

Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ – ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
ΘΕΜΑ: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ  
ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ  
ΜΟΥΛΑΡΟΚΩΣΤΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΣΗ: ΧΑΡΩΝΙΤΑΚΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

ΣΗΤΕΙΑ 2011



Περιεχόμενα:	
Περίληψη.....	1
Εισαγωγή.....	2
Κεφάλαιο 1:	
1.1 Ορισμός - κριτήρια για τη διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας.....	4
ο DSM-IV.....	6
ο ICD-10.....	7
1.2 Αιτιολογία.....	11
ο Βιολογικοί παράγοντες.....	11
ο Γενετική προδιάθεση.....	11
ο Οικογενειακοί παράγοντες.....	12
ο Κοινωνικοί παράγοντες.....	13
ο Υψηλό σωματικό βάρος.....	13
ο Ψυχιατρική νοσηρότητα.....	14
ο Σεξουαλική παρενόχληση.....	14
ο Εθνικότητα.....	14
1.3 Συμπτώματα νευρογενούς ανορεξίας – Παθοφυσιολογία.....	14
1.3.α. Ιατρικά συμπτώματα.....	14
1.3.β. Παθοφυσιολογία.....	17
1.4 Συνοσηρότητα νευρογενούς ανορεξίας.....	20
ο Κατάθλιψη.....	20
ο Ανησυχία.....	21
ο Διαταραχές προσωπικότητας.....	21
Κεφάλαιο 2: Αξιολόγηση του ατόμου με νευρογενή ανορεξία.....	24
2.1 Ιατρικές εξετάσεις – Εργαστηριακά ευρήματα.....	24
ο Μέτρηση σωματικού βάρους.....	24
ο Λήψη ζωτικών σημείων.....	25
ο Λεπτομερής έλεγχος σωματικών διαταραχών του ασθενούς.....	25
ο Αιματολογικές εξετάσεις.....	26
ο Βιοχημικές εξετάσεις.....	27
ο Ενδοκρινολογικές εξετάσεις.....	31
ο Ηλεκτροκαρδιογράφημα.....	36
2.2 Εικόνα του ατόμου για τον εαυτό του.....	37
Κεφάλαιο 3: Θεραπευτική παρέμβαση.....	40
3.1 Στόχοι θεραπείας.....	41
3.2 Τρόποι θεραπείας-παρέμβασης.....	42
3.2.α Εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση.....	43
3.2.β Ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.....	44
3.3 Ψυχολογική παρέμβαση.....	47
3.3.α Γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία.....	47
3.3.β Οικογενειακή θεραπεία.....	48
3.3.γ Ομαδική θεραπεία.....	49
3.4 Ιατρικονοσηλευτική παρέμβαση.....	50
3.5 Διαιτολογική παρέμβαση.....	51

3.6 Φαρμακευτική παρέμβαση.....	56
Κεφάλαιο 4: Θεραπευτική ομάδα .....	57
4.1 Σχέση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή.....	58
4.2 Στάση και τρόπος χειρισμού του ασθενή.....	59
4.3 Ο ρόλος της θεραπευτικής ομάδας.....	62
4.4 Ανάρρωση του ασθενούς με νευρογενή ανορεξία.....	65
Συμπεράσματα.....	75
Βιβλιογραφία.....	76

## Περίληψη

Η εργασία αυτή παρουσιάζει τη θεραπευτική αντιμετώπιση της νευρογενής ανορεξίας. Στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στα κριτήρια διάγνωσης καθώς και στην αιτιολογία της ασθένειας. Αναφέρονται αναλυτικά τα συμπτώματα και οι ιατρικές επιπλοκές που συνδέονται με την ασθένεια. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στις ψυχιατρικές διαταραχές που συχνά υποφέρουν οι ασθενείς παράλληλα με τη Νευρογενή Ανορεξία.

Στο επόμενο κεφάλαιο, περιγράφεται πως γίνεται η αξιολόγηση του ατόμου με Νευρογενή Ανορεξία. Αναλύονται οι εργαστηριακές εξετάσεις και τα εργαστηριακά ευρήματα. Παρουσιάζονται οι ανεπάρκειες λόγω της μειωμένης πρόσληψης τροφής και οι δυσλειτουργίες που φαίνονται μέσω των ενδοκρινολογικών εξετάσεων. Στο δεύτερο μέρος του κεφαλαίου, περιγράφεται πως βλέπει ένα άτομο με Νευρογενή Ανορεξία τον εαυτό του και πως αντιλαμβάνεται την εξωτερική του εικόνα. Καθώς και το πώς είναι οι σχέσεις του με άλλα άτομα.

Το τρίτο κεφάλαιο πραγματεύεται την θεραπευτική παρέμβαση. Περιγράφονται οι στόχοι της θεραπείας και οι τρόποι για την επίτευξή τους. Ανάλογα με την σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενή, μπορεί να αντιμετωπιστεί εξωνοσοκομειακά ή ενδονοσοκομειακά. Παρουσιάζονται οι τρόποι ψυχολογικής παρέμβασης που περιλαμβάνουν γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, οικογενειακή θεραπεία και ομαδική θεραπεία. Στη συνέχεια περιγράφεται αναλυτικά η ιατρονοσηλευτική και η διαιτολογική παρέμβαση. Στο τέλος του κεφαλαίου, γίνεται αναφορά και στη φαρμακευτική παρέμβαση.

Στο τελευταίο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η θεραπευτική ομάδα, η σχέση που αναπτύσσει με τον ασθενή καθώς και η στάση και ο τρόπος χειρισμού. Αναφέρεται αναλυτικά ο ρόλος του κάθε μέλους της ομάδας τόσο στη θεραπεία όσο και στην ανάρρωση. Επίσης αναφέρονται πιθανές επιπλοκές και πιο αναλυτικά το σύνδρομο επανασίτισης.

## **Abstract**

This paper presents the treatment of Anorexia Nervosa. The first chapter is a reference to the diagnostic criteria and disease etiology. The symptoms and the medical complications associated with the disease are described in detail. Then reference is made to psychiatric disorders that patients often suffer along with anorexia nervosa.

The next chapter describes how to do the evaluation of individuals with anorexia nervosa. It analyzes laboratory tests and laboratory findings. Deficiencies because of the reduced food intake and the disorders that appear through the endocrine tests are presented. In the second part of the chapter is described how a person with anorexia nervosa sees him/herself and how he/she perceives his/her external image, and how are the relationships with other people.

The third chapter deals with the therapeutic intervention. The goals of treatment and ways to achieve them are described. Depending on the seriousness of the condition of the patient, he/she can be treated outpatient or inpatient. The methods of psychological intervention are presented, which include cognitive-behavioral therapy, family therapy and group therapy. Then the medical and nutritional intervention is described analytically. At the end of the chapter, reference is also made to drug intervention.

In the final chapter, the treatment team, the relationship that develops with the patient and the position and method of control are presented. The roles of each team member are indicated in both treatment and recovery. Also, possible complications are referred and more detailed the refeeding syndrome.

## Εισαγωγή

Η νευρογενής ανορεξία είναι μια σοβαρή διανοητική ασθένεια. (Mehler P. 2001). Χαρακτηρίζεται από την ανικανότητα διατήρησης υγιούς σωματικού βάρους και έχει πιθανές σοβαρές ιατρικές συνέπειες. (Mehler P. 2001, American Psychiatric Association 2006). Είναι η πιο κοινή αιτία απώλειας βάρους σε νεαρές γυναίκες και της εισαγωγής παιδιών και εφήβων σε νοσοκομείο. (Morris J. & Twaddle S. 2007). Τα άτομα που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία έχουν μια διαστρεβλωμένη εικόνα για την εικόνα του σώματός τους και το βιώνουν σαν να είναι βαρύτερο απ' ό τι είναι στην πραγματικότητα. (Atkinson R. et al 1993).

Τα κριτήρια για τη διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας προκύπτουν σύμφωνα με το DSM-IV και το ICD-10. (Lyn P. 2002). Τα κριτήρια επιγραμματικά περιλαμβάνουν βάρος, συμπεριφορά (φοβίες για την αύξηση του βάρους), αντίληψη σώματος, αμηνόρροια/ ορμονικές διακυμάνσεις, διαταραχές στην εφηβική ανάπτυξη. (Bulik M. et al 2005).

