αποφεύγονται οι επιπλοκές της ταχείας επανασίτισης σε έναν απισχνασμένο οργανισμό, όπως η οξεία γαστρική διάταση, το μαζικό περιφερικό οίδημα και η επιβάρυνση της καρδιακής λειτουργίας, επιπλοκές που είναι πιθανό να συμβούν ιδιαίτερα σε ασθενείς με μεγάλη απώλεια βάρους (>30-40%). Οπότε κατά την αρχική αύξηση της σίτισης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρακολουθεί τον ασθενή για το σύνδρομο επανασίτισης, ένα φαινόμενο που εμφανίζεται αν η θερμιδική πρόσληψη αυξηθεί πολύ γρήγορα. Τα σημεία του συνδρόμου επανασίτισης είναι ο μειωμένος φωσφόρος ορού, το μειωμένο κάλιο ορού και σπάνια το οίδημα, που σχετίζεται με τη μετακίνηση υγρών ή τη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.⁽⁴⁸⁾

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. Συνήθως χρειάζονται 2-3 εβδομάδες για να επιτευχθούν οι αρχικοί στόχοι της εισαγωγής στο νοσοκομείο, δηλαδή σταθερή πρόσληψη βάρους, ανοχή της διατροφής από το στόμα χωρίς σημεία συνδρόμου επανασίτισης και διόρθωση βραδυκαρδίας (>45 σφύξεις/λεπτό για τρεις συνεχείς νύχτες). Το ποσό των θερμίδων στην διαίτα 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 φυσιολογικών συνηθειών διατροφής.⁽⁴⁹⁾

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 νοσηλευτές 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 με τον ασθενή και λιγότερο στην αναμφισβήτητη ανάγκη για προσεκτική επιτήρηση. Ο νοσηλευτής 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 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.⁽⁵⁰⁾

Εάν ο νοσηλευτής υποψιάζεται ότι ο ασθενής πετά κρυφά ή κρύβει τρόφιμα ή έχει άλλες καθαρτικές συμπεριφορές (εμέτους, υπακτικά, διουρητικά) πρέπει να τον αντιμετωπίσει ευγενικά και ύστερα να κάνει έρευνα στο δωμάτιο και στα πράγματα του ασθενούς, πάντα όμως η έρευνα πρέπει να γίνεται μπροστά του. Δεν πρέπει να γίνονται ενέργειες πίσω από την πλάτη του ασθενούς για να μην διακινδυνεύεται η αμεσότητα, η ειλικρίνεια και η εμπιστοσύνη που χαρακτηρίζει τη σχέση του νοσηλευτή με τον θεραπευόμενο.^(42,45)

Επίσης ο νοσηλευτής πρέπει να επιτρέπει στον ασθενή να πηγαίνει στο μπάνιο μετά από δύο ώρες από την κατανάλωση του φαγητού ή να τον συνοδεύει στην τουαλέτα ώστε να

τον επιβλέπει για τυχόν πρόκληση εμέτων ή χρήση καθαρτικών. 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 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 εξισορροπηθεί η κατάσταση. Ο νοσηλευτής μπορεί και πρέπει να το εξηγήσει αυτό στον νοσηλευόμενο για να μην τρομοκρατηθεί. ⁽⁵¹⁾

Κατά την αρχή του θεραπευτικού προγράμματος, οι δραστηριότητες του ασθενούς γενικά περιορίζονται δραστικά για να μειωθεί η κατανάλωση ενέργειας και να αυξηθεί το σωματικό βάρος πιο γρήγορα. Στην συνέχεια για κάθε ασθενή, καλό είναι να αναπτύσσεται ένα προσωπικό πρόγραμμα από συνεπή, λογικά και σταθερά βήματα προοδευτικής αύξησης επιτρεπομένων δραστηριοτήτων, ανάλογα με την πρόοδο της απάντησης στο θεραπευτικό πρόγραμμα. 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. ⁽⁵²⁾

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. Η αποκατάσταση του βάρους του ανορεκτικού ασθενούς φαίνεται να αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα για τη μετανοδομειακή πορεία της θεραπείας.

