

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π. Τμήμα Νοσηλευτικής

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ
ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Κ. Σαμαρτζή Κυριακή

Σεπτέμβριος, 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	3
Abstract.....	4
Εισαγωγή.....	5
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Ψυχογενή Ανορεξία.....</u>	7
1.1. Ιστορική ανασκόπηση.....	7
1.2. Διαγνωστικά κριτήρια.....	8
1.3. Επιδημιολογία.....	12
1.4. Παράγοντες κινδύνου.....	15
1.5. Θεραπεία.....	17
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Ψυχογενής νευρική ανορεξία σε παιδιά και εφήβους.....</u>	23
2.1. Επιδημιολογία.....	23
2.2. Αιτιολογία.....	24
2.3. Κλινική εικόνα.....	24
2.4. Διάγνωση σε παιδιά και εφήβους.....	25
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Θεραπεία της ψυχογενούς νευρικής ανορεξίας.....</u>	27
3.1. Ψυχοθεραπεία.....	29
3.2. Φαρμακοθεραπεία.....	32
3.3. Αποτελέσματα θεραπείας.....	34
3.4. Ποιότητα ζωής.....	34
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Νευρική ανορεξία - Προκλήσεις της νοσηλευτικής φροντίδας.....</u>	37
4.1. Τα βασικά στοιχεία μιας σχέσης.....	37
4.2. Ο ασθενής στο επίκεντρο.....	39
4.3. Απόψεις των νοσηλευτών.....	40
4.4. Γνώσεις.....	41
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Νοσηλευτική Διεργασία.....</u>	43
5.1. Ορισμός Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	43
5.2. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	48
5.3. Α΄ Περιστατικό Ψυχογενούς Ανορεξίας ασθενούς παιδικής ηλικίας.....	50
5.4. Β΄ Περιστατικό Ψυχογενούς Ανορεξίας ασθενούς εφηβικής ηλικίας.....	53
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	58

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας την πτυχιακή μου εργασία θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους ανθρώπους που ήταν αρωγοί αυτής της προσπάθειας και την επηρέασαν. Σε αυτούς τους ανθρώπους θα ήθελα να αναφερθώ και να τους ευχαριστώ για τη σημαντική βοήθεια που μου προσέφεραν στα διάφορα στάδια της εργασίας.

Ευχαριστώ θερμά τους καθηγητές για τις πολύτιμες γνώσεις που μου προσέφεραν κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών μου σπουδών.

Θα ήθελα να εκφράσω ξεχωριστά τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Σαμαρτζή Κυριακή για την πολύτιμη συνεισφορά της στην εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας μου.

Τέλος, θερμές ευχαριστίες ανήκουν και στην οικογένεια μου για την υποστήριξη και δύναμη που μου παρείχαν.

Περίληψη

Η νευρική ανορεξία είναι μια σοβαρή ψυχική διαταραχή που προκαλεί συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τα βασικά συμπτώματα τόσο ως αρνητικά όσο και ως θετικά και υπάρχει συνεπώς αμφιθυμία στη θεραπεία και την αποκατάσταση. Η συνήθης έναρξη της νευρικής ανορεξίας εμφανίζεται μεταξύ των ηλικιών 14-18 ετών. Η παρούσα πτυχιακή στοχεύει στην βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τη ψυχογενή ανορεξία σε παιδιά και εφήβους. Δευτερεύον στόχος είναι να διερευνηθούν οι προκλήσεις που παρουσιάζονται στο νοσηλευτικό προσωπικό όταν φροντίζει ένα παιδί ή έφηβο που πάσχει από νευρική ανορεξία. Από την βιβλιογραφία φάνηκε ότι στον παιδιατρικό πληθυσμό, οι διατροφικές διαταραχές, όπως η νευρική ανορεξία, προκαλούν ιδιαίτερη ανησυχία, δεδομένου των καταστροφικών επιπτώσεων που μπορεί να έχει η πείνα στην ανάπτυξη. Η γνώση του πώς εκδηλώνεται αυτή η ασθένεια σε παιδιά και εφήβους παραμένει περιορισμένη, δεδομένου ότι η έρευνα, μέχρι σήμερα, επικεντρώνεται συνήθως στους ενήλικες. Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, (DSM-V) ή η Διεθνής Ταξινόμηση των Νοσημάτων 10 (ICD-10) αποτελούν τις κύριες μεθόδους ταξινόμησης της ασθένειας. Οι αιτιολογικοί παράγοντες που περιγράφονται για την νευρική ανορεξία επικεντρώνονται τόσο στις βιολογικές, ψυχολογικές όσο και στις κοινωνικοπολιτισμικές μεταβλητές. Επίσης από την βιβλιογραφική ανασκόπηση προέκυψε ότι η θεραπεία με βάση την οικογένεια είναι η θεραπεία επιλογής για εφήβους ασθενείς και τους γονείς τους, ενώ η ατομική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται για ενήλικες ασθενείς. Τέσσερα βασικά σημεία βρέθηκαν σημαντικά για τη νοσηλευτική φροντίδα: τα βασικά στοιχεία μιας σχέσης, ο ασθενής στο επίκεντρο, οι απόψεις των νοσηλευτών και οι γνώσεις αυτών για την νευρική ανορεξία. Ως αποτέλεσμα των ανωτέρω κρίνεται σκόπιμο η εκπαίδευση των νοσηλευτών να είναι εξειδικευμένη σε θέματα τόσο στην βέλτιστη θεραπεία των ασθενών με νευρική ανορεξία, όσο και στην ενδυνάμωση και υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών αυτών.

Abstract

Anorexia nervosa is a severe mental disorder that causes co-morbidity with other psychiatric disorders. Patients perceive the basic symptoms as both negative and positive, and there is therefore ambivalence in treatment and rehabilitation. The usual onset of anorexia nervosa occurs between the ages of 14-18 years. This thesis aims at bibliographic review of psychogenic anorexia in children and adolescents. A secondary objective is to investigate the challenges presented to nursing staff when taking care of a child or adolescent suffering from anorexia nervosa. The literature has shown that in the pediatric population, eating disorders, such as anorexia nervosa, are of particular concern, given the catastrophic effects hunger may have on growth. Knowledge of how this disease manifests itself in children and adolescents remains limited, as research has so far been focused on adults. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) or International Classification of Diseases 10 (ICD-10) are the main methods of classifying the disease. The etiological factors described for anorexia nervosa focus on biological, psychological and socio-cultural factors. The bibliographic review also revealed that family therapy is the treatment of choice for adolescent patients and their parents, whereas individual psychotherapy is used for adult patients. Four key points were found important for nursing care: the basics of a relationship, the patient at the center, the nurses' views and their knowledge of anorexia nervosa. As a result of the above, it is advisable that the nursing training be specialized in both the optimal treatment of patients with anorexia nervosa and the empowerment and support of patients and their families.

Εισαγωγή

Η νευρική ανορεξία (AN) είναι μια σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Το τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας για την νευρική ανορεξία είναι υψηλότερο από αυτό για το άσθμα ή τον διαβήτη τύπου 1. Περίπου το 1/5 των πασχόντων αυτοκτονούν. Επιπλέον, το εκτιμώμενο οικονομικό κόστος που συνδέεται με τα προσαρμοσμένα έτη ζωής στην ανικανότητα ή αναπηρία που οφείλεται στις διατροφικές διαταραχές είναι υψηλότερο από αυτό της κατάθλιψης και του άγχους.

Οι διατροφικές διαταραχές είναι η 3η συνηθέστερη χρόνια ασθένεια μεταξύ των εφήβων μετά την παχυσαρκία και το άσθμα. Η μέγιστη ηλικία εμφάνισης είναι μεταξύ 14 και 19 ετών. Παρόλο που περίπου το 10% του γενικού πληθυσμού πάσχει από κάποιο είδος διατροφικής διαταραχής, μόνο μια μειοψηφία αυτών των ατόμων αναζητεί θεραπεία.

Τα ποσοστά επιπολασμού μεταξύ των γυναικών παραμένουν σημαντικά υψηλότερα σε σχέση με τους άνδρες. Σε κλινικά δείγματα, αυξάνεται ο επιπολασμός της νευρικής ανορεξίας σε άνδρες, αλλά υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία για τον πληθυσμιακό επιπολασμό. Ένα μεγαλύτερο ποσοστό νεαρών ανδρών εμφανίζεται με περιοριστικές διαταραχές διατροφής. Παρόλο που τα ποσοστά εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας ήταν σε μεγάλο βαθμό σταθερά, παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη αύξηση της συχνότητας εμφάνισης σε γυναίκες ηλικίας 15 έως 19 ετών.

Μελέτη βασισμένη σε δεδομένα πρωτοβάθμιας φροντίδας στη Μεγάλη Βρετανία έδειξε ότι η συχνότητα εμφάνισης των διαγνωσμένων με διατροφική διαταραχή ήταν υψηλότερη για τα κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών και για τα αγόρια ηλικίας 10-14 ετών. Αυξημένα ποσοστά επιπολασμού έχουν εντοπιστεί σε άνδρες και εθνοτικές / φυλετικές μειονότητες (Λατίνοι, Ασιάτες Λατινοαμερικάνοι στον πληθυσμό των ΗΠΑ), καθώς και σε χώρες όπου οι διατροφικές διαταραχές δεν είχαν αναφερθεί προηγουμένως, όπως η Ινδία, η Κίνα και η Ιαπωνία.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής ήταν η βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τη ψυχογενή ανορεξία σε παιδιά και εφήβους. Δευτερεύον στόχος είναι να διερευνήσει τις προκλήσεις που παρουσιάζονται στο νοσηλευτικό προσωπικό όταν φροντίζει έναν έφηβο που πάσχει από νευρική ανορεξία.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια.

- Στο 1^ο κεφάλαιο περιγράφεται ο ορισμός της ψυχογενούς ανορεξίας. Επιπλέον, πραγματοποιείται μια ιστορική αναδρομή της ασθένειας και να αναφέρονται τα διαγνωστικά κριτήρια, η επιδημιολογία, οι παράγοντες κινδύνου και η θεραπεία αυτής.
- Στο 2^ο κεφάλαιο περιγράφεται η ψυχογενής νευρική ανορεξία σε παιδιά και εφήβους. Ειδικότερα γίνεται αναφορά στην επιδημιολογία, την αιτιολογία, την κλινική εικόνα και την διάγνωση.
- Στο κεφάλαιο 3^ο παρουσιάζεται η θεραπεία της ψυχογενούς νευρικής ανορεξίας. Συγκεκριμένα, γίνεται αναφορά στην ψυχοθεραπεία και την φαρμακοθεραπεία. Επίσης αναλύονται τα αποτελέσματα της θεραπείας και η ποιότητα ζωής.
- Στο 4^ο κεφάλαιο αναλύονται οι προκλήσεις της νοσηλευτικής φροντίδας για ασθενείς με νευρική ανορεξία και συγκεκριμένα τα βασικά στοιχεία σε μια σχέση, ο ασθενής στο επίκεντρο, οι απόψεις των νοσηλευτών και οι γνώσεις αυτών για το θέμα της νευρικής ανορεξίας.
- Η εργασία ολοκληρώνει με τα συμπεράσματα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση και τις προτάσεις.

Η χρησιμότητα της παρούσας εργασίας είναι ότι κατανοώντας τον τρόπο με τον οποίο εκδηλώνεται η νευρική ανορεξία στα παιδιά και στους εφήβους και ποιες θεραπείες ενδέχεται να είναι κατάλληλες, θα βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας αρχικά να εντοπίσουν έγκαιρα την νευρική ανορεξία και να δημιουργήσουν πιο ενημερωμένες θεραπείες για παιδιά και εφήβους.

Κεφάλαιο 1. Ψυχογενή Ανορεξία

1.1. Ιστορική ανασκόπηση

Η πρώτη αναγνωρισμένη ιατρική περιγραφή της νευρικής ανορεξίας (*Anorexia nervosa*) τεκμηριώνεται από τον Richard Morton το 1689 (Vandereycken & van Deth, 1994). Στο British Medical Association της Οξφόρδης, ο Gull, ένας γιατρός στο νοσοκομείο Guy's στο Λονδίνο, περιέγραψε αρκετές γυναίκες ασθενείς, ηλικίας μεταξύ 16 και 23 ετών, με ακραία εξάντληση (Gull, 1868). Το 1873, δημοσίευσε το ιατρικό του έργο που περιγράφει τρεις από τις περιπτώσεις του και, στη συνέχεια, αναφέρεται στην κατάσταση ως *Apepsia Hysterica* και *Anorexia Hysterica* και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η νευρική ανορεξία ήταν η πιο σωστό.

Ωστόσο, πολύ πριν από αυτό, η ιστορία αναφέρεται στους αρχαίους πολιτισμούς στην Αίγυπτο όπου η εθελοντική νηστεία ήταν μια θεραπεία για διάφορες ασθένειες και ένα μέρος της θρησκευτικής πρακτικής. Ένα άλλο παράδειγμα είναι οι Φαραώ οι οποίοι νηστεύουν πριν γίνουν σημαντικές αποφάσεις. Το πιο γνωστό παράδειγμα ήταν η Caterina de Siena, 1347-1380, μια Ιταλίδα Δομινικανή πολιούχος άγιος, η οποία έτρωγε λίγο και προσευχόταν για να δει τα σημάδια του Θεού (Vandereycken & van Deth, 1994).

Η νευρική ανορεξία έχει το χαμηλότερο επιπολασμό σε σύγκριση με άλλα διατροφικά νοσήματα (Clinton & Norring, 2002). Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν γυναίκες και η διαταραχή είναι γνωστή ότι εμφανίζεται εννέα έως δέκα φορές πιο συχνή στα κορίτσια από ό, τι στα αγόρια (Hoek, 2006).

Επίσης, η αυτοεπιβληθείσα πείνα έχει καταγραφεί σε όλη την ιστορία με τις πρώτες περιπτώσεις που συμβαίνουν συχνά στο πλαίσιο των θρησκευτικών τελετουργικών (Bemporad, 1996). Όροι όπως η "*anorexia mirabilis*" και "*sitophobia* (σιτοφοβία)" έχουν χρησιμοποιηθεί κατά τη διάρκεια των αιώνων για να περιγράψουν τις συνθήκες όπου η άρνηση των τροφίμων ήταν το κυρίαρχο σύμπτωμα (Brumberg, 2000). Ιστορικά, σύμφωνα με την επισκόπηση του Bemporad, η πράξη άρνησης τροφίμων υποτίθεται ότι είναι δευτερεύουσα σε ισχυρές θρησκευτικές πεποιθήσεις, όπως σε περιπτώσεις *anorexia mirabilis*, ή εναλλακτικά σύμπτωμα υστερίας όπως περιγράφεται στη σιτοφοβία (Bemporad, 1996). Η Lasègue ταυτοποίησε την «*anorexie hystérique*» στις νέες γυναίκες που είχαν άρνηση για φαγητού, συχνά ακολουθώντας ένα συναισθηματικό στρεσογόνο παράγοντα (Brumberg, 2000). Ο Gull, που δημιούργησε τον όρο "Νευρική ανορεξία", τόνισε τα φυσικά συμπτώματα της αμηνόρροιας και της βραδυκαρδίας σε γυναίκες που είχαν νευρική ανορεξία. Ενώ οι Lasègue και Gull περιγράφουν πολλά συμπτώματα του της νευρικής ανορεξίας, δεν

περιγράφουν τα ψυχολογικά συμπτώματα του υπερβολικού σωματικού βάρους το οποίο τώρα θεωρείται βασικό χαρακτηριστικό της νευρικής ανορεξίας.

Τα έργα του Lasègue και του Gull έθεσαν τα θεμέλια για την τρέχουσα κατανόηση της νευρικής ανορεξίας. Εντούτοις, τα διαγνωστικά κριτήρια δεν αναφέρθηκαν ρητά μέχρι τη δεκαετία του 1980 με τη δημοσίευση του Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders - III (DSM-III) (Sunday et al., 2001). Έκτοτε, τα διαγνωστικά κριτήρια για την νευρική ανορεξία δεν άλλαξαν σημαντικά με τη δημοσίευση της 4ης έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου για τις Ψυχικές Διαταραχές, εκτός από το ότι περιγράφηκαν δύο υποτύποι: τύπος εξαγνισμού / καθαρισμού και περιοριστικός τύπος (American Psychiatric Association , 2004).

1.2. Διαγνωστικά κριτήρια

Η 5η έκδοση του διαγνωστικού συστήματος DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας, που κυκλοφόρησε τον Μάιο του 2013, φιλοδοξεί να αποτελέσει τομή στην ιστορία της ταξινόμησης των ψυχιατρικών διαταραχών (American Psychiatric Association, 2013).

Η πρώτη έκδοση του εγχειριδίου (DSM-I) έγινε το 1952 από την Αμερικανική Ψυχιατρική ΕΤΑΙΡΕΙΑ ως μια προσπάθεια υιοθέτησης μιας κοινής γλώσσας μεταξύ των κλινικών. Τόσο το DSM-I όσο και η αναθεώρηση του, το DSM-II (1968), αναγνώριζαν μόνο τρεις ευρείες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών, τις ψυχώσεις, τις νευρώσεις και τις χαρακτηρολογικές διαταραχές. Η ορολογία και οι περιγραφές των διαταραχών σε αυτές τις εκδόσεις αντανακλούσαν σε μεγάλο βαθμό την ψυχαναλυτική προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας, και η ταυτοποίηση των διαταραχών στηριζόταν περισσότερο στη γενική συναίνεση των ειδικών παρά σε ερευνητικά δεδομένα. Το DSM-III (1980) επέφερε τις σημαντικότερες αλλαγές στην ψυχιατρική ταξινόμηση μέχρι σήμερα (Decker, 2013).

Όρισε ειδικά περιγραφικά κριτήρια για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών απαλείφοντας κάθε αναφορά σε συγκεκριμένες θεωρίες ως προς την αιτιολογία τους, στηρίχθηκε σε μεγάλο βαθμό σε δεδομένα κλινικών και επιδημιολογικών μελετών για τον προσδιορισμό των διαταραχών, και εισήγαγε την πολυαξονική διάγνωση (εκτός από τις κλινικές-διαγνωστικές κατηγορίες επιπλέον παράλληλοι άξονες για την προσωπικότητα και τη νοημοσύνη, τις σωματικές νόσους, τις ψυχοκοινωνικές αντιξοότητες και τη γενική λειτουργικότητα). Τα γνωρίσματα αυτά της ψυχιατρικής ταξινόμησης διατηρηθήκαν και στην επομένη έκδοση του εγχειριδίου, DSM-IV (Blashfield et al., 2014).

Η γενική προσέγγιση του DSM-III για την ταξινόμηση με αυστηρά περιγραφικά διαγνωστικά κριτήρια, θεωρητική ως προς την αιτιολογία και βασιζόμενη σε εμπειρικά δεδομένα – διατηρήθηκε στο DSM-5, ενώ παράλληλα επιχειρούνται ορισμένες σημαντικές αλλαγές τόσο στη μεθοδολογία της ταξινόμησης όσο και σε διαγνωστικές κατηγορίες και κριτήρια.

Η στροφή από την κατηγορική προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας (διάγνωση με βάση κριτήρια που πληρούνται ή όχι) στη διαστασιακή προσέγγιση (προσδιορισμός των διαταραχών μέσω ψυχοπαθολογικών διαστάσεων διαβαθμισμένης βαρύτητας ή έντασης) υπήρξε κεντρική επιδίωξη στη διαμόρφωση του DSM-5, η οποία ωστόσο περιορίστηκε στην εισαγωγή ορισμένων μονό «διαστασιακών» στοιχείων στην παρούσα έκδοση (Narrow & Kuhl, 2011). Συγκεκριμένα, ενώ διατηρούνται τα κατηγορικά διαγνωστικά κριτήρια, εισάγονται εξειδικευτείς της διάγνωσης βάσει της βαρύτητας της διαταραχής ή άλλων κλινικών χαρακτηριστικών της, και δυνατότητα διαβαθμισμένης αποτίμησης συμπτωμάτων. Ορισμένες διαταραχές ομαδοποιούνται σε ευρύτερες κατηγορίες που καλούνται «φάσματα», π.χ. «φάσμα σχιζοφρένειας», αλλά μονό στην περίπτωση του αυτισμού διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες του DSM-IV συνενώνονται σε ένα ψυχοπαθολογικό συνεχές, εν προκειμένω τη διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Επίσης ένα πολυδιαστασιακό μοντέλο περιγραφής των διαταραχών προσωπικότητας προτείνεται ως εναλλακτικό, αλλά επισήμως υιοθετούνται οι κατηγορίες και τα κριτήρια του DSM-IV για τις εν λόγω διαταραχές.