Πολλοί παράγοντες κινδύνου έχουν ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη της Νευρογενούς Ανορεξίας. (Collier D. & Treasure J. 2004, American Psychiatric Association 2006). Όπως το φύλο, η εθνικότητα, το υψηλό σωματικό βάρος και η ανησυχία σχετικά με τη σιλουέτα του σώματος, η σεξουαλική παρενόχληση και γενικά η ψυχιατρική νοσηρότητα. (Jacobi C. et al 2004). Καθώς και οικογενειακοί, βιολογικοί, κοινωνικό - οικονομικοί παράγοντες και γενετική προδιάθεση. (Strober M. et al 2000).

Από τη στιγμή που η συχνότητα εμφάνισης Διατροφικών Διαταραχών φαίνεται να αυξάνεται, η ανάγκη για περιεκτική θεραπεία αυτών των ασθενών είναι ζωτικής σημασίας. (Lyn P. 2002). Για τη θεραπεία των Διατροφικών Διαταραχών συνεπώς και της Νευρογενούς Ανορεξίας, απαιτείται μια διεπιστημονική ομάδα η οποία πρέπει να αποτελείται από μια ομάδα ψυχολόγων, εξειδικευμένων γιατρών και νοσηλευτών καθώς και διατροφολόγων. (Position of the American Dietetic Association).

## Κεφάλαιο 1:

### 1.1 Ορισμός - κριτήρια για τη διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας.

Η Νευρογενής Ανορεξία είναι μια σοβαρή ψυχιατρική ασθένεια, που χαρακτηρίζεται από την ανικανότητα διατήρησης υγιούς σωματικού βάρους και έχει πιθανές σοβαρές ιατρικές συνέπειες. Το σωματικό βάρος συχνά βρίσκεται κάτω από το 85% του ιδανικού σωματικού βάρους. (Mehler P. 2001, American Psychiatric Association 2006) Είναι μια περίπλοκη ασθένεια που καταστρέφει και σώμα και πνεύμα. Είναι η εμφανής Διατροφική Διαταραχή, που διεθνώς συσχετίζεται με απίσχναση και συνοδεύεται με αυξημένη φυσική δραστηριότητα. (Bulik C. et al. 2005) Η Νευρογενής Ανορεξία είναι η πιο κοινή αιτία απώλειας βάρους σε νεαρές γυναίκες και της εισαγωγής παιδιών και εφήβων σε νοσοκομείο. (Morris J. & Twaddle S. 2007)

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

##### Διαγνωστικά κριτήρια για τη Νευρογενή Ανορεξία

<u>Κριτήρια του Russell για τη Νευρογενή Ανορεξία (1970)</u>
1. Ο ασθενής καταφεύγει σε μια ποικιλία τεχνασμάτων με σκοπό την επίτευξη της απώλειας βάρους (λιμοκτονία, εμετούς, χρήση καθαρτικών).
2. Στοιχεία μιας ενδοκρινολογικής διαταραχής, αμηνόρροια στις γυναίκες και έλλειψη της σεξουαλικής δυναμικότητας και ενδιαφέροντος στους άντρες.
3. Ο ασθενής φανερώνει την χαρακτηριστική παθοψυχολογία ενός παθολογικού φόβου να γίνει παχύσαρκος. Αυτό συνοδεύεται από μια διαστρεβλωμένη



κρίση του ασθενή για το σωματικό του μέγεθος.

#### **Κριτήρια του Feighner για τη Νευρογενή Ανορεξία (1972)**

1. Αρχή πριν την ηλικία των 25.
2. Ανορεξία με συνοδευόμενη απώλεια βάρους τουλάχιστον 25% του αρχικού σωματικού βάρους.
3. Μια διεστραμμένη αδυσώπητη συμπεριφορά σχετικά με την κατανάλωση φαγητού ή το βάρος, η οποία παρακάμπτει την πείνα, τις προειδοποιήσεις, τις διαβεβαιώσεις και τις απειλές.
4. Καμία γνωστή ιατρική ασθένεια δεν εξηγεί τη Νευρογενή Ανορεξία και την απώλεια βάρους.
5. Καμία άλλη γνωστή ψυχιατρική διαταραχή, με ιδιαίτερη αναφορά στις βασικές συναισθηματικές διαταραχές, σχιζοφρένια, εμμονή, καταναγκαστική και φοβική νεύρωση.
6. Τουλάχιστον δύο από τις παρακάτω ενδείξεις: αμηνόρροια, χνούδι, βραδυκαρδία, περίοδοι υπερκινητικότητας, επεισόδια βουλιμίας, εμετοί.

#### **Κριτήρια DSM III για τη Νευρογενή Ανορεξία (1980)**

1. Έντονος φόβος για το ότι θα γίνει κανείς παχύσαρκος, ο οποίος δεν ελαττώνεται όσο προοδεύει η απώλεια βάρους.
2. Διαταραχή της εικόνας του σώματος (π.χ. ισχυρίζεται ότι «νιώθει χόντρος» ακόμη και όταν είναι πολύ αδύνατος).
3. Απώλεια σωματικού βάρους τουλάχιστον 25% του αρχικού σωματικού βάρους ή αν είναι κάτω από την ηλικία των 18, απώλεια σωματικού βάρους από το αρχικό βάρος συν το προβαλλόμενο κέρδος βάρους που αναμένεται από τα διαγράμματα αύξησης μπορούν να συνδυαστούν για να σχηματίσουν το 25%.
4. Άρνηση να διατηρηθεί το σωματικό βάρος παραπάνω από ένα ελάχιστο κανονικό βάρος για την ηλικία και το ύψος.

5. Καμία γνωστή ψυχιατρική διαταραχή που θα μπορούσε να εξηγήσει την απώλεια βάρους.

#### **Κριτήρια DSM III-R για τη Νευρογενή Ανορεξία (1987)**

1. Άρνηση να διατηρηθεί το σωματικό βάρος παραπάνω από ένα ελάχιστο κανονικό βάρος για την ηλικία και το ύψος (π.χ. η απώλεια βάρους οδηγεί στη συντήρηση του σωματικού βάρους 15% κάτω από το αναμενόμενο ή αποτυγχάνει να φτάσει το αναμενόμενο κέρδος βάρους κατά την περίοδο ανάπτυξης, οδηγώντας το σωματικό βάρος 15% κάτω από το αναμενόμενο).
2. Έντονος φόβος για αύξηση βάρους ή να γίνει το άτομο παχύσαρκο, ακόμα και αν είναι λιποβαρές.
3. Διαταραχή με τον τρόπο κατά τον οποίο το σωματικό βάρος κάποιου, το μέγεθος ή η σιλουέτα βιώνονται (π.χ. το άτομο ισχυρίζεται ότι «νιώθει χοντρώ» ακόμη και όταν είναι πολύ αδύνατο, πιστεύει ότι μία περιοχή του σώματος είναι «πολύ χοντρή» ακόμη και όταν είναι φανερά με λιγότερο βάρος από το κανονικό).
4. Στις γυναίκες απουσία τουλάχιστον τριών εμμηνορροϊκών κύκλων όταν διαφορετικά αναμένεται να εμφανιστεί ( πρωτογενής και δευτερογενής αμηνόρροια). ( Μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια αν η περίοδος εμφανίζεται μόνο μετά την χορήγηση ορμονών, π.χ. χορήγηση οιστρογόνων).

#### **Κριτήρια DSM-IV για τη Νευρογενή Ανορεξία (1994)**

1. Άρνηση της διατήρησης του σωματικού βάρους στο κανονικό ή ελάχιστο πάνω από το επίπεδο του κανονικού σωματικού βάρους για την ηλικία και το ύψος. (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη συντήρηση του σωματικού βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου σωματικού βάρους).
2. Έντονος φόβος για αύξηση του βάρους ή ότι θα γίνει κανείς παχύσαρκος ακόμη και αν είναι κάτω από το φυσιολογικό.

3. Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το σωματικό βάρος και το σχήμα, υπερβολική επιρροή του βάρους ή του σχήματος σώματος στην αυτοαξιολόγηση ή άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος σωματικού βάρους.
4. Στις γυναίκες μετά την εμμηναρχή παρουσιάζεται αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορροϊκών κύκλων. (η αμηνόρροια υπάρχει αν οι περίοδοι εμφανίζονται μόνο μέσω χορήγησης ορμονών π.χ. χορήγηση οιστρογόνων ).

*Διευκρινιστικοί τύποι:*

- **Περιοριστικός τύπος:** κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Νευρογενούς Ανορεξίας το άτομο δεν συνηθίζει να εμπλέκεται σε υπερφαγικές ή καθαρτικές συμπεριφορές (δηλαδή αυτοεπαγώμενος εμετός, ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή κλύσματος).
- **Υπερφαγικός/καθαρτικός τύπος:** κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Νευρογενούς Ανορεξίας το άτομο συνηθίζει να εμπλέκεται σε υπερφαγικές ή καθαρτικές συμπεριφορές (δηλαδή αυτοεπαγώμενος εμετός, ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή κλύσματος).