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.⁽⁴⁸⁾ 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. ^(44,53)

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 κινητοποίησή του για αλλαγή. Ο ασθενής πρέπει να αντιληφθεί ότι για την εμφάνιση της πάθησης δεν ευθύνεται ένας 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 ισχύον πρότυπο ομορφιάς είναι σε ορισμένα σημεία υπερβολική και επικίνδυνη για την υγεία. Ο νοσηλευτής 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 τη 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 αποθήκευσή τους με τη μορφή λίπους.^(49,54) Επίσης, συζητούνται οι επιπτώσεις του υποσιτισμού και η επικινδυνότητα 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. (17,55)

Συνοπτικά η νοσηλευτική παρέμβαση σε άτομο που πάσχει από ψυχογενή ανορεξία αποτελείται από τα ακόλουθα:

- 1) Προγραμματισμός διατροφής πλούσιας σε θερμιδική αξία
- 2) Πρωινό και καθημερινό ζύγισμα εφόσον έχει πραγματοποιηθεί κένωση
- 3) Καταγραφή ισοζυγίου υγρών
- 4) Καταγραφή εμέτων – αξιολόγηση ηλεκτρολυτών
- 5) Λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων
- 6) Παρακολούθηση του αρρώστου κατά τη διάρκεια του γεύματος και ολιγόλεπτη παραμονή ενός νοσηλευτή μετά το γεύμα
- 7) Συζήτηση με τον άρρωστο και ενθάρρυνση για την αναγνώριση των δεξιοτήτων του και της προσωπικότητάς του
- 8) Η κλινική θα πρέπει να εξασφαλίσει την φροντίδα του ασθενή
- 9) Προτροπή του αρρώστου να επιλύει μόνος του τα προβλήματά του
- 10) Ψυχολογική στήριξη οικογενειακού, φιλικού και συντροφικού περιβάλλοντος
- 11) Προτροπή αρρώστου για κοινωνικοποίηση και επικοινωνία
- 12) Παρατήρηση συμπεριφοράς αρρώστου κατά τη συναναστροφή του με άλλους αρρώστους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Κλινική Περίπτωση 1

Ασθενής Π.Π, 52 χρονών επανεισήχθη εκουσίως , συνοδευόμενη από τους οικείους της, στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών στις 04/09/2015. Αιτία της εισόδου της ήταν υποτροπιάζουσα μορφή κατάθλιψης, αυτοκτονικός ιδεασμός και νευρογενής ανορεξία. Τα κύρια συμπτώματα όπως τα περιγράφει η ίδια ήταν το ότι αισθανόταν αδυναμία, ζάλη, είχε εμέτους και ενεργό αυτοκτονικό ιδεασμό αφού παραλίγο να κόψει τις φλέβες της , αλλά τη σταμάτησε η μητέρα της. Η ίδια αναφέρει « η λύτρωσή μου είναι να τελειώσω τη ζωή μου, έχω γίνει βάρος σε όλους». Τέλος, αναφέρει διαταραχές όρεξης και ύπνου, επηρεασμένη μνήμη και συγκέντρωση, ευερεθιστότητα, ενώ δεν ανιχνεύονται ψυχωτικά συμπτώματα και ετεροκαταστροφικότητα. Κατά την εισαγωγή της είχε καλή προσωπική υγιεινή, χαμηλό σωματικό βάρος και καθαρά ρούχα. Σωματικό βάρος κατά την εισαγωγή 41 kg.