Στο DSM-5 καταργείται το πολυαξονικό σύστημα διάγνωσης, παρόλο που δεν αμφισβητείται η κλινική σημασία που είχαν οι άξονες των προηγούμενων εκδόσεων, δηλαδή η βίο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση της εκτίμησης και αντιμετώπισης των ασθενών. Επειδή η πολυαξονική διάγνωση δεν έτυχε ευρείας εφαρμογής στην καθημερινή πρακτική, το νέο σύστημα συνδυάζει τη διάγνωση κάθε ψυχικής διαταραχής (συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών προσωπικότητας) και κάθε σωματικής νόσου σε έναν μονό άξονα. Παράλληλα το DSM-5 περιλαμβάνει, αν και προαιρετικά, την ταυτοποίηση συγκεκριμένων αντίξοων ψυχοκοινωνικών παραγόντων και την αποτίμηση της γενικής λειτουργικότητας μέσω της αυτοσυμπληρούμενης κλίμακας WHODAS 2.0. (Konecky et al., 2014) Συμπληρωματικά προς τη διάγνωση προτείνεται η χρήση συγκεκριμένων κλινικών εργαλείων για την ανίχνευση και την αποτίμηση μη-ειδικών συμπτωμάτων που «διατρέχουν» το σύνολο των ψυχικών διαταραχών (cross-cutting symptoms) (όπως κατάθλιψη, θυμός, μανία, άγχος κ.ά.) (Carpe & Kuhl, 2014) καθώς και ορισμένων ειδικών κλίμακων για την εκτίμηση της βαρύτητας συμπτωμάτων συγκεκριμένων διαταραχών (π.χ. διαστάσεων της ψυχωτικής

συμπτωματολογίας). Ένα κλινικά χρήσιμο εργαλείο, ιδίως σε δια-πολιτισμικά πλαίσια άσκησης της κλινικής πράξης, αποτελεί επίσης η ειδική ημι-δομημένη συνέντευξη για την εκτίμηση πολιτισμικών παραγόντων με σημαντική επίδραση στη στάση του ασθενούς σχετικά με την αναγνώριση και την αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής (Cultural Formulation Interview).

Ο αριθμός των διαγνώσεων που περιγράφονται στο DSM-5, είναι κατά πολύ μεγαλύτερος από αυτόν του DSM-IV (541 έναντι 383). Η αύξηση προκύπτει σε μεγάλο βαθμό από διαχωρισμούς και εξειδικεύσεις προϋπαρχόντων διαταραχών, εισάγεται όμως κι ένας σημαντικός αριθμός νέων διαταραχών, όπως η διαταραχή απορρύθμισης της διάθεσης με ευερεθιστότητα, η προεμμηνορρυσιακή διαφορική διαταραχή, η διαταραχή κρίσεων υπερφαγίας, η διαταραχή παρασυσσώρευσης κ.ά. Σημαντικές μεταβολές από το DSM-IV γίνονται και στα διαγνωστικά κριτήρια και τους υποτύπους ορισμένων διαταραχών (Relief et al., 2014) Για παράδειγμα, στη σχιζοφρένεια καταργείται η ιδιαίτερη διαγνωστική βαρύτητα των αλλόκοτων παραληρητικών ιδεών και των ακουστικών ψευδαισθήσεων (πρώτης τάξεως συμπτώματα κατά Schneider). Επιπλέον, καταργούνται οι κλινικοί υπότυποι, λόγω περιορισμένης εγκυρότητας, αξιοπιστίας και σταθερότητας τους στον χρόνο, και αντ' αυτών συστήνεται η εκτίμηση της ετερογένειας και της βαρύτητας της διαταραχής μέσω διαστάσεων της συμπτωματολογίας της (θετικής, αρνητικής, αποδιοργανωτικής, ψυχοκινητικής, συναισθηματικής, νοητικής). Η κατατονία περιγράφεται πλέον ως ξεχωριστό κλινικό σύνδρομο και μπορεί να αποτελεί εξειδικευτεί της διάγνωσης στις ψυχωτικές, διπολικές και καταθλιπτικές διαταραχές. Ορισμένες από τις νέες διαταραχές που συζητηθήκαν, προτείνονται για περαιτέρω διερεύνηση. Η πιο σημαντική αλλά και πλέον αμφιλεγόμενη από αυτές είναι το «σύνδρομο εξασθενημένης ψύχωσης» (Attenuated Psychosis Syndrome), το οποίο περιγράφει μια κατάσταση που θεωρείται πρόδρομη της ψύχωσης, αν και πολλά από τα άτομα που την παρουσιάζουν δεν θα εμφανίσουν τελικά ψυχωτικού τύπου διαταραχή.

Προτείνονται επίσης ως πιθανά ξεχωριστά σύνδρομα προς περαιτέρω μελέτη η αυτοκτονική συμπεριφορά και οι μη-αυτοκτονικοί αυτοτραυματισμοί, επειδή οι συμπεριφορές αυτές πιθανώς συνδέονται με ειδικούς ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες ανεξάρτητα από άλλες συνυπάρχουσες ψυχικές διαταραχές. Άλλες προτεινόμενες καταστάσεις (σύνδρομα) για περαιτέρω μελέτη είναι οι παρακάτω:

Καταθλιπτικά επεισόδια με σύντομης διάρκειας λυπομανία, επιμένουσα συνθέτη διαταραχή πένθους, διαταραχή χρήσης καφεΐνης, διαταραχή παιχνιδιών μέσω internet, νευροσυμπεριφορική διαταραχή σχετιζόμενη με προγεννητική έκθεση σε οιοπνευματώδη.

Οι αντιπαραθέσεις που συνοδεύσαν την ανάπτυξη και την κυκλοφορία του DSM-5 ανέδειξαν σημαντικά ζητήματα, όχι μόνο για τη συγκεκριμένη έκδοση αλλά γενικότερα για τα διαγνωστικά συστήματα και την επιστημονική τεκμηρίωση της ψυχιατρικής διάγνωσης. Ο κίνδυνος για διαγνωστικό υπερπληθωρισμό μέσω της «ιατρικοποίησης» της ψυχοπαθολογίας, η υπολειπομένη ακόμα σε τεκμηρίωση εγκυρότητα της ψυχιατρικής διάγνωσης, η «φαινομενολογική πτωχικά» που επέρχεται από την αποκλειστική χρήση του DSM κατά την κλινική πράξη και την εκπαίδευση των νέων ψυχιάτρων, είναι θέματα ανοιχτά για συζήτηση και κρίσιμα για το μέλλον της Ψυχιατρικής (Karavatos 2014). Από την άλλη πλευρά, οι επαναστατικές αλλαγές που εξαγγέλθηκαν – αλλά δεν ήταν δυνατό να πραγματοποιηθούν στη βάση των σημερινών δεδομένων, όπως η ενσωμάτωση νεύρο-επιστημονικών ευρημάτων στα διαγνωστικά σύστημα και η διαστασιακή και φασματική προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας, στοχεύουν επίσης στην ενίσχυση της επιστημονικής τεκμηρίωσης της ψυχιατρικής διάγνωσης (Dum 2013) Ίσως το πιο ενδιαφέρον και προχωρημένο στοιχείο του νέου διαγνωστικού συστήματος είναι ότι συνδέεται με την προοπτική ταχύτερων και συνεχιζόμενων αναθεωρήσεων (σε DSM-5.1, -5.2). Η σύγχρονη Ψυχιατρική πρέπει να βρει τον συντομότερο δρόμο προς την κατεύθυνση που συνδυάζει την πιο έγκυρη και αξιόπιστη διάγνωση με την εξατομικευμένη φροντίδα για τους πάσχοντες.

Σύμφωνα με το DSM-5 για την διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας πρέπει να πληρούνται τα 3 κάτωθι κριτήρια:

1. επίμονος περιορισμός της προσλαμβανόμενης τροφής που να οδηγεί σε σημαντική μείωση του σωματικού βάρους (<85% αυτού που αναμένεται με βάση την ηλικία, το φύλο, τις περιβαλλοντικές συνθήκες και την σωματική υγεία της ασθενούς).
2. Έντονος φόβος μήπως αυξηθεί το σωματικό βάρος ή αλλάξει το σχήμα του σώματος εξαιτίας του οποίου ακολουθούνται επίμονες συμπεριφορές που εμποδίζουν την αύξηση του βάρους, ακόμα και όταν βρίσκεται σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα.
3. Διαταραχή της αντίληψης της εικόνας του σώματος ή απόδοση ιδιαίτερης σημασίας στο σχήμα και βάρος του σώματος σε βαθμό που να επηρεάζουν σημαντικά την αξιολόγηση του εαυτού ή παρατεταμένη απώλεια της ικανότητας αναγνώρισης των κινδύνων που ενέχει το πολύ χαμηλό σωματικό βάρος.

Στα αναθεωρημένα κριτήρια του DSM 5 δεν περιλαμβάνεται η έννοια της «άρνησης» διατήρησης του βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα στο 1^ο κριτήριο, καθώς είναι δύσκολο να αξιολογηθεί αξιόπιστα το κατά πόσο υπάρχει επιθυμία της ασθενούς για διατήρηση του βάρους σε πολύ χαμηλά επίπεδα ή αδυναμία αύξησής του, δημιουργώντας έτσι περιττή

σύγκυση. Επίσης δεν περιλαμβάνεται το κριτήριο της τουλάχιστον 3-μηνιας αμηνόρροιας καθώς οι ασθενείς με αμηνόρροια δεν εμφάνιζαν καλύτερη πρόγνωση σε σχέση με όσες διατηρούν την εμμηνορρυσία τους (Roberto και συν. 2008, Attia & Roberto 2009).

Επίσης στο DSM αναγνωρίζονται 2 υπότυποι της νόσου, α) ο «περιοριστικός», όπου η ασθενής για να διατηρήσει το βάρος της περιορίζει την τροφή (συνήθως στις 300-700 Kcal/day) ακολουθώντας έντονη και καταναγκαστική σωματική άσκηση και β) ο «καθαριστικός» ή υπότυπος με «επεισόδια υπερφαγίας» όπου η ασθενής κάνει επεισόδια υπερφαγίας (πολλά από αυτά μπορεί να είναι κανονικά γεύματα και να θεωρούνται ως «υπερφαγία» από την ασθενή) συνοδευόμενα από καθαρτικές συμπεριφορές (έμετοι, λήψη καθαρτικών κ.α.). Συχνά οι παραπάνω υπότυποι αλληλεπικαλύπτονται ή εναλλάσσονται στην πορεία του προβλήματος (Eddy και συν. 2008, Peat και συν. 2009). Τέλος διακρίνονται 4 επίπεδα βαρύτητας της νόσου με βάση το Δείκτη Μάζας Σώματος [$\Delta\text{M}\Sigma = \text{βάρος (σε kg)} / \text{ύψος}^2 \text{ (σε m)}$]: $\Delta\text{M}\Sigma > 17$ (ήπια), $\Delta\text{M}\Sigma = 16 - 16.99$ (μέτριας βαρύτητας), $\Delta\text{M}\Sigma = 15 - 15.99$ (σοβαρή) και $\Delta\text{M}\Sigma < 15$ (πολύ σοβαρή).

1.3. Επιδημιολογία

Οι Erskine et al. περιγράφουν τις διατροφικές διαταραχές στη μελέτη Global Burden of Disease Study (GBD) ως μια κρίσιμη στιγμή στην αναγνώριση αυτών των διαταραχών στην ευρύτερη παγκόσμια κοινότητα υγείας (Erskine et al., 2016). Από τις 306 σωματικές και ψυχικές διαταραχές, η νευρική ανορεξία και το νευρικό σύνδρομο βουλιμίας κατατάσσονται ως 12η βασική αιτία των προσαρμοσμένων ετών ζωής στην ανικανότητα ή αναπηρία σε γυναίκες ηλικίας 15-19 ετών σε χώρες υψηλού εισοδήματος, υπεύθυνες για το 2,2% του συνόλου DALYs (Murray et al., 2015). Αν και σε παγκόσμια κλίμακα αυτή η κατάταξη δεν έχει αλλάξει πολύ μεταξύ 1990 και 2013 (κινούμενο από το 13ο το 1990 έως το 12ο το 2013), η κατάταξη στην Ινδία και στις χώρες χαμηλού εισοδήματος και μεσαίου εισοδήματος αυξήθηκε από το 58ο το 1990 έως το 46ο το 2013 (Erskine et al., 2016). Αυτό ήταν μια σχετική αύξηση λόγω βελτιώσεων στην πρόληψη και τη θεραπεία των μεταδοτικών ασθενειών σε αυτές τις χώρες, οι οποίες αύξησαν το ποσοστό του συνολικού βάρους που αποδίδεται στις διατροφικές διαταραχές (Erskine et al., 2016).

Στην Global Burden of Disease Study το 2013 ο αριθμός των DALY ανά 100.000 του πληθυσμού είναι ο υψηλότερος στις δυτικές χώρες (Thomas et al., 2016). Στην Ευρώπη, η νευρική ανορεξία αναφέρεται από 1-4%, η νευρική βουλιμία από 1-2% και οι διαταραχές

πρόσληψης τροφής (BED) από 1-4% στις γυναίκες. Το 0,3-0,7% των ευρωπαϊών ανδρών αναφέρουν διατροφικές διαταραχές (Keski-Rahkonen et al., 2016).

Ωστόσο, αξίζει να υπενθυμίσουμε ότι - όπως συμβαίνει με τις περισσότερες ασθένειες - λόγω του μεγάλου μεγέθους του πληθυσμού της Ινδίας με πάνω από 1,32 δισεκατομμύρια και της Κίνας με πάνω από 1,38 δισεκατομμύρια ανθρώπους, ηγείται ο κόσμος - μαζί με τις Ηνωμένες Πολιτείες - ως χώρες με τις υψηλότερες συνεισφορές των συνολικών DALY που προκαλούνται από τις διατροφικές διαταραχές σε γυναίκες ηλικίας 15-49 ετών (Thomas et al., 2016). Οι Thomas et al., περιγράφουν ότι παρά τα αποδεικτικά στοιχεία ότι οι διατροφικές διαταραχές έχουν παγκόσμια κατανομή και συνδέονται με την αύξηση των επιβαρύνσεων για την υγεία στην Ασία, τα επιδημιολογικά δεδομένα στις χώρες της ΝΑ Ασίας και του Ειρηνικού παραμένουν αραιά (Thomas et al., 2016). Το ίδιο ισχύει και για τη Λατινική Αμερική (Kolar et al., 2016) αλλά και για τα επιδημιολογικά δεδομένα στην Αφρική όπου είναι ακόμη πιο σπάνια (van Hoeken et al., 2016).

Επιπολασμός

Η συχνότητα και ο επιπολασμός είναι τα δύο βασικά μέτρα της κατανομής μιας διαταραχής στον υπό μελέτη πληθυσμό. Οι μελέτες επιπτώσεων στις διατροφικές διαταραχές σχεδόν δεν υπάρχουν στα περισσότερα μέρη του κόσμου. Στα άρθρα ανασκόπησης για την Ασία, τη Λατινική Αμερική και την Αφρική μελετάται μόνο ο επιπολασμός (Thomas et al., 2016, Kolar et al., 2016, van Hoeken et al., 2016). Οι μελέτες επιπολασμού των διατροφικών διαταραχών διεξάγονται συνήθως στον πληθυσμό υψηλού κινδύνου των νεαρών γυναικών. Οι περισσότερες εκθέσεις επιδημιολογικών μελετών σχετικά με τον επιπολασμό, ορίζονται ως το ποσοστό των πραγματικών περιπτώσεων σε έναν πληθυσμό σε συγκεκριμένο χρονικό σημείο. Το πρώτο στάδιο περιλαμβάνει τη διαλογή ενός μεγάλου αριθμού ατόμων για ύποπτες περιπτώσεις, συνήθως με τη βοήθεια ενός ερωτηματολογίου. Το δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει (ημιδομημένες) συνεντεύξεις με τα άτομα που είναι πιθανό να έχουν διατροφική διαταραχή, με βάση τις απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο. Περισσότερες διεξοδικές μελέτες γίνονται με διάφορα τυχαία επιλεγμένα άτομα τα οποία - με βάση τα ερωτηματολόγιά τους - δεν φαίνεται να πάσχουν από διαταραχή, για να επιβεβαιώσουν ότι δεν είναι περιπτώσεις. Οι Thomas et al. περιγράφουν ότι οι επιδημιολογικές μελέτες των διατροφικών διαταραχών στην Ασία αποτελούν σημαντική πρόκληση λόγω της αβέβαιης εγκυρότητας της διαγνωστικής αξιολόγησης (Thomas et al., 2016). Για παράδειγμα, ο μέσος ΔΜΣ στη Νότια Ασία είναι μεταξύ των χαμηλότερων παγκοσμίως, με σχεδόν το 1/4 τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών να ταξινομούνται ως λιποβαρής (δηλαδή ΔΜΣ <18,5 kg /

m2) (NCD Risk Factor Collaboration, 2016). Τα πιο ισχυρά επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές στην Ασία προέρχονται από την Ανατολική Ασία, συμπεριλαμβανομένης της Κίνας, της χώρας με τον μεγαλύτερο πληθυσμό στον κόσμο.

Κοινωνικό-Πολιτιστικές Διάφορες

Το πιο εντυπωσιακό εύρημα είναι ο πολύ χαμηλός επιπολασμός της νευρικής ανορεξίας στην Αφρική και τη Λατινική Αμερική και την Ιαπωνία μεταξύ Ισπανών / Λατίνων στις ΗΠΑ σε σύγκριση με τα ποσοστά στις δυτικές χώρες, αλλά και σε σύγκριση με τουλάχιστον ορισμένες ασιατικές χώρες, όπως η Κίνα και η Ιαπωνία (Nakai et al. 2014, Σπανού και Μωρόγιαννης 2010). Οι Kolar et al. (2016) προτείνουν ότι μπορεί να υπάρχουν ορισμένες πτυχές της λατινοαμερικανικής κουλτούρας που προστατεύουν από την ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας, όπως ένα διαφορετικό ιδανικό σώμα σε σύγκριση με άλλες εθνότητες, το οποίο εξιδανικεύει ένα πιο καμπυλωτό σχήμα και υψηλότερο σωματικό βάρος από ό, τι στις δυτικές χώρες. Στην Αφρική, μια έρευνα για την Εθνική Υγεία και την Διατροφή αποκάλυψε ότι παρά το πολύ υψηλό μέσο BMI (29,0 kg / m2) περισσότερες μαύρες γυναίκες της Αφρικής ήταν ευχαριστημένες από το βάρος τους, και λιγότερες προσπάθησαν να χάσουν βάρος, σε σύγκριση με γυναίκες από άλλες εθνότητες (Shisana et al. 2013, van Hoeken et al. 2016, Καραγιώργου 2012, Σπανού και Μωρόγιαννης 2010).

Ο πολιτισμός δεν έχει μόνο αντίκτυπο στην εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών, αλλά επηρεάζει και τα θεραπευτικά σχέδια (Σπανού και Μωρόγιαννης 2010). Οι Perez et al. περιγράφουν ότι αυτές οι πολιτισμικές διαφορές υπογραμμίζουν την ανάγκη ενσωμάτωσης σε ζητημάτων θεραπείας που σχετίζονται με το άγχος (π.χ. διαχείριση αντιφατικών ρόλων μεταξύ των δύο φύλων, ιδεώδη ομορφιάς και οικογενειακές συγκρούσεις) και συζήτηση για την πολιτιστική σημασία των τροφίμων.

Νέες περιπτώσεις

Τα ποσοστά επίπτωσης αποτελούν καλύτερα μέτρα, διότι η επίπτωση ορίζεται ως ο αριθμός των νέων περιπτώσεων στον πληθυσμό ανά έτος. Επειδή η επίπτωση των διατροφικών διαταραχών στον γενικό πληθυσμό είναι σχετικά χαμηλή, είναι δύσκολο να μελετηθεί. Για παράδειγμα, είναι αδύνατο να εξεταστεί ένας αρκετά μεγάλος πληθυσμός - τουλάχιστον 100.000 άνθρωποι - συνεχώς για αρκετά χρόνια. Ως εκ τούτου, τα ποσοστά επίπτωσης συχνά βασίζονται σε ανιχνευμένα περιστατικά στα νοσοκομειακά αρχεία και στα μητρώα περιπτώσεων ασθενών και εξωτερικών ασθενών στις εγκαταστάσεις ψυχικής υγείας. Με βάση μερικές πρόσφατες ευρωπαϊκές μελέτες, η νευρική ανορεξία φαίνεται να έχει γίνει

πιο κοινή με την πάροδο του χρόνου (Keski-Rahkonen et al. 2016). Ωστόσο, ένας πιθανός λόγος αύξησης των ποσοστών είναι η αλλαγή των διαγνωστικών πρακτικών (Keski-Rahkonen et al. 2016). Οι Keski-Rahkonen και Mustelin αναδεικνύουν μια ολλανδική εθνική κοινοτική μελέτη, η οποία προσπάθησε να εξηγήσει τις μεταβαλλόμενες διαγνωστικές πρακτικές εντοπίζοντας τις διατροφικές διαταραχές στη γενική πρακτική χρησιμοποιώντας το ίδιο διαγνωστικό πρωτόκολλο από το 1985 έως το 2009 (Smink et al. 2016). Τα ποσοστά επίπτωσης της νευρικής ανορεξίας παρέμειναν σταθερά, αλλά κατά εκπληκτικό τρόπο τα επίπεδα της νευρικής βουλιμίας μειώθηκαν σημαντικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ολλανδία για μια περίοδο τριών δεκαετιών (Smink et al. 2016).