#### **Κριτήρια ICD-9 για τη Νευρογενή Ανορεξία (1977)**

1. Μία διαταραχή στην οποία τα κύρια χαρακτηριστικά είναι επίμονη άρνηση να φάει το άτομο και αξιοπρόσεκτη απώλεια βάρους.
2. Το επίπεδο δραστηριότητας και ετοιμότητας είναι χαρακτηριστικά υψηλό σε σχέση με το βαθμό εξαιρετικής αδυναμίας.
3. Τυπικά η διαταραχή ξεκινάει σε κορίτσια στην εφηβεία αλλά μπορεί μερικές φορές να αρχίσει πριν την εφηβεία και σπάνια εμφανίζεται σε άντρες.
4. Η αμηνόρροια είναι συνηθισμένη και μπορεί να υπάρξει και μια σειρά άλλων αλλαγών που συμπεριλαμβάνουν την χαμηλή πίεση και αναπνοή καθώς και την χαμηλή θερμοκρασία σώματος και οίδημα.
5. Ασυνηθιστες διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές σε σχέση με το φαγητό. Είναι τυπικές και μερικές φορές η λιμοκτονία ακολουθεί ή

εναλλάσσεται με περιόδους υπερφαγίας.

6. Τα συνοδευόμενα ψυχιατρικά συμπτώματα είναι διάφορα.

#### **Κριτήρια ICD-10 για τη Νευρογενή Ανορεξία (1992)**

1. Υπάρχει απώλεια βάρους, έλλειψη κέρδους βάρους, που οδηγεί σε ένα σωματικό βάρος τουλάχιστον 15% κάτω από το κανονικό ή το αναμενόμενο βάρος για την ηλικία και το ύψος.
2. Η απώλεια βάρους προκαλείται από το ίδιο το άτομο με την αποφυγή «παχυντικών φαγητών».
3. Υπάρχει μια αντίληψη από το άτομο ότι είναι πολύ χοντρό, με έναν ενοχλητικό φόβο για παχυσαρκία ο οποίος οδηγεί σε ένα εθελοντικά επιβαλλόμενο χαμηλό όριο βάρους.
4. Μια διαδεδομένη ενδοκρινολογική διαταραχή που περιλαμβάνει τον υποθαλαμικό –υποφυσιογοναδικό άξονα εκδηλώνεται στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άντρες ως έλλειψη του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και δυναμικότητας. (Μια εμφανής εξαίρεση είναι η συνέχιση της κολπικής αιμορραγίας στις ανορεκτικές γυναίκες ορμονική θεραπεία αντικατάστασης που συνηθέστερα λαμβάνεται ως αντισυλληπτικό χάπι).
5. Η διαταραχή δεν ικανοποιεί τα κριτήρια 1 ή 2 για τη Νευρογενή Βουλιμία.

#### **Κριτήρια ICD-10 για την άτυπη Νευρογενή Ανορεξία**

Διαταραχή η οποία εκπληρώνει μερικά από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της Νευρογενούς Ανορεξίας αλλά η γενική κλινική εικόνα δεν δικαιολογεί την διάγνωση. Για παράδειγμα, ένα από τα βασικά συμπτώματα, όπως η αμηνόρροια ή ο χαρακτηριστικός φόβος της παχυσαρκίας, μπορεί να είναι ανύπαρκτα στην παρουσία ενδεικτικής απώλειας βάρους ή στην συμπεριφορά απώλειας βάρους. Η διάγνωση αυτή δεν πρέπει να γίνεται αν παρουσιάζονται γνωστές ψυχιατρικές διαταραχές που σχετίζονται με την απώλεια βάρους.

(Berkman N. et al. Management of Eating Disorders. Evidence Report/Technology Assessment. No 135 2006 AHRQ Publication No. 06-E010)

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2.

### Σύγκριση διαγνωστικών κριτηρίων για τη Νευρογενή Ανορεξία DSM-IV και ICD-10

Διαγνωστικά κριτήρια	DSM-IV	ICD-10
Βάρος	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Άρνηση της διατήρησης του σωματικού βάρους στο κανονικό ή ελάχιστα πάνω από το επίπεδο του κανονικού σωματικού βάρους για την ηλικία και το ύψος. (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη συντήρηση του σωματικού βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου σωματικού βάρους).</li> <li>Ή</li> <li>- Αποτυχία της επίτευξης αύξησης βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης, που οδηγεί σε σωματικό βάρος &lt;85% του αναμενόμενου σωματικού βάρους.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Το σωματικό βάρος διατηρείται τουλάχιστον 15% χαμηλότερα από το αναμενόμενο (είτε είναι χαμένο είτε δεν είχε επιτευχθεί ποτέ)</li> <li>- Ο δείκτης μάζας σώματος του Quetelet είναι 17.5 kg/m<sup>2</sup> ή λιγότερο</li> <li>Ή</li> <li>- Οι προεφηβικοί ασθενείς ίσως δείχνουν αδυναμία να επιτύχουν το αναμενόμενο βάρος κατά τη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης.</li> </ul>
Φοβία / σχετικές συμπεριφορές	Έντονος φόβος για αύξηση του βάρους ή ότι θα γίνει κανείς παχύσαρκος ακόμη και αν είναι κάτω από το φυσιολογικό.*	Απώλεια βάρους που αυτοπροκαλείται από την αποφυγή «παχυντικών φαγητών» Και

	<p>*διαφορές συμπεριφοράς μεταξύ των διευκρινιστικών τύπων:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- περιοριστικός τύπος: δεν εμπλέκεται σε υπερφαγικές ή καθαρτικές συμπεριφορές.</li> <li>- υπερφαγικός / καθαρτικός τύπος: τακτικά εμπλέκεται σε υπερφαγικές ή καθαρτικές συμπεριφορές.</li> </ul>	<p>Ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω: αυτοεπαγώμενος εμετός, αυτοπροκαλούμενες κενώσεις με καθαρτικές ουσίες, υπερβολική άσκηση, χρήση φαρμάκων κατασταλτικών της όρεξης ή/και διουρητικών.</p>
Αντίληψη σώματος	<p>- Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το σωματικό βάρος και το σχήμα</p> <p>- υπερβολική επιρροή του βάρους ή του σχήματος σώματος στην αυτοαξιολόγηση.</p> <p>Ή</p> <p>Άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού σωματικού βάρους.</p>	<p>- Διαστρέβλωση της εικόνας του σώματος υπό τη μορφή μιας ειδικής ψυχοπαθολογίας δια της οποίας ο φόβος για την αύξηση βάρους επιμένει σαν μια υπερεκτιμημένη ιδέα.</p> <p>Και</p> <p>- ο ασθενής επιβάλλει ένα χαμηλό όριο βάρους στον εαυτό του.</p>
Αμηνόρροια/ορμονικές διακυμάνσεις	<p>Στις γυναίκες μετά την εμμηναρχή παρουσιάζεται αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορροϊκών κύκλων. (η αμηνόρροια υπάρχει αν οι περίοδοι εμφανίζονται μόνο μέσω χορήγησης ορμονών).</p>	<p>Στις γυναίκες η αμηνόρροια και στους άντρες η έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος και δυναμικότητας</p> <p>- Μπορούν ακόμη να υπάρξουν αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης, βελτιωμένα επίπεδα κορτιζόλης, αλλαγές στον περιφερικό μεταβολισμό της θυρεοειδούς ορμόνης και ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης.</p>
Εφηβική ανάπτυξη	<p>Μη διευκρινισμένο</p>	<p>Με το προεφηβικό ξεκίνημα, η διαδοχή εφηβικών γεγονότων αναβάλλεται ( η ανάπτυξη σταματάει,</p>

		<p>στα κορίτσια το στήθος δεν αναπτύσσεται και υπάρχει μια αρχική αμηνόρροια, στα αγόρια τα γεννητικά όργανα παραμένουν νεανικά. Με την αποκατάσταση η εφηβεία συχνά ολοκληρώνεται κανονικά αλλά η εμφάνιση έμμηνων ρύσεων είναι αργή.</p>
--	--	--

(Bulik C., Reba L., Siega-Riz A., Reichborn-Kjennerud T. *Anorexia Nervosa: definition, Epidemiology, and Cycle of Risk. Int J Eat Disorder 2005, 37: S2-S9 page 3*)