Αξιολόγηση ατόμου / αρρώστου Ανάγκες προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
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)	Τίθεται στόχος για την κάλυψη της απαραίτητης ενεργειακής θερμοδικής αξίας. Λήψη μικρών γευμάτων για πρόσληψη ενέργειας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ελέγχει εντατικά τον ασθενή όσον αφορά την κατανάλωση των σνακ.	Παροχή πρωτεϊνούχων γευμάτων στους ασθενείς. Εξασφάλιση ξεκούρασης ασθενή.	Ο ασθενής ξεκουράζεται και ανακτά δυνάμεις.
Ζάλη	Προγραμματισμός για τις κατάλληλες ενέργειες ώστε τα συμπτώματα της ζάλης να μειωθούν ή να εξαλειφθούν.	Εξασφάλιση ότι ο ασθενής τρέφεται σωστά και δεν κουράζεται υπερβολικά. Έλεγχος σακχάρου και αρτηριακής πίεσης. Χορήγηση O ₂ Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Παρακολούθηση αρρώστου για την ανταπόκριση των φαρμάκων και τυχόν παρενέργειες. ΗΚΓ έλεγχος	Παρακολούθηση αρρώστου για σωστή σίτιση και ξεκούραση. Μέτρηση σακχάρου και αρτηριακής πίεσης – αποκατάσταση τους σε περίπτωση μεγάλης απόκλισης με τις Φ.Τ Χορήγηση φαρμάκων. Εκτίμηση ΗΚΓ	Αποκατάσταση ισορροπίας του ασθενή. Εξασφάλιση ότι το αίσθημα ζάλης θα μειωθεί ή θα εξαλειφθεί.

Έμετοι	Σταδιακή αποκατάσταση και τερματισμός των εμέτων.	Η επανασίτιση του ασθενή αρχίζει σταδιακά με τη χορήγηση μικρών ποσοτήτων υγρών και στη συνέχεια με εαφρά δίαιτα. Αντιεμετικά φάρμακα Τροφές πλούσιες σε Na.	Παρακολούθηση ασθενή αν ακολουθεί το διαιτολόγιο. Χορήγηση αντιεμετικών.	Αποκατάσταση ηλεκτρολυτών και εξασφάλιση ότι ασθενής έχει σταματήσει τους εμέτους.
Αυτοκτονικός ιδεασμός	Κύριος σκοπός είναι η διάσωση της ζωής του ασθενή. Εξασφάλιση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος που δε συνδέεται με τις αυτοκτονικές ιδέες του ασθενή.	Παραμερισμός των απειλών του ασθενή. Συζήτηση με τον ασθενή απευθείας όσον αφορά τις ιδέες του περί αυτοκτονίας. Απομάκρυνση φαρμάκων και άλλων βλαβερών ειδών από την κατοχή του. Ανακούφιση από έκδηλη δυσφορία. Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Προστασία αρρώστου. Αύξηση της αυτοεκτίμησης. Στενή παρατήρηση και προσεκτική παρακολούθηση. Ένταξη ασθενούς σε θεραπευτικές ομάδες. Παρότρυνση ασθενή να συνεχίσει τις καθημερινές του δραστηριότητες και να κοινωνικοποιηθεί. Χορήγηση φαρμάκων.	Ανάκαμψη ασθενή , χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό. Ο ασθενής είναι κοινωνικός και έχει αυτοπεποίθηση. Παρακολούθηση αρρώστου.
Διαταραχή όρεξης	Προγραμματισμός διατροφής με θερμιδική πρόσληψη που θα προλάβει την απώλεια επιπλέον σωματικού βάρους, οδηγώντας στη σταδιακή πρόσληψη βάρους.	Στόχος είναι η Πρόσληψη ενός μικρού βάρους εντός 7 ημερών. Παρότρυνση για λήψη μικρών γευμάτων και ενεργειακών σνακ για αποφυγή γαστρικής διάτασης που είναι σύμπτωμα σε άτομα με μακρά περίοδο νηστείας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρατηρεί αν ο ασθενής	Σταδιακή αύξηση σωματικού βάρους. Παροχή μικρών και συχνών γευμάτων. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι παρών την ώρα του γεύματος. Ορισμός ημερών ζυγίσματος πριν το πρωινό.	Η απώλεια όρεξης και βάρους εξαλείφεται και ο ασθενής ανακτά σιγά –σιγά σωματικό βάρος.

