



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Νευρογενής ανορεξία**

**Της Ελευθεριάδου Σταυρούλας**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μαίρη Γκούβα**

**Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας**

**Ιωάννινα, 2018**

★  
STAR  
MODELS



YOU  
ARE  
NOT  
A  
SKETCH  
SAY NO TO ANOREXIA.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ -----	5
ABSTRACT -----	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ -----	7
1.ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ -----	9
2.ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ -----	12
3.ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ -----	14
4.ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ -----	15
4.1.Γενετικοί παράγοντες -----	15
4.2.Νευροχημικοί παράγοντες -----	15
4.3.Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες -----	16
4.4.Ψυχολογικές ερμηνείες: Σχήματα αναφορικά με το βάρος του σώματος -----	17
4.5.Ψυχολογικές ερμηνείες: Παραπονημένη εικόνα σώματος -----	18
4.6.Ψυχαναλυτικές ερμηνείες -----	19
4.7.Θεωρία άγνωστης αιτιολογίας -----	20
5.ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ -----	21
5.1.Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV -----	21
5.2.Διαγνωστικά κριτήρια κατά ICD-10 -----	22
6.ΒΑΣΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ -----	23
7.Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ-ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ --	25

7.1.Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας -----	25
7.2.Έλεγχος του βάρους-----	26
7.3.Ενασχόληση με την τροφή-----	26
7.4.Σωματική άσκηση-----	27
7.5.Υπερφαγικά επεισόδια -----	27
7.6.Εμετός και καθαρτικά -----	28
8. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ -----	29
8.1.Δερματολογικά προβλήματα -----	29
8.2.Προβλήματα στο γαστρεντερικό -----	30
8.3.Προβλήματα από το ενδοκρινικό σύστημα -----	31
8.4.Προβλήματα από το αναπαραγωγικό σύστημα -----	32
8.5.Αιματολογικά προβλήματα-----	32
8.6.Ο μεταβολισμός των οστών -----	33
8.7.Νευρολογικά προβλήματα -----	33
8.8.Καρδιολογικά προβλήματα-----	34
9.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ -----	35
10.ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ-----	36
10.1.Αρχική αξιολόγηση -----	36
10.2.Φαρμακευτική Θεραπεία -----	36
10.3.Νοσηλεία και νοσηλευτικές παρεμβάσεις -----	37
10.4.Επανασίτιση του ασθενούς -----	41
10.5.Το σύνδρομο επανασίτισης -----	42
10.6.Θεραπεία δευτερογενούς αμηνόρροιας και υπογονιμότητας -----	43
10.7.Θεραπεία των καρδιαγγειακών επιπλοκών-----	44
10.8.Θεραπεία γαστρεντερικών επιπλοκών-----	45

11.ΨΥΧΟ-ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ -----	45
11.1.Γνωσιακές-συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις -----	46
11.2.Προσεγγίσεις οικογενειακής θεραπείας-----	47
11.3.Συμπεριφοριστική οικογενειακή θεραπεία -----	47
12.ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ-----	49
13.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ -----	51
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ – ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ -----	51
13.1.Ερευνητικό Ερώτημα και Σκοπός της Παρούσας Μελέτης -----	51
13.2.Μεθοδολογική Προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος-----	52
13.3.Παρουσίαση του Ιστορικού των συμπτωμάτων -----	52
13.4.Παρουσίαση του Κοινωνικού Ιστορικού -----	53
13.5.Αναπαράσταση για τα αίτια της νόσου -----	53
13.6.Στόχοι φροντίδας-----	54
13.7.Συμπεράσματα – Προτάσεις-----	54
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ -----	56

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νευρογενής ή νευρογενής ή ψυχογενής ανορεξία προσδιορίστηκε για πρώτη φορά στα τέλη του 19ου αιώνα. Αφορά συμπεριφορές οι οποίες έχουν στόχο να διατηρήσουν το άτομο όσο το δυνατόν πιο αδύνατο. Το καθοριστικό χαρακτηριστικό της ανορεξίας είναι ότι το βάρος του ατόμου είναι κάτω του φυσιολογικού. Γενετικοί παράγοντες, ψυχοκοινωνικοί και διαπροσωπικοί παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνιση και τις αλλαγές στα νευρωνικά δίκτυα, που πυροδοτούν και διατηρηθούν την ασθένεια. Μπορεί να επηρεάσει άτομα όλων των ηλικιών, φύλων και σεξουαλικών προσανατολισμών, με μεγαλύτερο κίνδυνο για τις έφηβες και νεαρές ενήλικες γυναίκες. Αυτή η διαταραχή χαρακτηρίζεται από έντονο φόβο για την αύξηση βάρους και μια διαταραγμένη εικόνα του σώματος, τα οποία παρακινούν σε σοβαρούς διαιτητικούς περιορισμούς ή άλλες συμπεριφορές απώλειας βάρους όπως καθαρτικά ή υπερβολική σωματική δραστηριότητα. Επιπλέον, η γνωστική και συναισθηματική λειτουργία είναι διαταραγμένη, συνυπάρχει ιατρική νοσηρότητα και ψυχιατρική συννοσηρότητα. Η νόσος αυτή επιδρά στην ψυχοσύνθεση του ατόμου, συνοδεύεται από ψυχιατρική συν-νοσηρότητα, αλλά και σημαντικές επιπλοκές, που αφορούν όλα τα συστήματα του οργανισμού. Οι παρεμβάσεις αφορούν αυτές που καλύπτουν την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, με σκοπό την επανασίτιση και την πρόληψη και διόρθωση των επιπλοκών και αυτές που αναφέρονται στην ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, οι οποίες αποσκοπούν στην επαναδιατύπωση της σχέσης του ασθενούς με το φαγητό.

Λέξεις κλειδιά: νευρογενής ανορεξία, περιοριστικός τύπος, καθαρτικός τύπος, επανασίτιση, ψυχοθεραπεία.

## **ABSTRACT**

Nervosa or neurogenic or psychogenic anorexia was first identified in the late 19th century. It refers to behaviors that aim to keep the individual as impossible as possible. The determining characteristic of anorexia is that the weight of the individual is below normal. Genetic factors, psychosocial and interpersonal factors can cause the appearance and changes in neural networks that trigger and sustain the disease. It can affect people of all ages, sexes and sexual orientations, with a greater risk for teenagers and young adult women. This disorder is characterized by intense fear of weight gain and a disturbed body image which induce severe dietary constraints or other weight loss behaviors such as laxatives or excessive physical activity. In addition, cognitive and emotional functioning is disturbed, coexisting medical morbidity and psychiatric comorbidity. This disease affects the psychosynthesis of the person, accompanied by psychiatric co-morbidity, but also significant complications affecting all body systems. The interventions concern those that cover the patient's admission to the hospital with a view to rehabilitation and prevention and correction of complications and those related to the psychotherapeutic approach, which aim at re-designing the patient's relationship to eating.

Key words: anorexia nervosa, restrictive type, laxative type, revitalization, psychotherapy.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ενασχόληση και η φροντίδα για την καθημερινή πρόσληψη τροφής, αποτελεί σύμμαχο στην εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού και στην υγεία του ατόμου. Οι σύγχρονες τάσεις υγιεινής θεωρούν επιβεβλημένο ένα τρόπο ζωής που να εξασφαλίζει την πρόσληψη τροφών που ευεργετούν τον οργανισμό και εξασφαλίζουν ένα σώμα υγιές.

Από την άλλη, οι επιταγές της μόδας και της καλοπρέπειας επιτάσσουν για τις γυναίκες ένα σώμα, που αντιπροσωπεύει ιδανικές αναλογίες, βάρος και εμφάνιση. Αυτά τα πρότυπα ασκούν σημαντική επιρροή στον γυναικείο πληθυσμό και ιδιαίτερα στον πληθυσμό της εφηβείας.

Σαν νοσήματα που απορρέουν από την παθολογική ενασχόληση με το σώμα και την διατροφή ορίζονται οι διατροφικές διαταραχές. Τα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή παρουσιάζουν ακραίες διαταραχές στη διατροφική τους συμπεριφορά και στις σκέψεις και συναισθήματα. Οι κυριότερες διατροφικές διαταραχές είναι η νευρογενής (νευρική) ανορεξία και η νευρογενής βουλιμία, κρούσματα των οποίων συναντούμε όλο και πιο συχνά τα τελευταία χρόνια στον τόπο μας. Οι διατροφικές διαταραχές κατατάσσονται στα ψυχιατρικά νοσήματα και συγκεκριμένα στις νευρώσεις. Κύρια χαρακτηριστικά τους είναι η σοβαρά διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και αντίληψη για το σχήμα και βάρος του σώματος. Τα αίτια των διατροφικών διαταραχών έχουν να κάνουν κυρίως με ψυχολογικά, κοινωνικά ή οικογενειακά προβλήματα που αντιμετωπίζει το άτομο. Οι διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από μια διαταραγμένη σχέση του ατόμου με την διατροφή του, καθώς μέσω του φαγητού γίνεται μια προσπάθεια να αντιμετωπιστούν προβλήματα που σχετίζονται με την προσωπικότητα και την ψυχολογία του. Οι διατροφικές διαταραχές, σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, μπορούν να έλθουν ως αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων που μπορεί να





συνυπάρχουν. Πολιτισμικές επιρροές, βιολογικοί παράγοντες, θέματα που άπτονται της οικογενειακής δυναμικής, παράγοντες προσωπικότητας και τραυματικά γεγονότα της προσωπικής ιστορίας του ατόμου, μπορούν να λειτουργήσουν ως προδιαθεσικοί παράγοντες για την έκλυση κάποιας διατροφικής διαταραχής.

Η νευρογενής ανορεξία είναι μια σημαντική αιτία της σωματικής και ψυχοκοινωνικής νοσηρότητας. Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικά βήματα στην κατανόηση της υποκείμενης ψυχοβιολογίας, που συμβάλλει στην εμφάνιση και τη διατήρηση της νόσου. Η νευρογενής ανορεξία αποτελεί μια πολύ σοβαρή νόσο η οποία μπορεί να είναι δυνητικά θανατηφόρος, καθώς το άτομο επιβάλλει στον εαυτό του πολύ αυστηρούς περιορισμούς στο φαγητό και αρνείται να διατηρήσει το κατώτερο φυσιολογικό του βάρος καθώς υπερεκτιμά το βάρος του και φοβάται συνεχώς ότι θα παχύνει. Υπάρχει ταυτόχρονα ένα έντονο άγχος που αφορά την εικόνα του σώματος του ατόμου η οποία συνδέεται άμεσα με την αυτοεκτίμησή του.

Η συγκεκριμένη νόσος αποτελεί μια πρόκληση για κάθε επαγγελματία υγείας, καθώς έχει να αντιμετωπίσει μια προσωπικότητα με ψυχιατρικό υπόβαθρο, αλλά και με έντονη κλινική συμπτωματολογία. Αντίστοιχα πολύπλευρη είναι και η θεραπευτική παρέμβαση, αφού απαιτεί σημαντικές παρεμβάσεις, μακροχρόνιες και επίμονες.

## 1. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Τα πρώτα παραδείγματα λιμοκτονίας-ασιτίας στις δυτικές χώρες έχει αναφερθεί ότι ξεκινούν από την ευρεία διάδοση του χριστιανισμού, καθώς προωθεί τη διχοτόμηση μεταξύ του κακού, του υλικού κόσμου και της αγιότητας των ψυχών (Bemporad, 1997).

Κατά τη διάρκεια του μεσαίωνα, και ιδιαίτερα από τον 13ο έως τον 16ο αιώνα, είναι δυνατόν να εντοπιστούν διάφορες ενδείξεις ακραίων νηστειών, που συχνά οδηγούν σε πρόωρο θάνατο από την πείνα. Η στέρηση της τροφής, εκτός από την τελετουργία της Ευχαριστίας, ήταν ένα στοιχείο πνευματικότητας μαζί με την αποκήρυξη, τον αυτό-περιορισμό, την ταπεινή συνείδηση και άλλες πρακτικές (Vandereycken & Van Deth, 1994).

Την ίδια περίοδο κάποιοι συγγραφείς ονόμαζαν τις κοινές συνήθειες νηστείας ως «ιερή ανορεξία» (γνωστή και ως *anorexia mirabilis*). Αυτή η κατάσταση διαφέρει από την νευρογενή ανορεξία, καθώς εστιάζει στην πνευματική καθαρότητα, αντί της προσπάθειας για απώλεια βάρους και συνδέεται επίσης με άλλες σωφρονιστικές πρακτικές (Harris, 2014).

Κατά την περίοδο της Αναγέννησης, το θρησκευτικό πλαίσιο συνδέθηκε λιγότερο με την ακραία νηστεία και εμφανίστηκαν νέα πρότυπα στέρησης τροφής. Το 1770, ο Morton δημοσίευσε τη μονογραφία «*Phisihisologia or a Treatise of Consumptions*», η οποία περιγράφει την «νευρογενή ατροφία», μια κατάσταση αυτοεπιβαλλόμενης μείωσης της πρόσληψης τροφής. Ο συγγραφέας δήλωσε ότι αυτό το είδος νηστείας προκλήθηκε από μια «άρρωστη και νοσηρή κατάσταση των πνευμάτων», υποθέτοντας μια ψυχολογική αιτιολογία (Dell’Osso et al., 2016).

Σταδιακά ο περιορισμός της τροφής απομακρύνθηκε προοδευτικά από τη θρησκευτική σημασία και συνδέθηκε βαθιά με την εικόνα του σώματος. Πράγματι, από τα μέσα του 18ου αιώνα, το ιδανικό της γυναικείας ομορφιάς μεταπήδησε

αργά από μια στρογγυλή μορφή σε μια λεπτή εμφάνιση. Η εκβιομηχάνιση οδήγησε περισσότερες γυναίκες (ιδιαίτερα από τις κατώτερες τάξεις) στην εργασία και μια αιθέρια και εύθραυστη ομορφιά καθιερώθηκε σαν μια δήλωση ανώτερης τάξης, μια επίδειξη ευημερίας και «λεπτότητας του νου» (Dell'Osso et al.,2016).

Η γυναικεία εικόνα με την ψηλή και πολύ λεπτή μορφή, κατά το δεύτερο μισό του 19ου αιώνα, ενσωμάτωσε το σύγχρονο ιδεώδες της ομορφιάς, το οποίο προοδευτικά κέρδισε δημοτικότητα μέχρι τον 20ό αιώνα (Vandereycken &Van Deth, 1994).

Η εξέλιξη της εμπειρικής μεθόδου και του θετικισμού οδήγησε σε νέες προσεγγίσεις στον τομέα της ιατρικής, της ψυχιατρικής και ειδικότερα στον τρόπο με τον οποίο διαμορφώθηκαν οι διατροφικές διαταραχές. Ο Γάλλος ιατρός Luis Victor O Marcé - συγγραφέας του "Traité de la Folie des Femmes Enceintes, de Nouvelles Accouchées et de Nourices", που εκδόθηκε το 1858, έγραψε ένα έγγραφο το 1860 που θα μπορούσε να αναγνωριστεί ως μια από τις πρώτες προσπάθειες να περιγράψει τη νευρογενής ανορεξία. Σε αυτό το έργο, ανέφερε δύο κλινικές περιπτώσεις, περιγράφοντας τις παραληρηματικές πεποιθήσεις που οδήγησαν στην άρνηση λήψης τροφής (Silverman, 1989).

Οι Lasegue και Gull παρουσίασαν μια πλήρη ιατρική περιγραφή της ανορεξίας, που θεωρήθηκε η πρώτη αληθινή κλινική αναγνώριση της διαταραχής. Ο Gull ανέφερε πρώτος τον όρο "νευρογενής ανορεξία" για να διακρίνει τη διαταραχή αυτή από τον όρο "υστερία", με αποτέλεσμα η ανορεξία να θεωρείται ψυχολογική διαταραχή, ενώ ο Charles Laseque την περιέγραψε από κοινωνική και ψυχολογική σκοπιά. Επικράτησε η υπόθεση πως η ελλιπής οικογενειακή συναισθηματική στήριξη και οι συγκρούσεις μεταξύ γονέων και παιδιών σχετίζονταν με την εκδήλωση της διαταραχής αυτής και ήταν πιθανότερο νεαρά κορίτσια να οδηγηθούν στην άρνηση τροφής ως μια μορφή έκφρασης του συναισθήματος της απόρριψης το οποίο βιώνουν. Για το λόγω αυτό και προκειμένου να επιτευχθεί αποτελεσματική αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας προτεινόταν η απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένειά του σε συνδυασμό με την επανασίτιση του (Dell'Osso et al.,2016).

Κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα, νέες ανακαλύψεις έλαβαν χώρα και αποτέλεσαν επανάσταση σε ότι μέχρι στιγμής γνωρίζαμε για τη νευρογενή ανορεξία. Οι πρώτες αλλαγές πραγματοποιήθηκαν από τη Dr Hilde Brunch, από το Πανεπιστήμιο του Baylor στο Texas, η οποία υπήρξε πρωτοπόρος στη μελέτη της νευρογενούς ανορεξίας. Μέλημα της ήταν να εμβαθύνει στην ψυχή των ανορεκτικών ατόμων και να εντοπίσει κοινά σημεία στη συναισθηματική τους συμπτωματολογία. Έτσι, αποκτήθηκε κατά τον 20° αιώνα μια σχετική ιδέα για την ουσιαστική ψυχοπαθολογία των ασθενών αυτών (Koven & Abry, 2015).

## 2.ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο όρος έχει ελληνική προέλευση από το άν -( πρόθεμα που δηλώνει άρνηση) και το ὄρεξις (όρεξη) όπου σημαίνει έλλειψη της επιθυμίας του ατόμου να τραφεί. Το βασικό ψυχολογικό χαρακτηριστικό της νευρογενής ς ανορεξίας είναι η υπερβολική υπερεκτίμηση του σχήματος και του βάρους. Τα άτομα με ανορεξία έχουν επίσης τη φυσική ικανότητα να ανεχτούν την ακραία απώλεια βάρους. Ο περιορισμός λήψης τροφής είναι μόνο μια πτυχή των πρακτικών που χρησιμοποιούνται για να χάσουν βάρος. Πολλοί άνθρωποι με ανορεξία χρησιμοποιούν υπερβολική άσκηση και υπερκινητικότητα για να κάψουν θερμίδες. Συχνά επιλέγουν να σταθούν παρά να κάθονται, δημιουργούν ευκαιρίες να είναι σωματικά δραστήριοι και ασχολούνται με πάθος με τον αθλητισμό και τον χορό. Οι ασκήσεις καθαρισμού περιλαμβάνουν τον εμετό που αυτό- προκαλείται, μαζί με την κατάχρηση των καθαρτικών, των διουρητικών και των «φαρμάκων αδυνατίσματος». Οι ασθενείς αυτοί επίσης ασκούν έναν συνεχή «έλεγχο του σώματος», που συνεπάγεται επαναλαμβανόμενο ζύγισμα, μέτρηση, έλεγχος του σώματος στον καθρέπτη και κάθε άλλη συναισθηματική συμπεριφορά, που σκοπό έχει να επιβεβαιώσει το λεπτό σώμα (Morris, 2007).

Το άτομο μέσω της μείωσης του σωματικού βάρους βιώνει μια συναισθηματική ικανοποίηση διότι του δίνεται η αίσθηση ότι αποκτά πλήρη έλεγχο του εαυτού του. Η τροφή, η εικόνα του σώματος και οι έντονες ανησυχίες μπορούν να πάρουν μεγάλες διαστάσεις και να φτάσει το άτομο σε σημείο να τον απασχολεί για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, αφήνοντας ελάχιστο χρόνο για φίλους, δουλειά και άλλες δραστηριότητες που συνήθιζε να κάνει παλιότερα και τα οποία του προσέδιδαν απόλαυση. Για τον ανορεξικό ασθενή ποτέ δεν έχει σημασία το πόσο αδύνατος είναι, διότι ποτέ δεν είναι αρκετό και συνεχώς η ανάγκη για περαιτέρω απώλεια βάρους είναι επιθυμητή και αναγκαία. Περιστατικά ασθενών αναφέρουν ότι καθώς στέκονται μπροστά στον καθρέπτη βλέπουν μία εικόνα διαφορετική από αυτή που είναι στην πραγματικότητα. Όσο περισσότερο αδυνατίζουν τόσο πιο παχύ

βλέπουν τον εαυτό τους, βιώνοντας έτσι μια διαστρεβλωμένη αντανάκλαση δηλαδή ένα είδος γνωστικής παραμόρφωσης (Thompson & Smolak, 2001).

Ο όρος «ανορεξία» είναι μάλλον «ατυχής» ή «αποπροσανατολιστικός» διότι δεν αφορά μια διαταραχή της όρεξης, δεδομένου ότι η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνον αργά στην πορεία της νόσου και όταν πλέον έχει εγκατασταθεί πλήρως. Στην πλειοψηφία των ασθενών συνήθως συμβαίνει το αντίθετο, δηλαδή οι ασθενείς λιμοκτονούν και πολλές είναι οι περιπτώσεις που θα πρέπει να επιδείξουν μεγάλη αυτοσυγκράτηση για να υπερνικήσουν το αίσθημα της πείνας που τους διακατέχει. Έτσι τα άτομα που πάσχουν από τη συγκεκριμένη διαταραχή αισθάνονται έντονα το αίσθημα της πείνας, αλλά πάραυτα επιτρέπουν στους εαυτούς τους μόνο ελάχιστες μερίδες τροφής ή και ολική αθρεψία (Hoek, 2006).

### 3.ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η νευρογενής ανορεξία διαγιγνώσκεται πιο συχνά στους λευκούς (> 95%) έφηβους (>75%), πληθυσμούς των μεσαίων και ανώτερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων, αν και μπορεί να παρατηρηθεί σε οποιοδήποτε φύλο και σε άτομα οποιασδήποτε φυλής, ηλικίας, ή κοινωνικού στρώματος (Raenuori et al., 2009).

Η νευρογενής ανορεξία είναι πιο συχνή στις γυναίκες από ό, τι στους άνδρες, με αναλογία γυναικών προς άντρες 10-20: 1 στις ανεπτυγμένες χώρες. Σε μερικά επαγγέλματα, ωστόσο, η συχνότητα είναι πολύ υψηλότερη στους άντρες (αθλητισμός, μόντελιγκ) από ό, τι στον γενικό αρσενικό πληθυσμό. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις παραμένουν οι ίδιες και για τα δύο φύλα (Isomaa et al., 2009).

Η νευρογενής ανορεξία έχει παρατηρηθεί τόσο στα πολύ μικρές, όσο και σε πολύ μεγάλες ηλικίες, αλλά η διαταραχή είναι κυρίως ένα φαινόμενο της εφηβείας και της πρώιμης ενηλικίωσης. Το 85% των ασθενών έχουν έναρξη της διαταραχής μεταξύ 13 και 18 ετών. Οι ασθενείς που είναι μεγαλύτεροι κατά τη στιγμή της εμφάνισης της διαταραχής έχουν χειρότερη πρόγνωση, όπως και οι ασθενείς με εμφάνιση πριν από την ηλικία των 11 ετών (Wentz et al., 2009).

## **4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Υποστηρίζεται ότι η νευρογενής ανορεξία προκαλείται από μια συσσωμάτωση βιολογικών, κοινωνικο-πολιτιστικών και ψυχολογικών παραγόντων.

### **4.1. Γενετικοί παράγοντες**

Επίσης αναφέρεται ότι η νευρογενής ανορεξία παρουσιάζει σημαντικά υψηλότερη συχνότητα μεταξύ ατόμων, που σχετίζονται βιολογικά με ανορεκτικούς και σε γενετικό επίπεδο υπάρχουν ενδείξεις ότι συμβαίνει σε ένα ποσοστό 50% μεταξύ πανομοιότυπων διδύμων και σε ποσοστό 10% σε αρσενικά δίδυμα ή δίδυμα διαφορετικού φύλου (Keating, 2010). Σημειώνεται ότι νευρογενής ανορεξία παρουσιάζει έντονη κληρονομικότητα καθώς οι σχετικές εκτιμήσεις κυμαίνονται από 28% έως 74% (Yilmaz et al., 2015).

### **4.2. Νευροχημικοί παράγοντες**

Η κύρια περιοχή του εγκεφάλου που εμπλέκεται στη ρύθμιση της όρεξης είναι ο υποθάλαμος, παρόλο που η πείνα και το αίσθημα πληρότητας επηρεάζονται και από άλλες εγκεφαλικές περιοχές και ορμόνες του γαστρεντερικού σωλήνα. Ο πλευρικός υποθάλαμος, όταν διεγείρεται, παράγει το αίσθημα της πείνας, η δε πρόκληση βλάβης στον υποθάλαμο μέσω χειρουργικής επέμβασης οδηγεί σε δραματική μείωση της πρόσληψης τροφής και σε απώλεια βάρους. Η ενεργοποίηση του πλαγιο-κοιλιακού υποθαλάμου πυροδοτεί το αίσθημα της πληρότητας και μειώνει το αίσθημα του κορεσμού της πείνας: γι' αυτό τον λόγο έχει ονομαστεί και κέντρο του κορεσμού (Kring et al., 2010).

Σύμφωνα με τη θεωρία του σταθερού σημείου βάρους, η πρόσληψη τροφής και ο έλεγχος του βάρους είναι αποτέλεσμα της ισορροπίας μεταξύ των δύο περιοχών



του υποθαλάμου και άλλων μεταβολικών διεργασιών, οι οποίες προσπαθούν να διατηρήσουν το σώμα σε ένα καθορισμένο βάρος. Η υπερβολική κατανάλωση τροφής προκαλεί ποικίλες μεταβολικές διεργασίες που οδηγούν στην καύση θερμίδων και μειώνουν το αίσθημα της πείνας. Η κατανάλωση πολύ λίγης τροφής οδηγεί σε μείωση του μεταβολικού ρυθμού και σε αύξηση του αισθήματος της πείνας (Bennett, 2010).

Τα άτομα με ανορεξία μαθαίνουν το αίσθημα της πείνας και συνεχίζουν να ελέγχουν τη δίαιτα τους ανεξάρτητα από τα συμπτώματα, αντισταθμίζοντας έτσι την επίδραση του ελέγχου του υποθαλάμου, γι' αυτό και συνεχίζουν να χάνουν βάρος (Bennett, 2010).

Η δραστηριότητα στον υποθάλαμο ρυθμίζεται σε μεγάλο βαθμό από δύο νευροδιαβιβαστές, την ντοπαμίνη και τη σεροτονίνη, οι οποίες προκαλούν, διατηρούν και στη συνέχεια αναστέλλουν την κατανάλωση τροφής (Scott, 2006).

#### **4.3. Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες**

Πολλές κοινωνικοπολιτιστικές μελέτες που έχουν περιγράψει την προώθηση της λεπτότητας ως την ιδανική γυναικεία μορφή στα δυτικά βιομηχανικά κράτη. Έτσι η πολιτιστική κουλτούρα μπορεί να ενεργοποιήσει την ασθένεια, η οποία με τη σειρά της επηρεάζεται από πολλαπλούς παράγοντες όπως οι οικογενειακές αλληλεπιδράσεις, η ατομική ψυχολογία ή η βιολογική προδιάθεση (Juarez, et al., 2002).

Τα άτομα με ανορεξία δίνουν μεγάλη σημασία στο σχήμα και στο βάρος του σώματος τους, ίσως λόγω της γενικότερης πολιτισμικής έμφασης που δίνουν οι δυτικές κοινωνίες στην εξωτερική εμφάνιση. Οι εικόνες της θηλυκότητας και των ελκυστικών γυναικών από τη δεκαετία του 1960 έχουν αλλάξει, δίνοντας τη θέση τους σε ένα πιο αδύνατο σχήμα, το οποίο δεν θυμίζει πλέον κλεψύδρα. Δεν προκαλεί εντύπωση το γεγονός ότι τα ποσοστά επικράτησης του χαμηλού σωματικού βάρους και των διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι ιδιαίτερα υψηλά

σε ομάδες στις οποίες η εξωτερική ομορφιά ή η επίδοση θεωρούνται πρωταρχικής σημασίας, όπως είναι τα μοντέλα, οι αθλητές και οι χορευτές (Bennett, 2010).

Περισσότερες από τις μισές οικογένειες στις οποίες το άτομο αναπτύσσει κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής είναι πιθανό να δίνουν ιδιαίτερη σημασία στο βάρος και στο σχήμα του σώματος. Οι μητέρες σε αυτές τις οικογένειες είναι επίσης πιο πιθανό να κάνουν δίαιτα και να είναι τελειοθηρικές. Η επιτυχής προσκόλληση σε μια δίαιτα μπορεί να είναι ένας τρόπος αποδοχής του ατόμου από γονείς με υψηλές προσδοκίες, ιδιαίτερα όταν το παιδί δεν έχει να επιδείξει επιτυχίες σε άλλους τομείς της ζωής του (Bennett, 2010).

Ένα τελείως διαφορετικό μοντέλο για την ανορεξία έχουν προτείνει κάποιοι οικογενειακοί θεραπευτές. Σύμφωνα με αυτό, το άτομο με ανορεξία αποτελεί το σύμπτωμα μιας δυσλειτουργικής οικογένειας. Οι ανορεξικές οικογένειες είναι ιδιαίτερα υπερπροστατευτικές και αυστηρές, αποφεύγουν τις διενέξεις και χαρακτηρίζονται από συγκεχυμένα όρια. Η εφηβεία είναι μια στρεσογόνος περίοδος για όλες τις οικογένειες, καθώς η πίεση του εφήβου για αυτονομία μέσα στην οικογένεια αυξάνει τον κίνδυνο αποκάλυψης της σύγκρουσης που υπάρχει μεταξύ των γονέων. Η ανάπτυξη ανορεξίας αποτρέπει την εκδήλωση διαφωνιών μέσα στην οικογένεια και μπορεί επιπλέον να την κρατήσει ενωμένη, καθώς τα μέλη της συσπειρώνονται γύρω από τον «υποδεικνυόμενο ως ασθενή». Η παρουσίαση του νεαρού ατόμου ως ενός αδύναμου όντος, που έχει ανάγκη τη στήριξη της οικογένειας, διασφαλίζει ότι θα τεθεί το ίδιο στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των γονέων και ταυτόχρονα θα στρέψει την προσοχή τους μακριά από τη διαμάχη που υπάρχει μεταξύ τους (Wozniak et al., 2012).

#### **4.4. Ψυχολογικές ερμηνείες: Σχήματα αναφορικά με το βάρος του σώματος**

Το λεπτό σώμα και η απώλεια βάρους τίθενται σε προτεραιότητα, ίσως λόγω της μεγάλης αξίας που αποδίδεται στο λεπτό και ελκυστικό παρουσιαστικό, οπότε το άτομο προσπαθεί να αποφύγει την αύξηση βάρους και την παχυσαρκία. Τα υποβόσκοντα σχήματα αφορούν την αξιολόγηση της αυτοαξίας με κριτήριο την

επίτευξη χαμηλού σωματικού βάρους και τη διατήρηση ενός λεπτού σώματος. Από τη στιγμή που παγιωθούν τα σχήματα που σχετίζονται με το βάρος του σώματος, διαστρεβλώνουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει τις εμπειρίες του. Οι άλλοι δεν αξιολογούνται με γνώμονα τις προσωπικές τους ιδιότητες, αλλά με βάση το αν είναι λεπτοί ή παχείς (Bennett, 2010).

Η διακύμανση του βάρους έχει μεγάλη επίδραση στις σκέψεις και στα συναισθήματα του ατόμου. Οι ανησυχίες και η προτεραιότητα που δίνουν κάποιοι άνθρωποι στον έλεγχο του βάρους τους φανερώνει βαθύτερη έλλειψη αυτοεκτίμησης, ευαλωτότητα στα πολιτισμικά μηνύματα αναφορικά με το βάρος του σώματος, καθώς και επιθυμία ανάληψης ελέγχου μιας πλευράς της ζωής. Το άτομο ελπίζει ότι αν είναι πιο λεπτό, θα νιώθει καλύτερα για τον εαυτό του - μια διεργασία που του προκαλεί μόνιμη δυσαρέσκεια με την εμφάνιση του και το ωθεί να προσπαθεί συνεχώς να χάσει βάρος. Η κατάθλιψη, που ενδέχεται να εμφανιστεί λόγω της ανορεξικής συμπεριφοράς, μπορεί να ενισχύσει τα αισθήματα της χαμηλής αυτοεκτίμησης και να αυξήσει την εξάρτηση του ατόμου από τον έλεγχο του βάρους ως τρόπο διατήρησης της αυτοαξίας του (Bennett, 2010).