Αποτέλεσμα

Οι επιδημιολογικές μελέτες στις περισσότερες χώρες, ιδίως στις χώρες εκτός της Δύσης, επικεντρώθηκαν στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, δείχνοντας ότι οι διαφορές στα ποσοστά θα μπορούσαν να εξηγηθούν τουλάχιστον εν μέρει από τους κοινωνικό-πολιτιστικούς παράγοντες (Σπανού και Μωρόγιαννης 2010). Στις Δυτικές χώρες, ειδικά στη Δυτική Ευρώπη, το επίκεντρο της επιδημιολογικής έρευνας σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές μετατοπίζεται προς μελέτες σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου, συμπεριλαμβανομένης της γενετικής ευπάθειας (Bulik et al. 2016, Καραγιώργου 2012). Μια μεγάλη κοινοτική μελέτη στη Φινλανδία διαπίστωσε ότι οι περισσότερες (88%) νεαρές γυναίκες με νευρική ανορεξία αποκαθίσταντο σε βάρος κοντά στα 30 τους (Mustelin et al. 2015). Ωστόσο, τα κλινικά δείγματα δείχνουν ότι η θνησιμότητα των διατροφικών διαταραχών και ιδιαίτερα της νευρικής ανορεξίας είναι υψηλή (Fichter et al. 2016). Σε μία μακροχρόνια μελέτη παρακολούθησης άνω των 5.000 ασθενών, οι τυποποιημένοι δείκτες θνησιμότητας βρέθηκαν να είναι 5.35 για την νευρική ανορεξία, 1.49 για την νευρική βουλιμία, και 1.50 για διαταραχές πρόσληψης τροφής (Fichter et al. 2016).

1.4. Παράγοντες κινδύνου

Οι Bulik et al. (2016) περιγράφουν τη νευρική ανορεξία, τη νευρική βουλιμία και τις διαταραχές πρόσληψης τροφής ως κληρονομικές καταστάσεις που επηρεάζονται τόσο από τους γενετικούς όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι εκτιμήσεις κληρονομικότητας για την νευρική ανορεξία κυμαίνονται μεταξύ 0,48 και 0,74, για την νευρική βουλιμία μεταξύ 0,55 και 0,62 και για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής μεταξύ 0,39 και 0,45 (Yilmaz et al. 2015). Η συνύπαρξη διατροφικών διαταραχών και άλλων ψυχιατρικών συνθηκών, καθώς και η αυτοκτονία, οφείλεται εν μέρει στους κοινούς γενετικούς παράγοντες (Bulik et al. 2016).

Μια πολύ μεγάλη σουηδική μελέτη ανέφερε σημαντικά αυξημένο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας όχι μόνο μεταξύ ατόμων με διατροφικές διαταραχές αλλά και μεταξύ ατόμων χωρίς διαταραχές που είχαν συγγενή με διατροφική διαταραχή (Yao et al. 2016). Οι Bulik et al. (2016) ελπίζουν ότι κατά την επόμενη δεκαετία οι γενετικές επιδημιολογικές μελέτες θα αποκαλύψουν περαιτέρω τη φύση, το μέγεθος και την εξειδίκευση της γενετικής συμβολής στην αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών.

Επιπλέον, μια εθνική μελέτη της Δανίας σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για την νευρική ανορεξία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι παράγοντες κινδύνου είναι: η ύπαρξη ενός αδελφού/αδελφής με νευρική ανορεξία, συναισθηματικές διαταραχές στα μέλη της οικογένειας και άγχος, ιδεοψυχαναγκαστική προσωπικότητα ή διαταραχές χρήσης ουσιών. Η αστικοποίηση δεν σχετίζεται με το οικογενειακό φορτίο της νευρικής ανορεξίας (Steinhausen et al. 2015).

Η αιτιολογία της νευρικής ανορεξίας είναι πιθανό να συνεπάγεται μια σύνθετη αλληλεπίδραση των βιοψυχοκοινωνικών επιδράσεων. Η γενετική και η περιβαλλοντική / μη γενετική διέγερση δεν λειτουργούν μεμονωμένα. Πράγματι, οι περιβαλλοντικές εμπειρίες (π.χ. ιστορικό κακοποίησης) και οι αναπτυξιακές αλλαγές φαίνεται να αλληλεπιδρούν και να επηρεάζουν την έκφραση των γονιδίων.

Οι παράγοντες κινδύνου για την νευρική ανορεξία περιλαμβάνει την κοινωνικοπολιτισμική έκθεσή τους στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τις πιέσεις για λεπτότητα, την λεπτή ιδεώδη εσωτερικευση, της τελειοποίησης (Σπανού και Μωρόγιαννης 2010, Culbert et al. 2015). Οι Rodhe et al. (2015) ανέφεραν ότι η αυξημένη δυσαρέσκεια του σώματος στις ηλικίες 13, 14, 15 και 16 ετών προέβλεψε την εμφάνιση διαταραχών διατροφής με βάση το DSM-5 κατά την τετραετή περίοδο μετά από κάθε αξιολόγηση. Οι συσχετιστικές μελέτες των ενήλικων γυναικών και οι πειραματικές μελέτες των ζώων παρέχουν στοιχεία για τις επιδράσεις των αναπαραγωγικών ορμονών στην εμφάνιση συμπτωμάτων διαταραχής της διατροφής (Harden et al. 2014, Γονιδάκης και Χαρίλα 2011). Σε μια 18ετή μελέτη παρακολούθησης των εφήβων ασθενών με νευρική ανορεξία, οι δυσκολίες διανοητικής αποκατάστασης παρέμειναν σε πολλά άτομα μετά την ανάκαμψη και ήταν ανεξάρτητες από την απώλεια σωματικού βάρους και τη διάρκεια της διατροφικής διαταραχής (Gillberg et al. 2010). Μια μεγάλη σουηδική μελέτη πολλαπλών γενεών (n = 286 232), διαπίστωσε ότι η διατροφική διαταραχή σε κάθε γονέα συνδέεται με την διατροφική διαταραχή που αναπτύσσεται στα παιδιά τους και ότι η διατροφική διαταραχή στις μητέρες συνδέεται με την διατροφική διαταραχή στο κορίτσια παιδιά τους (Bould et al. 2015).

1.5. Θεραπεία

Σύμφωνα με τις οδηγίες του NICE (2017) η θεραπεία την νευρικής ανορεξίας περιλαμβάνει παροχή υποστήριξης και φροντίδας σε όλους τους ανθρώπους με νευρική ανορεξία ερχόμενοι σε επαφή με εξειδικευμένες υπηρεσίες, ανεξάρτητα από το εάν έχουν ή όχι ειδική παρέμβαση. Η υποστήριξη πρέπει να περιλαμβάνει: ψυχοεκπαίδευση σχετικά με τη διαταραχή, παρακολούθηση της βαρύτητας, της ψυχικής και σωματικής υγείας και των παραγόντων κινδύνου, να είναι διεπιστημονική και να συντονίζεται μεταξύ των υπηρεσιών περιλαμβάνοντας τα μέλη της οικογένειας του ατόμου ή τους φροντιστές (ανάλογα με την περίπτωση).

Κατά τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας, πρέπει να αναγνωρίζεται ότι βοηθώντας τους ανθρώπους να φτάσουν σε ένα υγιές σωματικό βάρος ή ΔΜΣ για την ηλικία τους είναι βασικός στόχος και το κέρδος σε βάρος είναι το κλειδί για την υποστήριξη άλλων ψυχολογικών, σωματικών και ποιοτικών αλλαγών που απαιτούνται για τη βελτίωση ή την ανάκαμψη.

Ψυχολογική θεραπεία νευρικής ανορεξίας σε ενήλικες

Για ενήλικες με νευρική ανορεξία, πρέπει να εξεταστούν τα ακόλουθα:

- Ατομική Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής (eating-disorder-focused cognitive behavioural therapy- CBT-ED) (Μπέλλος, 2011).
- θεραπεία νευρικής ανορεξίας Maudsley για τους ενήλικες (Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults- MANTRA)
- ειδική κλινική διαχείριση υποστήριξης (specialist supportive clinical management SSCM).

Πρέπει να εξηγηθεί στα άτομα ποιες είναι οι θεραπείες για να επιλέξουν ποιες θα προτιμούσαν.

Τα ατομικά προγράμματα CBT-ED για ενήλικες με νευρική ανορεξία πρέπει:

- συνήθως αποτελούνται από έως 40 συνεδρίες σε διάστημα 40 εβδομάδων, με συνεδρίες δύο φορές την εβδομάδα τις πρώτες 2 ή 3 εβδομάδες,
- στοχεύουν στη μείωση του κινδύνου για τη σωματική υγεία και οποιαδήποτε άλλα συμπτώματα της διατροφικής διαταραχής
- ενθαρρύνουν την υγιεινή διατροφή και να φθάσει ο ασθενής σε ένα υγιές σωματικό βάρος

- γνωστική αναδιάρθρωση, ρύθμιση της διάθεσης, κοινωνικές δεξιότητες, ανησυχία για την εικόνα του σώματος, αυτοεκτίμηση και πρόληψη υποτροπής
- δημιουργία ενός εξατομικευμένου θεραπευτικού σχεδίου βασισμένο στις διαδικασίες που φαίνεται να διατηρούν το πρόβλημα της διατροφής
- επεξήγηση κινδύνων υποσιτισμού
- αυτό-παρακολούθηση της διατροφικής πρόσληψης και των σχετικών σκέψεων και συναισθημάτων
- ακολουθία θεραπείας.

Το MANTRA για ενήλικες με νευρική ανορεξία:

- συνήθως αποτελούνται από 20 συνεδρίες, με εβδομαδιαίες συνεδρίες για τις πρώτες 10 εβδομάδες και ένα ευέλικτο πρόγραμμα μετά από αυτό έως 10 επιπλέον συνεδρίες για άτομα με σύνθετα προβλήματα.
- να παρακινήσει το άτομο και να τον ενθαρρύνει να συνεργαστεί με τον επαγγελματία.
- όταν το άτομο είναι έτοιμο, καλύπτει τη διατροφή, τη διαχείριση των συμπτωμάτων και την αλλαγή συμπεριφοράς να ενθαρρύνει ο επαγγελματίας το άτομο να αναπτύξει μια "μη ανορεξική ταυτότητα" συμπεριλαμβάνοντας τα μέλη της οικογένειας ή φροντιστές για να βοηθήσουν το άτομο προκειμένου να κατανοήσουν την κατάστασή του και τα προβλήματα που προκαλούν και τη σύνδεση με το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο και αλλάξουν τη συμπεριφορά τους.

Η SSCM για ενήλικες με νευρική ανορεξία:

- συνήθως αποτελούνται από 20 ή περισσότερες εβδομαδιαίες συνεδρίες (ανάλογα με τη σοβαρότητα)
- αξιολογεί, εντοπίζει και επανεξετάζει τακτικά βασικά προβλήματα
- στοχεύει στην ανάπτυξη μιας θετικής σχέσης μεταξύ του ατόμου και του επαγγελματία
- στοχεύει να βοηθήσει τους ανθρώπους να αναγνωρίσουν τη σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων τους και της ανώμαλης διατροφής τους και να αποκαταστήσουν το βάρος
- παρέχει ψυχοεκπαίδευση και συμβουλές για τη διατροφή
- περιλαμβάνει παρακολούθηση σωματικής υγείας
- καθορίζει έναν στόχο βάρους
- ενθαρρύνει την επίτευξη ενός υγιούς σωματικού βάρους
- επιτρέπει στο άτομο να αποφασίσει τι άλλο πρέπει να συμπεριληφθεί ως μέρος της θεραπείας του.

Εάν η ατομική CBT-ED, MANTRA ή SSCM αντενδείκνυται ή είναι αναποτελεσματική για ενήλικες με νευρική ανορεξία, τότε εναλλακτικά εξετάζονται 1 από αυτές τις 3 θεραπείες που το άτομο δεν είχε πριν ή επιλέγεται η εστιασμένη στην διατροφική διαταραχή ψυχοδυναμική θεραπεία (eating-disorder-focused focal psychodynamic therapy FPT).

Η FPT για ενήλικες με νευρική ανορεξία:

- συνήθως αποτελούνται από έως 40 συνεδρίες σε διάστημα 40 εβδομάδων
- εστιάζει στον ασθενή και είναι συγκεκριμένη στο άτομο για: τι σημαίνουν τα συμπτώματα στο άτομο, πώς τα συμπτώματα επηρεάζουν το άτομο, πώς τα συμπτώματα επηρεάζουν τις σχέσεις του ατόμου με τους άλλους και με τον θεραπευτή.

Στην πρώτη φάση, επικεντρώνεται στην ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ του θεραπευτή και του ατόμου με νευρική ανορεξία, αντιμετωπίζοντας την προ-ανορεξική συμπεριφορά και τις συνθετικές πεποιθήσεις του εγώ (πεποιθήσεις, αξίες και συναισθήματα που συνάδουν με την αίσθηση του εαυτού του ατόμου) και οικοδομώντας την αυτοεκτίμηση. Στη δεύτερη φάση, επικεντρώνεται σε σχετικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους και πώς αυτές επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά. Στην τελική φάση, επικεντρώνεται στη μεταφορά της εμπειρίας της θεραπείας σε καταστάσεις στην καθημερινή ζωή και αντιμετωπίζει τις ανησυχίες που έχει το άτομο για το τι θα συμβεί όταν τελειώσει η θεραπεία.

Ψυχολογική θεραπεία της νευρικής ανορεξίας στα παιδιά και τους νέους

Εξετάζεται η οικογενειακή θεραπεία για τα παιδιά και τους νέους (FT-AN) που σχετίζεται με την νευρική ανορεξία, η οποία παρέχεται ως μόνη θεραπεία ή συνδυασμός με άλλη πολυπαραγοντική θεραπεία. Δίνεται στα παιδιά και τους νέους την επιλογή να έχουν μερικές μεμονωμένες συνεδρίες ανεξάρτητα από τα μέλη της οικογένειάς τους ή τους φροντιστές τους και μαζί με τα μέλη της οικογένειάς τους ή τους φροντιστές τους.

Η FT-AN για παιδιά και νέους με νευρική ανορεξία πρέπει:

- συνήθως αποτελούνται από 18-20 συνεδρίες σε διάστημα ενός έτους
- αναθεωρεί τις ανάγκες του ατόμου 4 εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας και στη συνέχεια κάθε 3 μήνες, για να καθορίσει τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να είναι οι τακτικές συνεδρίες και πόσο θα πρέπει να διαρκέσει η θεραπεία
- τονίζει τον ρόλο της οικογένειας βοηθώντας το άτομο να ανακάμψει
- δεν κατηγορεί το πρόσωπο ή τα μέλη της οικογένειάς τους ή τους φροντιστές

- περιλαμβάνει την ψυχοεκπαίδευση σχετικά με τη διατροφή και τις επιπτώσεις του υποσιτισμού.

Σε πρώιμο στάδιο της θεραπείας, υποστηρίζονται οι γονείς ή οι φροντιστές προκειμένου να παίξουν κεντρικό ρόλο βοηθώντας το άτομο να διαχειριστεί την κατανάλωσή του, να επιτύχουν μια καλή θεραπευτική συμμαχία με το άτομο. Στη δεύτερη φάση, να υποστηρίξει το άτομο (με τη βοήθεια των γονέων ή των φροντιστών του) να δημιουργήσει ένα επίπεδο ανεξαρτησίας κατάλληλο για ανάκαμψη. Στην τελική φάση επικεντρώνεται στα σχέδια για το τέλος της θεραπείας (συμπεριλαμβανομένων τυχόν ανησυχιών για το άτομο και την οικογένειά του) και για την πρόληψη υποτροπών και να διευκρινίζεται πώς μπορεί το άτομο να λάβει υποστήριξη αν διακοπεί η θεραπεία.

Η υποστήριξη των μελών της οικογένειας που δεν εμπλέκονται στην οικογενειακή θεραπεία, για να βοηθούν τα άτομα να αντιμετωπίσουν την αγωνία που προκαλείται από την πάθηση. Επιπλέον, συναντήσεις στα παιδιά και τους νέους με νευρική ανορεξία ξεχωριστά από τα μέλη της οικογένειας ή τους φροντιστές τους. Αξιολόγηση εάν τα μέλη της οικογένειας ή οι φροντιστές (ανάλογα με την περίπτωση) χρειάζονται υποστήριξη.

Αν το FT-AN αντενδείκνυται ή είναι αναποτελεσματικό για τα παιδιά ή νέους με νευρική ανορεξία, εξετάζεται η ψυχοθεραπεία για νευρική ανορεξία (AFP-AN) με επίκεντρο την ψυχοθεραπεία CBT-ED ή εφήβων.

Η ατομική CBT-ED για παιδιά και νέους με νευρική ανορεξία πρέπει:

- συνήθως αποτελούνται από έως 40 συνεδρίες σε διάστημα 40 εβδομάδων, με: δύο φορές την εβδομάδα κατά τις πρώτες 2 ή 3 εβδομάδες και 8-12 επιπλέον σύντομες οικογενειακές συνεδρίες με το άτομο και τους γονείς ή τους φροντιστές τους (ανάλογα με την περίπτωση)
- σε οικογενειακές συνεδρίες και σε μεμονωμένες συνεδρίες, που περιλαμβάνουν ψυχοεκπαίδευση σχετικά με τη διατροφή και τις επιπτώσεις του υποσιτισμού
- στις οικογενειακές συνεδρίες εντοπίζεται οτιδήποτε στην ζωή του ατόμου που θα μπορούσε να δυσκολευτεί να αλλάξει τη συμπεριφορά του και να βρει τρόπους αντιμετώπισης αυτού, συζητούνται σχέδια γεύματος
- στοχεύει στη μείωση του κινδύνου για τη σωματική υγεία και οποιαδήποτε άλλα συμπτώματα της διατροφικής διαταραχής
- ενθαρρύνει την επίτευξη ενός υγιούς σωματικού βάρους

- κάλυψη της διατροφής, πρόληψη υποτροπών, γνωσιακή αναδιάρθρωση, ρύθμιση διάθεσης, κοινωνικές δεξιότητες, ανησυχία για την εικόνα του σώματος και αυτοεκτίμηση
- δημιουργία ενός εξατομικευμένου θεραπευτικού σχεδίου βασισμένο στις διαδικασίες που φαίνεται να διατηρούν το πρόβλημα της διατροφής
- λαμβάνει υπόψη τις ειδικές αναπτυξιακές ανάγκες του ατόμου
- εξηγεί τους κινδύνους υποσιτισμού
- περιλαμβάνει την αυτό-παρακολούθηση της διατροφικής πρόσληψης και των σχετικών σκέψεων και συναισθημάτων, για να βοηθήσει το άτομο να ασκήσει αυτό που έχει μάθει στην καθημερινότητά του
- διευκρινίζει πώς μπορεί το άτομο να λάβει υποστήριξη αν διακοπεί η θεραπεία.

Το AFP-AN για τα παιδιά και τους νέους:

- συνήθως αποτελούνται από 32-40 ατομικές συνεδρίες σε διάστημα 12-18 μηνών, με: πιο τακτικές συνεδρίες για να βοηθήσουν το άτομο να δημιουργήσει μια σχέση με τον επαγγελματία και να τον παρακινήσει να αλλάξει τη συμπεριφορά του
- 8-12 επιπλέον οικογενειακές συνεδρίες με το άτομο και τους γονείς ή τους φροντιστές τους (ανάλογα με την περίπτωση)
- αναθεωρεί τις ανάγκες του ατόμου 4 εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας και στη συνέχεια κάθε 3 μήνες, για να καθορίσει τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να είναι οι τακτικές συνεδρίες και πόσο θα πρέπει να διαρκέσει η θεραπεία
- σε οικογενειακές συνεδρίες και σε μεμονωμένες συνεδρίες, περιλαμβάνουν ψυχοεκπαίδευση σχετικά με τη διατροφή και τις επιπτώσεις του υποσιτισμού
- επικεντρώνεται στην εικόνα του ίδιου του ατόμου, στα συναισθήματα και στις διαπροσωπικές διεργασίες και πώς αυτές επηρεάζουν τη διατροφική του διαταραχή
- αναπτύσσει μια διατύπωση των ψυχολογικών προβλημάτων του ατόμου και πώς χρησιμοποιούν την ανορεξική συμπεριφορά ως στρατηγική αντιμετώπισης
- αντιμετωπίζει τους φόβους για την αύξηση του σωματικού βάρους και τονίζει ότι το κέρδος σε βάρους και η υγιεινή διατροφή αποτελούν κρίσιμο μέρος της θεραπείας για να βρουν εναλλακτικές στρατηγικές για το άτομο να διαχειριστεί το άγχος
- σε μεταγενέστερα στάδια της θεραπείας, διερευνώνται τα θέματα ταυτότητας και η οικοδόμηση της ανεξαρτησίας προς το τέλος της θεραπείας

- εστιάζεται στη μεταφορά της εμπειρίας της θεραπείας σε καταστάσεις της καθημερινής ζωής

Σε οικογενειακές συνεδρίες, βοηθούν τους γονείς ή τους φροντιστές να υποστηρίξουν το άτομο να αλλάξει τη συμπεριφορά του.

Άτομα με νευρική ανορεξία που δεν έχουν θεραπεία

Για τα άτομα με ανορεξία που δεν έχουν λάβει θεραπεία και που δεν έχουν σοβαρά ή πολύπλοκα προβλήματα, μπορούν να λάβουν θεραπεία στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και να ζητήσουν βοήθεια από έναν γενικό ιατρό να τους παραπέμψει αν χρειαστεί για θεραπεία ανά πάσα στιγμή.