		αποφεύγει τη λήψη τροφής. Τακτικό πρόγραμμα ζύγισης.		
Διαταραχή ύπνου	Άμεση αποκατάσταση ύπνου.	Χορήγηση αγχολυτικών βάσει οδηγιών. Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στον ασθενή.	Παρακολούθηση ασθενή για λήψη φαρμάκων. Καθησύχαση και συζήτηση με τον ασθενή, ώστε να μοιραστεί τις προσωπικές του ανησυχίες.	Εξασφάλιση του δωρου ύπνου και ότι ο ασθενής ξεκουράζεται.
Διαταραχή μνήμης / συγκέντρωσης	Αποκατάσταση μνήμης και συγκέντρωσης.	Χορήγηση φαρμάκων που βοηθούν στη μνήμη και στη συγκέντρωση.	Παρακολούθηση ασθενή αν λαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή.	Αποκατάσταση πνευματικής ισορροπίας.

Κλινική Περίπτωση 2

Ασθενής Μ.Α ηλικίας 18 ετών, είναι πάσχων από νευρική ανορεξία. Διαγνώστηκε ότι πάσχει από νευρική ανορεξία προ τριμήνου. Εισήχθη στην παθολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Δυτικής Αττικής «Αττικόν». Κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο, παρουσιάζει δύσπνοια, αρρυθμίες, δυσκοιλιότητα, αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές και κατάθλιψη.

<p>Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου</p> <p>Ανάγκες-προβλήματα</p> <p>Νοσηλευτική διάγνωση</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός</p>	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Εκτίμηση αποτελέσματος</p>
<p>Αρρυθμίες</p>	<p>Αποκατάσταση του καρδιακού ρυθμού εντός μιας ώρας</p>	<p>Σύνδεση του αρρώστου με μόνιτορ για τη συνεχή παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού, καθώς και των ζωτικών σημείων.</p> <p>Χορήγηση οξυγόνου με ρινικό καθετήρα για τη διόρθωση της υποξυγοναιμίας.</p> <p>Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες μέσω τις σταγονομετρικής αντλίας στα ενδοφλέβια διαλύματα για την ακριβή ρύθμιση της ροής των φαρμάκων.</p> <p>Παρακολούθηση του αρρώστου για την ανταπόκριση στη θεραπεία, καθώς και για</p>	<p>Έγινε άμεση σύνδεση με μόνιτορ.</p> <p>Χορηγήθηκε οξυγόνο.</p> <p>Χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή, ώστε να επανέλθει ο καρδιακός ρυθμός το συντομότερο δυνατό στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>Εντός μιας ώρας αποκαταστάθηκε ο καρδιακός ρυθμός.</p>

		τυχόν παρενεργειών φάρμακα.	εμφάνιση από τα	
--	--	-----------------------------------	--------------------	--

Δυσκοιλιότητα	Κένωση του εντέρου εντός δωδεκαώρου.	Αύξηση φυτικών ινών δια μέσου της διατροφής. Αύξηση λήψης υγρών. Χορήγηση υπακτικών / καθαρτικών εντέρου.	Έγινε χορήγηση υγρών από το στόμα. Χορηγήθηκε υπόθετο γλυκερίνης για συντομότερη κένωση εντέρου	Έγινε κένωση του εντέρου εντός μιας ώρας.
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.
Δύσπνοια	Αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας εντός μιας ώρας.	Τοποθέτηση του ασθενή σε καθιστή θέση με τα πόδια κάτω. Χορήγηση οξυγόνου και βρογχοδιασταλτικών.	Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε καθιστή θέση με τα πόδια κρεμασμένα, διότι με αυτό τον τρόπο αποτρέπεται η υπερφόρτωση της κυκλοφορίας του αίματος στην καρδιά. Χορηγήθηκε οξυγόνο με μάσκα στα 3 λίτρα.	Αποκαταστάθηκε η αναπνευστική λειτουργία εντός μιας ώρας.