Η ζυγαριά παρέχει μια αδιαμφισβήτητη ανατροφοδότηση της επίδοσης του ατόμου. Για τους ανθρώπους με χαμηλή αυτοεκτίμηση η απώλεια βάρους ενδέχεται να αποτελεί έναν τομέα ελέγχου και επιτυχίας στη ζωή τους. Εξισώνεται με την αυτοεκτίμηση και την αυτοαξία τους, ίσως περισσότερο από οποιονδήποτε τομέα της ζωής. Από την άλλη, και οι αρνητικές ενισχύσεις μπορούν να προκαλέσουν ανορεξικές συμπεριφορές. Οι άνθρωποι με ανορεξία βιώνουν έντονο φόβο ότι θα παχύνουν. Η αποφυγή αυτού του φόβου, μέσω του περιορισμού της πρόσληψης τροφής, παρέχει στο άτομο ανακούφιση (Bennett, 2010).

#### **4.5. Ψυχολογικές ερμηνείες: Παραποιημένη εικόνα σώματος**

Ένα δεύτερο γνωσιακό μοντέλο που αφορά την παραποιημένη εικόνα του σώματος ισχύει μόνο για τα άτομα με ανορεξία. Σύμφωνα με αυτό, τα άτομα με ανορεξία νιώθουν «χοντρά» ακόμη και όταν το βάρος τους είναι κλινικά κάτω του

φυσιολογικού. Τα άτομα που πάσχουν από κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής είναι αβέβια για το μέγεθος και το σχήμα του σώματος τους, και μόνο όταν αναγκάζονται να διατυπώσουν μια κρίση για τέτοια θέματα, προβαίνουν σε λανθασμένη εκτίμηση και υπερεκτιμούν το σχήμα του σώματος τους (Bennett, 2010).

Η περιορισμένη πρόσληψη τροφής, στην οποία προβαίνουν τα άτομα με ανορεξία μπορεί να έχει βιολογικές συνέπειες που δεν σχετίζονται με το μέγεθος ή το σχήμα του σώματος, αλλά συμβάλλουν στη διαιώνιση των γνωσιακών παραποιήσεων. Η αποχή από την τροφή επηρεάζει αρκετές γνωστικές διεργασίες, προκαλώντας αδυναμία συγκέντρωσης, άκαμπτο τρόπο σκέψης, αυστηρότητα, απόσυρση, ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά και κατάθλιψη (Bennett, 2010).

#### **4.6. Ψυχαναλυτικές ερμηνείες**

Η κλασική ψυχαναλυτική θεωρία παρέχει ποικίλες ερμηνείες για την νευρογενής ανορεξία. Σύμφωνα με μία από αυτές, η ανορεξία πηγάζει από μια ασυνείδητη σύγχυση ανάμεσα στην πρόσληψη της τροφής και στα σεξουαλικά ένστικτα. Κάποιες γυναίκες μπορεί να αποφεύγουν το φαγητό ως έναν τρόπο συμβολικής αποφυγής του σεξ. Μια άλλη ερμηνεία υποστηρίζει ότι οι γυναίκες με ανορεξία έχουν φαντασιώσεις ότι θα μείνουν έγκυες μέσω του στόματος και συγχέουν το πάχος με την εγκυμοσύνη. Η αποχή από την τροφή περιορίζει τον κίνδυνο εγκυμοσύνης. Σύμφωνα με μια τρίτη ερμηνεία, η ανορεξία αντανακλά την παλινδρόμηση σε προηγούμενα στάδια της ανάπτυξης. Το άτομο μετατρέπεται κυριολεκτικά σε παιδί. Αυτό σε συνδυασμό με τη διακοπή της έμμηνης ρύσης αποτελεί μια ασυνείδητη απόρριψη της ενήλικης ζωής και δείχνει την επιθυμία επιστροφής στην κατάσταση της παιδικής ηλικίας. Τέλος, κατά μια άλλη ερμηνεία, η ανορεξία είναι αποτέλεσμα της ανεσταλμένης ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης. Αν το παιδί έχει καθηλωθεί στο στοματικό στάδιο, το σεξουαλικό άγχος και οι εμμονές είναι πιθανό να εκφραστούν ως διαταραχή πρόσληψης τροφής (Kring et al., 2010).

#### 4.7.Θεωρία άγνωστης αιτιολογίας

Ομάδα επιστημόνων υποστηρίζει την άποψη ότι η νευρογενής ανορεξία αποτελεί ένα ανοιχτό ερώτημα και δεν μια θεωρία για να υποστηρίξει επαρκώς από μόνη της τις αιτίες της νευρογενής ς ανορεξίας, αλλά συνδυασμός ψυχολογικών, κοινωνικών και βιολογικών παραγόντων. Οι παράγοντες ποικίλλουν σε κάθε άτομο. Οι βιολογικοί παράγοντες μπορούν να συσχετιστούν με τις ορμονικές αλλαγές που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Οι ψυχολογικοί μηχανισμοί μπορεί να συμμετέχει στις αλλαγές στην προσωπικότητα και στη συμπεριφορά και οι κοινωνικοί παράγοντες μπορεί να είναι που σχετίζονται με την ιδεοποίηση της λεπτότητας, που παίζει έναν ισχυρό ρόλο στο δικό μας πολιτισμό (Wozniak et al., 2012).



## 5.ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Τα δύο διαγνωστικά συστήματα το ICD-10 της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας (World Health Organization, 1993) και το DSM-IV-TR της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (American Psychiatric Association, 2000) περιλαμβάνουν διαγνωστικά εφαρμοσμένα κριτήρια για τη διάγνωση των κλασικών μορφών των διαταραχών αυτών και η συζήτηση για την καλύτερη ταξινόμηση στο μέλλον είναι ανοιχτή (Fountoulakis, 2014).

### 5.1. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV

Σύμφωνα με το DSM-IV, τα διαγνωστικά κριτήρια είναι τα παρακάτω:

A. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του. Δηλαδή το άτομο διατηρεί ή προσπαθεί να διατηρήσει ένα βάρος σώματος το οποίο είναι 85% του αναμενόμενου ή και μικρότερο. Κατά τη διάρκεια δε της περιόδου ανάπτυξης το άτομο δεν αποκτά το αναμενόμενο βάρος για την ηλικία και το ύψος του αλλά παραμένει σ' ένα βάρος που είναι 85% του αναμενόμενου ή και μικρότερο.

B. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.

Γ. Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει και αντιλαμβάνεται το βάρος και το σχήμα του σώματος του. Το άτομο αρνείται τη σοβαρότητα της κατάστασης εξαιτίας του εξαιρετικά χαμηλού βάρους. Υπεραξιολογεί αδικαιολόγητα το βάρος και το σχήμα του σώματός του, όταν αξιολογεί τον εαυτό του.

Δ. Σε γυναίκες εμμηνορρυσιακής ηλικίας, απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων (American Psychiatric Association, 2000).

## **5.2. Διαγνωστικά κριτήρια κατά ICD-10**

Τα διαγνωστικά κριτήρια της νευρογενούς ς ανορεξίας, κατά ICD-10 είναι τα κάτωθι:

A. Υπάρχει απώλεια βάρους ή σε παιδιά δεν επιτυγχάνεται η αναμενόμενη αύξηση βάρους, και αυτό οδηγεί σε βάρος σώματος τουλάχιστον 15% χαμηλότερο από το αναμενόμενο με βάση την ηλικία και το ύψος.

B. Η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται από το ίδιο το άτομο με αποφυγή «παχυντικών τροφών».

Γ. Υπάρχει μια αίσθηση εαυτού ότι το άτομο είναι υπερβολικά παχύ, με ένα βαθύ φόβο ότι θα παχύνει τα οποία οδηγούν σε ένα αυτο-επιβαλλόμενο χαμηλό επίπεδο βάρους.

Δ. Υπάρχει μια διάχυτη ενδοκρινική διαταραχή που περιλαμβάνει τον άξονα Υποθάλαμος-Υπόφυση-Γονάδες και στις γυναίκες εκδηλώνεται ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της απόδοσης.

E. Η διαταραχή δεν πληρεί τα κριτήρια A και B για την ψυχογενή βουλιμία (bulimia nervosa) (World Health Organization, 1993).

Οι ανορεκτικοί ασθενείς εξαιτίας της έντονης ψυχικής ευαισθησίας που βιώνουν παρουσιάζουν ένα πλήθος από ψυχολογικές διαταραχές οι οποίες χρησιμοποιούνται ως κριτήρια της πάθησης. Έτσι εκδηλώσεις άγχους, κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικών ή καταναγκαστικών πράξεων πλαισιώνουν τη νόσο και επιδρούν καταλυτικά στη κοινωνική απόσυρση αλλά και σε άλλες πτυχές στη λειτουργικότητα του ατόμου όπως αϋπνία, ευερεθιστικότητα και καχυποψία. Η συναισθηματική κατάσταση που βιώνει ο πάσχων είναι ιδιαίτερα ασφυκτική και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε αυτοκτονικές τάσεις (Wozniak et al., 2012).

## 6.ΒΑΣΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Στη μελέτη του φαινομένου παρατηρούνται δύο βασικούς τύπους νευρογενής ς ανορεξίας, τον περιοριστικό τύπο και τον καθαρτικό τύπο.

Στα χαρακτηριστικά του περιοριστικού τύπου περιλαμβάνεται περιορισμός της ποσότητας της τροφής που κάποιος τρώει. Περιλαμβάνει συχνά ένα σύνολο απαιτητικών και άκαμπτων διαιτητικών κανόνων για το πότε (ώρα της ημέρας), πόσο (που καθορίζεται από την καταμέτρηση θερμίδων και τη ζύγιση των τροφών) και το είδος της τροφής (Fairburn & Cooper, 2007).

Στη μορφή του περιοριστικού τύπου, το άτομο ελαχιστοποιεί έντονα τη ποσότητα των τροφίμων που καταναλώνει, ενώ χαρακτηριστικά η ποιότητα τους είναι φτωχή σε θερμίδες και σε πολύτιμα συστατικά για τη λειτουργία του οργανισμού, με αποτέλεσμα να οδηγείται σταθερά και σταδιακά προς τον υποσιτισμό και τελικά την ασιτία (Treasure et al., 2010).

Μέσα στα πλαίσια του περιοριστικού τύπου εντάσσεται σε αρκετές περιπτώσεις και η ψυχαναγκαστική σωματική άσκηση, η οποία σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να γίνει ιδιαίτερα κουραστική και επίπονη για το άτομο. Οι ασθενείς περιοριστικού τύπου χαρακτηρίζονται συχνά από ιδεοψυχαναγκαστικά φαινόμενα που σχετίζονται όχι μόνο με την τροφή και με παράγοντες που αφορούν διάφορους τομείς της ζωής τους (Treasure et al., 2010).

Αντίθετα, τα άτομα με ανορεξία καθαρτικού τύπου έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά με τους πάσχοντες από ψυχογενή βουλιμία (και όχι ανορεξία). Διαπιστώνεται πως τα άτομα με αυτού του τύπου διαταραχή έχουν συνήθως παχύσαρκα μέλη στις οικογένειές τους, ενώ και οι ίδιοι έχουν ιστορικό μεγαλύτερου σωματικού βάρους (πριν την εκδήλωση της διαταραχής) σε σχέση με τους πάσχοντες περιοριστικού τύπου (Treasure et al., 2010).



Οι πάσχοντες αυτοί χαρακτηρίζονται από διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων και από έντονες διαταραχές προσωπικότητας. Στην ανορεξία καθαρτικού τύπου το άτομο καταφεύγει σε κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής η οποία, όμως, στην πορεία ακολουθείται από έντονο αίσθημα ενοχών και τύψεων. Η απώλεια βάρους, στην περίπτωση αυτή, επιτυγχάνεται με προκλητό εμετό, με καθαρτικά, διουρητικά ή υποκλυσμούς, μετά από ένα περιστατικό υπερφαγίας αλλά ακόμα και μετά τη λήψη μικρής ποσότητας τροφής (Treasure et al., 2010).

Ο πάσχων διατηρεί την αντίληψη πώς με τη χρήση σκευασμάτων ή μέσω του αυτό-προκαλούμενου εμετού μπορεί να επιτύχει απώλεια βάρους αλλά στην πραγματικότητα το μόνο που καταφέρνει είναι να δημιουργεί βλάβες στο πεπτικό και γαστρεντερικό του σύστημα (Treasure et al., 2010).

Και στις δύο περιπτώσεις το άτομο έχει μια παραμορφωμένη εικόνα του σώματος του, θεωρώντας ότι είναι υπέρβαρο, ακόμα και αν στην πραγματικότητα πρόκειται για ένα σώμα πλήρως αποσκελετωμένο που αποτελείται μόνο από δέρμα και οστά. Η ανάγκη για ελάττωση βάρους είναι διαρκής, επίμονη και αποκτά όλο και μεγαλύτερη δύναμη μέσα στο μυαλό καταλήγοντας ως μια έμμονη ιδέα. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα και η άρνηση αποδοχής του προβλήματος είναι συχνά και στις δυο περιπτώσεις ανορεξίας (Treasure et al., 2010).

## 7.Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ-ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

### 7.1.Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας

Στους ανορεξικούς ασθενείς υπάρχουν κάποια κοινά σημεία στην προσωπικότητα των όποιων τους κάνει πιο επιρρεπής στην ανάπτυξη της διαταραχής. Η τελειοθρία, η φιλοδοξία, η ανάθεση υψηλών στόχων, η ανταγωνιστικότητα, τα επιτεύγματα αλλά και γενικότερα η όλη συμπεριφορά τους φαίνεται συμβάλλουν καταλυτικά στην εμφάνιση της διαταραχής. Συγκεκριμένα, μελέτες καταδεικνύουν πως ασθενείς που προέρχονται από υψηλότερα κοινωνικά στρώματα έχουν αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης ανορεξικών συμπεριφορών. Τα άτομα αυτά δείχνουν να έχουν την ανάγκη να γίνουν πολύ επιτυχημένα και δημοφιλή με οτιδήποτε και αν καταπιάνονται εξασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο την αποδοχή και την αναγνώριση από τους άλλους. Ιδιαίτερα, βιωματικές αφηγήσεις ασθενών αναφέρουν πως μετά την επέλαση έντονων στρεσογόνων φάσεων σε συνδυασμό με την τελειοθηρική συμπεριφορά που τους χαρακτηρίζει ευνοήθηκε η εκδήλωση της διαταραχής. Ουσιαστικά, φαίνεται να διατηρούν μια αυταπάρνηση και μια δυσκολία έκφρασης βαθύτερων αρνητικών συναισθημάτων όπως αυτά του θυμού, της απογοήτευσης και της θλίψης και μια αποτρεπτική αδυναμία στην εκδήλωση τους σε ιδιαίτερα έντονες στιγμές της ζωής τους (Kring et al., 2010).

Η κοινωνική ζωή του, σταδιακά αρχίζει να μειώνεται και ο χρόνος του πλέον μονοπωλείται από εργασία, άσκηση και δίαιτα. Συχνό, αλλά όχι γενικό κλινικό χαρακτηριστικό της ψυχογενούς ανορεξίας, είναι ότι τα ανορεξικά άτομα υπερεκτιμούν το μέγεθος του σώματος τους σημαντικά θεωρώντας, μάλιστα, να αποτελείται κυρίως από υψηλά ποσοστά συγκέντρωσης λίπους ακόμα και σε προχωρημένα στάδια απίσχνασης. Η διαταραχή αυτή, στην αυτοαντίληψη του σώματος, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με συναισθήματα μίσους και ανηδονίας του ατόμου προς το σώμα του και κυρίως προς τον ίδιο του τον εαυτό (Bennett, 2010).

## **7.2.Έλεγχος του βάρους**

Οι ανορεκτικοί ασθενείς διακατέχονται από μια συνεχή αγωνία για τον αν έχουν πάρει βάρος ή αν έχουν διογκωθεί συγκεκριμένα μέρη του σώματος τους λόγω συσσώρευσης λίπους, με αποτέλεσμα να οδηγούνται επανειλημμένα στον έλεγχο του σωματικού τους βάρους (ζύγισμα) ή των αναλογιών του σώματός τους σε καθημερινή βάση. Το δεύτερο γίνεται συνήθως μπροστά στον καθρέπτη, με χρήση μεζούρας ή τις παλάμες των χεριών. Συνηθέστερα μέρη που ελέγχονται είναι η κοιλιά και η διάμετρος των μηρών. Ο έλεγχος συνήθως προκαλεί προσωρινά ανακούφιση, γι' αυτό και ενισχύεται ως συμπεριφορά. Ορισμένοι ασθενείς αναφέρουν ότι κάποια στιγμή στην πορεία της ανορεξίας, μην αντέχοντας τη διαρκή αγωνία για το αποτέλεσμα της επόμενης ζύγισης του σωματικού τους βάρους, επέλεξαν ως λύση να περιορίσουν ακόμα περισσότερο την πρόσληψη τροφής και να αποφεύγουν να ζυγίζονται ή να μετράνε τις σωματικές τους αναλογίες (Shafran et al. 2004).