Για τα άτομα με ανορεξία που δεν επιθυμούν θεραπεία και τα οποία αντιμετωπίζουν σοβαρά ή πολύπλοκα προβλήματα, οι υπηρεσίες διατροφικής διαταραχής θα πρέπει να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη.

Διαιτητικές συμβουλές για άτομα με νευρική ανορεξία

Προσφέρονται μόνο διαιτητικές συμβουλές ως μέρος μιας πολυτομεακής προσέγγισης. Ενθαρρύνονται τα άτομα με νευρική ανορεξία να παίρνουν ένα κατάλληλο από το στόμα πολυβιταμινούχο συμπλήρωμα έως ότου η διατροφή τους συμπεριλάβει αρκετή ποσότητα. Πρέπει να συμπεριληφθούν τα μέλη της οικογένειας ή οι φροντιστές (ανάλογα με την περίπτωση) σε οποιαδήποτε διατροφική εκπαίδευση ή προγραμματισμό γευμάτων για τα παιδιά και τους νέους με νευρική ανορεξία που λαμβάνουν θεραπεία από μόνοι τους. Προσφέρονται συμπληρωματικές διατροφικές συμβουλές σε παιδιά και νέους με νευρική ανορεξία και στις οικογένειες τους ή τους φροντιστές τους (ανάλογα με την περίπτωση) ώστε να ανταποκρίνονται στις διατροφικές τους ανάγκες για ανάκαμψη.

Φάρμακα για νευρική ανορεξία

Δεν προσφέρονται φάρμακα ως μοναδική θεραπεία για την νευρική ανορεξία.

Κεφάλαιο 2: Ψυχογενής νευρική ανορεξία σε παιδιά και εφήβους

Η ερευνητική βιβλιογραφία σε εφήβους και ενήλικες δείχνει ότι η νευρική ανορεξία τείνει να είναι μια χρόνια ασθένεια με μια γενικά κακή πρόγνωση (Γονιδάκης και Χαρίλα 2011). Ωστόσο, είναι σημαντικό να υπάρχει προσοχή όταν γενικεύονται αυτά τα αποτελέσματα στους νεότερους πληθυσμούς. Η νευρική ανορεξία στα παιδιά και τους εφήβους δεν μπορεί να θεωρηθεί απλώς μια αναπαραγωγή της ίδιας ασθένειας σε μια νεότερη ηλικιακή ομάδα. Όπως δείχνουν οι ακόλουθες ενότητες, υπάρχουν ενδείξεις που υποδηλώνουν ότι υπάρχουν χαρακτηριστικά της ασθένειας που είναι μοναδικά για την πρόωρη εκδήλωση της νευρικής ανορεξίας.

2. 1. Επιδημιολογία

Οι διατροφικές διαταραχές είναι οι πιο συνηθισμένες και από τον διαβήτη τύπου 2 και η επιδημιολογία αλλάζει, με υψηλότερα ποσοστά διατροφικών διαταραχών στα μικρότερα παιδιά, στα αγόρια και στις μειονοτικές ομάδες (Smink et al. 2012, Pinhas et al. 2011). Η επικράτηση της νευρικής ανορεξίας κατά τη διάρκεια της ζωής είναι μεταξύ 0,5% και 2%, 4 με μέγιστη ηλικία έναρξης 13 έως 18 ετών. (Weaver et al. 2011). Ο επιπολασμός της νευρικής βουλιμίας είναι υψηλότερες μεταξύ 0,9% και 3%, (Hoste et al. 2009, Swanson et al. 2010) με μεγαλύτερη ηλικία εμφάνισης από 16 έως 17 έτη (Sim 2010). Αν και τα ποσοστά θνησιμότητας της νευρικής βουλιμίας εκτιμάται ότι είναι περίπου 2% 12, ο κίνδυνος αυτοκτονικότητας κατά τη διάρκεια της ζωής και οι προσπάθειες ανίχνευσης της νευρικής βουλιμίας είναι πολύ υψηλότερες (Herpertz-Dahlmann et al. 2009) Ο εκτιμώμενος χρόνος ζωής η συχνότητα εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών στους εφήβους είναι 4,8% (Le Grange et al. 2012). Αν και οι γυναίκες ασθενείς αντιπροσωπεύουν τις περισσότερες διαγνώσεις, οι άντρες έχουν συσχετιστεί με το 10% των περιπτώσεων με διατροφικές διαταραχές τα τελευταία χρόνια, και μερικές μελέτες αναφέρουν ότι το 25% των περιπτώσεων είναι άνδρες (Rosen et al. 2010). Επιπλέον, οι νέες περιπτώσεις ασθενών είναι πιο πιθανό να είναι αγόρια, με αναλογία γυναικών προς τους άνδρες 6 προς 1, σε σύγκριση με αναλογία 10 προς 1 στους ενήλικες (Pinhas et al. 2011). Οι διαιτολογικές συμπεριφορές αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη μιας διατροφικής διαταραχής και είναι εξαιρετικά διαδεδομένες. Το 50% των κοριτσιών και το 25% των αγοριών ανέφεραν ότι κάνουν δίαιτα κατά το προηγούμενο έτος (Neumark-Sztainer et al. 2011).

2.2. Αιτιολογία

Η ακριβής αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών είναι άγνωστη. Θεωρείται ότι υπάρχει μια διασύνδεση μεταξύ των γενετικών και βιολογικών καταστάσεων, των περιβαλλοντικών και κοινωνικό-πολιτισμικών επιδράσεων και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών (Σπανού και Μωρόγιαννης 2010). Τα στοιχεία αυξάνονται ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι κληρονομικές, ενώ οι συγγενείς των ασθενών με διατροφικές διαταραχές έχουν 7 έως 12 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν μία διατροφική διαταραχή (Trace et al. 2013). Μελέτες έχουν υπολογίσει την κληρονομικότητα της νευρικής ανορεξίας μεταξύ 33% και 84% και της νευρικής βουλιμίας μεταξύ 28% και 83% (Trace et al. 2013, Γονιδάκης και Χαρίλα 2011). Η έρευνα βρίσκεται σε εξέλιξη για τον εντοπισμό συγκεκριμένων χρωμοσωμάτων, γονιδίων και πρωτεϊνών που μπορούν να διαδραματίσουν ρόλο στην ανάπτυξη νευρικής ανορεξίας και νευρικής βουλιμίας. Υπάρχουν επίσης νευροβιολογικοί παράγοντες που μελετώνται σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές, αλλά είναι αβέβαιο εάν συμβάλλουν στην ανάπτυξη αυτών ή προκύπτουν από τις φυσιολογικές αλλοιώσεις που προκαλούνται από αυτές (Kaye et al. 2013).

2.3. Κλινική εικόνα

Η εφηβεία είναι μια κρίσιμη περίοδος ανάπτυξης και ένα παράθυρο ευαισθησίας κατά το οποίο μπορούν να αναπτυχθεί νευρική ανορεξία. Η εκρηκτική φυσική και γνωστική εξέλιξη που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου προσφέρεται για σημαντικές διαφορές στην παρουσίαση της νευρικής ανορεξίας σε παιδιά και εφήβους. Οι παιδίατροι είναι συχνά οι πάροχοι της πρώτης γραμμής που την διαγιγνώσκουν. Ένα άτομο με νευρική ανορεξία μπορεί να παρουσιάσει απώλεια βάρους, ανεξήγητη επιβράδυνση ανάπτυξης ή εφηβική καθυστέρηση, περιοριστικές ή μη φυσιολογικές συμπεριφορές κατανάλωσης τροφής, εμέτους, υπερβολική άσκηση, σωματικά προβλήματα ή σωματικές ανησυχίες. Οι νεότεροι ασθενείς είναι πιθανό να έχουν άτυπα συμπτώματα. Αντί για ταχεία απώλεια βάρους, μπορεί να παρουσιάσουν έλλειψη ή αναμενόμενη απώλεια βάρους ή ύψους και μπορεί να μην υποστηρίξουν τις ανησυχίες για την εικόνα του σώματος ή να εμπλακούν σε συμπεριφορές εξαναγκασμού. Τα παιδιά και οι έφηβοι που είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι διατρέχουν κίνδυνο καθυστερημένης διάγνωσης και σοβαρών επιπλοκών (Pinhas et al. 2013, Sim et al. 2013). Αυτοί οι πληθυσμοί απαιτούν αυξημένη επαγρύπνηση από τους παρόχους υγείας. Οι έφηβοι με χρόνιες παθήσεις, ειδικά οι ινσουλινοεξαρτώμενοι με σακχαρώδη διαβήτη, διατρέχουν επίσης υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και θα πρέπει να

εξετάζονται τακτικά (Arigo et al. 2012, Pinhas-Hamiel et al. 2013, Quick et al. 2013, Quick et al. 2012, Schmitt et al. 2012).

Τα εργαλεία διαλογής, όπως το σύντομο ερωτηματολόγιο SCOFF, 32 μολονότι έχουν επικυρωθεί μόνο σε ενήλικες, χρησιμοποιούνται και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για διαλογή εφήβων. Επιπλέον, οι πάροχοι θα πρέπει να αξιολογούν όλους τους ασθενείς για συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, όπως η δίαιτα ή η υπερβολική άσκηση, και να παρακολουθούν την διατροφή τους και το ΔΜΣ για να εκτιμήσουν την απώλεια βάρους ή την αποτυχία να πάρουν βάρους. Εάν υπάρχει υποψία για νευρική ανορεξία, είναι σημαντικό να αποκτηθεί ένα ολοκληρωμένο ιατρικό, οικογενειακό και κοινωνικό ιστορικό και πλήρη ανασκόπηση των συστημάτων και να γίνει λεπτομερή φυσική εξέταση για να αξιολογηθούν οι φυσικές και ιατρικές επιπλοκές. Η απόκτηση του ιστορικού τόσο από τον ασθενή όσο και από τον φροντιστή είναι σημαντική. Μολονότι συνιστάται χρόνος μόνο με τον έφηβο, η συζήτηση από τους φροντιστές μπορεί να είναι κρίσιμη για την αποσαφήνιση των συμπεριφορών ή των γνωστικών λειτουργιών που ενδέχεται να μην αναφέρει ο έφηβος. Επιπλέον, οι πάροχοι θα πρέπει πάντα να εξετάζουν μια πλήρη διαφορική διάγνωση κατά την αξιολόγηση ενός ασθενούς με πιθανή νευρική ανορεξία.

2.4. Διάγνωση σε παιδιά και εφήβους

Τα νέα διαγνωστικά κριτήρια για τις διατροφικές διαταραχές δημοσιεύονται στο DSM-5, που δημοσιεύθηκε το 2013 (Association AP 2013). Σημαντικές αλλαγές έγιναν σε μια προσπάθεια βελτίωσης της ακρίβειας των διαγνωστικών εξετάσεων, οι οποίες θα επιτρέψουν ενδεχομένως πιο στοχοθετημένη θεραπεία. Ένας σημαντικός περιορισμός της 4ης έκδοσης του DSM ήταν η διαγνωστική κατηγορία της διατροφικής διαταραχής που δεν καθορίζεται διαφορετικά, η οποία αντιπροσώπευε την πλειονότητα των διαγνώσεων διατροφικών διαταραχών στις περισσότερες των παιδιών (Καραγιώργου 2012). Η διαγνωστική κατηγορία της διατροφικής διαταραχής που δεν καθορίζεται διαφορετικά ήταν μια μη ειδική διαγνωστική κατηγορία που περιλάμβανε ένα ευρύ φάσμα διαγνωστικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένου της υπό του κατωφλίου νευρικής ανορεξίας, της υπό του κατωφλίου νευρικής βουλιμίας και της αδηφαγικής διαταραχής (Le Grange et al. 2012, Γονιδάκης και Χαρίλα 2011). Αυτή η αμφισημία οδήγησε σε παρανοήσεις της κλινικής σημασίας της διαταραχής και δυσκολία στην επιλογή της πιο αποτελεσματικής θεραπείας. Για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων, το DSM-5 διεύρυνε τα κριτήρια συμπερίληψης τόσο για την νευρική ανορεξία όσο και για νευρική βουλιμία και την αδηφαγική διαταραχή και είναι πλέον μια επίσημη διάγνωση (Ornstein et al. 2013). Οι έφηβοι με νευρική ανορεξία

συχνά παρουσιάζουν δραματική απώλεια βάρους ή κακή ανάπτυξη και ανησυχούν για την διατροφή και το βάρος. Ο περιορισμός ολόκληρων ομάδων τροφίμων (δηλαδή, η νέα χορτοφαγία) ή οι θερμίδες, και η ανάπτυξη τελετουργιών για τα τρόφιμα είναι συνήθης. Συνήθως αρνούνται να τρώνε τρόφιμα που κάποτε τα απολάμβαναν στο γεύμα με την οικογένεια και τους φίλους σας. Τα κριτήρια DSM-5 για την νευρική ανορεξία συγκρίνουν το αναμενόμενο βάρος και ανάπτυξη (Bravender et al. 2010) σε παιδιά και εφήβους έναντι συγκρίσεων με τα πρότυπα του πληθυσμού. Περιγράφουν περιορισμό της πρόσληψης ενέργειας σε σχέση με τις απαιτήσεις, οδηγώντας σε χαμηλότερο από το αναμενόμενο σωματικό βάρος. Επιπλέον, τα κριτήρια συμπεριφοράς θεωρούνται ισοδύναμα με τα γνωστικά κριτήρια, εξισώνοντας το φόβο της αύξησης του σωματικού βάρους στην αποτυχία αύξησης του σωματικού βάρους έναντι του χαμηλού σωματικού βάρους ή της απότομης ανάπτυξης (Weaver et al. 2011). Η αμηνόρροια έχει αφαιρεθεί ως κριτήριο διότι η χρήση της ουδέποτε επικυρώθηκε (Bravender et al. 2010) και απέκλεισε τους άνδρες, οι έφηβες που παραμένουν αιμονορητικές παρά το χαμηλό σωματικό βάρος. Τέλος, η παραμόρφωση της εικόνας του σώματος ή η ασυνήθιστη εστίαση στο βάρος ή στο σχήμα εξακολουθούν να περιλαμβάνονται ως κριτήρια, αλλά δεν απαιτούνται εάν ο ασθενής αναγνωρίζει επίμονα τη σοβαρότητα του χαμηλού σωματικού βάρους.

Κεφάλαιο 3. Θεραπεία της ψυχογενούς νευρικής ανορεξίας

Η θεραπεία βάσει αποδεικτικών στοιχείων βασίζεται σε τρεις απόψεις: επιστημονικά δεδομένα από δοκιμές υψηλής ποιότητας, κλινική εμπειρογνωμοσύνη και προτίμηση ασθενών. Η κλινική εμπειρογνωμοσύνη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση ασθενών με νευρική ανορεξία, διότι πρέπει να εξεταστούν διάφορες διαστάσεις για τη δημιουργία ενός σχεδίου διαχείρισης. Η σωματική υγεία, ο ιατρικός κίνδυνος, το στάδιο (διάρκεια) της ασθένειας, η ηλικία, η συννοσηρότητα και το ψυχοκοινωνικό πλαίσιο είναι καίριας σημασίας (Treasure et al. 2015). Οι παρεμβάσεις πρέπει να χαρτογραφηθούν στις ανάγκες του ατόμου και της οικογένειάς του. Τόσο η προτεινόμενη διεθνής ταξινόμηση των ασθενειών της ΠΟΥ, όσο και το κριτήριο DSM-5 για την νευρική ανορεξία συνιστούν κριτήρια αξιολόγησης της σοβαρότητας για να αποφασιστεί ο τύπος παρέμβασης που πρέπει να χρησιμοποιηθεί με βάση την κατάσταση βάρους, διότι πολύ χαμηλό βάρος είναι ένας προγνωστικός παράγοντας που συνδέεται με την αύξηση ($\Delta\text{ΜΣ} < 17,5 \text{ kg ανά m}^2$ αυξάνει τον κίνδυνο, αλλά ένας $\Delta\text{ΜΣ} < 11,5 \text{ kg ανά m}^2$ αυξάνει απότομα τον κίνδυνο θνησιμότητας). Ωστόσο, μόνο οι δείκτες με βάση το βάρος δεν επαρκούν και απαιτείται πολυδιάστατη αξιολόγησης για τη μέτρηση του κινδύνου θνησιμότητας. Οι παράγοντες που μπορούν να ενσωματωθούν σε τέτοιες αξιολογήσεις περιλαμβάνουν, χωρίς περιορισμό, την ταχεία απώλεια βάρους (ειδικά σε παιδιά), ορθοστατική υπόταση, βραδυκαρδία ή ορθοστατική ταχυκαρδία, υποθερμία, καρδιακή δυσρυθμία και βιοχημικές διαταραχές.

Η αποκατάσταση των θρεπτικών συστατικών (επανατροφοδότηση) είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας, ο οποίος μπορεί να επιτευχθεί αξιόπιστα με την εισαγωγή σε μονάδα με εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό για τη διαχείριση της υποστήριξης γευμάτων. Ωστόσο, για ορισμένους ασθενείς, η βελτιωμένη διατροφή συχνά δεν συντηρείται όταν αποχωρήσουν από την μονάδα, ιδιαίτερα σε ενήλικες με διαρκή μορφή της ασθένειας (Hibbs et al. 2015, Γονιδάκης και Χαρίλα 2011). Έτσι, η ψυχοθεραπεία εξωτερικών ασθενών συνίσταται περισσότερο για εκείνους με μέτριο βαθμό σοβαρότητας νευρικής ανορεξίας (για παράδειγμα, $\Delta\text{ΜΣ} > 15$). Για εφήβους ασθενείς, αυτή η θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει την οικογένεια. Για τους ενήλικες διατίθενται διάφορα μοντέλα περίθαλψης εξωτερικού ιατρείου (συχνά «δανεισμένα» από εκείνα που έχουν σχεδιαστεί για τη θεραπεία άλλων μορφών διαταραχής), αλλά δεν έχουν προκύψει ακόμη μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Όσοι απέτυχαν να ανταποκριθούν στη θεραπεία εξωτερικών ασθενών ακολουθούν συχνά νοσοκομειακή περίθαλψη.

Υπάρχουν πολλά ανεπίλυτα ερωτήματα σχετικά με τη χρήση της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης που οφείλεται στην έλλειψη αξιόπιστων αποδείξεων γύρω από τη χρήση των διαφόρων διαθέσιμων τεχνικών. Για παράδειγμα, δόθηκε ελάχιστη προσοχή στη διαδικασία επανατροφοδότησης. Οι διατροφικές στρατηγικές και οι στρατηγικές συμπεριφοράς έχουν συχνά χρησιμοποιηθεί *ad hoc*. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις (διατροφικές, ψυχοθεραπευτικές και ιατρικές) που χρησιμοποιούνται στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη έχουν αποδειχθεί με συστηματικές ανασκοπήσεις ότι δεν παρέχουν όφελος, αν και οι περισσότερες από τις μελέτες που περιελήφθησαν ήταν περιορισμένης ποιότητας (Suárez-Pinilla et al. 2015). Συνεπώς, ποιοι ασθενείς θα πρέπει να γίνουν δεκτοί για νοσηλεία σε νοσοκομείο και σε ποιο στάδιο ασθένειας και σε ποιο βαθμό σοβαρότητας, παραμένουν ασαφείς. Η "σωστή" διάρκεια διαμονής και το βάρος στόχου για τους ασθενείς είναι επίσης αβέβαιο. Δύο πρόσφατες μελέτες σε εφήβους με βραχεία διάρκεια ασθένειας έδειξαν ότι η αποδοχή με στόχο τη μείωση της βλάβης παρά την πλήρη αναπλήρωση είναι πιθανώς πιο αποδοτική από τις συνήθεις θεραπευτικές αγωγές με την παρατεταμένη παραμονή στα νοσοκομεία για την αποκατάσταση βάρους (Herpertz-Dahlmann et al. 2014, Madden et al. 2015, Γονιδάκης και Χαρίλα 2011). Τα αποτελέσματα μιας πολυκεντρικής μελέτης στο Ηνωμένο Βασίλειο υποδεικνύουν ότι οι περισσότερες μονάδες θεραπείας για ενήλικες εφαρμόζουν σήμερα μια προσέγγιση μείωσης των βλαβών (Goddard et al. 2013), η οποία οδήγησε σε μια συνολική σταδιακή μείωση των συμπτωμάτων διαταραχής της διατροφής (Hibbs et al. 2015).

Ορισμένες από τις φυσικές συνέπειες της νευρικής ανορεξίας απαιτούν επίσης ειδική διαχείριση. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με αποτυχία πολλών προσπαθειών συνήθως γίνονται δεκτοί στη γενική νοσοκομειακή περίθαλψη. Έχουν χρησιμοποιηθεί θεραπείες φαρμάκων ή ορμονών για την αποκατάσταση μερικών από τις δευτερεύουσες συνέπειες της πείνας, όπως η οστεοπόρωση. Τρεις τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες (RCTs) έδειξαν βελτίωση στη πυκνότητα οστικής μάζας με φυσιολογική αντικατάσταση οιστρογόνων σε κορίτσια (ηλικίας 12-18 ετών) (Misra et al. 2013). και ρισεδρονάτη σε ενήλικες σε σύγκριση με τη θεραπεία με εικονικό φάρμακο (Miller et al. 2011). Η χρήση διφωσφονικών σε εφήβους εγείρει ανησυχίες λόγω του μακρού χρόνου ημιζωής τους και του κινδύνου τερατογένεσης (Misra et al. 2014). Επιπλέον, μία μετά-ανάλυση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ορμονοθεραπεία (όπως η αυξητική ορμόνη ή τα οιστρογόνα), η οποία χρησιμοποιείται κυρίως για τη θεραπεία της χαμηλής πυκνότητας οστού, είχε μικρή επίδραση στην αύξηση του σωματικού βάρους. Ωστόσο, αυτό το συμπέρασμα είναι αβέβαιο, καθώς ο κίνδυνος μεροληψίας και ετερογένειας στις μελέτες ήταν υψηλός (De Vos et al. 2014).