## 1.2 Αιτιολογία

Τα υπάρχοντα στοιχεία για τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης διατροφικών διαταραχών έχουν πρόσφατα αξιολογηθεί εκτενώς. Για τη νευρογενή ανορεξία τα αποτελέσματα οδηγούν σε προβληματισμό. (Bulik C. et al. 2005) Αυτή τη στιγμή η αιτιολογία για τη Νευρογενή Ανορεξία δεν είναι πλήρως κατανοητή. (Steinhausen 2002) Αρχικά, λίγες μακροχρόνιες μελέτες υπάρχουν στις οποίες έχει προσδιοριστεί αρκετός αριθμός περιπτώσεων για να επιτρέψει τον προσδιορισμό των παραγόντων κινδύνου. Δεύτερον για τη Νευρογενή Ανορεξία γενικά, είναι δύσκολη η διαφοροποίηση των αρχικών συμπτωμάτων της διαταραχής από τους παράγοντες κινδύνου (π.χ. δίαιτα και υψηλού επιπέδου άσκηση). (Bulik C. et al. 2005)

Πολλοί παράγοντες κινδύνου έχουν ενοχοποιηθεί στην ανάπτυξη της Νευρογενούς Ανορεξίας. Ένα σημαντικό επίπεδο κινδύνου αποδίδεται στη γενετική (56%) υποδηλώνοντας το σημαντικό ρόλο που παίζει η βιολογία στη Νευρογενή Ανορεξία. (Collier D. & Treasure J. 2004, American Psychiatric Association 2006) Συγγενείς των ατόμων με Νευρογενή Ανορεξία έχουν υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν μια Διατροφική Διαταραχή. Από μελέτες διδύμων αποδεικνύεται ότι περίπου 50% της διακύμανσης στη Νευρογενή Ανορεξία εξηγείται από γενετικούς παράγοντες. Η μοριακή έρευνα σε αυτό το σημείο είναι ενεργή και έχει αποκαλύψει έναν αριθμό ενδεχόμενων πεδίων που περιλαμβάνουν τα υποψήφια γονίδια. Πρόσφατη έρευνα νευροδιαβιβαστών

έχει εστιάσει στο ρόλο της σεροτονίνης η οποία φαίνεται να εμπλέκεται στην ανάπτυξη της Νευρογενούς Ανορεξίας. (Cooke R. & Sawyer S. 2004) Σε μια μελέτη, συνδέοντας την εγγραφή γεννήσεων από το ληξιαρχείο της Σουηδίας με την εισαγωγή ασθενών σε ψυχιατρείο διαπιστώθηκε ότι τα πρόωρα κορίτσια, ειδικά αν ήταν μικρά για την ηλικία κύησης και αυτά που γεννήθηκαν με εγκεφαλικό αιμάτωμα διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο για Νευρογενή Ανορεξία. Αν και το μέγεθος της επίδρασης δεν ήταν μεγάλο, οι συγγραφείς υπέθεσαν ότι αυτή η λεπτή ζημιά του εγκεφάλου κατά τη γέννηση θα μπορούσε να οδηγήσει σε πρώιμες δυσκολίες σίτισης και να αυξήσει τον κίνδυνο για Νευρογενή Ανορεξία. Αυτή η μελέτη βρήκε ότι οι περιγεννητικοί παράγοντες κινδύνου αποδίδουν έναν κίνδυνο 3,6% για τις περιπτώσεις της Νευρογενούς Ανορεξίας. (Bulik C. et al. 2005)

Διάφορα τμήματα της βιβλιογραφίας συγκλίνουν για να δείξουν ότι η Νευρογενή Ανορεξία είναι οικογενειακή, επηρεάζεται από οικογενειακούς παράγοντες και ότι οι απόγονοι γυναικών με Νευρογενή Ανορεξία βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για να αναπτύξουν Διατροφικές Διαταραχές. (Bulik C. et al. 2005)

Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι μια γενετική προδιάθεση είναι απαραίτητη αλλά δεν είναι επαρκής για την ανάπτυξη της διαταραχής. Μελέτες διδύμων και οικογενειακές μελέτες, ανάλυση εγκεφάλων των νοσούντων και μη νοσούντων μελών της οικογένειας, και μια εξέταση πολυκυτταρικής γενετικής ανάλυσης υποστηρίζουν ότι η Νευρογενή Ανορεξία εμφανίζεται σε οικογένειες με εμμονές, τελειομανία και ανταγωνιστικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα και στοιχεία αυτιστικού φάσματος. (Fairburn C. et al. 1999)

Η Νευρογενή Ανορεξία επισπεύδεται σαν ένας μηχανισμός αντιμετώπισης για παράδειγμα, ενάντια σε αναπτυξιακές προκλήσεις, αλλαγές, οικογενειακές διαμάχες και ακαδημαϊκές πιέσεις. (Morris J. & Twaddle S. 2007) Η αρχή της εφηβικής ηλικίας και η εφηβεία είναι συχνά ιδιαίτερα βίαιη και μπορεί να οδηγήσει σε Νευρογενή Ανορεξία. (Morris J. & Twaddle S. 2007)

Το συνηθισμένο μοτίβο διατροφής ενός εφήβου τείνει να περιλαμβάνει χαμένα γεύματα, τσιμπολόγημα, εύκολα φαγητά και την κατανάλωση αναψυκτικών με αυξημένες θερμίδες. Στη μέση αυτού του ακανόνιστου διατροφικού μοτίβου η δίαιτα ανέρχεται σαν μια όλο και περισσότερο κοινή συμπεριφορά μεταξύ των έφηβων



κοριτσιών και εμφανίζεται σε όλο και περισσότερο νεότερες ηλικίες. Ο Maloney και οι συνεργάτες του (1989) αναγνωρίζουν ότι το 41% των κοριτσιών 7-13 ετών αναφέρουν κάποιες δραστηριότητες για απώλεια βάρους. Σε μια μεγάλη αντιπροσωπευτική μελέτη, ο Patton και οι συνεργάτες του (1999) αναφέρουν ότι το 7% των δεκαπεντάχρονων κοριτσιών βρίσκονται σε σοβαρή δίαιτα, με ένα πρόσθετο 38% να συμμετέχει σε μέτριες διαιτητικές συμπεριφορές. Αναφορικά αυτοί που κάνουν σοβαρή δίαιτα είναι 18 φορές πιθανότερο να αναπτύξουν Διατροφικές Διαταραχές σε σχέση με αυτούς που δεν βρίσκονται σε δίαιτα. Αν και μόνο μια μικρή αναλογία των νέων ατόμων που βρίσκονται σε δίαιτα ανέπτυξε μια Διατροφική Διαταραχή, η δίαιτα είναι ένας ξεκάθαρος παράγοντας κινδύνου. (Cooke R. & Sawyer S. 2004)

Στην ανάπτυξη της ταξινόμησης των παραγόντων κινδύνου από τον Jacobi και τους συναδέλφους του (2004), οι ακόλουθοι μεταβλητοί παράγοντες κινδύνου κατά τη διάρκεια της πρώιμης εφηβείας που φαίνεται να σχετίζονται και να προηγούνται της Νευρογενούς Ανορεξίας περιλαμβάνουν: διαιτητικές συμπεριφορές, υψηλό επίπεδο άσκησης, την παρουσία της διαταραχής σωματικής δυσμορφίας και τη διαταραχή καταναγκαστικής εμμονής. Πέραν του κινδύνου που σχετίζεται με την εφηβική ηλικία, ο κίνδυνος με ένα υψηλό επίπεδο τελειομανίας, αρνητική αυτοαξιολόγηση και η προνοσηρή ψυχαναγκαστική - καταναγκαστική διαταραχή μπορεί επίσης να εμφανιστούν οποιαδήποτε στιγμή πριν το ξεκίνημα της Νευρογενούς Ανορεξίας. (American Psychiatric Association 2006) Ακόμη, τα διαταραγμένα διατροφικά πρότυπα και η εμφάνιση αυστηρού ενεργειακού περιορισμού κατά τη διάρκεια ανάπτυξης της Νευρογενούς Ανορεξίας ίσως να περιπλέκεται από μια διαστρεβλωμένη αντίληψη της πραγματικής κατανάλωσης γεύματος, που είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη της Νευρογενούς Ανορεξίας. (American Psychiatric Association 2006)