## **7.3.Ενασχόληση με την τροφή**

Παρόλο που τα άτομα με ανορεξία αποφεύγουν να τρώνε, είναι χαρακτηριστική η έντονη ενασχόληση τους με σκέψεις που αφορούν την τροφή. Μπορεί να περνούν πολύ χρόνο σκεπτόμενα το φαγητό, μαγειρεύοντας για τα ίδια ή τους άλλους, ή βλέποντας τους άλλους να τρώνε. Μπορεί ακόμη να αναφέρουν ότι ονειρεύονται φαγητό, ότι βιώνουν πόνους λόγω της πείνας, και ότι έχουν όρεξη να φάνε. (Bennett, 2010). Πολλοί ασθενείς αναπτύσσουν ένα ψυχαναγκαστικό μοτίβο καθημερινότητας όπου αποτελείται από κανόνες σχετικούς με τη δραστηριότητα και τη τροφή τους, ακολουθώντας σε αρκετές περιπτώσεις, τακτικές διαχωρισμού των τροφών σε ομάδες με βάση τα θρεπτικά συστατικά και στην πραγματοποίηση μιας “μαγικής” κατηγοριοποίησης σε απαγορευμένες και μη απαγορευμένες τροφές (Bennett, 2010).

#### **7.4. Σωματική άσκηση**

Η εμμονή με την υπερβολική άσκηση και δραστηριότητα είναι μια συμπεριφορά ιδιαίτερα συχνή σε ανορεκτικούς ασθενείς. Υπολογίζεται ότι ποσοστό έως 80% των ανορεκτικών ασθενών στην οξεία φάση της διαταραχής ασκούνται εντατικά. Οι περισσότεροι ασθενείς χρησιμοποιούν την άσκηση ως μέσο αύξησης της κατανάλωσης θερμίδων. Με αυτόν τον τρόπο πιστεύουν ότι θα χάσουν βάρος πιο εύκολα και γρήγορα. Επίσης, η σωματική άσκηση τους βοηθάει –μετά από κάποιο γεύμα- να καθησυχαστούν τόσο από τις ενοχές που υπέκυψαν στην πείνα και έφαγαν, όσο και από τον φόβο ότι θα αυξηθεί το βάρος τους (Mond & Calogero, 2009).

Για να μη γίνεται αντιληπτή η υπερβολική χρονική διάρκεια και ένταση της άσκησης από τα οικεία μέλη της οικογένειας, ορισμένοι ασθενείς προτιμούν να γυμνάζονται μόνοι τους, κυρίως σε κάποιο ιδιωτικό χώρο, όπως είναι το υπνοδωμάτιο τους. Οι ασκήσεις που προτιμούν συνήθως είναι κάμψεις και τρέξιμο επί τόπου. Άλλοι προτιμούν να ασκούνται σε γυμναστήριο ή να προπονούνται για κάποιο άθλημα (Mond & Calogero, 2009).

#### **7.5. Υπερφαγικά επεισόδια**

Ο παρατεταμένος υποσιτισμός, καθώς και η πείνα και η στέρηση που τον συνοδεύουν, μπορεί να οδηγήσει σε άρση του περιορισμού ελέγχου της τροφής και στην εμφάνιση υπερφαγικού επεισοδίου. Η παραπάνω πιθανότητα τρομάζει τους περισσότερους ασθενείς, καθώς το υπερφαγικό επεισόδιο αποτελεί μια απόδειξη του κινδύνου που διατρέχουν να χάσουν τον έλεγχο. Τα υπερφαγικά επεισόδια μπορούν να εμφανιστούν οποιαδήποτε στιγμή μέσα στην πορεία της νευρογενούς ανορεξίας. Η συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων ποικίλλει από δύο ή τρεις φορές την ημέρα έως σποραδικά επεισόδια στη διάρκεια ενός μήνα. Μετά από κάθε υπερφαγικό επεισόδιο συνήθως ακολουθούν καθαρτικές συμπεριφορές, όπως είναι η πρόκληση εμέτου (Horie et al., 2016).

## **7.6.Εμετός και καθαρτικά**

Ο έμετος συνήθως προκαλείται αμέσως μετά το γεύμα με ερεθισμό της σταφυλής ή της οπισθοφαρυγγικής επιφάνειας με το δάκτυλο ή ένα κουτάλι ή κάποιο άλλο επίμηκες αντικείμενο. Για να υποβοηθήσουν την πρόκληση εμέτου, πολλοί ασθενείς προσπαθούν να αυξήσουν τη διάταση του στομάχου πίνοντας μεγάλη ποσότητα νερού ή άλλων υγρών, π.χ αναψυκτικά χωρίς θερμίδες (Steffen et al., 2007).

Η χαμηλή στάθμη καλίου, το αυξημένο επίπεδο αμυλάσης, η διάβρωση των οδοντοστοιχιών, η υπερτροφία του παρωτιδικού αδένου και η βραχνάδα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως σημάδια εμετού που αυτό-προκαλούνται. Ωστόσο, αναφέρονται ασθενείς οι οποίοι δεν είχαν τα συνήθη φυσικά σημάδια εμετού, επειδή χρησιμοποίησαν σωλήνες αντί για τα δάχτυλά τους για να καθαρίσουν τα περιεχόμενα του στομάχου, τον αποκαλούμενο «tube vomiting-εμετό των σωλήνων». Βασίζεται στην αρχή της πλύσης στομάχου, μια τεχνική που χρησιμοποιείται όταν ένας ρινογαστρικός σωλήνας διέρχεται μέσα στο στομάχι για την απομάκρυνση των τοξικών ουσιών (Horie et al., 2016).

Η κατάχρηση καθαρτικών και κυρίως αυτών που δρουν ερεθιστικά στο εντερικό τοίχωμα είναι μια από τις συμπεριφορές που παρατηρούνται συνήθως σε ασθενείς που εμφανίζουν υπερφαγικά επεισόδια. Η κατάχρηση καθαρτικών βρέθηκε ότι σχετίζεται με την παρουσία τελειοθηρικών, ιστριονικών και αποφευκτικών χαρακτηριστικών στην προσωπικότητα των ανορεκτικών ασθενών, καθώς και με αυξημένη καταθλιπτική και ανορεκτική συμπτωματολογία (Steffen et al. 2007).

Πολλές φορές η κατάχρηση καθαρτικών ενσωματώνεται μέσα στην καθημερινή ψυχαναγκαστική, ανορεκτική τελετουργία. Δηλαδή, γίνεται συγκεκριμένη ώρα, με συγκεκριμένη ποσότητα ουσίας ώστε να μην παρακωλύει το ημερήσιο πρόγραμμα του ασθενούς. Με την πρόκληση διαρροϊκών κενώσεων ο ασθενής αισθάνεται έντονη ανακούφιση και νοιώθει ότι απαλλάχτηκε από το περιττό βάρος που μόλυνε το σώμα του (Steffen et al. 2007).

## 8. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η νευρογενής ανορεξία σχετίζεται με πολυάριθμες γενικές ιατρικές επιπλοκές . Οι επιπλοκές επηρεάζουν σχεδόν όλα τα κύρια συστήματα και συχνά περιλαμβάνουν επίσης φυσιολογικές διαταραχές όπως υπόταση, βραδυκαρδία και υποθερμία. Οι ιατρικές επιπλοκές αντιπροσωπεύουν περισσότερους από τους μισούς θανάτους σε ασθενείς με νευρογενής ανορεξία. Οι τυποποιημένοι δείκτες θνησιμότητας δείχνουν ότι ο ρυθμός θανάτου στην νευρογενής ανορεξία είναι 10 έως 12 φορές μεγαλύτερος από τον ρυθμό στο γενικό πληθυσμό (Mehler & Brown, 2015).

Γενικά, οι ιατρικές επιπλοκές της νευρογενής ς ανορεξίας είναι άμεσο αποτέλεσμα της απώλειας βάρους και του υποσιτισμού. Η λιμοκτονία προκαλεί καταβολισμό πρωτεϊνών και λιπών που οδηγεί σε απώλεια του κυτταρικού όγκου και της λειτουργίας, με αποτέλεσμα ανεπιθύμητες ενέργειες της καρδιάς, του εγκεφάλου, του ήπατος, του εντέρου, των νεφρών και των μυών. Η αναφερθείσα συχνότητα εμφάνισης αυτών των ιατρικών επιπλοκών ποικίλει, ανάλογα με τον ασθενή και επίσης με τη σοβαρότητα νόσου. Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ιατρικών επιπλοκών στην νευρογενής ανορεξία είναι ο βαθμός απώλειας βάρους και η χρονιότητα της νόσου (Miller et al., 2005).

### 8.1. Δερματολογικά προβλήματα

Καθώς η απώλεια βάρους επιδεινώνεται λόγω της έλλειψης θρεπτικών συστατικών, ο ασθενής με νευρογενής ανορεξία εμφανίζει ξηρό δέρμα το οποίο μπορεί να σχιστεί και να αιμορραγεί ειδικά στα δάκτυλα των ποδιών. Επίσης, είναι κοινό για αυτούς τους ασθενείς να έχουν κρύα άκρα και έναν μπλε αποχρωματισμό στις άκρες των δακτύλων τους, καθώς και στη μύτη και στα αυτιά τους. Αυτό αναφέρεται ως ακροκυάνωση και μπορεί να οφείλεται στη μετατόπιση της ροής του αίματος κεντρικά ως απόκριση στην υποθερμία που παρατηρείται με την νευρογενής ανορεξία. Η ανάπτυξη τριχοφυΐας (Lanugo), συνιστά στην ανάπτυξη χνουδιού στο πρόσωπο και κατά μήκος της σπονδυλικής στήλης, που

αντιπροσωπεύει μια προσπάθεια του σώματος να διατηρήσει τη θερμότητα. Τα έλκη από πιεστικά φαινόμενα πάνω σε προεξοχές του σώματος μπορεί να αναπτυχθούν λόγω απώλειας του υποστηρικτικού υποδόριου ιστού και επειδή υπάρχει καθυστερημένη επούλωση των πληγών (Strumia, 2005).

## **8.2. Προβλήματα στο γαστρεντερικό**

Με τον περιορισμό της τροφής, μόλις μειωθεί η απώλεια βάρους κάτω από περίπου 15-20% του ιδανικού σωματικού βάρους, υπάρχει συχνά η ανάπτυξη της γαστροπάρεσης. Η γαστροπάρεση αναφέρεται στην καθυστερημένη εκκένωση του στομάχου. Το φούσκωμα, το άλγος του στομάχου και ο πρώιμος κορεσμός είναι τα κύρια συμπτώματα. Η φούσκωμα μπορεί να επιδεινωθεί από τη διατροφή με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες, στην οποία μπορεί να καταφύγουν αυτοί οι ασθενείς σε μια προσπάθεια να θεραπεύσουν την επιβραδυνόμενη γαστρική κένωση (Arie et al., 2008).

Τα προβλήματα δυσκοιλιότητας συχνά συνοδεύουν την απώλεια βάρους στην νευρογενή ανορεξία. Πρόκειται για ένα πολύπλοκο ζήτημα, καθώς οι ανησυχίες σχετικά με την ανεπάρκεια της συχνότητας και της ποσότητας των κοπράνων, επηρεάζονται συχνά από την αντίληψη για τις συνήθειες του εντέρου. Με την αποκατάσταση βάρους βελτιώνεται η κινητικότητα του παχέος εντέρου, αλλά οι διαιτητικές τροποποιήσεις και η ιατρική θεραπεία απαιτούνται συχνά για τη θεραπεία και την πρόληψη της προοδευτικής δυσκοιλιότητας και της δυσφορίας κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου διατροφικής αποκατάστασης. Η εξασφάλιση επαρκούς πρόσληψης υγρών μπορεί συχνά να βοηθήσει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων. Οι προτιμώμενοι τρόποι θεραπείας είναι τα οσμωτικά καθαρτικά, όπως η σκόνη πολυαιθυλενογλυκόλης και η λακτουλόζη (Mehler & Krantz, 2003).

Οι τρανσαμινάσες του ήπατος (AST & ALT) είναι συχνά εκτός των φυσιολογικών ορίων στην νευρογενή ανορεξία. Η απώλεια βάρους και η νηστεία μπορούν να προκαλέσουν ήπια αύξηση (2-3 φορές πάνω από κανονική) των τρανσαμινασών (AST / ALT). Αυτές οι αυξήσεις των ηπατικών ενζύμων συνήθως επιλύονται και

ομαλοποιούνται αν επανέρθει η ημερήσια φυσιολογική θερμιδική πρόσληψη (Mehler & Krantz, 2003).

Το σύνδρομο ανώτερης μεσεντερικής αρτηρίας (SMA) είναι μια σπάνια αιτιολογία του κοιλιακού άλγους και εμέτου σε ασθενείς με νευρογενής ανορεξία. Προκαλείται από τη συμπίεση του χώρου μεταξύ της ανώτερης μεσεντερικής αρτηρίας και της αορτής λόγω απώλειας του παρεμβαλλόμενου μεσεντέριου μαξιλαριού λίπους. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η βαθιά απώλεια βάρους είναι υπεύθυνη για αυτό το ανατομικό φαινόμενο. Το σύνδρομο SMA αποτελεί σοβαρή επιπλοκή της νευρογενής ανορεξίας καθώς τα αποφρακτικά συμπτώματα επιδεινώνουν περαιτέρω τις δυσκολίες στην επίτευξη επαρκούς θερμιδικής πρόσληψης. Ο βασικός άξονας της θεραπείας για το σύνδρομο SMA στην νευρογενής ανορεξία είναι η διατροφική υποστήριξη. Η εντερική σίτιση, είτε με υδαρή διατροφή από το στόμα που μπορεί να διαπερνά το εμπόδιο, είτε με γαστρικό σωλήνα τοποθετημένο στην νήστιδα, μακριά από το σημείο της απόφραξης είναι αποτελεσματικές βραχυπρόθεσμες παρεμβάσεις (Mehler & Krantz, 2003).

### **8.3. Προβλήματα από το ενδοκρινικό σύστημα**

Εκτεταμένες διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος χαρακτηρίζουν την νευρογενής ανορεξία. Οι ανωμαλίες ίσως να αντικατοπτρίζουν δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου – υπόφυσης, περιλαμβανομένων των συστημάτων υποθάλαμος-υπόφυση-γοναδοτροπίνη, υποθάλαμος-υπόφυση-αδρεναλίνη και υποθάλαμος-υπόφυση-θυρεοειδής, καθώς επίσης και της αυξητικής ορμόνης, της ινσουλίνης, των ενδογενών οπιοειδών (Mehler & Brown, 2015).

Οι εξετάσεις που ελέγχουν τη θυρεοειδική λειτουργία μπορεί να μην είναι φυσιολογικές στους ανορεξικούς ασθενείς, αλλά συχνά αυτό αντιπροσωπεύει μια φυσιολογική προσαρμογή στη λιμοκτονία και όχι δυσλειτουργία του θυρεοειδούς αδένος. Η ινσουλίνη και τα επίπεδα γλυκόζης του αίματος μετά από νηστεία φαίνονται μειωμένα ή στο κατώτατο φυσιολογικό όριο. Η ανοχή της γλυκόζης είναι



πολύ συχνά εξασθενημένη και πιθανότατα αντικατοπτρίζει την κατάσταση λιμοκτονίας (Mehler & Brown, 2015).

#### **8.4. Προβλήματα από το αναπαραγωγικό σύστημα**

Η αμηνόρροια είναι ένα από τα διαγνωστικά κριτήρια και ταυτόχρονα κύριο κλινικό χαρακτηριστικό της νευρογενούς ανορεξίας. Παραμένει ασαφές αν η απουσία έμμηνης ρύσης σε αυτές τις ασθενείς είναι απλώς ένα δευτερεύον αποτέλεσμα του περιορισμού της θερμιδικής πρόσληψης. Σε ελλιποβαρείς ασθενείς, τα βασικά επίπεδα της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH), της θυλακοτρόπου ορμόνης (FSH) και των οιστρογόνων είναι μειωμένα (Dalle-Grave et al., 2008).