Επιπλέον, οι ασθενείς και οι φροντιστές έχουν ισχυρές απόψεις για το ποια μορφή θεραπείας είναι αποδεκτή. Για παράδειγμα, σε μια μελέτη που συνέκρινε τη θεραπεία εσωτερικού ασθενή με δύο μορφές υπηρεσιών εξωτερικών ασθενών, ένας μεγάλος αριθμός ασθενών (50%) δεν δέχτηκε περίθαλψη (Gowers et al. 2010). Επιπλέον, τα προβλήματα με την πρόσληψη και διατήρηση σε μελέτες με φαρμακολογικής παρέμβασης οδήγησαν σε διάλυση ή αναδιάρθρωση (Lock et al. 2012). Συνεπώς, η χαμηλή αποδοχή της φαρμακολογικής θεραπείας μεταφράζεται στα αποτελέσματα της δοκιμής που δεν είναι αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού στο σύνολό του.

3.1. Ψυχοθεραπεία

Σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες θεραπείας (Hay et al. 2014), τις συστηματικές ανασκοπήσεις (Lock et al. 2015) και τις πρόσφατες αναφορές (Schmidt et al. 2015, Zipfel et al. 2014), η ψυχοθεραπεία αντιπροσωπεύει τη θεραπεία επιλογής για τα άτομα με νευρική ανορεξία. Σε αντίθεση με τους εφήβους (για τους οποίους η οικογενειακή συμπεριφορική θεραπεία- FBT παράγει καλύτερα αποτελέσματα), καμία συγκεκριμένη μορφή ψυχοθεραπείας δεν έχει αποδειχθεί ακόμη για τους ενήλικες ασθενείς. Κατά συνέπεια, συνιστάται η προσέγγιση που συνδυάζει την αποκατάσταση βάρους και μια συγκεκριμένη ψυχοθεραπευτική αγωγή για τους ενήλικες, ενώ για τους έφηβους ασθενείς, πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στο FBT (Hay et al. 2014, Εμμανουηλίδου 2011).

Οικογενειακή θεραπεία (Family-based treatment FBT). Το FBT σχεδιάστηκε ως τριφασική θεραπεία. 24 συνεδρίες 1 ώρας παρέχονται για περίοδο ενός έτους. Η φάση I συνήθως περιλαμβάνει 8-10, συνήθως εβδομαδιαίες συνεδρίες. Εδώ η θεραπεία χαρακτηρίζεται από απόπειρες απαλλαγής των γονέων από την ευθύνη της πρόκλησης της διαταραχής και από το να τους συγχαρούν για τις θετικές πτυχές της γονιμότητάς τους. Οι οικογένειες ενθαρρύνονται να βρουν τον καλύτερο τρόπο για να βοηθήσουν στην αποκατάσταση του βάρους του παιδιού τους με νευρική ανορεξία. Η Φάση II (11-16 συνεδρίες) περιλαμβάνει γονείς που βοηθούν στη μετάβαση στον έλεγχο του σωματικού βάρους στο παιδί τους κατά τρόπο κατάλληλο για την ηλικία. Η φάση III (17-20 συνεδρίες) επικεντρώνεται στην εδραίωση μιας υγιούς σχέσης μεταξύ του ασθενούς και των γονέων (Lock et al. 2010).

Εστιακή ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία Focal psychodynamic psychotherapy. Το αρχικό εγχειρίδιο της εστιακής ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας (Von et al. 2014) σχεδιάστηκε ως ένα 40ωρο πρόγραμμα εξωτερικών ασθενών για ασθενείς με μέτρια νόσο με νευρική

ανορεξία (BMI > 15kg ανά m²). Δεδομένου ότι οι ασθενείς με νευρική ανορεξία αντιμετωπίζουν ερωτήματα ταυτότητας και ορίων, στην αρχή του προγράμματος εντοπίζονται ψυχοδυναμικά σχετικές εστίες χρησιμοποιώντας μια τυποποιημένη διαγνωστική συνέντευξη (λειτουργική, ψυχοδυναμική διαγνωστική συνέντευξη). Η πρώτη φάση της θεραπείας επικεντρώνεται κυρίως στη θεραπευτική συμμαχία, την προ-ανορεξική συμπεριφορά, τις συνθεσιακές πεποιθήσεις και την αυτοεκτίμηση. Στη δεύτερη φάση της θεραπείας, εστιάζεται κυρίως στις σχετικές σχέσεις και στη συσχέτιση μεταξύ διαπροσωπικών σχέσεων και συμπεριφοράς διατροφής (ανορεξίας). Οι συναφείς πτυχές της τρίτης και της τελικής φάσης της εστιακής ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας είναι η μεταφορά των αλληλεπιδράσεων μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή σε καταστάσεις καθημερινής ζωής, πρόβλεψη τερματισμού και αποκοπής θεραπείας. Πριν από κάθε περίοδο θεραπείας, αξιολογείται και τεκμηριώνεται το βάρος του ασθενούς (Εμμανουηλίδου 2011).

Ενισχυμένη θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς Enhanced cognitive-behavioural therapy. Σύμφωνα με το Fairburn, η ενισχυμένη θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς αναφέρεται σε μια «δια-διαγνωστική» εξατομικευμένη ψυχολογική θεραπεία για τις διατροφικές διαταραχές. Αναπτύχθηκε ως θεραπεία εξωτερικών ασθενών για ενήλικες, αλλά γίνεται και σε ημερήσιους ασθενείς και σε νέους. Παρόλο που αυτή η θεραπεία είναι μια ιδιαίτερα εξατομικευμένη θεραπεία, μπορεί να χωριστεί σε τέσσερα στάδια. Στο πρώτο στάδιο, εστιάζεται στην επίτευξη μιας αμοιβαίας κατανόησης του προβλήματος του ατόμου και τον βοηθά να τροποποιήσει και να σταθεροποιήσει το πρότυπο του φαγητού. Στο σύντομο, δεύτερο στάδιο, η πρόοδος επανεξετάζεται συστηματικά και γίνονται σχέδια για το κύριο σώμα θεραπείας. Το τρίτο στάδιο επικεντρώνεται στις διαδικασίες που διατηρούν το πρόβλημα του φαγητού του ατόμου (όπως η αντιμετώπιση των ανησυχιών για το σχήμα και την κατανάλωση). Στην τέταρτη φάση, η έμφαση μετατοπίζεται στο μέλλον, στο οποίο δίνεται έμφαση στην αντιμετώπιση των αποτυχιών και στη διατήρηση των αλλαγών που έχουν επιτευχθεί (Εμμανουηλίδου 2011).

Ειδική κλινική διαχείριση υποστήριξης -Specialist supportive clinical management. Η ειδική κλινική διαχείριση υποστήριξης (SSCM) σχεδιάστηκε ως μια ενεργή συγκριτική θεραπεία σε μια κλινική δοκιμή που πρέπει να παρασχεθεί από θεραπευτές με εμπειρία στη θεραπεία διαταραχών της διατροφής και να παρέχει μια τυποποιημένη μορφή συνήθους θεραπείας σε εξωτερικούς ασθενείς. Η SSCM συνδυάζει την κλινική διαχείριση - δηλαδή την παροχή πληροφοριών, συμβουλών και ενθάρρυνσης - με υποστηρικτική θεραπευτική μορφή και έχει σχεδιαστεί για να οικοδομήσει μια θετική θεραπευτική σχέση και να προωθήσει την

αλλαγή. Το περιεχόμενο της θεραπείας περιλαμβάνει την αξιολόγηση, ταυτοποίηση και τακτική επανεξέταση των συμπτωμάτων στόχων, την ψυχοεκπαίδευση, την παρακολούθηση της φυσικής κατάστασης, την καθιέρωση ενός εύρους βάρους στόχου και τη διατροφική εκπαίδευση και τις συμβουλές. Ο στόχος είναι να βοηθηθούν οι ασθενείς να κάνουν μια σύνδεση μεταξύ των κλινικών τους συμπτωμάτων και της ανώμαλης διατροφικής τους συμπεριφοράς και τους βάρους και να στηρίξουν τους ασθενείς σε μια σταδιακή επιστροφή στην κανονική κατανάλωση και το βάρος. Το πρόσθετο θεραπευτικό περιεχόμενο καθορίζεται από τον ασθενή (Εμμανουηλίδου 2011).

Μοντέλο Maudsley για θεραπεία ανορεξίας για ενήλικες. Το μοντέλο Maudsley της θεραπείας για ενήλικες με νευρική ανορεξία (MANTRA) είναι ένα μοντέλο εμπειρικό βασισμένο στη γνωστική-διαπροσωπική θεραπεία, η οποία προτείνει ότι τέσσερις παράγοντες συνδέονται με τα υποκείμενα ιδεοληπτικά χαρακτηριστικά (Schmidt et al. 2015). Αυτοί οι παράγοντες είναι: στυλ σκέψης που χαρακτηρίζεται από έλλειψη ευελιξίας, υπερβολική προσοχή στη λεπτομέρεια και φόβο να γίνει λάθος, διαταραχές στον κοινωνικό-συναισθηματικό τομέα (για παράδειγμα, αποφυγή συναισθηματικής εμπειρίας), θετικές πεποιθήσεις για το πώς βοηθάει το άτομο τη ζωή του, και άχρηστες απαντήσεις στενών φίλων και οικογενειών (για παράδειγμα, υπερβολική συμμετοχή, κριτική). Αυτοί οι παράγοντες στοχεύουν στη θεραπεία με στόχο τη βελτίωση του βάρους, της διατροφικής διαταραχής και άλλων συμπτωμάτων και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Το MANTRA έχει βασικές (προπαρασκευαστικές) και προαιρετικές ενότητες, όπως η οικοδόμηση μιας «μη ανορεξικής» ταυτότητας», αλλά η ατομική προσαρμογή της θεραπείας προκύπτει από την ευελιξία σχετικά με το πώς συνδυάζονται οι ενότητες και πόση έμφαση δίδεται. Η διατροφή και η διαχείριση άλλων συμπτωμάτων, οι πληροφορίες σχετικά με τις αλλαγές της συμπεριφοράς και οι συμβουλές δίνονται εάν ο ασθενής είναι ενθαρρυντικός για αυτό. Οι διαφορές από άλλες θεραπείες περιλαμβάνουν ότι αυτό το μοντέλο αναπτύχθηκε ειδικά για νευρική ανορεξία, βασίζεται σε βιολογικές και ψυχολογικές έρευνες και είναι προσαρμοσμένο στα χαρακτηριστικά ιδιοσυγκρασίας που είναι εμφανή σε άτομα με νευρική ανορεξία. Η MANTRA είναι επίσης μοναδική στη συμμετοχή των φροντιστών στη διαμόρφωση της στρατηγικής και στην θεραπεία.

Αποδεικτικά στοιχεία σε εφήβους. Συνολικά, 12 RCTs έχουν συγκρίνει διαφορετικές ψυχολογικές θεραπείες, συνοψίζοντας πληροφορίες από 1.060 εφήβους ασθενείς ≤ 18 ετών. Μια συστηματική ανασκόπηση του 2015 κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν σαφή και

αυξανόμενα αποδεικτικά στοιχεία που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα των FBT σε εφήβους με νευρική ανορεξία (Lock et al. 2015).

Οικογένειες και φροντιστές. Δεδομένης της επιβάρυνσης της νευρικής ανορεξίας για τις οικογένειες και τους φροντιστές και τα στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η αγωνία και οι συμπεριφορές των φροντιστών μπορούν (αθέλητα) να διατηρήσουν την ασθένεια (Treasure et al. 2013), αρκετές μελέτες έχουν δοκιμάσει παρεμβάσεις που στοχεύουν στους φροντιστές ενηλίκων με νευρική ανορεξία. Αυτά τα δεδομένα δείχνουν ότι τα αποτελέσματα φροντίδας (δυσφορία και μη βοηθητικές συμπεριφορές) μπορούν να βελτιωθούν και ότι αυτό με τη σειρά του μπορεί να επηρεάσει θετικά τις σχέσεις με τον ασθενή και τα κλινικά αποτελέσματα των ασθενών (Goddard et al. 2011, Grover et al. 2011, Hoyle et al. 2013). Οι φροντιστές λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους, ιδίως εκείνους που σχετίζονται με την κοινωνική λειτουργία. Διδάσκονται πώς να «κάνουν ένα βήμα πίσω» από τις συναισθηματικά καθοδηγούμενες συμπεριφορές που διατηρούν την ασθένεια (όπως η κριτική, η υπερπροστασία, η διευκόλυνση και η δυνατότητα συμπεριφοράς). Τέλος, διδάσκονται δεξιότητες θετικών στρατηγικών επικοινωνίας και αλλαγής συμπεριφοράς.

3.2. Φαρμακοθεραπεία

Η φαρμακοθεραπεία έχει δευτερεύοντα ρόλο στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας και δεν πρέπει να θεωρείται ως μοναδική ή πρωτογενής παρέμβαση (Hay et al. 2014). Έχουν διεξαχθεί πληθώρα μελετών όπως οι κατευθυντήριες οδηγίες του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Φροντίδας Υγείας (NICE), από την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση (APA) και εκτεταμένες αναθεωρήσεις που καλύπτουν θεραπείες βασισμένες στην τεκμηρίωση για την νευρική ανορεξία (Watson et al. 2013, Hay et al. 2012) συμπεριλαμβανομένων μετά-αναλυτικών μελετών σχετικά με τις επιδράσεις της φαρμακοθεραπείας (De Vos et al. 2014) έχουν διεξαχθεί. Ενημερώσεις της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Συλλόγων Βιολογικής Ψυχιατρικής (Aigner et al. 2011) και το Κολέγιο της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας (Hay, 2014) που περιλαμβάνουν οδηγίες ψυχιάτρων για διατροφικές διαταραχές έχουν επίσης δημοσιευθεί.

Οι θεραπείες φαρμάκων αποσκοπούσαν κυρίως στη διευκόλυνση της αύξησης του σωματικού βάρους και στη μείωση των κεντρικών ανησυχιών και συμπεριφορών ή σε κάποια διάθεση ή ψυχαναγκαστική συννοσηρότητα με την νευρική ανορεξία - είτε στην οξεία φάση είτε ως μορφή πρόληψης υποτροπών μετά την αποκατάσταση του βάρους (Εμμανουηλίδου 2011). Το σκεπτικό για τη χρήση ψυχοτρόπων παραγόντων για τη θεραπεία ασθενών με

νευρική ανορεξία βασίζεται στην υπόθεση ότι τα υποκείμενα χαρακτηριστικά (δηλαδή, καταναγκασμός, άγχος και κατάθλιψη) και συννοσηρότητα με διάθεση ή ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές μπορεί να προκληθούν από κοινούς νευροβιολογικούς και ή γενετικούς παράγοντες κινδύνου που ανταποκρίνονται με παρόμοιο τρόπο με τη θεραπεία (Pizarro et al. 2014).

Έχουν αναφερθεί αρνητικά ευρήματα για τους περισσότερους παράγοντες ή κατηγορίες φαρμάκων. Τα διαθέσιμα αποδεικτικά στοιχεία περιορίζονται από μικρές, ανεπαρκείς και χρονικά περιορισμένες δοκιμές. Τα δείγματα τείνουν να μην είναι στρωματοποιημένα με υποτύπους ή συννοσηρότητες, η συμμόρφωση με το φάρμακο δεν δηλώνεται συστηματικά. Το αρχικό ενδιαφέρον για την αντικαταθλιπτική αγωγή μειώθηκε μετά τα απογοητευτικά ευρήματα από τις μελέτες με οξεία νευρική ανορεξία και τη συντήρηση φάσεων της ασθένειας. Η εμφάνιση αντιψυχωσικών δευτέρων γενεών με τις δυνατότητές τους να ρυθμίσουν τη σεροτονινεργική και ντοπαμινεργική ανισορροπία θα έχουν ενδιαφέρον για τη χρήση αυτού του είδους ναρκωτικών. Κατά την τελευταία δεκαετία, 5 RCTs έχουν δοκιμάσει ολανζαπίνη (2 RCTs) (Attia et al. 2011, Kafantaris et al. 2011), quetiapine (2 RCT) (Court et al. 2010, Powers et al. 2012) και ρισπεριδόνη (1 RCT) (Hagman et al. 2011). Ωστόσο, 3 μετα-αναλύσεις έχουν δείξει ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία ότι τα αντιψυχωσικά βελτιώνουν την αύξηση του σωματικού βάρους ή μειώνουν τα συμπτώματα της διαταραχής της διατροφής (Kish et al. 2012, Lebow et al. 2013, Dold et al. 2015). Έτσι, επί του παρόντος, δεν υπάρχει φαρμακολογική θεραπεία βασισμένη σε αποδεικτικά στοιχεία που να δείχνει μακροπρόθεσμα οφέλη για τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας (Hay et al. 2014, Watson et al. 2013, Hay et al. 2012) αν και είναι πιθανό μια υποομάδα ασθενών να ωφεληθεί με τη μορφή κάποιας μείωσης των συμπτωμάτων (Dold et al. 2015).

Από κλινική άποψη, η χρήση αντιψυχωτικών ή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων θα πρέπει να είναι ισορροπημένη για δυνητικά χρήσιμες και επιβλαβείς επιδράσεις (Fava et al. 2014) και οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται και να παρακολουθούνται στενά. Πράγματι, η κακή διατροφική τους κατάσταση τους καθιστά ήδη ασθενείς με αυξημένο ιατρικό κίνδυνο και πιο ευαίσθητοι στις ανεπιθύμητες ενέργειες αυτών των φαρμάκων, όπως καρδιακός κίνδυνος, καταστολή, κόπωση, υπνηλία, αύξηση των επιπέδων της προλακτίνης, νηστεία ινσουλίνης και γλυκόζης, (Hay et al. 2014, Kishi et al. 2012, Attia et al. 2011, Kafantaris et al. 2011, Powers et al. 2012, Hagman et al. 2011).

3.3 Αποτελέσματα Θεραπείας

Σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση βασισμένη σε 36 μελέτες, τα τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας ήταν 5.86 για την νευρική ανορεξία. Τα ποσοστά θνησιμότητας για την νευρική ανορεξία έδειξαν σημαντική συσχέτιση με την ηλικία αλλά όχι με τον ΔΜΣ, υπογραμμίζοντας τον κίνδυνο μιας μακροχρόνιας ασθένειας (Goldstein et al. 2011).

Η σοβαρότητα και οι φυσικές συνέπειες εξαρτώνται από την έκταση και την ταχύτητα της απώλειας βάρους, τη διάρκεια της διατροφικής διαταραχής, την ένταση και την ηλικία του ασθενούς (Herpertz-Dahlmann 2015). Μια φινλανδική μελέτη αξιολόγησε τη θνησιμότητα, την ανάκαμψη και τα κοινωνικοδημογραφικά αποτελέσματα ατόμων με νευρική ανορεξία. Οι γυναίκες παρακολούθηθηκαν για 10 χρόνια μετά τη διαγνωστική αξιολόγηση (μέση ηλικία στην παρακολούθηση 34 έτη, n = 2188). Έδειξαν ότι η μακροπρόθεσμη πρόβλεψη της νευρικής ανορεξίας ήταν πολλά υποσχόμενη. Η αποκατάσταση βάρους είναι συνηθισμένη και τα κοινωνικοδημογραφικά αποτελέσματα ήταν γενικά ευνοϊκά. Ωστόσο, οι γυναίκες με ιστορικό νευρικής ανορεξίας μπορεί να είναι λιγότερο πιθανό να έχουν παιδιά (Arcelus 2011). Η αυτοκτονία είναι ένας από τους σημαντικότερους λόγους πρόωρου θανάτου στα άτομα με νευρική ανορεξία. Αν και η αυτοκτονία είναι πολύ χαμηλότερη σε εφήβους με νευρική ανορεξία από ό, τι στον ενήλικα, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης, και της διάρκειας της ασθένειας (Fennig 2010, Bühren 2014).

3.4. Ποιότητα ζωής

Η ποιότητα ζωής είναι μια υποκειμενική μέτρηση που αναγνωρίστηκε αρχικά σε ασθενείς με νευρική ανορεξία στα μέσα της δεκαετίας του 1990. Οι ερευνητές τόνισαν την ανάγκη συγκρίσιμων δεδομένων σε διάφορες ομάδες ασθενών για την αξιολόγηση θεραπειών και την παροχή προτεραιότητας στην υγειονομική περίθαλψη. Παρόλο που στην πρώιμη φάση της νευρικής ανορεξίας δεν έχει τεκμηριωθεί καμία υποκειμενική βλάβη στην ποιότητα ζωής, μακροπρόθεσμα, οι σωματικές και ψυχοκοινωνικές επιδράσεις καθίστανται περισσότερο μειονεκτικές και αυτό, ως εκ τούτου, γίνεται ένας σημαντικός στόχος θεραπείας (Εμμανουηλίδου 2011, Bamford et al. 2015).