Ορισμένα άτομα μπορεί να είναι πιο ευαίσθητα στις πιέσεις του περιβάλλοντος για να είναι αδύνατα. (American Psychiatric Association 2006) Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης επηρεάζουν το πώς οι νέοι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τα σώματά τους σε σχέση με την ιδανική εικόνα, με συνεχώς αυξημένη πίεση στις νέες γυναίκες και στους άντρες να προσαρμοστούν στην εικόνα της «τελειότητας». Αν και το διαδίκτυο παρέχει πρόσβαση σε πολλές χρήσιμες υποστηρικτικές ιστοσελίδες για νέους ανθρώπους (και για τις οικογένειές τους) με Διατροφικές Διαταραχές, πρόσφατα υπάρχουν ανησυχίες για το

μεγάλο αριθμό των ιστοσελίδων που προωθούν ανορεκτικές συμπεριφορές. (*Cooke R. & Sawyer S. 2004*)

Άλλοι παράγοντες κινδύνου για τη Νευρογενή Ανορεξία όπως και για τις άλλες Διατροφικές Διαταραχές, αφορούν ζητήματα που άμεσα αναφέρονται στο βάρος και σε θέματα ελέγχου. (*American Psychiatric Association 2006*) Η λεπτόσωμη εμφάνιση στις γυναίκες έγινε συνώνυμη με τη δύναμη, την επιτυχία, τον έλεγχο και έχει ταυτιστεί με τη σεξουαλική ελκυστικότητα. Η παχυσαρκία από την άλλη, αντιπροσωπεύει ένα ανεπιθύμητο, μη-ελκυστικό σώμα, την αποτυχία, την αυτοεγκατάλειψη, την έλλειψη θέλησης και αυτοελέγχου. Με το πέρασμα των ετών, όσο η αρνητική στάση της κοινωνίας σχετικά με την παχυσαρκία αυξάνεται, τόσο αυξάνεται και ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από κάποια Διατροφική Διαταραχή. (*Χριστοδούλου Γ.Ν. & συνεργάτες 2000*)

Η κατάθλιψη είναι καλά τεκμηριωμένη ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη ανορεξίας κυρίως στην εφηβεία. Γενικότερα, τα άτομα που υποφέρουν από Διαταραχές Διάθεσης (κυρίως Κατάθλιψη) αλλά και από Διαταραχές Προσωπικότητας (κυρίως Αποφευκτική, Ναρκισσιστική και Οριακή) παρουσιάζουν μεγάλο κίνδυνο να εκδηλώσουν Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. (*Cooke R. & Sawyer S. 2004*)

Με βάση τα δεδομένα κάποιων ερευνών, οι αναφορές για σεξουαλική κακοποίηση εμφανίζονται πιο συχνά στον πληθυσμό ατόμων που πάσχουν από κάποια Διατροφική Διαταραχή, σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσοστό στο γενικό πληθυσμό. Έτσι διατυπώνεται η άποψη ότι τα άτομα που έχουν υποστεί κακοποίηση κατά την παιδική τους ηλικία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν μια Διατροφική Διαταραχή. (*Welch S.L. & Fairburn C.G. 1994*) Βέβαια η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να επιταχύνει τη Νευρογενή Ανορεξία αλλά όχι πιο συχνά από ότι άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. (*Morris J. & Twaddle S. 2007*)

Τέλος όσον αφορά την εθνικότητα, το πρότυπο των ΗΠΑ είναι πολύπλοκο, με τους καυκάσιους και τους ισπανόφωνους να έχουν ίσα ποσοστά Διατροφικών Διαταραχών και τους ιθαγενείς αμερικανούς να έχουν υψηλότερα ποσοστά Διατροφικών Διαταραχών. Ακόμη οι έγχρωμοι στις ΗΠΑ, έχουν ίσα ή υψηλότερα ποσοστά από τους καυκάσιους. (*Miller K. & Golden N. 2010*)

### 1.3. Συμπτώματα νευρογενούς ανορεξίας - Παθοφυσιολογία

#### 1.3.α. Ιατρικά συμπτώματα

Βασική διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας είναι ότι οι ασθενείς ζυγίζουν λιγότερο από 85% από το αναμενόμενο. Υπάρχουν κάποιοι τρόποι να καθοριστεί αυτό. Για τους ενήλικες (>20ετών) όπου ο ΔΜΣ (δείκτης μάζας σώματος)  $\leq 18.5$  θεωρείται λιπόβαρης και όπου ο ΔΜΣ  $\leq 17.5$  θεωρείται διάγνωση για νευρογενή ανορεξία. Το 85% του μέσου όρου βάρους σώματος μπορεί να είναι διάγνωση για νευρογενή ανορεξία. Για ενήλικες <20 ετών το ποσοστό του μέσου όρου βάρους για το ύψος μπορεί να υπολογιστεί χρησιμοποιώντας διαγράμματα αύξησης ή διαγράμματα δείκτη μάζας σώματος. (*American Dietetic Association 2001*)

Τα φυσικά συμπτώματα μπορούν να κυμανθούν από το σχηματισμό του τριχώματος ως τις απειλητικές για τη ζωή καρδιακές αρρυθμίες. Τα φυσικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν χνούδι στο πρόσωπο και τον κορμό, ευθραυστότητα μαλλιών, κυάνωση στα χέρια και τα πόδια και ξηρό δέρμα. Οι καρδιαγγειακές αλλαγές περιλαμβάνουν βραδυκαρδία (<60παλμούς/λεπτό), υπόταση (συστολική <90mmHg) και ορθοστατική υπόταση. Καρδιαγγειακές επιπλοκές έχουν συσχετισθεί με το θάνατο σε ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία. (*American Dietetic Association 2001*)

Η Νευρογενής Ανορεξία μπορεί επίσης να επηρεάσει σημαντικά το γαστρεντερικό σύστημα και την περιοχή του εγκεφάλου των ατόμων αυτών. Ο αυτεπαγόμενος λιμός μπορεί να οδηγήσει στην καθυστερημένη γαστρική εκκένωση, σε μειωμένη κινητικότητα του εντέρου και δυσκοιλιότητα. Υπάρχουν επίσης στοιχεία για τις ανωμαλίες του εγκεφάλου (απώλεια ιστού) με τον παρατεταμένο λιμό, ο οποίος εμφανίζεται νωρίς κατά τη διαδικασία της ασθένειας και ίσως είναι ουσιαστικού μεγέθους. Ενώ είναι σαφές ότι η αντιστρεψιμότητα των αλλαγών του εγκεφάλου εμφανίζεται με την ανάκτηση βάρους, είναι αβέβαιο εάν η πλήρης αντιστρεψιμότητα είναι εφικτή. Για να ελαχιστοποιηθεί η πιθανή μακροπρόθεσμη επιπλοκή της Νευρογενούς Ανορεξίας, η πρόωρη αναγνώριση και η θεραπεία είναι απαραίτητη για νέους ανθρώπους οι οποίοι αναπτύσσουν αυτή την ασθένεια. (*American Dietetic Association 2001*)

Η αμηνόρροια είναι ένα από τα αρχικά χαρακτηριστικά της νευρογενούς ανορεξίας η οποία συσχετίζεται με τη δυσλειτουργία του υποθαλάμου, την απώλεια βάρους, το μειωμένο σωματικό λίπος, το άγχος και την υπερβολική άσκηση. Η αμηνόρροια επίσης φαίνεται να επηρεάζεται από μια ορμόνη τη γοναδοτροπίνη, δηλαδή την ορμόνη της εγκυμοσύνης. (*American Dietetic Association 2001*)

Όσον αφορά τα σωματικά συμπτώματα, τα σωματικά σημεία και τις σωματικές διαταραχές που συνοδεύουν τη Νευρογενή Ανορεξία, τα περισσότερα από αυτά οφείλονται στην ασιτία ή και στον προκλητό εμετό. Έτσι, εκτός από την αμηνόρροια μπορεί να υπάρχουν δυσκοιλιότητα, κοιλιακοί πόνοι, μη ανοχή του κρύου, αδυναμία, λήθαργος. Φυσικά το πιο φανερό σημείο του ατόμου είναι η απίσχναση του ατόμου. Ακόμη μπορεί να υπάρχει υπόταση, υποθερμία, ξηρότητα του δέρματος, lanugo hair (lanugo = πυκνό μαλακό χνούδι), βραδυκαρδία, περιφερικό οίδημα, κιτρίνισμα του δέρματος (από την υπερκαροτιναιμία), υπερτροφία των σιελογόνων αδένων, ιδιαίτερα της παρωτίδας. Άτομα που χρησιμοποιούν συχνά προκλητό έμετο μπορεί να παρουσιάζουν διαβρώσεις της αδαμαντίνης των δοντιών και ουλές ή κάλους στη ράχη των χεριών τους. Γενικές ιατρικές καταστάσεις που μπορεί να εμφανισθούν σε άτομα με νευρογενή ανορεξία (εξαιτίας της ασιτίας ή και του εμέτου) είναι η νορμόχρωμη νορμοκυτταρική αναιμία, καρδιαγγειακά προβλήματα όπως σοβαρή υπόταση και αρρυθμίες, προβλήματα στα δόντια και οστεοπόρωση (λόγω της ελαττωμένης πρόσληψης και απορρόφησης ασβεστίου, ελαττωμένης έκκρισης οιστρογόνων και αυξημένης έκκρισης κορτιζόνης). (*Μάνος Ν. 1997*)