Από τους ασθενείς με νευρογενής ανορεξία, το 20-25% μπορεί να παρουσιάσει αμηνόρροια πριν την εμφάνιση σημαντικής απώλειας βάρους και το 50-75% θα εμφανίσει αμηνόρροια κατά τη διάρκεια της δίαιτας και της απώλειας βάρους. Σε μερικούς ασθενείς με νευρογενής ανορεξία, η αμηνόρροια εμφανίζεται μόνο μετά από πιο έντονη απώλεια βάρους. Συνολικά, η ανάπτυξη της αμηνόρροιας σχετίζεται περισσότερο με την απώλεια σωματικού βάρους. Συνολικά, η επίπτωση της στειρότητας αυξάνεται στην νευρογενής ανορεξία λόγω της ευρέως παρουσιαζόμενης αμηνόρροιας και της μειωμένης λίμπιντο. Εάν παρουσιαστεί εγκυμοσύνη, υπάρχει επίσης υψηλότερο ποσοστό επιπλοκών εγκυμοσύνης καθώς και νεογνικών επιπλοκών (Dalle-Grave et al., 2008).

#### **8.5. Αιματολογικά προβλήματα**

Ο μυελός των οστών επηρεάζεται δυσμενώς από την νευρογενής ανορεξία. Και οι τρεις κυτταρικές σειρές, δηλαδή τα ερυθρά αιμοσφαίρια, τα λευκά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια, μπορεί να επηρεαστούν από νευρογενής ανορεξία. Συγκεκριμένα, η αναιμία και η λευκοπενία εμφανίζονται σε περίπου το ένα τρίτο των ασθενών και η θρομβοπενία εμφανίζεται 10%. Καθώς η σοβαρότητα της ασθένειας επιδεινώνεται και ο ΔΜΣ πέφτει, η συχνότητα αυτών των ανωμαλιών είναι

μεγαλύτερη, με πάνω από το 75% των ασθενών να επιδεικνύουν κυτταροπενίες. Είναι ενδιαφέρον ότι οι ασθενείς με νευρογενής ανορεξία δεν φαίνεται να έχουν προδιάθεση σε πιο συχνές μολυσματικές ασθένειες, παρά τις υποσιτιζόμενες καταστάσεις τους. Ωστόσο, επειδή τα συνήθη σημάδια μόλυνσης (πυρετός και αυξημένος αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων) μπορεί να μην είναι παρόντα σε νευρογενής ανορεξία, θα πρέπει να ακολουθείται αυξημένη επαγρύπνηση και χαμηλότερο όριο αξιολόγησης για μια λοίμωξη (Mehler & Brown, 2015).

### **8.6.Ο μεταβολισμός των οστών**

Οι ασθενείς με νευρογενής ανορεξία πολύ συχνά έχουν μειωμένη οστική δομή και μειωμένη αντοχή των οστών. Στην πραγματικότητα, το 85% των γυναικών με διάγνωση νευρογενής ς ανορεξίας έχει είτε οστεοπόρωση είτε οστεοπενία (Fazeli & Klibanski, 2014).

Η οστεοπενία είναι συχνή και σοβαρή επιπλοκή, που πολλές φορές είναι αποτέλεσμα της αμηνόρροιας και άπαξ και εγκατασταθεί, είναι δύσκολο να θεραπευτεί και θεωρείται μερικώς αναστρέψιμη. Η μειωμένη οστική πυκνότητα (οστεοπενία) μπορεί να είναι εξίσου σοβαρή με εκείνη που παρατηρείται σε γυναίκες με οστεοπόρωση μετά την εμμηνόπαυση και καταλήγει σε αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων. Η παθογένεια της οστεοπενίας στην ανορεξία είναι πολύπλοκη και επί πλέον έρευνες είναι απαραίτητες ώστε να διευκρινιστεί πλήρως η αιτιολογία. Η οστεοπενία φαίνεται να αντικατοπτρίζει μια κατάσταση χαμηλής αποκατάστασης με αυξημένη οστική αναρρόφηση χωρίς ακόλουθο σχηματισμό οστών, μια διαδικασία που διαφέρει από αυτή στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση (Fazeli & Klibanski, 2014).

### **8.7.Νευρολογικά προβλήματα**

Στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) παρατηρούνται δυσκολίες στη συγκέντρωση της προσοχής μνήμης, οργανικό ψυχοσύνδρομο και σπανιότερα επιληπτικές

κρίσεις, όπως και η εικόνα ψευδοατροφίας του εγκεφάλου με αναστρέψιμη διερεύνηση των κοιλιών. Από το περιφερικό νευρικό σύστημα διαπιστώνεται μυοπάθεια λόγω έλλειψης μαγνησίου, ασβεστίου και φωσφόρου (Mehler & Brown, 2015).

### **8.8. Καρδιολογικά προβλήματα**

Η βραδυκαρδία και η ορθοστατική υπόταση είναι συχνά ευρήματα σε ολιγοβαρείς ασθενείς, οι οποίοι έχουν καρδιακό ρυθμό ανάπαυσης 60 παλμούς ανά λεπτό και διαστολική αρτηριακή πίεση χαμηλότερη από 60 mmHg. Η χαμηλή αρτηριακή πίεση, η κολπική βραδυκαρδία και η κολπική αρρυθμία αποτελούν μια φυσιολογική προσαρμογή στην περιορισμένη πρόσληψη τροφής και τη λιμοκτονία (Mehler & Brown, 2015).

## 9.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η διαφορική διάγνωση έχει σαν σκοπό να αποκλείσει την ύπαρξη κάποιας σωματικής νόσου η οποία προκαλεί ανορεξία και καχεξία (καρκίνος, φυματίωση, φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου, ενδοκρινικές παθήσεις, όγκοι του εγκεφάλου, AIDS).

Επίσης υπάρχουν και άλλες ψυχικές διαταραχές που άμεσα ή έμμεσα προκαλούν διαταραχές στη λήψη τροφής με συνέπεια τη μείωση του σωματικού βάρους. Τυπικά διαταραχές της όρεξης και του βάρους εμφανίζονται στις διαταραχές της διάθεσης με τη μελαγχολία να συνδέεται με ανορεξία και απώλεια βάρους ενώ η άτυπη κατάθλιψη συνδέεται με υπερφαγία και αύξησή του (Zipfel et al., 2015).

Μια σημαντική διαφορά μεταξύ μελαγχολίας και ψυχογενούς ανορεξίας είναι ότι παρά την ονοματολογία, η μελαγχολία είναι η κατάσταση εκείνη που χαρακτηρίζεται από ανορεξία ενώ η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από εμμονές, φόβους και σκέψεις για το σωματικό βάρος. Πραγματική ανορεξία εμφανίζεται μόνο στα προχωρημένα στάδια της ψυχογενούς ανορεξίας ως συνέπεια του παρατεταμένου υποσιτισμού (Zipfel et al., 2015).

Έμμετοι, γαστρική δυσφορία και παρόμοιες εκδηλώσεις είναι συχνές σε ασθενείς με σωματοποιητική διαταραχή αλλά δεν υπάρχει υπερβολική απώλεια βάρους. Στις ψυχωτικές διαταραχές, παραληρητικές ιδέες που αφορούν δηλητηρίαση από άλλους ή ψευδοφιλοσοφικές σκέψεις μπορεί να επηρεάσουν την συμπεριφορά διατροφής καθώς και το σωματικό βάρος μερικές φορές, τυπικά όμως απουσιάζει ο φόβος του να γίνει το άτομο παχύ καθώς και οι συμπεριφορές κάθαρσης. Τέλος, διαταραχές της εμμηνορρυσίας υπάρχουν στις περισσότερες ψυχικές διαταραχές, πολλές φορές ως συνέπεια της φαρμακευτικής αγωγής (Zipfel et al., 2015).

## **10.ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

### **10.1.Αρχική αξιολόγηση**

Η αρχική εκτίμηση του ασθενούς με νευρογενής ανορεξία περιλαμβάνει την εις βάθος συνέντευξη, την φυσική εξέταση, και την έρευνα για τη διαπίστωση της σοβαρότητας και της φύσης των διατροφικών διαταραχών. Επίσης περιλαμβάνει τη διάγνωση ψυχιατρικής και σωματικής συννοσηρότητας, με τον εντοπισμό ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων, καθώς διαγνώσεις και κινδύνους, προηγούμενες θεραπείες, τα τρέχοντα κίνητρα για θεραπεία και τις διαθέσιμες υποστηρίξεις (Mander et al., 2013).

Βασική παράμετρος θεωρείται η οικοδόμηση καλής σχέσης με τον ασθενή, καθώς είναι συχνά πολύ αμφίθυμοι και φοβούνται τη θεραπεία. Όποτε είναι δυνατόν, θεωρείται σημαντικό να εμπλέκονται σημαντικοί άλλοι (οικογένεια, σύντροφοι) στην αξιολόγηση και στη μεταγενέστερη θεραπεία (Mander et al., 2013).

### **10.2.Φαρμακευτική Θεραπεία**

Η φαρμακευτική θεραπεία έχει χρησιμοποιηθεί σε προσπάθειες αντιμετώπισης της νευρογενής ς ανορεξίας. Δυστυχώς δεν έχει αποδειχθεί επιτυχής. Οι αλλαγές που επιτυγχάνονται με τη φαρμακευτική θεραπεία όσον αφορά τη σημαντική αύξηση του βάρους, τα βασικά χαρακτηριστικά της ανορεξίας ή ακόμη και κάποιο πρόσθετο σημαντικό όφελος είναι πολύ λίγες συγκριτικά με το καθιερωμένο πρόγραμμα ενδονοσοκομειακής θεραπείας. Πρόσφατες αναφορές περιπτώσεων δείχνουν ότι το αντιψυχωτικό φάρμακο ολανζαπίνη (Zyprexa) βοηθά πιθανώς στην αύξηση του βάρους και στη μείωση του άγχους των ασθενών με ανορεξία (Kring et al., 2010).

### **10.3. Νοσηλεία και νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

Η νευρογενής ανορεξία είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί. Η ιατρική διαχείριση έχει ως στόχο τη διόρθωση και την πρόληψη των επιπλοκών της νόσου. Η αποκατάσταση των κανονικών συνηθειών διατροφής είναι ζωτικής σημασίας για την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς (Golden, 2008).

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο μπορεί να ενδείκνυται για ασθενείς που είναι εξαιρετικά άρρωστοι, παρουσιάζουν καρδιακές επιπλοκές ή έχουν σοβαρές μεταβολικές ανωμαλίες. Οι περισσότεροι ασθενείς θα εισαχθούν στο νοσοκομείο για την έναρξη της επανασίτισης, θα εισαχθούν σε ψυχιατρικές δομές για παροχή συμβουλών εάν είναι ιατρικά σταθεροί ή θα αντιμετωπίζονται ως εξωτερικοί ασθενείς (Golden, 2008).

Ειδικότερα για τους ασθενείς με τέτοιες διαταραχές, οι γενικοί κανόνες νοσηλευτικής φροντίδας είναι οι παρακάτω:

- Φροντίδα και επιμέλεια των ασθενών ώστε να είναι ευπρεπώς ντυμένοι και να φροντίζουν την ατομική τους υγιεινή. Πολλές φορές οι ασθενείς στο πλαίσιο της ψυχοπαθολογίας τους αμελούν την εμφάνιση τους, δεν φροντίζουν την ατομική τους υγιεινή και αδιαφορούν για αυτή.
- Αλλαγή και τακτοποίηση των κλινοσκεπασμάτων σε συνεργασία με τον ασθενή.
- Λήψη ζωτικών σημείων (Αρτηριακή Πίεση, Σφύξεις, Θερμοκρασία).
- Λήψη ή επιμέλεια λήψης, δείγματος (αίματος και ούρων κ.ά.) για έκτακτες εργαστηριακές εξετάσεις.
- Ενημέρωση, ίσως και συνοδεία των ασθενών για τακτικό εργαστηριακό έλεγχο, για ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ), Ακτινογραφία Θώρακος κ.ά
- Ενημέρωση, ίσως και συνοδεία των ασθενών για κάθε έκτακτο εργαστηριακό έλεγχο στα αντίστοιχα τμήματα του νοσοκομείου ή σε άλλο

νοσοκομείο λόγω έλλειψης αντίστοιχης ιατρικής ειδικότητας ή τεχνολογικού διαγνωστικού μέσου.

- Εποπτεία ή και συνοδεία των ασθενών για τον τακτικό και τον κλινικό τους έλεγχο (Παθολογικό, Καρδιολογικό, Χειρουργικό, Ακτινολογικό, Δερματολογικό κ.ά.)
- Συνεργασία με το τμήμα ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων για τον εμβολιασμό των ασθενών εκεί όπου ενδείκνυται, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Αντιμετώπιση κάθε έκτακτης κατάστασης που αφορά στην υγεία του ασθενούς ακολουθώντας τις ιατρικές οδηγίες (εργαστηριακές εξετάσεις-ιατρική γνωμάτευση-θεραπεία κ.ά.). Ο ασθενής παράλληλα με την ψυχική νόσο μπορεί να έχει και κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας (συννοσηρότητα) ή να προκύψουν προβλήματα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, έτσι ο νοσηλευτής παρατηρεί την κλινική εικόνα του ασθενούς, λαμβάνει σοβαρά υπόψη τα παράπονα του και ενεργεί έγκαιρα προς όφελος του ασθενούς.
- Φροντίδα για καλή σίτιση και ενυδάτωση των ασθενών, εφαρμογή εκεί όπου απαιτείται ειδικού διαιτολογίου.
- Χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής από όλες τις οδούς και εφαρμογή νοσηλείας σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Ιδιαίτερη μέριμνα έχει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας και τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής εξαιτίας της μη συμμόρφωσης και της έλλειψης συνεργασίας. Οι ασθενείς μπορεί να σκεφτούν τους πιο απίθανους τρόπους για να αποφύγουν τη λήψη των φαρμάκων, μέχρι και να αρνηθούν και με την εκδήλωση άσκησης βίας κατά του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να βρει τους κατάλληλους σε κάθε περίπτωση τρόπους επικοινωνίας, ώστε να ενημερώσει και να πείσει τον ασθενή για την αναγκαιότητα της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής. Παράλληλα, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να παρατηρήσει για τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και να φροντίσει ενημερώνοντας τον θεράποντα ιατρό για την αντιμετώπιση τους.

Στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής αρνείται επίμονα τη λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής και επειδή αυτό συνεπάγεται επιδείνωση των ψυχικών συμπτωμάτων στο σημείο που μπορεί να γίνει επικίνδυνος για τον εαυτό του ή τους άλλους, τότε εφαρμόζεται η θεραπεία παρά τη θέληση του ασθενούς. Σ' αυτή την περίπτωση οι ενέργειες των νοσηλευτών είναι σκόπιμο να κατευθύνονται με βάση το συγκεκριμένο πρωτόκολλο.

- Εκτίμηση της συμπεριφοράς των ασθενών, ενημέρωση της λογοδοσίας και της θεραπευτικής ομάδας. Είναι πολύ σημαντική η θέση του νοσηλευτή γιατί εκτιμά τον ασθενή όλο το 24ωρο, έχει αμεσότητα μαζί του και οι παρατηρήσεις του είναι καθοριστικές για την πορεία της νοσηλείας του.
- Εκπαίδευση των ασθενών προς διατήρηση-βελτίωση των δεξιοτήτων αυτοσυντήρησης.
- Κινητοποίηση των ασθενών για πρόληψη των συμπτωμάτων ιδρυματισμού. Είναι σημαντικό να παροτρύνεται ο ασθενής να διατηρήσει τις ικανότητες του, να τις βελτιώσει και να συνεχίζει να είναι λειτουργικός. Η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, ο μικρός χρόνος νοσηλείας και η κινητοποίηση των ασθενών, συντελούν στην αποφυγή του ιδρυματισμού και στην ομαλή επανένταξη του ασθενούς στην κοινωνία ως ενεργός πολίτης.
- Διαχείριση και παρέμβαση στην κρίση. Ο νοσηλευτής είναι ο επαγγελματίας υγείας ο οποίος θα παρέμβει και θα αντιμετωπίσει μία ψυχοκινητική κρίση/διέγερση του ασθενούς. Ελέγχει και παρεμβαίνει προς αποφυγή αυτο/ετεροκαταστροφικών συμπεριφορών. Είναι απαραίτητη η εφαρμογή πρωτοκόλλου σε τέτοιες περιπτώσεις γιατί η έγκαιρη και άμεση παρέμβαση είναι καθοριστική. Συμμετέχει στις συνεντεύξεις των ασθενών με στόχο την πληρέστερη ενημέρωση της κατάστασης τους.
- Συμμετέχει ενεργά στις ομάδες (προσωπικού-ενημέρωσης περιστατικών κ.ά.) της κλινικής. Υποστηρίζει τα δικαιώματα των ασθενών, εκεί όπου θίγονται. Ενημερώνει τον ασθενή για τα δικαιώματα του κατά την είσοδο του στο τμήμα.