Το συνηθέστερα χρησιμοποιούμενο γενικό εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι η Έρευνα Υγείας Short-36 (SF-36), η οποία έχει σωματική και ψυχική διάσταση. Τα αποτελέσματα του SF-36 των ασθενών με νευρική ανορεξία είναι χαμηλότερα - ιδιαίτερα στον ψυχικό τομέα - από τον γενικό πληθυσμό και είναι παρόμοια με αυτή που μετράται σε ασθενείς με κλινική κατάθλιψη. Πράγματι, η ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νευρική ανορεξία

αντιστοιχεί σε ασθενείς με άλλες μορφές διατροφικών διαταραχών. Η σοβαρότητα, η χρονικότητα και η προθυμία για αλλαγή έχουν βρεθεί ότι είναι αξιόπιστοι προγνωστικοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με νευρική ανορεξία (Sy et al. 2013).

Οι ευρύτερες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της νευρικής ανορεξίας μακροπρόθεσμα μπορούν να εκτιμηθούν χρησιμοποιώντας μέσα όπως τα μητρώα περιπτώσεων. Η αποθάρρυνση των μακροπρόθεσμων στοιχείων παρακολούθησης των ψυχοκοινωνικών αποτελεσμάτων αναφέρθηκε στη δεκαετία του '90. Μόνο τα μισά από τα άτομα είχαν παντρευτεί και ένα μικρότερο ποσοστό είχαν παιδιά από εκείνα χωρίς νευρική ανορεξία. Έχει παρατηρηθεί χαμηλότερο βάρος γέννησης στα παιδιά των πρώην ασθενών με νευρική ανορεξία σε σχέση με τα παιδιά που γεννήθηκαν από μη υγιείς γονείς. Αντίθετα, πρόσφατες αναφορές για την αναπαραγωγή δείχνουν φυσιολογική γονιμότητα και γεννήσεις σε πρώην ασθενείς.

Επιπλέον, η απασχόληση έχει αποδειχθεί ότι είναι ένα ενημερωτικό ψυχοκοινωνικό μέτρο έκβασης. Οι μελέτες καταγραφής έχουν αναφέρει ότι > 20% των γυναικών και το 10% των ανδρών με ιστορικό νοσηλείας σε νοσοκομείο είχαν οικονομική εξάρτηση από την κοινωνία (ευημερία) σε μακροπρόθεσμη αξιολόγηση παρακολούθησης. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι το 25% των γυναικών ασθενών δεν είχαν μισθωτή απασχόληση λόγω ψυχιατρικής αναπηρίας στην 18ετή παρακολούθηση. Επιπλέον, η ψυχιατρική θνησιμότητα συνέχισε να είναι διαδεδομένη, ακόμη και αν τα περισσότερα άτομα είχαν αναρρώσει από την διατροφική διαταραχή αυτή καθαυτή. Κατά την περίοδο των 18 ετών, τα άτομα αυτά εξακολούθησαν να επιδεικνύουν ανεπαρκή αποτελέσματα όσον αφορά τους τομείς ψυχοσυναισθηματικής, κοινωνικής λειτουργίας και απασχόλησης. Τα άτομα με τα φτωχότερα ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα εμφάνισαν επίσης διαρκείς ιδιότητες φάσματος αυτισμού (Nielsen et al. 2015).

Τα αποτελέσματα σχετικά με την σωματική νοσηρότητα είναι σημαντικά για την ποιότητα ζωής. Η οστεοπόρωση είναι γνωστό επακόλουθο της νευρικής ανορεξίας και μπορεί να προκαλέσει επώδυνες και αισθητικές επιπλοκές λόγω σπονδυλικής συμπίεσης. Η κακή οδοντιατρική κατάσταση και η γαστρεντερική νοσηρότητα μπορούν επίσης να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής.

Ο τυποποιημένος λόγος θνησιμότητας (SMR), ο οποίος είναι ο λόγος των παρατηρούμενων θανάτων, σε παλαιότερες αναφορές ήταν >9 στον πληθυσμό των ασθενών

με νευρική ανορεξία, αλλά πρόσφατες μελέτες ανέφεραν μια SMR ~ 5 (Arcelus et al. 2011). Τα ποσοστά θνησιμότητας για άτομα με νευρική ανορεξία είναι πολύ υψηλότερα από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της σχιζοφρένειας και της κατάθλιψης (Arcelus et al. 2011). Η ηλικία και ο χαμηλός ΔΜΣ κατά την παρουσίαση, η κατάχρηση οινόπνευματος, το ιστορικό νοσηλείας και η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι ισχυροί παράγοντες πρόβλεψης της θνησιμότητας. Πράγματι, η αυτοκτονία αντιπροσωπεύει το 20-30% των θανάτων σε αυτούς με νευρική ανορεξία (Arcelus et al. 2011).

Κεφάλαιο 4: Νευρική ανορεξία - Προκλήσεις της νοσηλευτικής φροντίδας

Παρά το γεγονός ότι η νευρική ανορεξία είναι ευρέως διερευνημένο θέμα, έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει περιορισμένη έρευνα σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό προσωπικό στην φροντίδα για τον έφηβο με νευρική ανορεξία. Παρακάτω παρουσιάζονται τέσσερα κεραία σημασία για την σχέση μεταξύ ασθενή με νευρική ανορεξία και νοσηλευτικό προσωπικό.

4.1. Τα βασικά στοιχεία μιας σχέσης

Αυτό το θέμα σχετίζεται με παράγοντες που αποτελούν την ουσία για την εδραίωση μιας σχέσης, καθώς προωθούν μια συνεργασία μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενούς και της διαδικασίας υγείας του ασθενούς. Αυτό είναι το κυρίαρχο θέμα για τα ακόλουθα τρία επιμέρους θέματα: α) αισθήματα αλληλεγγύης, συμμετοχής και ισότητας, β) διαφάνειας, ακεραιότητας και ειλικρίνειας, και γ) εμπιστοσύνη και ασφάλεια.

Αισθήματα Αλληλεγγύης, Συμμετοχής και Ισότητας

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

επαγγελματική ισορροπία όσον αφορά το βαθμό στον οποίο οι νοσηλευτές θα μπορούσαν να μοιράζονται πληροφορίες για τον εαυτό τους.

Διαφάνεια, ακεραιότητα και τιμιότητα

Οι πτυχές της διαφάνειας, της ακεραιότητας και της ειλικρίνειας αναγνωρίστηκαν ως ζωτικής σημασίας για την εδραίωση μιας σχέσης (Sly et al. 2014, Wright και Hacking 2012, Zugai et al. 2012) Η γνήσια δέσμευση των νοσηλευτών, η αίσθηση ότι δεν ήταν απλώς για «να κάνουν την δουλειά τους», συνέβαλαν στην αίσθηση ασφάλειας των ασθενών (Gulliksen et al., 2012, Pemperton and Fox 2011, Wright and Hacking 2012, Zugai et al. 2012). Στη μελέτη του Pemperton και του Fox (2011), οι συγγραφείς αναφέρουν ότι παρόλο που οι νοσηλευτές έδειξαν ενσυναίσθηση και επιθυμία να επικυρώσουν τα συναισθήματα του ασθενούς, μόνο όταν οι νοσηλευτές έδειξαν πραγματικά μια δέσμευση οι ασθενείς ένοιωθαν πραγματική φροντίδα. Η δέσμευση αυτή επέτρεψε στον ασθενή να βλέπει πέρα από το ρόλο του νοσηλευτή όχι μόνο ως επαγγελματία, αλλά κάποιος ο οποίος προώθησε μια ατομική και μοναδική σχέση (Pemperton and Fox 2011, Zugai et al., 2012). Αντίθετα, σε καταστάσεις όπου οι νοσηλευτές δεν κατάφεραν να επιδείξουν τέτοια δέσμευση και γνησιότητα, είχαν ως αποτέλεσμα την αίσθηση «εμείς εναντίον των ασθενών» (Pemperton and Fox 2011). Ένα ανοικτό και γνήσιο ενδιαφέρον για τις δυσκολίες των ασθενών που βασίστηκε σε συζητήσεις επικεντρωμένες στον ασθενή υπογραμμίστηκε σε αρκετές μελέτες ως σημαντικές για τη σχέση (Gulliksen et al., 2012, Offord et al., 2006, Sly et al., 2014). Εάν οι ασθενείς μπόρεσαν να μοιραστούν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους με τους νοσηλευτές, η συζήτηση θεωρήθηκε ότι βοηθούσε τον ασθενή να προχωρήσει στη διαδικασία της θεραπείας (Bakker et al., 2011).

Εμπιστοσύνη και ασφάλεια

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

4.2. Ο ασθενής στο επίκεντρο

Το θέμα αυτό βασίζεται στην ικανότητα των νοσηλευτών να διαχωρίζουν τη διάγνωση ενός ασθενούς από αυτούς ως άτομα. Μελέτες υποδεικνύουν ότι οι νοσηλευτές δεν πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στις φυσικές πτυχές της ασθένειας αλλά στην ψυχολογική. Τα δύο υπό-θέματα συνδέονται με ένα θέμα: α) βλέποντας το άτομο πίσω από τη διάγνωση και β) βρίσκοντας μια ισορροπία μεταξύ φυσικών και ψυχολογικών ζητημάτων.

Βλέποντας το πρόσωπο πίσω από τη διάγνωση

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

Ισορροπία μεταξύ φυσικής και ψυχολογικής

Αρκετές μελέτες τόνισαν την αδυναμία των νοσηλευτών να δώσουν προσοχή στις ανάγκες των ασθενών για ψυχολογική στήριξη στον ίδιο βαθμό όπως και στα φυσικά ζητήματα (Jenkins and Ogden 2011, Pemperton and Fox 2011). Η μη ισορροπημένη εστίαση εμπόδιζε τη σχέση, καθώς οι ασθενείς αντιλαμβάνονταν ότι οι νοσηλευτές δεν ήθελαν να υποστηρίξουν όλες τις ανάγκες τους, αλλά μάλλον είδαν μόνο το στόχο των ασθενών να φτάσουν σε κάποιο βάρος (Pemperton and Fox 2011). Το αίσθημα απώλειας ελέγχου εξαιτίας της αύξησης του σωματικού βάρους και της έλλειψης ψυχολογικής υποστήριξης ενίσχυσε τις ανορεξικές συμπεριφορές.

4.3. Απόψεις των νοσηλευτών

Ένα σημαντικό θέμα είναι ο τρόπος που οι νοσηλευτές προσέγγισαν τους ασθενείς. Αυτές οι απόψεις των νοσηλευτών θεωρήθηκαν ως κλειδιά για την προώθηση μιας σχέσης και την παροχή βοήθειας στους ασθενείς στις διαδικασίες ανάκαμψης τους. Ο νοσηλευτής περιγράφηκε ως πρότυπο για την καθιέρωση κανόνων και ευθυνών στη ζωή του ασθενούς. Οι νοοτροπίες των νοσηλευτών είναι το κυρίαρχο θέμα για τα ακόλουθα τρία θέματα: α) το κίνητρο και την ελπίδα, β) τη διατήρηση της δομής, της ευθύνης και της κανονικότητας και γ) την παρουσία και τη διαθεσιμότητα.

Κίνητρο και ελπίδα

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

Διατήρηση της δομής, της ευθύνης και της κανονικότητας

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

των νοσηλευτών οι ασθενείς την βίωσαν θετικά και ενίσχυσε την αίσθηση ότι οι νοσηλευτές ήταν εκεί γι' αυτούς (Gulliksen et al., 2012).

Παρουσία και Διαθεσιμότητα

Πολλές μελέτες υπογράμμισαν ότι η παρουσία και η διαθεσιμότητα του νοσηλευτή ήταν απαραίτητες για τη σχέση (Wright and Hacking 2012). Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της μεταγενέστερης φάσης της διαδικασίας ανάκαμψης, ήταν απαραίτητο οι νοσηλευτές να μπορούν να βρουν μια ισορροπία μεταξύ της εγγύτητας και της απόστασης, προκειμένου να βοηθήσουν τον ασθενή να προχωρήσει και να κάνει πιο ανεξάρτητες επιλογές σχετικά με την πρόσληψη τροφής και τα γεύματα (Bakker et al. 2011). Καθώς οι νοσηλευτές έγιναν λιγότερο παρούσες στις μεταγενέστερες φάσεις, οι ασθενείς ένιωθαν κίνητρα και ασφάλεια και αυτό ενίσχυσε την αυτοεκτίμηση και τα αισθήματα της ανεξαρτησίας των ασθενών. Παρ' όλα αυτά, καθώς μειώθηκε η παρουσία των νοσηλευτών, αυτό θεωρήθηκε ότι συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο ύφεσης (Bakker et al., 2011).

4.4. Γνώσεις

Το τελευταίο θέμα περιλαμβάνει τη γνώση και κατανόηση των νοσηλευτών από την ασθένεια, αλλά και τις αντιλήψεις των ασθενών για την ασθένεια ως κρίσιμες πτυχές των σχέσεων. Το θέμα εξετάζει πτυχές όπως η γνώση και η κατανόηση και η ικανότητα διαχείρισης και αναγνώρισης συναισθημάτων. Αυτό περιελάμβανε την ικανότητα του νοσηλευτή να παρέχει υποστήριξη στους ασθενείς και να τους βοηθά να εντοπίζουν, να κατανοούν και να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους. Το θέμα χωρίστηκε σε δύο υπό-θέματα: α) κατανόηση, εμπειρία και γνώση και β) συναισθηματική διαχείριση και αναγνώριση.

Κατανόηση, εμπειρία και γνώση

Η έλλειψη γνώσης για την ασθένεια συχνά οδηγεί σε ασυνέπεια και αμφισημία στη σχέση - σε αντίθεση με τη συνοχή και τη δομή που διαφορετικά θεωρούνταν σημαντική για τη σχέση. Οι συλλογικές αλληλεπιδράσεις και η ανταλλαγή σχετικών προβλημάτων με άλλους νοσηλευτές με βάση την εμπειρία και τη γνώση τους θεωρήθηκε ότι είναι χρήσιμες για την ανάπτυξη σχέσεων με τους ασθενείς. Η έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους θεωρήθηκε ότι παρεμποδίζει τις σχέσεις με τους ασθενείς. Η πτυχή των εμπειριών των νοσηλευτών εξετάστηκε επίσης από την πλευρά του ασθενούς. Η έλλειψη γνώσης θα μπορούσε να οδηγήσει σε μια αντίληψη μεταξύ των νοσηλευτών ότι οι ίδιοι οι ασθενείς ήταν υπεύθυνοι για την ασθένεια. Τέτοιες στάσεις απέναντι στις διατροφικές διαταραχές

συνεπαγόταν ότι οι νοσηλευτές πραγματοποίησαν εργασίες ρουτίνας. Με τη σειρά τους, οι ασθενείς θεωρήθηκαν επαναστατικοί, γεγονός που ενίσχυσε τον αγώνα εξουσίας και εμπόδιζε τη σχέση. Αντίθετα, οι Bakker et al. (2011) υπογράμμισε τη σημασία της ικανότητας να καταδείξει την κατανόηση της ασθένειας, αλλά ταυτόχρονα τόνισε ότι οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν τη γνώση και την ικανότητα να συζητούν ανοιχτά θέματα.

Συναισθηματική διαχείριση και αναγνώριση

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

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

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

Κεφαλαίο 5: Νοσηλευτική Διεργασία

5.1. Ορισμός Νοσηλευτικής Διεργασίας

Είναι μία συστηματική και δυναμική διαδικασία ή ένα σύνολο ενεργειών που εστιάζεται σε στόχους και δραστηριότητες, οι οποίες είναι αλληλένδετες και χρησιμοποιείται από τον νοσηλευτή έτσι ώστε να καθορίσει, να σχεδιάσει και να εφαρμόσει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία στοχεύει στην επίτευξη των στόχων.

Συνοπτικά, η νοσηλευτική διεργασία είναι:

- Σειρά προγραμματισμένων ενεργειών.
- Μέθοδος σχεδιασμού και παροχής.
- Μέθοδος επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων.
- Επιστημονικά βασισμένη για την κατανόηση των ανθρώπινων αναγκών και προβλημάτων.
- Μια συστηματική επικεντρωμένη στον ασθενή, προσανατολισμένη μέθοδος φροντίδας για να παρέχει ένα πλαίσιο εργασίας στους νοσηλευτές.

Χαρακτηριστικά νοσηλευτικής Διεργασίας

- Κυκλική και δυναμική.
- Επικεντρώνεται σε στόχους και στο άτομο .
- Διαπροσωπική και συνεργατική.
- Εφαρμόζονται παντού (κοινότητα, νοσοκομείο).
- Συστηματική.
- Ομαλή, βήμα προς βήμα διαδικασία.
- Ο ασθενής αξιολογείται.
- Τα δεδομένα συλλέγονται και αναλύονται.
- Το σχέδιο φροντίδας καθορίζεται και τίθεται σε εφαρμογή.
- Ο ασθενής παρακολουθείται και αξιολογείται.
- Το πλάνο φροντίδας τροποποιείται όπως απαιτείται.
- Είναι ανθρωποκεντρική.
- Βοηθά να προγραμματίσετε ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς.
- Ο ασθενής συμμετέχει.

- Προωθεί την συνεργασία.
- Επικεντρώνεται σε στόχους.
- Είναι εξατομικευμένη .
- Οι δραστηριότητες είναι αλληλένδετες και δυναμικές.

Στάδια νοσηλευτικής Διεργασίας:

1. Αξιολόγηση

Έχει σχέση με την αξιολόγηση της κατάστασης των ατόμων οι οποίοι πάσχουν από ψυχική νόσο και στοχεύει στην δημιουργία μιας βάσης από στοιχεία όσον αφορά το άτομο, την οικογένεια ή την κοινότητα (κοινωνικό περιβάλλον και εργασιακό περιβάλλον).

Η μέθοδος που ακολουθείται για την καλύτερη εκτίμηση της αξιολόγησης περιλαμβάνει:

- Την παρατήρηση της συμπεριφοράς των συναισθημάτων, των γνωστικών αντικειμένων, των διαπροσωπικών σχέσεων και της φυσιολογικής λειτουργικότητας του ατόμου.
- Την καταγραφή του τρόπου με τον οποίο το άτομο που νοσεί αλλά και το οικογενειακό του περιβάλλον αντιλαμβάνεται το παρόν ψυχιατρικό πρόβλημα , πραγματοποιείται καταγραφή ατομικού και οικογενειακού ιστορικού και των θρησκευτικών πεποιθήσεων, των πολιτισμικών του παρεμβάσεων καθώς την δυναμη και την ικανότητα του ατόμου.
- Την εξέταση των ψυχικών λειτουργιών, με βάση την οποία γίνεται συγκέντρωση των πληροφοριών όσον αφορά την εξωτερική εμφάνιση, την ψυχοκινητική δραστηριότητα, την άρθρωση του λόγου και της εκφραστικότητας, την συναισθηματική του κατάσταση αλλά και το γνωστικό του επίπεδο.
- Την σωματική εξέταση. (Hogan M., 2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις)

2. Διάγνωση

Είναι μια κλινική κρίση για την ανταπόκριση του ατόμου, της οικογένειας της κοινότητας για τα πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας. Περιγράφει ένα πρόβλημα υγείας και παρέχει τις βάσεις για την επιλογή της νοσηλευτικής παρέμβασης και περιλαμβάνει την ανάλυση των δεδομένων και την διαπίστωση των αναγκών και των προβλημάτων.

Τα κυριότερα τρία στοιχεία της νοσηλευτικής διάγνωσης :

- “που έχει σχέση με...”,
- “που οφείλεται σε...”
- “που σχετίζεται με ...”.