Η οστεοπενία και η οστεοπόρωση, είναι σοβαρές και ενδεχομένως αμετάκλητες ιατρικές επιπλοκές της Νευρογενούς Ανορεξίας. Οι επιπλοκές αυτές είναι πολύ πιθανό να προκαλέσουν συμπίεση των σπονδύλων με τελικό αποτέλεσμα τα κατάγματα. Αποτελέσματα μελέτης δείχνουν ότι η ανάκτηση του οστού ίσως είναι πιθανή με την αποκατάσταση βάρους, αλλά η μεγαλύτερη πυκνότητα οστού είναι εμφανής 11 χρόνια μετά την αποκατάσταση βάρους και την ανάκτηση. Στους εφήβους, η αποκατάσταση των οστών ίσως είναι περισσότερο πιθανή, αντίθετα από άλλους ασθενείς στους οποίους η χαμηλή συγκέντρωση οιστρογόνων στην κυκλοφορία συσχετίζεται με μειωμένη πυκνότητα των οστών. Η συμπλήρωση ασβεστίου μόνο (1500mg/dL) ή συνδυασμός με οιστρογόνα δεν έχει παρατηρηθεί να προάγει την αυξανόμενη πυκνότητα των οστών. Η

επαρκής πρόσληψη ασβεστίου ίσως βοηθήσει στην ελάττωση της απώλειας οστού. Μόνο η αποκατάσταση βάρους έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει την πυκνότητα των οστών. (*American Dietetic Association 2001*)

Σε ασθενείς με νευρογενή ανορεξία, οι εργαστηριακές τιμές συνήθως μένουν σε φυσιολογικές τιμές μέχρι η ασθένεια να προχωρήσει. Μερικές από τις ανωμαλίες που εμφανίζονται είναι η υποπλασία του μυελού των οστών, συμπεριλαμβανομένης της λευκοπενίας και θρομβοκυτοπενίας. Παρά τη χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και χοληστερίνη διατροφή, οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία συχνά έχουν υψηλή χοληστερόλη και ανώμαλη κατανομή λιπιδίων. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της ήπιας ηπατικής δυσλειτουργίας και τη μειωμένη έκκριση όξινης χολής από τα σταθιά γεύματα. Επιπλέον, ο ορός γλυκόζης τείνει να είναι χαμηλός. Οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία ίσως έχουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπογλυκαιμίας. (*American Dietetic Association 2001*)

Παρά τις διαιτητικές ανεπάρκειες, σπάνια εμφανίζονται ανεπάρκειες βιταμινών και μεταλλικών στοιχείων στη νευρογενή ανορεξία επειδή πολλοί ασθενείς καταναλώνουν συμπληρώματα βιταμινών και μεταλλικών στοιχείων, τα οποία καλύπτουν τις ανεπάρκειες. Ο παρατεταμένος υποσιτισμός οδηγεί σε χαμηλά επίπεδα ψευδαργύρου, βιταμίνης B12 και φυλικού οξέος. Τα χαμηλά επίπεδα θρεπτικών ουσιών πρέπει να αντιμετωπιστούν κατάλληλα με το φαγητό και με συμπληρώματα διατροφής όπως απαιτούνται. (*American Dietetic Association 2001*)

### **1.3.β. Παθοφυσιολογία**

Μια σειρά από σωματικές διαταραχές έχουν παρατηρηθεί σε άτομα που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία. Οι περισσότερες απ' αυτές τις σωματικές διαταραχές αποτελούν δευτερογενείς συνέπειες της αστίας και δεν είναι ξεκάθαρο αν ή πώς αυτές οι διαταραχές μπορεί να έχουν συμβάλει στην ανάπτυξη και διατήρηση των ψυχολογικών και συμπεριφορικών ανωμαλιών που είναι χαρακτηριστικές στη νευρογενή ανορεξία. (*Kay J., Tasman A. & Lieberman A. 2000*)

Η στέρηση τροφής και η χρήση υπακτικών έχουν ανεπιθύμητες επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου. (Davison G.C. & Neale J.M. 1993) Οι πιο σημαντικές απ' αυτές τις ιατρικές επιπλοκές αναφέρονται στους παρακάτω πίνακες. Εκτός απ' αυτές τις δυσλειτουργίες, που αναφέρονται στους πίνακες, συχνά στους ασθενείς που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία παρουσιάζεται συχνουρία, αφυδάτωση, δυσλειτουργία του υποθαλάμου και υπόταση. (Davison G.C. & Neale J.M. 1993, Elkin, G.D. 1999) Οι ανωμαλίες των ηλεκτρολυτών μπορεί να λειτουργήσουν ως προδιαθεσικοί παράγοντες για την ανάπτυξη καρδιακών παθήσεων και ανευρίσκονται συνήθως στον καθαρτικό / υπερφαγικό τύπο της νευρογενούς ανορεξίας, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορούμε να τις συναντήσουμε και στον περιοριστικό τύπο. Αυτές οι μεγάλες μεταβολές των ηλεκτρολυτών συνδέονται και με μια γενικευμένη αίσθηση αδυναμίας και σύγχυσης που βιώνουν οι πάσχοντες, με γνωσιακές διαταραχές (π.χ. ανεπάρκεια στη μνήμη και στη σκέψη) και με συναισθηματική αστάθεια. (Elkin G.D. 1999)

Στον υπερφαγικό / καθαρτικό τύπο της νευρογενούς ανορεξίας η χρήση του ippecac αλλά και άλλων καθαρτικών μπορεί να προκαλέσει μη αναστρέψιμη βλάβη στην καρδιακή λειτουργία και στον μυϊκό ιστό. Έτσι, πόνοι στο στήθος, αρρυθμίες και τάσεις για λιποθυμία θα μπορούσαν να αποτελούν ενδείξεις κατάχρησης καθαρτικών. Από την άλλη πλευρά η κατάχρηση διουρητικών αποτελεί ένα από τα πιο συνήθη προβλήματα που οδηγούν σε ανακοπή αλλά και σε νεφρική ανεπάρκεια. (Elkin G.D. 1999)

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς απευθύνονται σε κάποιο γιατρό όταν πλέον η απώλεια βάρους έχει καταστεί ιδιαίτερα εμφανής. Σε κάποιες περιπτώσεις η ασθενής μπορεί να επισκεφτεί σχετικά νωρίς ένα γυναικολόγο εξαιτίας της αμηνόρροιας η οποία οφείλεται στον υποσιτισμό. Οι συνηθέστερες ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις είναι η επιμήκυνση του QT διαστήματος και οφείλονται στο σοβαρό υποσιτισμό. Σοβαρές ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις που οφείλονται σε βαριά υποκαλιαιμία, μπορεί να οδηγήσουν στο θάνατο. Άλλη σπάνια αλλά επικίνδυνη επιπλοκή είναι η οξεία γαστρική διάταση. (Davison G.C. & Neale J.M. 1993) Άλλα στοιχεία που μπορεί να παρατηρήσει κανείς είναι ότι τα νύχια γίνονται εύθραυστα, ενώ ορισμένοι ασθενείς χάνουν μαλλιά από το τριχωτό της κεφαλής. (Davison G.C. & Neale J.M. 1993)