			Χορηγήθηκαν βρογχοδιασταλτικά (berovent).	
Κατάθλιψη	Βελτίωση της ψυχολογίας της ασθενούς τις επόμενες μέρες.	Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από τον ψυχολόγο και από το νοσηλευτικό προσωπικό. Χορήγηση αντικαταθλιπτικών.	Έγινε παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. Χορηγήθηκε αντικαταθλιπτική αγωγή.	Βελτιώνεται σιγά – σιγά η ψυχολογία της ασθενούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ψυχογενή ανορεξία είναι μία νόσος η οποία έχει εμφανιστεί από τον 17^ο αιώνα χωρίς να είναι ξεκάθαρα τα αίτια και η ονομασία της, αφορά ψυχοσωματικές διαταραχές που σχετίζονται με το σώμα και τη διατροφή. Με το πέρασμα των χρόνων η ιατρική έχει καταλήξει πως τα αίτια της νόσου δεν είναι συγκεκριμένα αλλά η κουλτούρα, ο πολιτισμός και η οικογένεια καθώς και οι επιρροές που δέχονται τα άτομα έχουν πρωταρχικό ρόλο στην εμφάνιση της. Πιο επιρρεπείς είναι οι γυναίκες καθώς είναι εκείνες που ασχολούνται σε μεγαλύτερο βαθμό με την εμφάνιση τους, πιο συγκεκριμένα γυναίκες των ηλικιών 12-24.

Η κλινική εικόνα της νόσου σε πρώτο στάδιο χαρακτηρίζεται από την μείωση του σωματικού βάρους, στην συνέχεια την νόσου ο ασθενής παρουσιάζει συμπεριφορές και συνήθειες που απώτερο σκοπό έχουν την αποφυγή τροφών με υψηλή θερμιδική αξία. Η συμπεριφορά τους χαρακτηρίζεται από απομόνωση και καταθλιπτικά επεισόδια.

Η πρόληψη της ψυχογενούς ανορεξίας διαχωρίζεται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή. Τα στάδια αυτά διαφέρουν μεταξύ τους στο τρόπο αντιμετώπισης της νόσου καθώς ως βασικό κριτήριο λαμβάνεται το στάδιο της νόσου.

Όσον αφορά την διάγνωση της νόσου αξίζει να σημειωθεί πως δεν περιορίζεται σε ένα συγκεκριμένο τρόπο αλλά περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα το οποίο χαρακτηρίζεται από την παρατήρηση, την συνεργασία του ασθενούς, την συνεργασία του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος αλλά και μια σειρά από εργαστηριακές εξετάσεις.

Εστιάζοντας στην θεραπεία της νόσου συμπεραίνουμε ότι δεν περιορίζεται μόνο στην φαρμακευτική αγωγή αλλά κρίνεται απαραίτητος ο συνδυασμός της με την ψυχοθεραπεία.