Τύποι Νοσηλευτικής Διάγνωσης

1. Πραγματική (ρεαλιστική) νοσηλευτική διάγνωση. Αντιπροσωπεύει ένα πρόβλημα που έχει επικυρωθεί από την παρουσία των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων, όπως για π.χ. μειωμένη φυσική κινητικότητα, κόπωση, αναποτελεσματική αναπνοή (δύσπνοια)
2. Αυξημένου κινδύνου νοσηλευτική διάγνωση. Ένα άτομο, οικογένεια, ή κοινότητα είναι πιο ευάλωτη για την ανάπτυξη του προβλήματος.
3. Πιθανή νοσηλευτική διάγνωση. Δηλώσεις που περιγράφουν ένα ύποπτο πρόβλημα, π.χ. χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση.
4. Διάγνωση ευεξίας. Χαρακτηρίζεται με μετάβαση από συγκεκριμένο επίπεδο ευεξίας σε ένα υψηλότερο επίπεδο, π.χ. ετοιμότητα για ενίσχυση της υγείας, ή ετοιμότητα για την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης.
5. Σύνδρομο νοσηλευτικής διάγνωσης. Σύμπλεγμα πραγματικής ή αυξημένου κινδύνου νοσηλευτικής διάγνωσης (υποψία εμφάνισης νόσου σύμφωνα με ορισμένες εκδηλώσεις.) (Hogan M., 2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις)

3. Προγραμματισμός (Σχεδιασμός)

Περιλαμβάνει την κατάλληλη στρατηγική επιδιώκοντας την επίτευξη των στόχων που έχουν προγραμματιστεί για την φροντίδα του αρρώστου. Αρχικά, είναι απαραίτητη η εξασφάλιση της σωματικής ακεραιότητας του ατόμου και του περιβάλλοντος που

περιστρέφεται και των σωματικών του αναγκών που περιλαμβάνουν την αξιολόγηση του ατόμου ως προς την κριτική ικανότητα, τον κίνδυνο αυτοτραυματισμού, την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς ή του αυτοκτονικού ιδεασμού. Στην συνέχεια γίνεται η σχετική αναφορά ως προς τον βαθμό επικυδυνότητας και οι στόχοι που έχουν προγραμματιστεί γίνονται κάτω από συμφωνία με τον θεραπευόμενο. (Hogan M., 2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις)

4. Εφαρμογή

Είναι η διεξαγωγή παρεμβάσεων που κατευθύνονται προς την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Γίνεται με την εργασία από κοινού με τον ασθενή και τα άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας. Υπάρχει περίπτωση να συμβεί η εξής ιδιαίζουσα περίπτωση: Ο νοσηλευτής να έχει τις επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες για να σχεδιάσει και να υλοποιήσει το σχέδιο φροντίδας, αλλά φτάνοντας στο στάδιο της εφαρμογής να μην μπορεί να πραγματοποιήσει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις είτε λόγω έλλειψης αυτονομίας (έλλειψη πρωτοβουλιών) που θα σχετίζεται με το βιο-ιατρικό μοντέλο παροχής φροντίδας που επικρατεί στην Χώρα μας (στο οποίο οι γιατροί ελέγχουν απόλυτα τόσο την θεραπεία των ασθενών όσο και την φροντίδα τους γενικότερα) είτε λόγω έλλειψης εξουσίας που θα οφείλεται πιθανώς στα νοσηλευτικά επαγγελματικά δικαιώματα και την νοσηλευτική δεοντολογία. (Hogan M., 2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις)

5. Εκτίμηση

Ολοκληρώνει τον κύκλο της νοσηλευτικής διεργασίας. Είναι απαραίτητη έτσι ώστε ο νοσηλευτής και ο ασθενής να επαναξετάσουν τα ακόλουθα:

- Την πρόοδο του ατόμου.
- Την επίτευξη ή όχι των επιθυμητών αποτελεσμάτων .
- Την ανάγκη για περαιτέρω περίθαλψη.
- Για τυχόν απροσδόκητα αποτελέσματα ή ανικανοποίητες ανάγκες που δεν συμπεριλήφθησαν κατά την αξιολόγηση.

Χαρακτηριστικά εκτίμησης

- Ο ασθενής αξιολογείται.
- Το σχέδιο φροντίδας αξιολογείται.
- Προσδιορίζεται η επίτευξη του στόχου(επιτεύχθηκαν η όχι).
- Αναγνωρίζονται γνωστικές δεξιότητες.
- Μετάμε κατά πόσο ο ασθενής έχει επιθυμητά αποτελέσματα και είναι η τελική φάση της νοσηλευτικής διεργασίας και συμβαίνει όποτε ο νοσηλευτής αλληλεπιδρά με τον ασθενή.
- Προσδιορίζουμε τους παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία ή την αποτυχία των αποτελεσμάτων.
- Τροποποίηση του σχεδίου φροντίδας, εάν ενδείκνυται.(Hogan M., 2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις)

Υποκειμενικά στοιχεία

- Θεωρούνε τον εαυτό τους υπέρβαρο ανεξάρτητα απο το πόσο λεπτοί είναι.
- Συλλέγουν βιβλία μαγειρικής και μαγειρεύουν σε άλλους αλλά οι ίδιοι δεν τρώνε τίποτα.
- Αρνούνται ότι έχουν πρόβλημα βάρους και επιμένουν ότι ποτέ τους δεν ένιωσαν καλύτερα.
- Νιώθουν ισχυροί δυνατοί και ωραίοι κάτι που είναι ένδειξη άρνησης.

Αντικειμενικά στοιχεία

- Στον σωματικό τομέα ο πάσχοντας παρουσιάζει σημάδια υποσιτισμού. Παρατηρούνται αλλοιώσεις δέρματος (π.χ.ξηρό λεπιδώδης και γκριζωτό δέρμα και ρυτίδες) και των νυχιών (εύθραστα και ραμβωτά).
- Η διακοπή της έμμυνος ρύσης μπορεί να εμφανιστεί και πριν ακόμα ελλατωθεί το βάρος και η επανεμφανισή της μπορεί και να καθυστερήσει ακόμα και αν ο πάσχων επανέλθει στο φυσιολογικό βάρος.
- Η τριχόπτωση είναι εμφανής και τα μαλλιά του πάσχοντος είναι μαλακά και αδύναμα.
- Κάνουμε αξιολόγηση των προτύπων διατροφής:
- πόσο πολύ και πόσο συχνά τρώει ο πάσχων.

- Ποιές τροφές καταναλώνει.
- Συναισθήματα γύρω από τις διατροφικές του συνήθειες.
- Επίπτωση των διατροφικών του συνηθειών στις καθημερινές του δραστηριότητες.
- Επίπεδο ελέγχου σε άλλες περιοχές όπως χρήση φαρμάκων,ναρκωτικών.ψευδολογίας και κλοπής.
- Εκτίμηση του επιπέδου δραστηριότητας για την ύπαρξη έντονης άσκησης.

Εκτίμηση της οικογένειας

Γίνεται εκτίμηση της οικογένειας στις:

- Στις λειτουργικές ικανότητες και ικανότητα επίλυσης του προβλήματος.
- Οικογενειακά πρότυπα γύρω από τις διατροφικές συνήθειες
- Ικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων.
- Αντιδράσεις στην διατροφική συμπεριφορά και στο βάρος του ασθενή.

5.2. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Γενικές παρεμβάσεις στις διατροφικές διαταραχές

- Ενημέρωση του ασθενή για τα υγιη πρότυπα διατροφης και επικέντρωση ενδιαφέροντος στην συμπεριφορά και όχι στο βάρος σώματος.
- Εγκαθίδρυση σχέσεως εμπιστοσύνης:ακρόαση με ενσυναίσθηση και αποφυγή επικρίσεων ή συγκρούσεων με τον ασθενή.
- Διερεύνηση οικογενειακών ζητημάτων με τον ασθενη και την οικογένεια.
- Τακτικός έλεγχος του ασθενή για διαπίστωση τύχων τάσεων αυτοκτονίας.
- Προώθηση των κοινωνικών σχέσεων, έτσι ώστε να αποκατασταθεί η έκπτωτη κοινωνική λειτουργικότητα και να περιοριστεί η απομόνωση.

Συγκεκριμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με νευρογενή ανορεξία

- Διαμόρφωση ενός ατομικού προγράμματος διατροφής για την απόκτηση σταθερού βάρους ανά εβδομάδα.
- Καθημερινός έλεγχος ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, αναπνοές, πίεση αίματος και παλμούς)
- Προσεκτική χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και παρακολούθηση για τυχόν παρενέργειες.
- έλεγχος για σημεία τετανίας και κράμπες μυών έτσι ώστε να αντιμετωπιστούν εγκαίρως η ανισορροπία των ηλεκτρολυτών και της υποασβεστιαμίας.
- Χορήγηση παρενεργικής διατροφής ή σίτιση με σωλήνα(Levin) όταν η κατάσταση του ασθενή το επιβάλλει.
- παρατήρηση και μέτρηση θερμίδων που λαμβάνει ο ασθενής και εκτίμηση των ούρων και των κοπράνων που αποβάλλει.
- Επιστάμενη προσοχή για σημεία απόρριψης του φαγητού.
- έλεγχος για σημεία κενώσεων η εμετών μετά το φαγητό.
- Παρατήρηση του επιπέδου άσκησης και διεξαγωγής δραστηριοτήτων.
- Ζύγισμα του ασθενή την ίδια ώρα κάθε μέρα.
- ενημέρωση του ασθενή για το ότι πρέπει να πετύχει το ελάχιστο του επιθυμητού βάρους πριν βγεί από το νοσοκομείο.
- Καθίσταται σαφές στον ασθενή ότι η ταχεία ή υπερβολική λήψη βάρους δεν αποτελεί στόχο της θεραπείας.(Βαρβάρα Χ,Γιαννούλη Ε,Λαγουδής Α,Τράκος Α,Ζερβού Σ,Αυξημένη Νοσηλευτική Φροντίδα σε ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία,Το νοσοκομείο μας Χρέος Ζωής,2008,14:43-46)

5.3.A Περιστατικό Ψυχογενούς Ανορεξίας ασθενούς παιδικής ηλικίας

Ιστορικό ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: Βασιλική-Μαρία Κ.

Ηλικία: 10 χρονών

Καταγωγή: Αίγιο

Ημερομηνία εισόδου: 17 Οκτωβρίου 2018

Ημερομηνία εξόδου: 19 Οκτωβρίου 2018

Παρούσα κατάσταση: Ο εφημερεύον γιατρός παρατήρησε αφυδάτωση, επίσης εντόπισε τραύμα στα χέρια λόγω πρόκλησης εμετού. Όταν ρωτούσε το παιδί ο γιατρός έλεγε ότι απέφευγε περιττές θερμίδες για να μην παχύνει. Επιπλέον η ασθενής είχε έντονο άγχος και φόβο, επίσης είχε πόνο στο στομάχι κάτι που ανάγκασε τον γιατρό να της κάνει εισαγωγή για να διαπιστώσει τι ακριβώς συμβαίνει λόγω της υποψίας του για ψυχογενή ανορεξία.

Ακολουθεί η νοσηλευτική διεργασία του περιστατικού:

Αξιολόγηση αναγκών: Πόνος στο στομάχι

Αντικειμενικός σκοπός: Απαλλαγή του ασθενούς από τον κοιλιακό πόνο

Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας: Τοποθέτηση του ασθενούς στην κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση για την χάλαση των μυών ώστε να ανακουφιστεί από τον πόνο. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Ήσυχο περιβάλλον για την ηρεμία και την χαλάρωση του ασθενούς. Λήψη των ζωτικών σημείων και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα.

Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας: Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστική θέση. Χορηγήθηκε amp Zinderon 75mg/ml IM σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Συστήθηκε να επικρατεί ηρεμία και ησυχία στο δωμάτιο της ασθενούς. Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα.

Εκτίμηση αποτελέσματος: Η ασθενής νιώθει ανακούφιση από τον πόνο μετά από την θέση που της δόθηκε και ύστερα από την χορήγηση Zinderon. * Το Zinderon υπάγεται στην κατηγορία των αναλγητικών.

Αξιολόγηση αναγκών: Άγχος και φόβος για την έκβαση της πάθησης.

Αντικειμενικός σκοπός: Να απαλλαγεί η ασθενής από το άγχος και τον φόβο. Να ανακουφιστεί η ασθενής από το άγχος ή να περιοριστεί σε αυτό όσο είναι εφικτό.

Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας: Επικοινωνία συζήτηση με τον ασθενή με σκοπό να κατανοήσει την δυσκολία του προβληματός του και την έκβαση της ασθένειάς του ώστε να επανέλθει η ηρεμία. Να δωθούν απαντήσεις σε ερωτήσεις και απορίες της ασθενούς. Να έρθει σε επαφή με ασθενείς που έχουν την ίδια πάθηση. Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης.

Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας: Έγινε επικοινωνία με λεπτομερή ενημέρωση της ασθενούς για την καταστάσή της και εκδόθη ψυχολογική υποστήριξη τονίζοντάς της ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα κάνει ότι είναι δυνατό ώστε να επανέλθει στην καθημερινότητά της και να ξεπεράσει την παθησή της. Χορηγήθηκε tab Lexotanil 3mg 1x1 σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Πραγματοποιήθηκε ψυχολογική υποστήριξη από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και συνομιλία της ασθενούς με άλλον ασθενή με το ίδιο πρόβλημα.

Εκτίμηση αποτελέσματος: Η ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς είχε θετικά αποτελέσματα. Επίσης στην χαλάρωση-ηρεμία της ασθενούς συνέβαλε και η χορήγηση Lexotanil (Το Lexotanil είναι ηρεμιστικό και περιέχει την δραστική ουσία βρωμαζεπάνη η οποία μειώνει το άγχος και χαλαρώνει τους μύες 1-2 ώρες μετά την χορήγηση του φαρμάκου από το στόμα.) Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές.

Αξιολόγηση αναγκών: Διαταραχή ισοζυγίου υγρών- πρόκληση εμετού

Αντικειμενικός σκοπός: Αποκατάσταση της διαταραχής ώστε να επιτύχουμε φυσιολογικό ισοζύγιο υγρών. Αποτροπή εμετού κατά την διάρκεια του φαγητού. Μέτρηση ζωτικών σημείων και βάρους.

Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας: Πλήρης ενυδάτωση της ασθενούς με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. Να επιβλέπει την ασθενή κατά την διάρκεια των γευμάτων και μετά τα γεύματα για ορισμένο χρονικό διάστημα περίπου μία ώρα. Να πραγματοποιηθεί μέτρηση ζωτικών σημείων και βάρους.

Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας: Χορήγηση 300 cc ορού IV (2000 cc dextrose 5% και 1000cc normal solution 0,9%). Πραγματοποιήθηκε επίβλεψη φαγητού και δεν παρατηρήθηκε

εμετός.Πραγματοποιήθηκε λήψη ζωτικών σημείων και μέτρηση βάρους και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα.

Εκτίμηση αποτελέσματος: Ο ασθενής ενυδατώθηκε ικανοποιητικά και δεν παρατηρήθηκε εμετός.

5.4.B Περιστατικό Ψυχογενούς Ανορεξίας ασθενούς εφηβικής ηλικίας

Ιστορικό ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: Ανδριάνα Β.

Ηλικία: 14 χρονών

Καταγωγή: Αθήνα

Ημερομηνία εισόδου: 21 Φεβρουαρίου 2018

Ημερομηνία εξόδου: 23 Φεβρουαρίου 2018

Παρούσα κατάσταση: Ο εφημερεύον γιατρός παρατήρησε ύστερα από εξέταση της εφήβου, ότι παρουσιάζει χαμηλό σωματικό βάρος σε σχέση με την ηλικία και το ύψος της. Επίσης εντοπίζεται διαταραχή στην αντίληψη εικόνας του σώματος. Επιπλέον η έφηβος παρουσίαζε αποδυνάμωση σώματος λόγω δίαιτας κάτι που ανάγκασε τον γιατρό να της κάνει εισαγωγή για να διαπιστώσει τι ακριβώς συμβαίνει λόγω της υποψίας του για ψυχογενή ανορεξία.

Ακολουθεί η νοσηλευτική διεργασία του περιστατικού:

Αξιολόγηση αναγκών: Ανεπαρκής οικογενειακή αντιμετώπιση της ασθενούς.

Αντικειμενικός σκοπός: Το οικογενειακό της περιβάλλον πρέπει να παρουσιάζει ρεαλιστική αντίληψη των ευθυνών τους απέναντι στην ασθενή και την θεραπεία της.

Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας: Εκτίμηση του επιπέδου λειτουργικότητας της οικογένειας.

Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας: Πληροφόρηση της οικογένειας για την φύση της ασθένειας και την βαρυτητα της και επιστράτευση της συνεργασία της.

Εκτίμηση Αποτελέσματος: Βελτιώνεται η σχέση ασθενούς και της οικογενειά της. Τα μέλη της οικογένειας εκφράζουν ειλικρινή συναισθήματα και ενδιαφέρον για την ασθενή.

Αξιολόγηση αναγκών: Χαμηλή αυτοεκτίμηση. Διαταραχή αντίληψης εικόνας σώματος.

Αντικειμενικός σκοπός: Καθορισμός ρεαλιστικής εικόνας του σώματος. Βελτίωση αυτοεκτίμησης.

Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας: Να βοηθήσουν την ασθενή με σχετικούς μεθόδους για την ενίσχυση της προσωπικής εμφάνισης η οποία είναι χρήσιμη για την βελτίωση της αίσθησης αυτοεκτίμησης και της εικόνας.Συζήτηση με την ασθενή για την αντίληψη της εικόνας του σώματος. Να χρησιμοποιηθεί γνωστική συμπεριφορική προσέγγιση ψυχοθεραπείας.

Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας: Επιβράδευση για τις επιτυχημένες ή όχι προσπάθειές της για την ανάπτυξη μιας ρεαλιστικής εικόνας του σώματός της.Συζήτηση με την ασθενή για τους φόβους της να παχύνει και κατανόηση της ρεαλιστικής εικόνας σώματος.Εφαρμογή γνωστικής συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας.Ενθάρρυνση της ασθενούς να εκφράζει τα συναισθηματά της.

Εκτίμηση Αποτελέσματος: Η ασθενής έχει μία ρεαλιστική εικόνα του σώματός της.Η ασθενής έχει αυξήσει την αυτοεκτίμησή της και έχει αρχίσει να εκφράζει τα συναισθηματά της.

Αξιολόγηση Αναγκών: Διαταραχή όρεξης.Χαμηλό σωματικό βάρος.

Αντικειμενικός σκοπός: Συμμόρφωση σε πρόγραμμα διατροφικής αγωγής.Κανονικό σωματικό βάρος (Αναμένουμε αύξηση 0,5kg την εβδομάδα).

Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας: Επίβλεψη της ασθενούς κατά την διάρκεια των γευμάτων για μία ώρα μετά το φαγητό.Να είμαστε συνεπής ώστε να μπορεί να μας εμπιστευθεί.Δημιουργία ενός ευχάριστου περιβάλλοντος.Αυστηρή τήρηση της διατροφικής αγωγής.Λήψη ζωτικών σημείων και βάρους.Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική συνταγή.

Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας: Έγινε επίβλεψη κατά την διάρκεια του φαγητού και μία ώρα μετά.Παροχή μικρών γευμάτων και συμπληρωματικών σνακ σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Έγινε αυστηρή τήρηση της διατροφικής αγωγής.Καταγραφή ζωτικών σημείων και βάρους.Χορήγηση kulinet syrop 12 mg/5ml.

Εκτίμηση Αποτελέσματος: Η ασθενής έχει επιστρέψει στην κανονική διατροφική συμπεριφορά. Το kulinet περιέχει την κυπροεπταδίνη ο οποίος είναι ένας ανταγωνιστής της σεροτονίνης και της ισταμίνης και χρησιμοποιείται ως διεργετικό όρεξης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, το εξαιρετικά εύγευστο φαγητό είναι άφθονο, η παχυσαρκία είναι συνηθισμένο και η συμμόρφωση με ένα ιδανικό λεπτό (γυναικείο) ή μυϊκό (ανδρικό) σώμα δείχνει την τελειότητα και τον θαυμαστό και αυτοέλεγχο. Έτσι, η δυσαρέσκεια του σώματος σε άνδρες και γυναίκες είναι παρούσα και ξεκινά νωρίς στη ζωή τους. Έτσι, η νευρική ανορεξία παραμένει είναι σχετικά συχνή, όπως και άλλες διατροφικές διαταραχές και η επίπτωσή και ο επιπολασμός έχουν αυξηθεί όσο και άλλες διατροφικές διαταραχές. Αυτή η πραγματικότητα δείχνει ότι πρέπει να δοθεί σημασία στους κοινωνικούς ή περιβαλλοντικούς, αλλά και στην υποκείμενη βιολογία, προκειμένου να κατανοηθεί, να προβλεφθεί και να θεραπευτεί η νευρική ανορεξία.

Οι διατροφικές διαταραχές σε παιδιά και εφήβους είναι διαδεδομένες και έχουν σοβαρές ιατρικές και ψυχολογικές επιπτώσεις. Τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν αυξημένο δυναμικό για μακροχρόνιες επιπλοκές, οπότε είναι επιτακτική ανάγκη οι πάροχοι να αναγνωρίσουν τους παράγοντες κινδύνου και την εξέταση των διαταραχών στους ασθενείς τους. Η έγκαιρη αναγνώριση και η θεραπεία είναι απαραίτητη για την πρόληψη των επιπλοκών. Οι προσπάθειες θεραπείας που επικεντρώνονται στην αποκατάσταση του βάρους, τη μείωση της ευθύνης και την ενεργό ενσωμάτωση των φροντιστών και των οικογενειών έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Η βάση δεδομένων για τις θεραπευτικές αγωγές συνεχίζει να αυξάνεται, αλλά για να είναι επιτυχής, η ομάδα θεραπείας, η οικογένεια και οι φροντιστές πρέπει να συνεργαστούν για να προωθήσουν την θεραπεία και να αποτρέψουν την υποτροπή σε αυτόν τον πληθυσμό.