- Διαφυλάττει στοιχεία που αφορούν σε προσωπικά δεδομένα του ασθενούς. Στηρίζει και συνεργάζεται με την οικογένεια. Οι συγγενείς επηρεασμένοι ψυχολογικά και σωματικά από τη φροντίδα του ψυχικά ασθενούς (είτε πρόκειται για έναρξη της νόσου είτε για χρόνια κατάσταση), χρειάζονται κατανόηση και στήριξη. Είναι απαραίτητη η εκπαίδευση ή ενημέρωση των συγγενών, γιατί η παρέμβαση τους θα βοηθήσει ώστε μετά το εξιτήριο του ασθενούς να αποφευχθεί η ένταση μιας υποτροπής της νόσου
- Φροντίζει σε κάθε βάρδια για τη δημιουργία μιας ήρεμης και ασφαλούς ατμόσφαιρας. Το θεραπευτικό περιβάλλον συντελεί σημαντικά στη θετική έκβαση της νόσου. Συνεργάζεται ισότιμα με όλα τα μέλη της Θεραπευτικής Ομάδας, αναγνωρίζοντας τις προσπάθειες και το έργο τους (Αβραμίδης & Παρή, 2012).

Η ειδική αντιμετώπιση των άρρωστων με νευρογενής ανορεξία στη διάρκεια ενός προγράμματος νοσηλείας πρέπει να συνεκτιμά τα ακόλουθα:

- Οι άρρωστοι πρέπει να ζυγίζονται κάθε πρωί, αφού προηγουμένως έχει αδειάσει η ουροδόχος κύστη.
- Επίσης, θα πρέπει να καταγράφεται η ημερήσια πρόσληψη υγρών όπως και η αποβολή των ούρων.
- Εάν παρουσιαστούν εμετοί, θα πρέπει να εκτιμώνται οι ηλεκτρολύτες και να παρακολουθείται η τυχών εμφάνιση της υπογλυκαιμίας. Επειδή παρατηρείται συχνά αναγωγή τροφής μετά τα γεύματα, το ιατρικό ιστορικό θα πρέπει να είναι σε θέση να ελέγξει τον εμετό με το να μην επιτρέπει τη χρήση τουαλέτας για τουλάχιστον 2 ώρες μετά τα γεύματα ή με το να υπάρχει συνοδός στο μπάνιο που δεν θα επιτρέψει τον εμετό.
- Η δυσκοιλιότητα υποχωρεί όταν αρχίζουν να τρέφονται κανονικά. Χορηγούνται σποραδικά μαλακτικά των κοπράνων, αλλά ποτέ υπακτικά. Εάν εμφανιστεί διάρροια υποδηλώνει συνήθως ότι ο άρρωστος παίρνει υπακτικά κρυφά. Λόγω της σπάνιας επιπλοκής της διάτασης του στόμαχου και τις πιθανότητες κυκλοφοριακής υπερφόρτωσης, εάν ο άρρωστος αρχίσει

απότομα να λαμβάνει μεγάλες ποσότητες θερμίδων, το προσωπικό θα πρέπει να ξεκινάει με χορήγηση περίπου 500 θερμίδων πάνω από το απαιτούμενο για τη συντήρηση του υπάρχοντος βάρους (συνήθως 1500–2000 θερμίδες την ημέρα). Αυτές οι θερμίδες καλό είναι να δίνονται σε 6 ισόποσα γεύματα ημερησίως έτσι ώστε να μην χρειάζεται να παίρνουν οι άρρωστοι μεγάλες ποσότητες σε κάθε γεύμα.

- Συνιστάται η χορήγηση υγρών συμπληρωμάτων τροφής επειδή οι ασθενείς μπορεί να γίνονται λιγότερο αγχώδεις μήπως αποκτήσουν σιγά βάρος με την αγωγή παρά με το να τρώνε φαγητό.
- Μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο, ο κλινικός ιατρός συνήθως θεωρεί απαραίτητο να συνεχίσει κάποιου τύπου εξωνοσοκομειακή επίβλεψη για οποιοδήποτε πρόβλημα συμβεί στους ασθενείς και στις οικογένειές τους (Golden, 2008).

#### **10.4.Επανασίτιση του ασθενούς**

Το πρώτο που λαμβάνεται υπόψη στη θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας είναι η διόρθωση της κατάστασης θρέψης του άρρωστου, επειδή η αφυδάτωση, η λιμοκτονία και οι διαταραχές ηλεκτρολυτών μπορεί να προκαλέσουν σοβαρό κίνδυνο στην υγεία και, σε μερικές περιπτώσεις, το θάνατο. Η απόφαση για νοσηλεία του άρρωστου βασίζεται στη σωματική του κατάσταση και στο βαθμό της απαιτούμενης δομής που θα εξασφαλίσει την συνεργασία του (Hartmann et al.2011).

Η χορήγηση τροφής μέσω ρινογαστρικού καθετήρα πρέπει να ξεκινά μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο, όταν το βάρος του ασθενούς είναι μικρότερο από το 85% του αναμενόμενου βάρους και / ή μικρότερο από το τρίτο εκατοστημόριο για τον ΔΜΣ, καθώς η χορήγηση τροφής μέσω ρινογαστρικού καθετήρα σε εξωτερικούς ασθενείς μπορεί να είναι υπερβολικά δυσάρεστη και η αύξηση βάρους μπορεί να είναι πολύ γρήγορη. Η χορήγηση τροφής μέσω ρινογαστρικού καθετήρα δεν

επιηρεάζει την αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε ψυχολογικής θεραπείας (Hartmann et al.2011).

Η επιθυμητή μέση αύξηση του βάρους κυμαίνεται μεταξύ 0.5-1 Kgr/ εβδομάδα όταν γίνεται σε επίπεδο νοσηλείας και αντίστοιχα 0.2-0.5 Kgr/εβδομάδα όταν επιλέγεται να γίνει σε εξωτερική βάση. Αύξηση βάρους περίπου 1 Kgr απαιτεί την λήψη 5000-7000 θερμίδων επιπλέον του βασικού μεταβολισμού και της ενέργειας που καταναλώνει ο ασθενής με την σωματική δραστηριότητά της (Hartmann et al.2011).

### **10.5.Το σύνδρομο επανασίτισης**

Ως «σύνδρομο επανασίτισης», ορίζεται το σύνολο των επιπλοκών που προκαλείται από την αλλαγή στην κατανομή υγρών και ηλεκτρολυτών που συμβαίνει κατά την επανασίτιση μετά σοβαρό υποσιτισμό και υπολογίζεται ότι συμβαίνει στο 6% των νοσηλευόμενων με ψυχογενή ανορεξία (Khan et al., 2010).

Ο κίνδυνος εκδήλωσης συνδρόμου επανασίτισης είναι ανάλογος του βαθμού υποσιτισμού/απίσχανσης του ασθενούς και της ταχύτητας με την οποία γίνεται η έναρξη της επανασίτισης ιδιαίτερα κατά τις 2 πρώτες εβδομάδες. Παράγοντες που υποδηλώνουν υψηλό κίνδυνο για εκδήλωση του συνδρόμου είναι η πλήρης αιτία 5-10 μέρες προ της επανασίτισης, η παρουσία σημείων καρδιακής ανεπάρκειας, λοίμωξης, ηλεκτροκαρδιογραφικών ή ηλεκτρολυτικών διαταραχών (υποφωσφαταιμία, υπομαγνησισαιμία και υπασβεστιαϊμία) προ της επανασίτισης, η παρουσία ιδιαίτερα χαμηλού BMI<10 και η σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα. (Boateng et al., 2010).

Η αντιμετώπιση του συνδρόμου περιλαμβάνει καταρχάς τον περιορισμό στην προσλαμβανόμενη τροφή στα επίπεδα του βασικού μεταβολισμού ηρεμίας, την διόρθωση του φωσφόρου και των υπόλοιπων ηλεκτρολυτών και την στενή παρακολούθηση και υποστήριξη της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας σε κατάλληλο νοσηλευτικό περιβάλλον. Η εξωγενής χορήγηση ηλεκτρολυτών πρέπει να γίνεται από του στόματος εκτός και αν υπάρχει ιατρική ένδειξη για ενδοφλέβια χορήγηση. Σε κάθε περίπτωση η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών σε σοβαρά

πάσχοντες με Ψυχογενή Ανορεξία ( $\Delta\text{M}\Sigma < 13$ ) πρέπει να γίνεται με αντλία χορήγησης και υπό συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και των αποβαλλόμενων υγρών (Boateng et al., 2010).

Οι Rio et al., (2013) και οι Mehler et al., (2010) έχουν προτείνει τις ακόλουθες στρατηγικές για την αποφυγή του συνδρόμου επανασίτισης:

- Προσδιορισμός των ασθενών σε κίνδυνο.
- Μέτρηση των επιπέδων ηλεκτρολυτών στον ορό και διόρθωση των ανωμαλιών πριν από την επασίτιση, καθώς τα χαμηλά επίπεδα καλίου, μαγνησίου και φωσφορικών μπορούν να αποτελέσουν παράγοντα κινδύνου για το σύνδρομο επανασίτισης.
- Προσπάθεια αύξησης της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης αργά από 1000 έως 1900 kcal / ημέρα κατά 200-300 kcal κάθε 3-5 ημέρες έως ότου επιτευχθεί σταθερή αύξηση βάρους 0,5-1 kg την εβδομάδα (η ταχεία επανασίτιση μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολικό φούσκωμα, οίδημα και, σπάνια, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια).
- Έλεγχος προσεκτικά του ασθενούς για την εμφάνιση ταχυκαρδίας ή οιδήματος.

#### **10.6. Θεραπεία δευτερογενούς αμηνόρροιας και υπογονιμότητας**

Η δευτερογενής αμηνόρροια είναι χαρακτηριστικό της νευρογενής σ ανορεξίας. Παρόλο που δεν θεωρείται πλέον διαγνωστικό κριτήριο, είναι ένα χαρακτηριστικό της σοβαρής απώλειας βάρους και μπορεί συχνά να αποτελεί χαρακτηριστικό της νόσου. Η ανάπτυξη της αμηνόρροιας συσχετίζεται περισσότερο με την απώλεια σωματικού βάρους. Η αποκατάσταση βάρους αποτελεί τον πυρήνα της θεραπείας για την αμηνόρροια στη ρύθμιση της νευρογενής σ ανορεξίας (Mehler et al., 2015).

Από τη σχετική έρευνα φαίνεται ότι δεν υπάρχουν αξιόπιστες φαρμακολογικές παρεμβάσεις για την έναρξη και σταθεροποίηση της εμμήνου ρύσεως. Ως εκ

τούτου, δεν είναι σκόπιμο να χρησιμοποιηθούν από του στόματος αντισυλληπτικά με μοναδικό σκοπό την πρόκληση έμμηνης ρύσης για ασθενείς με νευρογενής ανορεξία. Δεν έχει αποδειχθεί ουσιαστικά κανένα κλινικό όφελος για την αντικατάσταση οιστρογόνων σε αυτόν τον πληθυσμό. Επιπλέον, η επανέναρξη της έμμηνης ρύσης μπορεί να δώσει μια ψευδή αίσθηση ευεξίας σε αυτούς τους ασθενείς (Mehler et al., 2015).

### **10.7.Θεραπεία των καρδιαγγειακών επιπλοκών**

Οι κύριες καρδιαγγειακές επιπλοκές των διατροφικών διαταραχών περιλαμβάνουν την αιμοδυναμικές διαταραχές, διαταραχές στο σύστημα αγωγιμότητας και στις δομικές αλλοιώσεις της καρδιάς. Μεταξύ των πιο συνηθισμένων μεταβολών είναι ορθοστατική υπόταση. Γενικά η θεραπεία σημαντικής υπότασης μπορεί να επιτευχθεί με την χορήγηση ενδοφλέβια υγρών, σε νοσηλευόμενους ασθενείς, ιδιαίτερα εάν είναι συμπτωματικοί. Η υπόταση μπορεί επίσης να συνοδεύει τη βραδυκαρδία, καθιστώντας τα ορθοστατικά συμπτώματα πιο έντονα (Oflaz et al., 2013).

Η βραδυκαρδία είναι μία από τις πιο συχνές καρδιακές επιπλοκές της νευρογενούς ανορεξίας, αλλά απαιτούνται παρεμβάσεις μόνο σε παρουσία κολποκοιλιακού αποκλεισμού. Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές είναι η αλλοίωση της καρδιακής δομής. Οι πιο συχνές αλλοιώσεις αφορούν μείωση στη μάζα της αριστερής κοιλίας, αλλά είναι γενικά αναστρέψιμες. Μερικοί ασθενείς θα αναπτύξουν περικαρδιακές συλλογές, οι οποίες γενικά αυτοπεριορίζονται και επιλύονται με την αποκατάσταση βάρους (Oflaz et al., 2013).

### **10.8.Θεραπεία γαστρεντερικών επιπλοκών**

Υπάρχουν πολλές γαστρεντερικές επιπλοκές λόγω της νευρογενούς ανορεξίας. Η καθυστερημένη γαστρική εκκένωση είναι ένα από τα πιο κοινά προβλήματα. Η κατάσταση αυτή είναι ιδιαίτερα προβληματική, επειδή τα συμπτώματα που προκαλεί, η μεταγευματική πληρότητα, η φούσκωμα και ο πόνος, διαιωνίζουν περαιτέρω την επιθυμία του ασθενούς να αποφεύγει τα τρόφιμα. Οριστική θεραπεία είναι η αποκατάσταση βάρους, η οποία έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τόσο την γαστρική εκκένωση όσο και τα συναφή συμπτώματα (Benini et al., 2004).

## **11.ΨΥΧΟ-ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

Δεδομένου ότι οι λόγοι που οδηγούν στην ανορεξία είναι πολλοί, η κατάλληλη θεραπεία μπορεί να διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο. Στις παρεμβάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν για την ανορεξία συγκαταλέγονται η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και η οικογενειακή θεραπεία. Οι παρεμβάσεις εξελίσσονται σε δύο στάδια: η αρχική θεραπεία παρέχεται συνήθως στο νοσοκομείο και επικεντρώνεται στην αύξηση βάρους και ακολουθεί η μακροχρόνια εξωνοσοκομειακή θεραπεία που επικεντρώνεται στη διατήρηση των γνωσιακών και συμπεριφορικών αλλαγών (Bennett, 2010).

Η θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας θεωρείται γενικώς ότι αποτελεί μία διεργασία που περιλαμβάνει δύο επίπεδα. Ο άμεσος στόχος της είναι να βοηθήσει το άτομο να αυξήσει το βάρος του, προκειμένου να αποφευχθούν οι σωματικές επιπλοκές και η πιθανότητα θανάτου. Ο ασθενής είναι συχνά τόσο αδύναμος και η σωματική του λειτουργία τόσο διαταραγμένη, που απαιτείται άμεση νοσηλεία για ιατρικούς λόγους (πέρα από το ότι απαιτείται για να διασφαλιστεί ότι ο ασθενής καταναλώνει κάποια ποσότητα τροφής). Ο δεύτερος στόχος της θεραπείας, που

είναι η διατήρηση της αύξησης του βάρους μακροχρόνια, συνεχίζει, ωστόσο, να αποτελεί πρόκληση για αυτό το πεδίο (Kring et al., 2010).

Πέρα από την άμεση αύξηση του βάρους, η ψυχολογική θεραπεία της ανορεξίας συχνά απαιτεί και τη συμμετοχή των μελών της οικογένειας. Η οικογενειακή θεραπεία είναι η κύρια μορφή ψυχολογικής θεραπείας της ανορεξίας και βασίζεται στη θεώρηση ότι οι αλληλεπιδράσεις των μελών της οικογένειας του ασθενή μπορεί να παίζουν ρόλο στη διαταραχή (Kring et al., 2010).