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γαλανός Σ. Δημήτριος (2003): *Η διατροφή Μας Σήμερα. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Επιμέλεια Έκδοσης Κωνσταντίνος Α. Δημόπουλος, Αθήνα Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Mary Courtney Moore.*
2. Κωνσταντινίδου Μ.(2000): *Διαταραχές της Θρέψης. Ο ρόλος του διαιτολόγου στη θεραπευτική αντιμετώπιση. Πανελλήνιο Συνέδριο Διατροφής Διαιτολογίας; 93-98*
3. Αλεξανδρίδης Α. & Ξυπολυτά Ζαχαριάδη Α. (2000). *Οι διαταραχές της Διατροφής. Ψυχοσωματικά προβλήματα των παιδιών. Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα.*
4. Παπανικολάου Κ. Γεώργιος (2008): *Σύγχρονη Διατροφή και Διαιτολογία. Έκτη Έκδοση. Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα.*
5. Παπανικολάου Γ.(2005): *Σύγχρονη Διατροφή και Διαιτολογία. Βασικοί Κανόνες διατροφής και δίαιτας για όλες τις ηλικίες. Δίαιτες για όλες τις Παθήσεις. Έκτη Έκδοση. Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα.*
6. Γονιδάκης Φ. & Χαρίλα Ντ. (2012): *Διαταραχές πρόσληψης τροφής, Γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση. Εκδόσεις ΠΕΔΙΟ και IANOS, Αθήνα.*
7. A.P Simopoulos (1991) “ *The Mediteranean Diets in Health and Disease*” *Americal Journal of Clinical Nutrition* 54 (4) :771
8. Fairburn, C.G, Couper, Z., Doll, H.A., Wels S.L (1999):*Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case – control comparisons. Arch Gen Psychiatry;* 56(5):468-76
9. Τζαβάρας Δ. (2011): *Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Ανορεξία- Βουλιμία- Υπερφαγία- Παχυσαρκία. Εκδόσεις Mediforce Ιατρική.*
10. Αναγνωστόπουλος Δ., Λαζαράτου Ε., 2001. «*Η ψυχοσωματική διάσταση της ψυχογενούς ανορεξίας. Παιδί και έφηβος: ψυχική υγεία και ψυχοπαθολογία, Εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα (τόμος 3)*
11. Αναστασόπουλος Δ., (1999). «*Η εικόνα σώματος στην εφηβεία και οι διαταραχές της, Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα (τόμος 1)*
12. Agras S., Hammer L., McNicholas F.(1999): *A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. Int J Eat Disord;* 25(3)253-62
13. Κουμεντάκη Κ. (2006). «*Υγεία για όλους με σωστή Διατροφή*». Εκδ. ΚΟΥΚΙΔΑ, Αθήνα
14. Σαραντόγλου Γ., Maurice. JM. (2001). *Η ψυχογενής ανορεξία. Εκδόσεις Χατζηνικολή.*

15. Μωρογιάννης Φ. (2000). «Θεραπευτικές ανάγκες ασθενών με διαταραχές διατροφής στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης: πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη, Τετράδια ψυχιατρικής νο. 70, Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος Αθήνα.
16. Στρατουδάκης Γ., Τζανάκης Ε. (2004). Η νευρογενής ανορεξία στη γυναίκα ασθενή. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(5):413-421
17. Donald W. Black ,MD, and Nancy C. Andreasen M.D.,Ph., “Introductory textbook of psychiatry, 5h Edition, 12 : 359-374 , 19 : 503-524
18. Γονιδάκης Φ. (2006). Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Σολδάτος Κ., Λύκουρας Α (Εκδ.) Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Πρώτος τόμος, σελ. 377-398, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
19. Levenkron S. (2000): *Anatomy of Anorexia*. New York-London: W.W. Norton & Company Βάρσου Ε. (2000). Ψυχογενής Ανορεξία και Ψυχογενής Βουλιμία. Γ. Χριστοδούλου και Συνεργάτες (εκδ.) Ψυχιατρική, 1ος τόμος, σ11ελ. 482- 496. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
20. Beumont PJV.(2002): *Clinical Presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press: 162-170
21. Klein DA & Walsh BT.(2003): *Eating disorders*. INT REV PSYCHIATR.; 15(3): 205-216.
22. Kjelsas E., Bjornstrom C., Gotestam K G. . (2004). *Prevalence of Eating Disorders in Female and Male Eating Behaviours*. *Eating Behaviour*, p. 13-25.
23. Ραγιά Α. (2009). «Νοσηλευτική ψυχικής υγείας – ψυχιατρική νοσηλευτική» εβδομη έκδοση βελτιωμένη, Αθήνα
24. Μωρογιάννης Φ. (2003). «Οι επιπτώσεις των διαταραχών πρόσληψης τροφής στο άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία», Τετράδια ψυχιατρικής, νο. 82, Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος, Αθήνα.
25. Linda Mutelin, Yasmine Silen, Anu Raevuori, HansW. Hoek Jaakko Kaprio, Anna Keski- Rahkonen ‘The DSM 5 diagnostic criteria may change its population prevalance and diagnostic value’ *Journal of Phychiatric Research*, Vol 77, June 2016, p. 85-91
26. Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων. (2005). Οδηγίες για τη διατροφική αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας
27. Μαδιανός Μ. (2005). *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*. Εκδόσεις Καστανιώτη
28. Χριστοδούλου, Γ.Ν. & συνεργάτες (2004). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις. σελ. 482-496