Παρά τις πρόσφατες εξελίξεις στην ταξινόμηση της νευρικής ανορεξίας, πρέπει να εξεταστούν πολλά ερευνητικά ερωτήματα στον τομέα αυτόν που αφορούν όλες τις πτυχές της ασθένειας. Βασικά ερωτήματα περιλαμβάνουν αν η νευρική ανορεξία είναι ουσιαστικά μια κατάσταση ή αν υπάρχουν πολλαπλές «ανορεξίες» με διαφορετικές αιτιολογίες, συννοσηρότητες και τροφές ασθένειας. Επιπλέον, αν και οι διαφορετικές ψυχολογικές συννοσηρότητες είναι ο κανόνας σε ασθενείς με νευρική ανορεξία, δεν γνωρίζουμε ποια από αυτά και πόσο έντονα σχετίζονται με τη διαταραχή. Παρά την τυπική περιπλανητική εκδήλωση της νευρικής ανορεξίας και την έντονη γυναικεία υπεροχή, δεν είναι κατανοητό πλήρως ο ρόλο της εφηβείας και του φύλου στην εμφάνιση. Έχουμε μια στοιχειώδη κατανόηση του τι προβλέπει το αποτέλεσμα, από την άποψη της σοβαρότητας της απώλειας βάρους και της διάρκειας της ασθένειας, αλλά δεν γνωρίζουμε τι προβλέπει το αποτελέσματα

σε ατομικό επίπεδο. Τέλος, και πάνω απ' όλα, οι γνώσεις μας σε σχέση με την πρόληψη και τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας παραμένει περιορισμένες και δεν είναι γνωστό τι λειτουργεί καλύτερα και για ποιον.

Προς το παρόν, οι ψυχολογικές θεραπείες είναι η θεραπεία επιλογής για άτομα με νευρική ανορεξία. Η οικογενειακή συμπεριφορική θεραπεία για παιδιά και εφήβους είναι αποτελεσματική και υπογραμμίζεται η σημασία της επέμβασης σε πρώιμο στάδιο της ασθένειας. Αντίθετα, οι παρεμβάσεις για ενήλικες με καθιερωμένη ασθένεια είναι πολύ λιγότερο επιτυχείς. Ενθαρρυντικά είναι τα στοιχεία για τις θεραπείες των ενηλίκων που αυξάνονται και νέες ψυχοθεραπείες. Ωστόσο, σε όλη την ηλικιακή κλίμακα, λίγα είναι γνωστά για το πώς να συνδυαστούν οι θεραπείες εάν οι αρχικές παρεμβάσεις δεν οδηγούν σε συνεχή βελτίωση ή ανάκαμψη.

Επιπλέον, η βάση τεκμηρίωσης σχετικά με τις θεραπείες για ασθενείς με σοβαρή οξεία μορφή της ασθένειας, οι οποίοι είναι ιατρικά ασταθής και απαιτούν νοσηλεία, παραμένει εξαιρετικά περιορισμένη. Οι μελέτες για τους ασθενείς αυτούς υποδηλώνουν ότι αντί της παρατεταμένης θεραπείας στο νοσοκομείο, είναι πιο αποτελεσματικές οι εναλλακτικές λύσεις όπως σύντομη σταθεροποίηση στο νοσοκομείο, ακολουθούμενη από θεραπεία ημερήσιας φροντίδας ή σύντομη επανατροφοδότηση ρινογαστρικής νοσηλείας, ακολουθούμενη από οικογενειακή συμπεριφορική θεραπεία. Επίσης, οι ψυχολογικές θεραπείες μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, μαζί με μέτριες βελτιώσεις στα συμπτώματα διαταραχής του βάρους και της διατροφής.

Περισσότερες μελέτες που επικεντρώνονται στην θεραπεία είναι απαραίτητες. Πέρα από αυτές τις προόδους, η περαιτέρω πρόοδος στην πρόληψη και τη θεραπεία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών της νόσου. Η αιτιολογία της διαταραχής είναι περίπλοκη, με στοιχεία για περιβαλλοντικούς και βιολογικούς κίνδυνους.

Επίσης, η ανάπτυξη αποτελεσματικών προσπαθειών πρόληψης είναι ζωτικής σημασίας για την νευρική ανορεξία εξαιτίας του υψηλού ποσοστού μελλοντικών ιατρικών επιπλοκών, των ψυχιατρικών συνηθειών και του κινδύνου αυτοκτονικότητας και υποτροπής. Διάφορα χαρακτηριστικά των επιτυχημένων προγραμμάτων πρόληψης για την νευρική ανορεξία έχουν αναφερθεί όπως είναι η αλλαγή της εστίασης από το βάρος στην προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής για τους εφήβους και τις οικογένειές τους, ώστε να διευκολυνθεί η δημιουργία μιας θετικής εικόνας του σώματος στους εφήβους.

Για παράδειγμα:

1. Στόχος εφήβων υψηλού κινδύνου άνω των 15 ετών
2. Παροχή παρέμβασης από εκπαιδευμένα άτομα
3. Το περιεχόμενο της παρέμβασης πρέπει να περιλαμβάνει την αποδοχή του σώματος.

Υπάρχουν αυξανόμενες ανησυχίες ότι η εστίαση κατά της παχυσαρκίας στην παιδιατρική δημόσια υγεία μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των διατροφικών διαταραχών και οι μελλοντικές προσπάθειες πρόληψης και θεραπείας της παχυσαρκίας θα πρέπει να παρακολουθούν τις ακραίες συμπεριφορές ελέγχου του βάρους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη Βιβλιογραφία

- Aigner, M., Treasure, J., Kaye, W. & Kasper, S. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World J. Biol. Psychiatry* 12, 400–443 (2011).
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. & Nielsen, S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch. Gen. Psychiatry* 68, 724–731 (2011).
- Arigo D, Anskis AM, Smyth JM. Psychiatric comorbidities in women with celiac disease. *Chronic Illn.* 2012;8(1):45–55
- Association AP. DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013
- Attia, E. *et al.* Olanzapine versus placebo for out-patients with anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 41, 2177–2182 (2011).
- Bakker, R., van Meijel, B., Beukers, L., van Ommen, J., Meerwijk, E., & van Elburg, A. (2011). Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: The nurses' perspective on effective interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24, 16–22.
- Bamford, B. *et al.* Eating disorder symptoms and quality of life: where should clinicians place their focus in severe and enduring anorexia nervosa? *Int. J. Eat. Disord.* 48, 133–138 (2015).
- Bould H, Sovio U, Koupil I, *et al.* Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort. *Acta Psychiatr Scand* 2015;132(1):51–9.
- Bourion-Bedes, S., Baumann, C., Kermarrec, S., Lignier, F., Feillet, F., Bonnemains, C., Guillemin, F., & Kabuth, B. (2013). Prognostic value of early therapeutic alliance in weight recovery: A prospective cohort of 108 adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 52(3), 344–350.

- Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, et al. Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V. *Eur Eat Disord. Rev* Mar. 2010;18(2):79–89
- Buhren K, Schwarte R, Fluck F, et al. Comorbid psychiatric disorders in female adolescents with first-onset anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2014;22(1):39–44.
- Bulik CM, Kleiman SC, Zeynep Y. Genetic epidemiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29:383–388.
- Court, A. et al. Investigating the effectiveness, safety and tolerability of quetiapine in the treatment of anorexia nervosa in young people: a pilot study. *J. Psychiatr. Res.* 44, 1027–1034 (2010).
- Culbert KM, Racine SE, Klump KL. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56(11):1141–64.
- De Vos, J. et al. Meta analysis on the efficacy of pharmacotherapy versus placebo on anorexia nervosa. *J. Eat. Disord.* 2, 27 (2014).
- Denhov, A., & Topor, A. (2012). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: users' perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(4), 417–424.
- Dold, M., Aigner, M., Klabunde, M., Treasure, J. & Kasper, S. Second-generation antipsychotic drugs in anorexia nervosa: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychother. Psychosom.* 84, 110–116 (2015).
- Erskine HE, Whiteford HA, Pike KM. The global burden of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29:346–353.
- Fava, G. A. Rational use of antidepressant drugs. *Psychother. Psychosom.* 83, 197–204 (2014).
- Fennig S, Hadas A. Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nord J Psychiatry* 2010;64(1):32–9.
- Fichter MM, Quadflieg N. Mortality in eating disorders – results of a large prospective clinical longitudinal study. *Int J Eat Disord* 2016; 49:391–401.

- Forsberg, S., Lo Tempio, E., Bryson, S., Fitzpatrick, K. K., & Le Grange, D. (2013). Therapeutic alliance in two treatments for adolescent's anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 34–38.
- Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., Keel, P. K., & Herzog, D. B. (2013). A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 917–925.
- Gillberg IC, Billstedt E, Wentz E, *et al.* Attention, executive functions, and mentalizing in anorexia nervosa eighteen years after onset of eating disorder. *J Clin Exp Neuropsychol* 2010;32(4):358–65.
- Goddard, E. *et al.* A multi-centre cohort study of short term outcomes of hospital treatment for anorexia nervosa in the UK. *BMC Psychiatry* 13, 287 (2013).
- Goddard, E., Macdonald, P. & Treasure, J. An examination of the impact of the Maudsley Collaborative Care skills training workshops on patients with anorexia nervosa: a qualitative study. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 19, 150–161 (2011).
- Goldstein M, Peters L, Baillie A, *et al.* The effectiveness of a day program for the treatment of adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2011; 44:29–38.
- Gowers, S. G. *et al.* A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability — the TOuCAN trial. *Health Technol. Assess.* 14, 1–98 (2010).
- Grover, M. *et al.* A randomized controlled trial of an Internet-based cognitive-behavioural skills package for carers of people with anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 41, 2581–2591 (2011).
- Gulliksen, K. S., Espeset, E. M. S., Nordbø, R. H. S., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 45(8), 932–941.
- Hagman, J. *et al.* A double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of adolescents and young adults with anorexia nervosa: a pilot study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 50, 915–924 (2011)
- Harden KP, Kretsch N, Moore SR, *et al.* Descriptive review: hormonal influences on risk for eating disorder symptoms during puberty and adolescence. *Int J Eat Disord* 2014;47(7):718-26.

- Hay, P. *et al.* Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 48, 977–1008 (2014).
- Hay, P. J. & Claudino, A. M. Clinical psychopharmacology of eating disorders: a research update. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 15, 209–222 (2012).
- Herpertz-Dahlmann, B. *et al.* Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet* 383, 1222–1229 (2014).
- Hibbs, R. *et al.* Clinical effectiveness of a skills training intervention for caregivers in improving patient and caregiver health following in-patient treatment for severe anorexia nervosa: pragmatic randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry Open* 1, 56–66 (2015).
- Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19:389–394.
- Hoste RR, Labuschagne Z, Le Grange D. Adolescent bulimia nervosa. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14(4):391–397
- Hoyle, D., Slater, J., Williams, C., Schmidt, U. & Wade, T. D. Evaluation of a web-based skills intervention for carers of people with anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Int. J. Eat. Disord.* 46, 634–638 (2013).
- Jenkins, J., & Ogden, J. (2011). Becoming 'whole' again: a qualitative study of women's views of recovering from anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20, e23–e31.
- Kafantaris, V. *et al.* A placebo-controlled pilot study of adjunctive olanzapine for adolescents with anorexia nervosa. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* 21, 207–212 (2011).
- Kaye WH, Wierenga CE, Bailer UF, Simmons AN, Bischoff-Grethe A. Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa. *Trends Neurosci.* 2013; 36(2):110–120
- Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29:340–345.

- Kishi, T., Kafantaris, V., Sunday, S., Sheridan, E. M. & Correll, C. U. Are antipsychotics effective for the treatment of anorexia nervosa? Results from a systematic review and meta-analysis. *J. Clin. Psychiatry* 73, e757–e766 (2012).
- Kolar DR, Meji'a Rodriguez DM, Mebarak Chams M, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29:363–371.
- Le Grange D, Swanson SA, Crow SJ, Merikangas KR. Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population. *Int J Eat Disord.* 2012;45(5):711–718
- Lebow, J., Sim, L. A., Erwin, P. J. & Murad, M. H. The effect of atypical antipsychotic medications in individuals with anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Eat. Disord.* 46, 332–339 (2013).
- Lock, J. An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 44, 707–721 (2015).
- Lock, J. *et al.* Challenges in conducting a multi-site randomized clinical trial comparing treatments for adolescent anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 45, 202–213 (2012).
- Lock, J. *et al.* Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry* 67, 1025–1032 (2010).
- Madden, S. *et al.* A randomized controlled trial of in-patient treatment for anorexia nervosa in medically unstable adolescents. *Psychol. Med.* 45, 415–427 (2015).
- Marzola, E., Trunko, M. E., Grenesko-Stevens, E., & Kaye W. H. (2012). Anorexia and bulimia nervosa. In C. B. Nemeroff (Ed.), *Management of treatment-resistant major psychiatric disorders* (pp. 197–224). New York, NY: Oxford University Press.
- Miller, K. K. *et al.* Effects of risedronate and low-dose transdermal testosterone on bone mineral density in women with anorexia nervosa: a randomized, placebo-controlled study. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 96, 2081–2088 (2011).
- Misra, M. & Klibanski, A. Anorexia nervosa and bone. *J. Endocrinol.* 221, R163–R176 (2014).

- Misra, M. *et al.* Physiologic estrogen replacement increases bone density in adolescent girls with anorexia nervosa. *J. Bone Miner. Res.* 26, 2430–2438 (2011).
- Murray CJL, Barber RM, Foreman KJ, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet* 2015; 386:2145–2191.
- Mustelin L, Raevuori A, Bulik CM, et al. Long-term outcome in anorexia nervosa in the community. *Int J Eat Disord* 2015; 48:851–859.
- Nakai Y, Nin K, Noma S. Eating disorder symptoms among Japanese female students in 1982, 1992 and 2002. *Psychiatry Res* 2014; 219:151–156.
- NCD Risk Factor Collaboration. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet* 2016; 387: 1377–1396.
- Neumark-Sztainer D, Wall M, Larson NI, Eisenberg ME, Loth K. Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10- year longitudinal study. *J Am Diet Assoc.* 2011;111(7):1004–1011
- NICE guideline Eating disorders: recognition and treatment Published date: May 2017
- Nielsen, S. *et al.* Effects of autism spectrum disorders on outcome in teenage-onset anorexia nervosa evaluated by the Morgan–Russell outcome assessment schedule: a controlled community-based study. *Mol. Autism* 6, 14 (2015)
- Nordbo, R. H. S., Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2011). Reluctance to recover in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 60–67.
- Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, et al. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *J Adolesc Health.* 2013;53(2):303–305
- Pemperton, K., & Fox, J. R. E. (2011). The experience and management of emotions on an inpatient setting for people with anorexia nervosa: A qualitative study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(3), 226–238.

- Perez M, Ohrt TK, Hoek HW. Prevalence and treatment of eating disorders among Hispanics/Latino Americans in the United States. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29:378–382.
- Pike K, Hoek HW, Dunne PE. Recent cultural trends and eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2014; 27:436–442.
- Pinhas L, McVey G, Walker KS, Norris M, Katzman D, Collier S. Trading health for a healthy weight: the uncharted side of healthy weights initiatives. *Eat Disord.* 2013;21(2):109–116
- Pinhas L, Morris A, Crosby RD, Katzman DK. Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: a Canadian Paediatric Surveillance Program study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011;165(10):895–899
- Pinhas-Hamiel O, Levy-Shraga Y. Eating disorders in adolescents with type 2 and type 1 diabetes. *Curr Diab Rep.* 2013;13(2): 289–297
- Pizarro, M. *et al.* An updated review of antidepressants with marked serotonergic effects in obsessive–compulsive disorder. *Expert Opin. Pharmacother.* 15, 1391–1401 (2014).
- Powers, P. S., Klabunde, M. & Kaye, W. Double-blind placebo-controlled trial of quetiapine in anorexia nervosa. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 20, 331–334 (2012).
- Quick VM, Byrd-Bredbenner C, Neumark-Sztainer D. Chronic illness and disordered eating: a discussion of the literature. *Adv Nutr.*2013;4(3):277–286
- Quick VM, McWilliams R, Byrd-Bredbenner C. Case-control study of disturbed eating behaviors and related psychographic characteristics in young adults with and without diet-related chronic health conditions. *Eat Behav.* 2012;13(3):207–213
- Rohde P, Stice E, Marti N. Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: implications for prevention efforts. *Int J Eat Disord* 2015;48(2):187–98.
- Rosen DS; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics.* 2010; 126(6):1240–1253

- Ross, J. A., & Green, C. (2011). Inside the experience of anorexia nervosa: A narrative thematic analysis. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(2), 112–119.
- Schmidt, U. *et al.* The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *J. Consult. Clin. Psychol.* 83, 796–807 (2015).
- Schmitt TL. Disordered eating in adolescent females with T1DM. *Nurse Pract.* 2012;37(9):38–42
- Shisana O, Labadarios D, Rehle T, et al. South African National Health and Nutrition Examination Survey (SANHANES-1). Cape Town: HSRC Press; 2013.
- Sim LA, Lebow J, Billings M. Eating disorders in adolescents with a history of obesity. *Pediatrics.* 2013;132(4).
- Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(8):746–751
- Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., Sawyer, F., Evans, C., & Lacey, J. H. (2014). Rules of engagement: Qualitative experiences of therapeutic alliance when receiving inpatient treatment for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22(3), 233–243.
- Smink FRE, Van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26:543–548.
- Steinhausen HC, Jakobsen H, Helenius D. A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. *Int J Eat Disord* 2015;48:1–8.
- Steinhausen, H. -C., Jakobsen, H., Helenius, D., Munk-Jørgensen, P., & Strober, M. (2015). A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. *International Journal of Eating Disorder*, 48(1), 1–8.
- Striegel-Moore R, Dohm FA, Kramer HD, et al. Eating disorders in white and black women. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1326–1331.

- Suárez-Pinilla, P. *et al.* Inpatient treatment for anorexia nervosa: a systematic review of randomized controlled trials. *J. Psychiatr. Pract.* 21, 49–59 (2015).
- Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68 (7):714–723
- Sy, R., Ponton, K., De Marco, P., Pi, S. & Ishak, W. W. Quality of life in anorexia nervosa: a review of the literature. *Eat. Disord.* 21, 206–222 (2013).
- Thomas JJ, Lee S, Becker AE. Updates in the epidemiology of eating disorders in Asia and the Pacific. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29:354–362.
- Thomas JJ, Vartanian LR, Brownell KD. The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM. *Psychol Bull.* 2009;135(3):407–433
- Tong J, Miao S, Wang J, et al. A two-stage epidemiological study on prevalence of eating disorders in female university students in Wuhan, China. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 49:499–505.
- Trace SE, Baker JH, Peñas-Lledó E, Bulik CM. The genetics of eating disorders. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:589–620
- Treasure, J., Stein, D. & Maguire, S. Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. *Early Interv. Psychiatry* 9, 173–184 (2015).
- van Hoeken D, Burns JK, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders in Africa. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29:372–377.
- Von, H.-C., Friederich, W., Herzog, B., Wild, S. & Zipfel, H. S. *Anorexia Nervosa Fokale Psychodynamische Psychotherapie* (in German) (Hogrefe, 2014).
- Watson, H. J. & Bulik, C. M. Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychol. Med.* 43, 2477–2500 (2013).
- Weaver L, Liebman R. Assessment of anorexia nervosa in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep.* 2011;13(2):93–98

- Westwood, L. M., & Kendal, S. E. (2011). Adolescent client views towards the treatment of anorexia nervosa: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19 (6), 500–508.
- Williams, S., & Reid, M. (2010). Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: The maintainer's perspective. *Psychology and Health*, 25(5), 551–567.
- Wright, K. M., & Hacking, S. (2012). An angel on my shoulder: A study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 107–115.
- Yao S, Kuja-Halkola R, Thornton LM, et al. Familial liability for eating disorders and suicide attempts: evidence from a population registry in Sweden. *JAMA Psychiatry* 2016; 73:284–291.
- Yilmaz Z, Hardaway A, Bulik C. Genetics and epigenetics of eating disorders. *Adv Genomics Genet* 2015; 5:131–150.
- Zipfel, S. *et al.* Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet* 383, 127–137 (2014).
- Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2012). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: A consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13–14), 2020–2029.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Γονιδάκης, Φ. & Χαρίλα, Ν. (2011). Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Γνωσιακή – συμπεριφοριστική προσέγγιση. Αθήνα: Πεδίο
- Εμμανουηλίδου, Κ. (2011). Ψυχολογία της διατροφής – Πώς οι διατροφικές συνήθειες αντανakλούν τον συναισθηματικό μας κόσμο. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Καραγιώργου, Δ., 2010. Έξαρση διατροφικών διαταραχών. Διαθέσιμο σε: <http://www.hcfed.gr/?p=1859> [Accessed October 19, 2014].
- Μπέλλος Στέφανος ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ Ένας πλήρης οδηγός θεραπείας, 2011 Εκδότης: University Studio Press Τόπος έκδοσης: Θεσσαλονίκη

- Σπανού και Μωρόγιαννης Ο ρόλος των οικογενειακών και κοινωνικό -πολιτιστικών παραγόντων στην ανάπτυξη των διαταραχών πρόσληψης τροφής. PSYCHIATRIKI 21 (1), 2010
- Hogan M., (2008). Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις. Καρανικόλα Μ., , Ζιώγου Θ., & Νταφογιάννη Χ. (Επιμ). (2008). Μ.τ.φ., Ι., Ρεκουνιώτης., & Φ., Σταματοπούλου., Αθήνα. Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης (2012).
- Βαρβάρα Χ,Γιαννούλη Ε,Λαγουδής Α,Τράκος Α,Ζερβού Σ,Αυξημένη Νοσηλευτική Φροντίδα σε ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία,Το νοσοκομείο μας Χρέος Ζωής,2008,14:43-46