### **11.1. Γνωσιακές-συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις**

Οι παρεμβάσεις στη δεύτερη φάση της θεραπείας στοχεύουν στην επίτευξη και τη διατήρηση μακροπρόθεσμων αλλαγών της συμπεριφοράς. Ίσως η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη είναι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση, η οποία αποτελείται από έναν αριθμό φάσεων. Η πρώτη φάση έχει στόχο την εγκαθίδρυση μιας λειτουργικής συμμαχίας με το άτομο. Έτσι ο θεραπευτής πρέπει να συμμαχήσει με τον πελάτη, να προσδιορίσει με ποιον τρόπο οι στρατηγικές ελέγχου του βάρους παίζουν σημαντικό ρόλο και να αποτιμήσει τη μερική επιτυχία αυτών των στρατηγικών. Στη συνέχεια μπορεί να διερευνήσει αν οι εν λόγω στρατηγικές πέτυχαν όσα επιδίωκε το άτομο και να αξιολογήσει τις συναισθηματικές και σωματικές συνέπειες που είχε η υπερβολική δίαιτα. Οι πρώτες συνεδρίες είναι χρήσιμο να αφιερώνονται στη σύνταξη ενός καταλόγου με τα υπέρ και τα κατά της ανορεξικής συμπεριφοράς. Μπορούν επίσης να διερευνηθούν τα βαθύτερα σχήματα που βρίσκονται πίσω από τη συμπεριφορά αυτή. Η γνωσιακή θεραπεία μπορεί να ξεκινήσει μόνο αφού επιτευχθεί μια λειτουργική συμμαχία και το άτομο αποκτήσει το κίνητρο να σκεφτεί το ενδεχόμενο μιας αλλαγής (Bennett, 2010).

Οι γνωσιακές παρεμβάσεις μπορεί να έχουν πολλαπλούς στόχους, στους οποίους περιλαμβάνονται η τροποποίηση της συμπεριφοράς και η ανάπτυξη της αυτονομίας. Έμφαση δίνεται στην αμφισβήτηση των αντιληπτικών παραποιήσεων της εικόνας του σώματος. Μολονότι αυτές ενδέχεται να μην εξαλειφθούν ποτέ εντελώς, και μόνο η επίγνωση τους, καθώς και η αποδοχή από το άτομο ότι υπάρχει

κάποιος βαθμός υπερβολής σε αυτές, είναι δυνατόν να ενδυναμώσουν την προθυμία του για πρόσληψη τροφής. Η ανάπτυξη της αυτονομίας επιτυγχάνεται με την αμφισβήτηση των αρνητικών γνωσιών και την προτροπή του ατόμου να εμπιστεύεται περισσότερο τη διαίσθηση και τα συναισθήματα του. Το άτομο μπορεί ακόμη να διδαχθεί τεχνικές επίλυσης προβλημάτων προκειμένου να αντεπεξέρχεται πιο αποτελεσματικά σε κρίσεις που θα του συμβούν. Σύμφωνα πάντως με τα υπάρχοντα δεδομένα, η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία μπορεί να αποδειχθεί μια αποτελεσματική παρέμβαση (Bennett, 2010).

### **11.2. Προσεγγίσεις οικογενειακής θεραπείας**

Έχουν εφαρμοστεί αρκετές διαφορετικές οικογενειακές θεραπείες για τη θεραπεία της ανορεξίας, αν και το κοινό σημείο όλων είναι ότι προσπαθούν να αλλάξουν τη δομή της εξουσίας μέσα στην οικογένεια ενδυναμώνοντας τους γονείς, παρεμποδίζοντας τη δημιουργία συμμαχιών μεταξύ των μελών και μειώνοντας τις εντάσεις και τα προβλήματα ανάμεσα στους γονείς. Αξίζει να σημειωθεί ότι αυτή η προσέγγιση διαφέρει σημαντικά από τις γνωσιακές-συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις που προαναφέρθηκαν, οι οποίες ενθαρρύνουν την αυτονομία και τον προσωπικό έλεγχο του ατόμου στην πρόσληψη της τροφής του (Bennett, 2010).

### **11.3. Συμπεριφοριστική οικογενειακή θεραπεία**

Η συμπεριφοριστική οικογενειακή θεραπεία συνδυάζει τις συστημικές και τις συμπεριφοριστικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Ο πρώτος στόχος είναι η αποκατάσταση του βάρους. Στις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται γι' αυτό τον σκοπό περιλαμβάνονται η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών και η χρήση γνωσιακής θεραπείας για τη μείωση των λανθασμένων αντιλήψεων σχετικά με την εικόνα του σώματος, του φόβου του πάχους και των αισθημάτων αναποτελεσματικότητας. Στους στόχους εντάσσονται και τα προβληματικά πρότυπα οικογενειακής αλληλεπίδρασης, όπως η αποφυγή των συγκρούσεων, της υπερεμπλοκής και της υπερπροστασίας. Η θεραπεία πραγματοποιείται σε τρία



στάδια. Στο πρώτο, ο έλεγχος της πρόσληψης τροφής αφαιρείται από το άτομο και εκχωρείται στους γονείς, προκειμένου να αποκατασταθεί η ιεραρχία μέσα στην οικογένεια. Οι γονείς διδάσκονται και ενθαρρύνονται να θέσουν σε εφαρμογή ένα συμπεριφορικό πρόγραμμα αύξησης βάρους για το παιδί τους, το οποίο περιλαμβάνει την παρασκευή γευμάτων, τη ρύθμιση της άσκησης και τον καθορισμό των συνεπειών για την τήρηση ή μη του σχεδίου. Η θεραπεία προχωρά στο επόμενο στάδιο μόλις επιτευχθεί η αύξηση του βάρους (Bennett, 2010).

Σε αυτό το στάδιο οι στόχοι είναι τρεις:

- Γνωσιακή αναδόμηση των λανθασμένων αντιλήψεων για την εικόνα του σώματος και των μη ρεαλιστικών πεποιθήσεων για την τροφή.
- Συνεργασία με την οικογένεια για την αλλαγή της εμπλοκής, των συμμαχιών και των ακατάλληλων ιεραρχιών μέσα στην οικογένεια.
- Σταδιακή απόδοση του ελέγχου της πρόσληψης τροφής στο άτομο με τη διαταραχή (Bennett, 2010).

## 12. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η πρόγνωση της πορείας της νευρογενούς ανορεξίας περιπλέκεται από την ίδια την πολυπλοκότητα της νόσου. Στη δεδομένη πολυπλοκότητα της εξέλιξης της νόσου καταγράφονται 4 κομβικά σημεία:

1. Η αρχική ανταπόκριση στη θεραπεία. Ως ανταπόκριση στη θεραπεία θεωρείται η κατάσταση όπου: τα σωματικά-ιατρικά προβλήματα από την απίσχναση υποχωρούν, το βάρος αυξάνεται τουλάχιστον στο 90% του συνιστώμενου ή ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) είναι κατ' ελάχιστο 20, επέρχεται φανερή ελάττωση της ανησυχίας για την αύξηση του βάρους ή για το σχήμα του σώματος και η έμμηνος ρύση επανεμφανίζεται.
2. Η υποτροπή (και η αποτροπή της). Ως υποτροπή θεωρείται η κατάσταση όπου –επανεμφανίζονται τα σωματικά-ιατρικά προβλήματα εκ της απίσχνασης, το βάρος πέφτει κάτω από το 85% του συνιστώμενου ή ο ΔΜΣ είναι κάτω από 18,5, η ανησυχία τόσο για το βάρος, όσο και για το σχήμα του σώματος φανερά αυξάνει σε σχέση με την περίοδο ανταπόκρισης στη θεραπεία και η αμηνόρροια επανεγκαθίσταται.
3. Η ύφεση της νόσου. Θεωρείται η κατάσταση κατά την οποία τα σωματικά-ιατρικά προβλήματα έχουν σταθερά υποχωρήσει, το βάρος είναι σταθερά τουλάχιστον στο 90% του συνιστώμενου ή ο ΔΜΣ είναι τουλάχιστον 20, και τέλος, έχει ομαλοποιηθεί στο φυσιολογικό η έμμηνος ρύση.
4. Η ανάρρωση-ίαση. Ως ανάρρωση-ίαση θεωρείται η κατάσταση κατά την οποία ισχύουν τα κριτήρια της ύφεσης για έναν ελάχιστο χρονικό ορίζοντα 8 εβδομάδων (Λαγούδης & Μποζίκας, 2009).

Μακροπρόθεσμες μελέτες έδειξαν ότι το ποσοστό θνησιμότητας για άτομα με νευρογενούς ανορεξία είναι ως δέκα φορές περισσότερο από τον γενικό πληθυσμό. Επίσης τα ποσοστά θνησιμότητας είναι τριπλάσια από εκείνους τους ασθενείς με άλλες ψυχιατρικές ασθένειες. Γενικά, περίπου το 65% έχει καλή έκβαση, με τη

διατήρηση του κανονικού βάρους, το 20% παραμένει κάτω του βάρους μακροπρόθεσμα, ενώ το 15% έχει κακή έκβαση και παρουσιάζει επίμονα πολύ χαμηλό δείκτη μάζας σώματος.

Η κακή έκβαση συνδέεται με πολύ πρώιμη ή καθυστερημένη έναρξη της ασθένειας, την συνυπάρχουσα ανορεξία και βουλιμία και τις δυσκολίες στην επικοινωνία. Οι άνδρες γενικά έχουν χειρότερη πρόγνωση. Η θνησιμότητα έχει αναφερθεί ως και 5% σε διάστημα 4-5 ετών, αλλά έως και 10% μακροπρόθεσμα. Μόλις τα δύο τρίτα των θανάτων οφείλονται στις συνέπειες της αστίας και το ένα τρίτο οφείλεται σε αυτοκτονία (Fitzpatrick & Lock, 2011).

## 13.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ – ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κεντρικό ζήτημα για την διεξαγωγή μιας ποιοτικής έρευνας αποτελεί η επιλογή του ερευνητικού ερωτήματος. Πρόκειται για μια επιλογή που καθορίζεται τόσο από το προσωπικό ενδιαφέρον, τις εμπειρίες και το σύστημα αξιών του ερευνητή όσο και από περισσότερο «αντικειμενικούς» παράγοντες όπως η επικαιρότητα, η σημασία του υπό διερεύνηση ζητήματος καθώς και η ύπαρξη προηγούμενης επιστημονικής γνώσης γύρω από το θέμα, ο τρόπος δηλαδή με τον οποίο αυτό έχει προσεγγισθεί ή οι πλευρές που δεν έχουν τυχόν ερευνηθεί .

Πράγματι, όλοι οι παραπάνω παράγοντες ώθησαν στην επιλογή διερεύνησης της συγκεκριμένης μελέτης περίπτωσης. Η προσωπική φοιτητική εμπλοκή σε νοσηλευτικές διεργασίες στην Ψυχιατρική Κλινική σχετικά με τη νευρογενής ανορεξία έπαιξαν καταλυτικό ρόλο στη συγκεκριμένη επιλογή. Σε πρώτη φάση η προσοχή μου στράφηκε στην όλο και πιο συχνά εμφανιζόμενη περίπτωση της ανορεξίας. Στην πορεία και μέσα απ' την βιβλιογραφική ανασκόπηση και την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας διαπιστώθηκε, ότι αν και υπάρχει πληθώρα επιστημονικού υλικού γύρω από θέματα που αφορούν την ανορεξία, δεν υπάρχουν πολλές ποιοτικές μελέτες που θα μπορούσαν να αναδεικνύουν με μεγαλύτερη σαφήνεια τα συναισθήματα αυτών των ατόμων, αλλά και τους λόγους που οι ίδιοι επικαλούνται για αυτά τα συναισθήματα. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η εργασία μου να ενσωματώσει τα «λόγια του ασθενούς» σε αυτό το κεφάλαιο που αποτελεί και την ερευνητική προσπάθεια, στα πλαίσια πάντα της πτυχιακής μου εργασίας.

#### **13.1.Ερευνητικό Ερώτημα και Σκοπός της Παρούσας Μελέτης**

Σκοπός, λοιπόν, της μελέτης ήταν να καταγράψουμε τα συμπτώματα με τον τρόπο που τα βίωσε ο συγκεκριμένος άνθρωπος, με τα δικά του λόγια δηλαδή και να

προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε τους λόγους για τους οποίους ο ίδιος θεωρεί ότι αρρώστησε, αλλά και πως βλέπει το μέλλον του.

### **13.2.Μεθοδολογική Προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος**

Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε στις προσωπικές παρατηρήσεις και ερμηνείες του απέναντι στα θέματα της υγείας της ασθενούς, της αρρώστιας και της ποιότητας της ζωής της. Η επιλογή της ερευνητικής μεθόδου είναι αποτέλεσμα του είδους του ερευνητικού ερωτήματος (Ryman 2001). Έτσι, για τη μεθοδολογική προσέγγιση των παραπάνω ζητημάτων, όπως έχει ήδη αναφερθεί, επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα, η οποία επιτρέπει στον ερευνητή να επιχειρήσει τη βαθύτερη μελέτη και κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα ίδια τα υποκείμενα αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και δίνουν νόημα στα υπό μελέτη κοινωνικά φαινόμενα (DenDenzin&Lincoln, 1998) .

### **13.3.Παρουσίαση του Ιστορικού των συμπτωμάτων**

Η ασθενής περιγράφει το ιστορικό της ασθένειάς της. Αν και φυσιολογικό παιδί, στην εφηβεία εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα, χωρίς σαφή αιτία. Το σκεπτικό της ήταν να κατατάξει όλες τις τροφές σε 2 κατηγορίες, τις «καλές», που έτρωγε σε μικρές ποσότητες και τις «κακές» τις οποίες απαγορευόταν να φάει και όταν το έκανε, επέβαλε στον εαυτό της υπερβολική γυμναστική , για να τις «κάψει», είτε νηστεία τις επόμενες μέρες, προκειμένου να επέλθει η νοσηρή ισορροπία που είχε κατασκευάσει.

Η όλη ασθένεια κινήθηκε γύρω από το ζήτημα του ελέγχου, της τελειοθηρίας, και του ψυχαναγκασμού. Όλα τα παραπάνω αφορούσαν κατά βάση το φαγητό. Ήταν η πρώτη σκέψη το πρωί και η τελευταία το βράδυ. Όλες οι συζητήσεις με φίλους αφορούσαν θερμίδες, δίαιτες και γυμναστική. Δεν θεώρησε τον εαυτό της αδύνατο.

Με το να μπορεί κανείς να αντιστέκεται σε φαγητά που του αρέσουν, με το να ελέγχει το νούμερο στη ζυγαριά, μπορεί να νιώσει πιο δυνατός και επιτυχημένος.

Μπορεί να φτάσει στο σημείο η αίσθηση της πείνας να του προκαλέσει συναισθήματα ευφορίας που του θυμίζουν πόσο «δυνατός χαρακτήρας» είναι, μιας και καταφέρνει κάτι που δεν μπορούν να καταφέρουν οι πολλοί. Αντιθέτως όποια προσθήκη βάρους (είτε πραγματική, είτε φανταστική) εκλαμβάνεται σαν προσωπική αποτυχία και απώλεια ελέγχου της ζωής του ατόμου.

#### **13.4. Παρουσίαση του Κοινωνικού Ιστορικού**

Σήμερα φοιτήτρια στο πανεπιστήμιο. Από τεσσάρων χρονών ασχολείται ερασιτεχνικά με το μπαλέτο. Σταδιακά το μπαλέτο έγινε η βασική εξωσχολική ασχολία, τέθηκε σε βάσεις καριέρας, με όλο και περισσότερη προπόνηση, όλο και περισσότερες ώρες και μεγάλη προσοχή στο βάρος και στα κιλά, που οδήγησαν στη συνεχή δίαιτα και στέρηση.

#### **13.5. Αναπαράσταση για τα αίτια της νόσου**

Η κοινωνία μας προωθεί ενεργά τη λεπτή σιλουέτα ως ιδανικό. Τα παιδιά ακούνε από πολύ μικρά ότι το να είναι κανείς λεπτός είναι καλό και το να παχαίνει είναι κακό. Στη συνέχεια έρχεται η εφηβεία, η οποία είναι μια περίοδος δραματικών αλλαγών που δεν αφορούν μόνο την εμφάνιση αλλά και την ψυχολογία. Οι αλλαγές στο σώμα είναι ένας παράγοντας άγχους για τους εφήβους. Χρειάζεται χρόνος για να μπορέσουν να προσαρμοστούν. Σε αυτή τη φάση είναι πανταχού παρόν, επίμονο και ισχυρό μήνυμα μιας κοινωνίας που αποθεώνει τη λεπτή σιλουέτα. Το μήνυμα αυτό ενισχύεται από την οικογένεια. Οι γονείς θέλουν μια έφηβη, που σκοπεύει να ασχοληθεί με το χορό επαγγελματικά να προσέχει συνεχώς, να μην κάνει υπερβολές και όλα να τα μετρά. Αυτά περνούν σταδιακά σε όλες τις δραστηριότητες και η ζωή καθορίζεται από αυτά.