29. Antonio Preti , Ambra Usai , Paola Miotto , Donatella Rita Petretto , Carmelo Masala. (2008). *Eating disorders among professional fashion models. Psychiatry Research*
30. Attia E. (2010). *Anorexia nervosa: current status and future directions. Annu Rev Med*
31. 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.*
32. Bruni V, Dei M, Peruzzi E, Seravalli V. (2010). *The anorectic and obese adolescent. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*
33. Cleary BS, Gaudiani JL, Mehler PS. (2010). *Interpreting the complete blood count in anorexia nervosa. . Eat Disord.*
34. Lee KJ et. al., *Tuberc Respir Dis (Seaul), 2015 Oct. 78(4);360-2*
35. Neiderman, M., Zarody, M., Tattersall, M., et al (2000) *Enteral feeding in severe adolescent anorexia nervosa: a report of four cases. International Journal of Eating Disorders, 28, 471–475.*
36. Stroud, M., Duncan, H. & Nightingale, J. (2003) *Guidelines for enteral feeding in adults. Gut, 52 (suppl. 7), vii1–vii12.*
37. Serge Renaud ,*Η Μεσογειακή διατροφή: Κρητική δίαιτα, εκδόσεις Τραυλός, Αθήνα (2001), ISBN 960-7122-48-*
38. Δημόπουλος Κ. (επιμ.)*Η διατροφή μας σήμερα, εκδόσεις Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 2001.*
39. Ζαμπελας Α. (2011): *Κλινική Διαιτολογία & Διατροφή. Εκδόσεις: Broken Hill-Πασχαλίδης*
40. Χατζηγεωργίου Χ. (2004). *Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλιμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων. Παιδιατρική Ενημέρωση; 8: 12-18*
41. Abraham, S. & Llewellyn-Jones, D. (1997): *Eating Disorders: the facts, (4th ed.). Oxford, New York, Melbourne: Oxford University Press.*
42. Bulik CM.(2002): *Anxiety, Depression, and Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press: 193-198*
43. Calle EE, Thun JM, Petrelli LM, Rodriguez C, Walker- Thurmond K. (1999): *Body mass index and mortality in prospective cohort of US adults. N Engl J Med, 341:1097-1105*

44. Halmi KA.(2002): *Physiology of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press: 267- 271
45. Hoek, H.W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
46. Kinoshita Y., *Nihon Rinsho*, 2015 Oct: 73(10):1728-32.
47. C.S. Mantzaros (2009) *Nutrition and Metabolism : underling mechanisms and clinical consequences*. Springer , 6 : 265
48. 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
49. Bornstein, R. F., *A meta-analysis of the dependency–eating-disorders relationship: Strength, specificity, and temporal stability*. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 151–162. (2001)
50. Braun D.L., Sunday S.R., Halmi K.A., *Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders*, *Psychol Med*; 24(4):859-67. (November 1994)
51. Anderluh M. B., Tchanturia K., Rabe-Hesketh S., and Treasure J., *Childhood Obsessive-Compulsive Personality Traits in Adult Women With Eating Disorders: Defining a Broader Eating Disorder Phenotype*, *Am J Psychiatry* 160:242-247. (February 2003)
52. Bruce, K. R., & Steiger, H., *Treatment implications of Axis-II comorbidity in eating disorders*. *Eating Disorders*, 13, 93–108. (2005)
53. Diaz-Marsa, M., Carrasco, J. L., & Saiz, J., *A study of temperament and personality in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. *Journal of Personality Disorders*, 14, 352–359. (2000)
54. Fairburn C.G., Shafran R., Cooper L. *A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa*. *Behav. Res. Ther.*, 37:1-13. (1999)
55. Hunter JE. *Dietary trans fatty acids: review of recent human studies and food industry responses*. *Lipids* 41(11):967-92. (2006)