### Πίνακας 3.

#### Ιατρικές επιπλοκές της ψυχογενούς ανορεξίας συνδεόμενες με την απώλεια βάρους.

Καχεξία	Απώλεια λίπους, μυϊκής μάζας, μειωμένος θυρεοειδικός μεταβολισμός, δυσανεξία στο κρύο, δυσκολίες στη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος (υποθερμία)
Καρδιακές	Ατροφία καρδιακού μυός, καρδιακές αρρυθμίες, έκτακτες κοιλιακές και κοιλικές συστολές, παράταση του QT διαστήματος, βραδυκαρδία, κοιλιακή ταχυκαρδία, ανακοπή (αιφνίδιος θάνατος)
Γαστρεντερικές	Καθυστέρηση της γαστρικής εκκένωσης, επιγαστρικά άλγη, δυσκοιλιότητα, μετεωρισμός
Μεταβολικές	Υπογλυκαιμία, υποκαλιαιμία, σιδηροπενία, έλλειψη Ca, P, Zn, Mg
Αναπαραγωγικές	Αμηνόρροια, χαμηλά επίπεδα LH, FSH, GRH
Δερματολογικές	Lanugo (χνούδι που μοιάζει με αυτό του νεογνού), οίδημα στάσεως
Αιματολογικές	Αναιμία, λευκοπενία
Νευροψυχιατρικές	Διαταραχές γεύσης, απάθεια, διαταραχές προσοχής και συγκέντρωσης, ήπιες γνωσιακές διαταραχές
Σκελετικές	Οστεοπόρωση, αναστολή της ανάπτυξης στο ύψος (σε πρώιμη έναρξη)

(Davison G.C. & Neale J.M. 1993, Elkin, G.D. 1999)

### Πίνακας 4.

## **Ιατρικές επιπλοκές της ψυχογενούς ανορεξίας συνδεδεμένες με την καθαρτική συμπεριφορά**

Μεταβολικές	Υποκαλιαιμία, υποχλωραιμική αλκάλωση, υπομαγνησιαιμία
Γαστρεντερικές	Διόγκωση και φλεγμονή σιελογόνων αδένων (κυρίως παρωτίδων) και παγκρέατος, αύξηση αμυλάσης ορού, οισοφαγικές και στομαχικές διαβρώσεις, διαταραχές κενώσεων
Οδοντικές	Διάβρωση της αδαμαντίνης (ιδιαίτερα των κοπτήρων), τερηδόνα, κακή κατάσταση των δοντιών
Νευροψυχιατρικές	Κρίσεις σπασμών (συνδεδεμένες με μεγάλες μεταβολές ύδατος και ηλεκτρολυτών), ήπιες μυοπάθειες, κόπωση και αδυναμία, ήπιες γνωσιακές διαταραχές

*(Davison G.C. & Neale J.M. 1993, Elkin, G.D. 1999)*

### **1.4 Συνοσηρότητα νευρογενούς ανορεξίας**

Οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία συχνά υποφέρουν και από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές εκτός από τη διατροφική διαταραχή τους, αυξάνοντας έτσι την πολυπλοκότητα της θεραπείας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι σημαντικό να γίνουν κατανοητά τα χαρακτηριστικά από τις πρόσθετες ψυχιατρικές διαταραχές για την καλύτερη πορεία της θεραπείας. *(American Dietetic Association 2006)* Η διάγνωση περιλαμβάνει κατάθλιψη, άγχος και φοβίες, συναισθηματικές διαταραχές, ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας και απροσδιόριστες διαταραχές προσωπικότητας. *(Hans C. 2002)*



Εκτός από την ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας (OCD) η κοινωνική φοβία είναι η πιο κοινή διαταραχή στα άτομα με νευρογενή ανορεξία. (Hans C. 2002). Πολλές ερωτήσεις σχετικά με τη φύση της σχέσης μεταξύ της συνοσηρότητας διατροφικών διαταραχών παραμένουν αναπάντητες. (Kaye W. et al 2004)

Κλινικές μελέτες του γυναικείου πληθυσμού έχουν καταδείξει με συνέπεια μεγάλο συσχετισμό μεταξύ της κατάθλιψης και νευρογενούς ανορεξίας, με την κατάθλιψη ως κίνδυνο για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών στην εφηβεία. Συγγενείς πρώτου βαθμού σε γυναίκες με νευρογενή ανορεξία έχουν αυξημένα ποσοστά εμφάνισης κατάθλιψης. Πολλά από τα κλινικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης μπορεί να είναι αποτέλεσμα του λιμού, τα οποία μπορούν να βελτιωθούν με την αποκατάσταση βάρους. Η απώλεια όρεξης όπως και η απώλεια βάρους είναι κύρια χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. (Ellen S. R. et al 2003)

Τα πιο υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και ψυχαναγκασμού είχαν συσχετισθεί με τις φτωχότερες εκβάσεις στην νευρογενή ανορεξία. Η υψηλότερη θνησιμότητα συσχετίστηκε με τη χρήση αλκοόλ και ουσιών. (Berkman N. et al 2006)

Η νευρογενής ανορεξία έχει σοβαρές ιατρικές και ψυχολογικές συνέπειες οι οποίες μπορεί να εμφανίζονται ακόμα και μετά την αποκατάσταση. Τα χαρακτηριστικά τα οποία συνδέονται με τις διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνουν κατάθλιψη, ανησυχία, κοινωνική απόσυρση, μεγάλη αυτοσυνείδηση, κόπωση και πολλαπλές ιατρικές επιπλοκές. Στη νευρογενή ανορεξία εμφανίζονται προβλήματα τα οποία σχετίζονται με την αναπαραγωγή, την οστεοπόρωση, το συνεχιζόμενο χαμηλό δείκτη σώματος και την κατάθλιψη. (Berkman N. Et al 2006)

Στον περιοριστικό τύπο της νευρογενούς ανορεξίας, συχνά εμφανίζεται χρόνια συνοσηρότητα με κάποιες από τις αγχώδεις διαταραχές και κυρίως με τη διαταραχή πανικού και κάποιες από τις διαταραχές προσωπικότητας, όπως την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και την αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας. (Kennedy S.H. & Garfinkel P.E. 1992, Davison G.C. & Neale J.M. 1993, Walters, E. & Kendler K.S. 1994, Elkin G.D. 1999, Χριστοδούλου Γ.Ν. & συν. 2000)

Οι περισσότεροι παράγοντες συνοσηρότητας έχουν συνδεθεί με τον υπερφαγικό / καθαρτικό τύπο της νευρογενούς ανορεξίας. Τα άτομα που πάσχουν από αυτόν τον τύπο της διαταραχής, υποφέρουν σε μεγάλο ποσοστό και από διαταραχές της διάθεσης (π.χ.

μείζονα κατάθλιψη, δυσθυμία), αγχώδεις διαταραχές, συχνά κάνουν κατάχρηση ουσιών ή πάσχουν από διαταραχή εξάρτησης από ουσίες. Επίσης πάσχουν από διασχιστική διαταραχή και κάποιοι από αυτούς έχουν προβεί και σε απόπειρες αυτοκτονίας. (Elkin G.D. 1999) Ο κίνδυνος αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι υψηλός και συχνότερα εμφανίζεται στον υπερφαγικό / καθαρτικό τύπο. Κάποιες φορές γίνεται αναφορά σε καταναγκαστικές κλοπές (κλεπτομανία) και σ' αυτές τις περιπτώσεις τα αντικείμενα κλοπής είναι συνήθως γλυκά ή υπακτικά και σπανιότερα άλλα αντικείμενα. (Χριστοδούλου Γ.Ν. & συν. 2000) Επίσης, σ' αυτόν τον τύπο της νευρογενούς ανορεξίας συχνά παρατηρείται και παθολογία του χαρακτήρα και μάλιστα η συνοσηρότητα με παθολογία του χαρακτήρα φαίνεται να έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην πρόγνωση της διαταραχής. (Elkin G.D. 1999)

Και στους δύο τύπους της νευρογενούς ανορεξίας οι ασθενείς πολύ συχνά λαμβάνουν διάγνωση αλκοολισμού, ενώ είναι πολύ πιθανό να εμφανίσουν και σεξουαλικές διαταραχές στην ψυχιατρική συμπτωματολογία. (Garfinkel, P.E. 1992, Davison G.C. & Neale J.M. 1993, Walters E. & Kendler K.S. 1994, Χριστοδούλου, Γ.Ν. & συν. 2000) Σε έρευνα που διεξήχθη με δείγμα γυναικών, που έπασχαν από νευρογενή ανορεξία, με μέσο όρο ηλικίας τα 24 έτη, προέκυψε ότι το 20% δεν είχε σεξουαλική επαφή ποτέ, ενώ ένα ποσοστό που ξεπερνούσε το 50% του δείγματος εμφάνιζε διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας τόσο στη φάση του οργασμού όσο και στη φάση της επιθυμίας. (Raboch J. & Faltus F. 1991, Davison G.C. et al. 1993) Συνήθως, οι πάσχοντες από νευρογενή ανορεξία εμφανίζουν κακή σεξουαλική προσαρμογή, η οποία όταν το άτομο βρίσκεται στην εφηβεία εκδηλώνεται ως καθυστέρηση στην ψυχοκοινωνική σεξουαλική ανάπτυξη και όταν το άτομο ενηλικιωθεί εκδηλώνεται ως μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον. (Χριστοδούλου Γ.Ν. & συν. 2000)