### **13.6.Στόχοι φροντίδας**

Τα άτομα με ανορεξία συνδέουν την αυτοεκτίμησή τους και την αυτοαξία τους με το σχήμα του σώματός τους και το βάρος τους. Η απώλεια βάρους είναι ένδειξη επιτυχίας, ένα δείγμα αυτοπειθαρχίας και ελέγχου της ζωής τους.

Η θεραπεία της νόσου δεν εξαρτάται από τη βούληση του πάσχοντα. Δεν μπορεί να ζητάμε από έναν ασθενή με νευρογενής ανορεξία να θεραπευθεί από την ασθένειά του. Δεν ωφελούν οι θυμοί ή οι συζητήσεις με λογικά επιχειρήματα. Οι ασθενείς δεν μπορούν μόνοι τους να αντιμετωπίσουν την ασθένειά τους, χρειάζονται υποστηρικτικό πλαίσιο και σε αυτό το πλαίσιο σημαντικό ρόλο έχει όλος ο κοινωνικός περίγυρος, η οικογένεια, οι φίλοι, οι θεραπευτές οι νοσηλευτές. Σαν γενική αρχή είναι ότι απαιτείται η καλή συνεργασία γονέων και θεραπευτικής ομάδας.

Το πρώτο βήμα στην θεραπεία της νευρογενής ς ανορεξίας είναι να παραδεχτεί ο ασθενής ότι η επίμονη προσπάθειά του να είναι αδύνατος είναι εκτός ελέγχου και να αναγνωρίσει τις καταστροφικές συνέπειες στη σωματική και ψυχική του υγεία σαν συνέπεια της νευρογενής ς ανορεξίας. Θα πρέπει το άτομο που υποφέρει να μιλήσει σε κάποιον.

Οι συμβουλές και η υποστήριξη από κάποιον που έχει ειδικευτεί σε θέματα νευρογενής ς ανορεξίας μπορούν να βοηθήσουν να ανακτήσει κανείς την υγεία του, να μάθει να τρώει σωστά και να καλλιεργήσει πιο υγιείς θέσεις απέναντι στο φαγητό και το σώμα του.

### **13.7.Συμπεράσματα - Προτάσεις**

Υπάρχουν δύο βασικοί στόχοι στη θεραπεία της νευρογενής ς ανορεξίας. Ο πρώτος στόχος είναι να αποκατασταθεί η κατάσταση της θρέψης το οποίο σημαίνει να επανέλθει το βάρος στα φυσιολογικά όρια. Σε αυτό το στάδιο μπορεί να έχει ενεργό ρόλο ο νοσηλευτής-τρια, με τις παρεμβάσεις του κατά τη διάρκεια της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Ο δεύτερος στόχος είναι να τροποποιηθεί η

παθολογική συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ατόμου, έτσι ώστε να κρατηθεί το βάρος σε φυσιολογικά όρια και να ελεγχθούν κατά το δυνατό παθολογικές συμπεριφορές.

Η καλύτερη προσέγγιση στην αντιμετώπιση της νευρογενής ς ανορεξίας είναι η ομαδική προσέγγιση της ασθένειας. Μία σωστή και ολοκληρωμένη ομάδα περιλαμβάνει ένα ειδικό γιατρό, έναν ψυχολόγο ή ψυχίατρο και ένα διατροφολόγο. Στην φάση της νοσηλείας υποστηρικτικό ρόλο έχουν το εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης, σημαντικό ρόλο έχει η συμμετοχή και υποστήριξη των μελών της οικογένειας, που μπορούν να διαδραματίσουν βασικό ρόλο στη θεραπεία.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

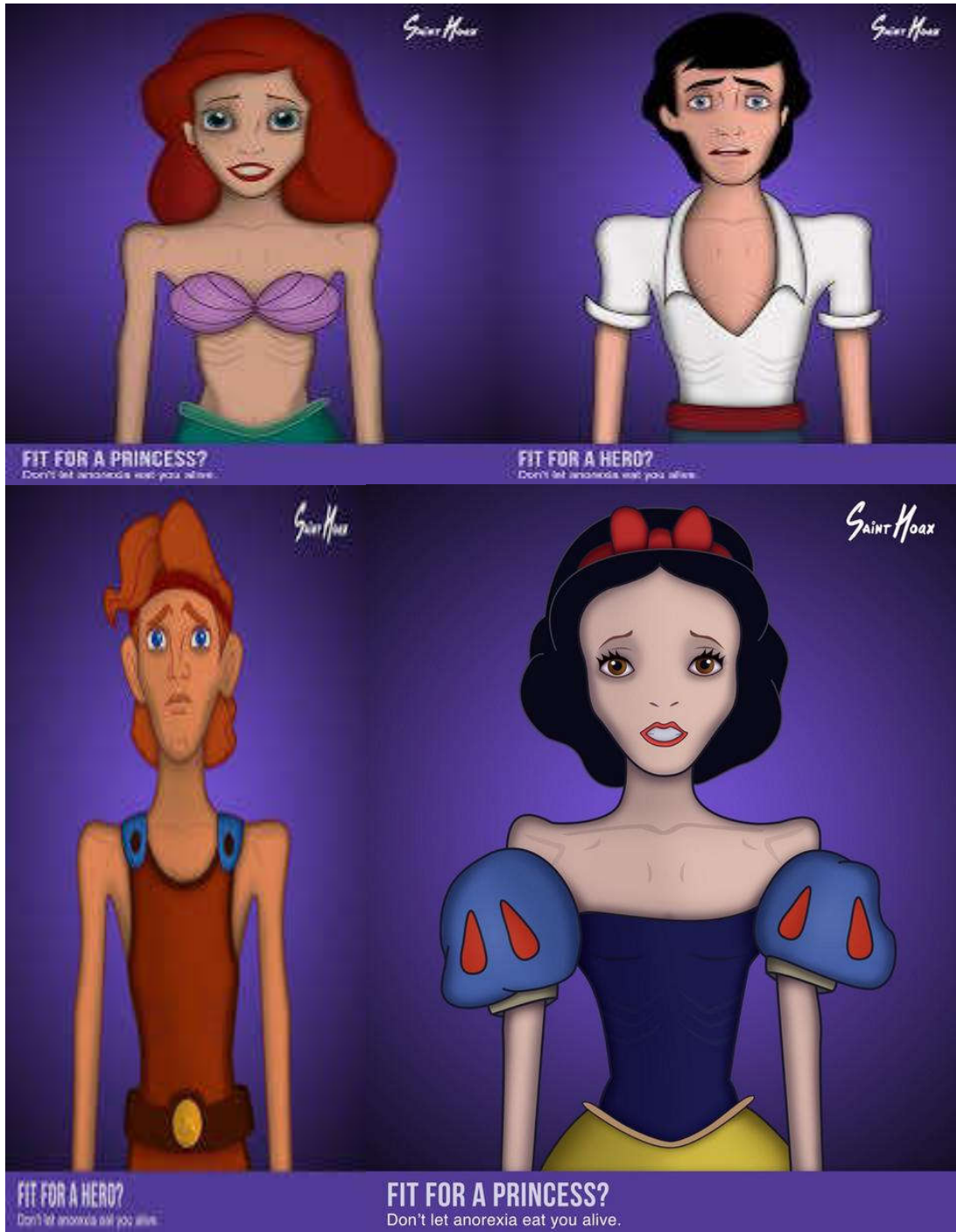
1. **Αβραμίδης Γ., Παρή Ε. (2012).** Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας στο ψυχιατρικό τμήμα οξέων περιστατικών ενηλίκων, στο *Ψυχική Υγεία και Νοσηλευτική Επιστήμη*. Παπαγεωργίου-Βασιλιπούλου Α. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα.
2. **American Psychiatric Association. (2000).** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text revision*. DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
3. **Arie E., Uri G., Bickel A. (2008).** Acute gastric dilation, necrosis and perforation complicating restrictive-type anorexia nervosa. *J Gastrointest Surg.*,12:985–7.
4. **Bemporad JR. (1997).** Cultural and historical aspects of eating disorders. *Theor Med.*,18(4):401–420.
5. **Benini L., Todesco T., Dalle Grave R., Deiorio F., Salandini L., Vantini I. (2004).** Gastric emptying in patients with restricting and binge/purging subtypes of anorexia nervosa. *Am J Gastroenterol.*, 99:1448–54.
6. **Bennett. P. (2010).** *Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία*. Επιστημονική Επιμέλεια Καλαντζή-Αζίζι Α. και Ευσταθίου Γ. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
7. **Boateng AA., Sriram K., Meguid MM., Crook M. (2010).** Refeeding syndrome: treatment considerations based on collective analysis of literature case reports. *Nutrition*, 26(2):156.
8. **Dalle-Grave R., Calugi S., Marchesini G. (2008).** Is amenorrhea a useful criterion for the diagnosis of anorexia nervosa? *Behav Res Ther.*,46:1290–6.
9. **Dell’Osso L., Abelli M., Carpita B., Pini S., Castellini G., Carmassi G., Ricca V. (2016).** Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive–compulsive spectrum. *Neuropsychiatr Dis Treat.*,12: 1651–1660.

10. **Denzin N. & Lincoln Y.** (1998). *Strategies of Qualitative Inquiry*. London: Sage Publications.
11. **Fairburn G., Cooper Z.** (2007). Thinking afresh about the classification of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40, S107-S110.
12. **Fazeli PK., Klibanski A.** (2014). Bone metabolism in anorexia nervosa. *Curr Osteoporos Rep.*, 12:82–9.
13. **Φουντουλάκης Κ.** (2014). Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Διαθέσιμο στο <http://www.psychiatry.gr/index.php?option>. Last Updated on Friday, 14 March 2014.
14. **Fitzpatrick K., Lock J.** (2011). Anorexia nervosa. Systematic review. *BMJ Clinical Evidence*, 2(6):234-239.
15. **Golden NH.** (2008). Variability in admission practices for teens hospitalized with anorexia nervosa: a call for evidence-based outcome studies. *J Adolesc Health.*, 43(5):417-8.
16. **Harris JC.**(2014). Anorexia nervosa and anorexia mirabilis: Miss K. R- and St Catherine of Siena. *JAMA Psychiatr.*, 71(11):1212–1213.
17. **Hartmann A., Weber S., Herpertz S., Zeeck A. German Treatment Guideline Group for Anorexia Nervosa** (2011). Psychological treatment for anorexia nervosa: a meta-analysis of standardized mean change. *Psychother Psychosom*, 80(4):216-26.
18. **Hoek HW.** (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 19:389-94.
19. **Horie T., Harashima S., Yoneda R., Hiraide M., Inada S., Otani M., Kazuhiro Y.** (2016). A series of patients with purging type anorexia nervosa who do “tube vomiting”. *Biopsychosoc Med.*, 10: 32.
20. **Hitchcock, G. Hughes, D.** (1989). *Research and the Teacher: A Qualitative Introduction to School-based Research*. London, Routledge.

21. **Isomaa R., Isomaa AL., Marttunen M., Kaltiala-Heino R., Björkqvist K.** (2009). The prevalence, incidence and development of eating disorders in Finnish adolescents-a two-step 3-year follow-up study. *Eur Eat Disord Rev.*, 17(3):199-207.
22. **Juarez L., Soto E., Pritchard ME.** (2002). Drive for Muscularity and Drive for Thinness: The Impact of Pro-Anorexia Websites. *Eating Disorders*, 20:99-112.
23. **Kakhi S., McCann J.** (2016). Anorexia nervosa: diagnosis, risk factors and evidence-based treatments. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 6:26-29
24. **Keating C.** (2010). Theoretical perspective on anorexia nervosa: The conflict of reward. *Neuroscien Biobehav Rev*, 34(1): 73-79.
25. **Khan L., Ahmed J., Khan S., MacFie J.** (2010). Refeeding Syndrome: A Literature Review. *Gastroenterology Research and Practice*, 1:1-6.
26. **Koven NS., Abry AW.** (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.*, 11:385–394.
27. **Kring AM., Davinson GC., Neale JM., Jonson SL.** (2010). *Ψυχοπαθολογία*. Επιμέλεια Αυδή Ε. & Ρούσση Π. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg
28. **Λαγούδης Α., Μποζίκας Β.** (2009). Ψυχογενής ανορεξία: διαγνωστικά λαβύρινθος και θεραπευτικά γρίφος. *Ψυχιατρική*, 20 (2):121-131
29. **Mander J., Teufel M., Keifenheim K., Zipfel S., Giel KE.** (2013). Stages of change, treatment outcome and therapeutic alliance in adult inpatients with chronic anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*, 13: 111.
30. **Mehler P., Brown C.** (2015). Anorexia nervosa – medical complications. *Journal of Eating Disorders*, 3:11
31. **Mehler P., Krantz M., Sachs K.** (2015). Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 6(3):15-25

32. **Mehler PS., Krantz M.** (2003). Anorexia nervosa medical issues. *J Womens Health*, 12:331–40.
33. **Mehler PS., Winkelman AB., Andersen DM., Gaudiani JL.** (2010). Nutritional rehabilitation: practical guidelines for refeeding the anorectic patient. *J Nutr Metab.*, 2(3):112-117
34. **Miller K., Grinspoon SK., Ciampa J., Hier J., Herzog D., Klibanski A.** (2005). Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Arch Intern Med.*,165:561–6.
35. **Mond JM., Calogero RM.** (2009). Excessive exercise in eating disorder patients and in healthy women. *Aust N Z J Psychiatry*, 43(3):227-34.
36. **Morris J.** (2007). Anorexia nervosa. *BMJ*, 28; 334(7599): 894–898.
37. **Oflaz S., Yucel B., Oz F., Sahin D., Ozturk N., Yaci O., et al.** (2013). Assessment of myocardial damage by cardiac MRI in patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.*, 46:862–6.
38. **Raevuori A., Hoek HW., Susser E., Kaprio J., Rissanen A., Keski-Rahkonen A.** (2009). Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. *PLoS ONE*, 4(2):e4402.
39. **Rio A., Whelan K., Goff L., Reidlinger DP., Smeeton N.** (2013). Occurrence of refeeding syndrome in adults started on artificial nutrition support: prospective cohort study. *BMJ Open.*, 3(1):12-34.
40. **Scott DW.** (2006). Anorexia nervosa in the male: A review of clinical, epidemiological and biological findings. *Intern J Eat Disord*,5(5): 799 – 819
41. **Shafran R., Fairburn CG., Robinson P., Lask B.** (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *Int J Eat Disord.*, 35(1):93-101.
42. **Silverman JA.** (1989). Louis-Victor Marcé, 1828–1864: anorexia nervosa's forgotten man. *Psychol Med.*,19(4):833–835.

43. **Strumia R.** (2005). Dermatologic signs in patients with eating disorders. *Am J Clin Dermatol.*, :1–10.
44. **Thompson J.K., Smolak L.** (2001). *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth: Assessment, Prevention, and Treatment*. Editor American Psychological Association.
45. **Treasure J., Claudino M., Zucker L.** (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375, 583-593.
46. **Vandereycken W., Van Deth R.** (1994). *From Fasting Saints to Anorexic Girls: The History of Self-starvation*. New York: New York University Press.
47. **Wentz E., Gillberg IC., Anckarsäter H., Gillberg C., Rastam M.** (2009). Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *Br J Psychiatry*, 194(2):168-74.
48. **World Health Organization.** (1993). *The ICD-10 classification of Mental and Behavioural disorders*. Geneva.
49. **Wozniak G., Rekleiti M., Roupa Z.** (2012). Contribution of social and family factors in anorexia nervosa. *Health Science Journal*, 6(2):257-269.
50. **Yilmaz Z., Hardaway A., Bulik C.** (2015). Genetics and epigenetics of eating disorders. *Adv Genomics Genet*, 5: 131–50.
51. **Zipfel S., Giel K., Bulik C., Hay P., Schmidt U.** (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry*, S2215-0366.



**Μην αφήσεις αυτό που σε τρώει να χορτάσει.**