Σε ότι αφορά τη συνοσηρότητα με καταθλιπτική διαταραχή ή δυσθυμία, το ποσοστό που προκύπτει από τις έρευνες αγγίζει ακόμα και το 50% των ασθενών. (Davison G.C. et al. 1993, Χριστοδούλου Γ.Ν. & συν. 2000) Όπως προκύπτει από τις έρευνες οι μείζονες συναισθηματικές διαταραχές είναι συχνότερες σε μέλη της οικογένειας πασχόντων από νευρογενή ανορεξία σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. (Χριστοδούλου Γ.Ν. & συνεργάτες 2000) Η στενή αυτή σχέση μεταξύ της νευρογενούς ανορεξίας και της κατάθλιψης οδήγησαν ορισμένους ερευνητές να εξετάσουν την πιθανότητα η νευρογενής ανορεξία να

είναι η αιτία της κατάθλιψης. Οι υποθέσεις πίσω απ' αυτό το συσχετισμό είναι ότι οι βιοχημικές αλλαγές που εμφανίζονται στον οργανισμό σαν αποτέλεσμα του χρόνιου και σοβαρού υποσιτισμού ή τα συναισθήματα ενοχής και ντροπής που αισθάνεται το άτομο για τις διατροφικές του συνήθειες και την εικόνα του σώματός του, μπορεί να αποτελούν την αιτία για την εκδήλωση καταθλιπτικής διάθεσης και συμπτωματολογίας. Γεγονός είναι όμως ότι η νευρογενής ανορεξία δεν προηγείται πάντοτε της κατάθλιψης. (*Piran N. et al. 1985, Davison G.C. & Neale J.M. 1993*) Η νευρογενής ανορεξία και η κατάθλιψη είναι πιθανό να έχουν κοινά σημεία σε ότι αφορά τη γενετική προδιάθεση ή τις περιβαλλοντικές αιτίες για την εκδήλωσή τους, όπως είναι για παράδειγμα ένα νοσηρό οικογενειακό περιβάλλον ή άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες στη ζωή του ατόμου. (*Davison G.C. & Neale J.M. 1993*) Δεν είναι τυχαίο ότι αρκετές έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι συγγενείς των πασχόντων από νευρογενή ανορεξία είναι ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη κατάθλιψης. (*Hudson, J. et al 1987, Davison G.C. & Neale J.M. 1993*) Έχει προταθεί, ότι η κατάθλιψη είναι αυτή που προκαλεί τη νευρογενή ανορεξία. Οι υποθέσεις αυτές έχουν στηριχθεί στο γεγονός ότι υπάρχει μια ομοιότητα ανάμεσα στις δύο νόσους κυρίως σε ότι αφορά τη συμπτωματολογία τους. Για παράδειγμα η απώλεια βάρους είναι ένα από τα συμπτώματα της κατάθλιψης αλλά και της νευρογενούς ανορεξίας. (*Hudson, J. et al 1987, Davison G.C. & Neale J.M. 1993*)

Επιπροσθέτως, υπάρχουν και βιολογικές ομοιότητες ανάμεσα στις δύο διαταραχές. Για παράδειγμα, τόσο οι ασθενείς που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία όσο και αυτοί που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης. (*Davison G.C. & Neale J.M. 1993*) Επίσης, με βάση νευροχημικά ευρήματα, οι ασθενείς που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία μπορεί να παρουσιάζουν μειωμένη νοραδρενεργική δραστηριότητα και μειωμένα επίπεδα 3-μεθοξυ-4-υδροξυφαινυλ-γλυκόλης (MHPG) στα ούρα και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Ο υποσιτισμός, μπορεί να προκαλέσει πολλές βιοχημικές αλλαγές, οι περισσότερες από τις οποίες εμφανίζονται και στους καταθλιπτικούς ασθενείς (π.χ. υπερκορτιζολαιμία, έλλειψη καταστολής με δεξαμεθαζόνη, καταστολή της θυρεοειδικής λειτουργίας). Η επανασίτιση ωστόσο μπορεί να βοηθήσει τον οργανισμό του ατόμου να διορθώσει όλες αυτές τις ανωμαλίες. (*Χριστοδούλου, Γ.Ν. & συν. 2000*) Και οι τρεις παραπάνω υποθέσεις παραμένουν πιθανές εξηγήσεις για την υψηλή

συνοσηρότητα μεταξύ νευρογενούς ανορεξίας και κατάθλιψης. (*Davison G.C. & Neale J.M. 1993*)

## Κεφάλαιο 2: Αξιολόγηση του ατόμου με Νευρογενή Ανορεξία

### 2.1 Ιατρικές εξετάσεις- Εργαστηριακά ευρήματα

Από τη στιγμή που η συχνότητα εμφάνισης Διατροφικών Διαταραχών φαίνεται να αυξάνεται, η ανάγκη για περιεκτική θεραπεία αυτών των ασθενών είναι ζωτικής σημασίας. (Lyn P. 2002) Μέρος της αρχικής αξιολόγησης του ασθενή με Νευρογενή Ανορεξία αποτελεί και η ιατρική αξιολόγηση. Ιατρικές επιπλοκές μπορεί να εμφανιστούν ως αποτέλεσμα της σοβαρής και παρατεταμένης μείωσης της διαιτητικής πρόσληψης, καθώς και της πρόσληψης υγρών, της συμπεριφοράς για την απώλεια βάρους, και το επίπεδο πείνας και υποσιτισμού του ασθενούς. (Hsu G. 2004)

Η ιατρική αξιολόγηση είναι σημαντική επειδή βοηθά στην διάγνωση της ασθένειας και δείχνει τη σοβαρότητα της κατάστασης, καθώς και το πόσο σοβαρά υποσιτισμένος είναι ο ασθενής και ποια θα είναι η κατάσταση της υγείας του αν συνεχίσει να χειροτερεύει. (Lock J. et al 2007)

Εφόσον οι Διατροφικές Διαταραχές καθαρά περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα γαστρεντερικών, νευρολογικών και ενδοκρινολογικών διαταραχών, η επαρκής ανάλυση και αξιολόγηση των ασθενών αυτών είναι απαραίτητη. (Lyn P. 2002) Ακόμη η αξιολόγηση της πυκνότητας των οστών και η αμηνόρροια είναι σημαντική στους ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία. (Lyn P. 2002) Η λειτουργία των επινεφριδίων, κυρίως τα επίπεδα κορτιζόλης και DHEA ίσως χρειάζεται να αξιολογηθούν στις ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία για άγχος ή κατάθλιψη και χαμηλή οστική πυκνότητα. Η προσοχή στις διατροφικές ελλείψεις, μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση των φυσιολογικών και νευρολογικών λειτουργιών και να βοηθήσει στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία. (Lyn P. 2002)

- **Μέτρηση σωματικού βάρους**

Κατά την ιατρική αξιολόγηση ο ασθενής πρέπει να ζυγιστεί και να καταγραφεί το τωρινό του βάρος. Ο υπεύθυνος θα πρέπει να καταγράψει το μεγαλύτερο βάρος που έχει φτάσει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της ζωής του, την ηλικία που συνέβη αυτό, το χαμηλότερο βάρος που έχει φτάσει και πάλι την ηλικία που είχε όταν συνέβη. (Halmi K. 2009)

Για τους εφήβους, είναι σημαντικό να ποσοτικοποιηθεί η απώλεια βάρους και να καθοριστεί η ημερομηνία που είχε ο έφηβος το μεγαλύτερο βάρος καθώς και η ημερομηνία με το χαμηλότερο βάρος. Ακόμη πρέπει να καταγραφεί και η μέθοδος για την απώλεια του βάρους. Στα παιδιά και στους εφήβους, η εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει εκτός της μέτρησης του βάρους και μέτρηση του ύψους. Μια διαχρονική ματιά της ανάπτυξης, προσφέρει σύγκριση με τυποποιημένα πρότυπα και αποκαλύπτει οποιαδήποτε παρέκκλιση από την αναμενόμενη πορεία ανάπτυξης. (Gonzales A. Kohn M. & Charke S. 2007)

- **Λήψη ζωτικών σημείων**

Η πίεση, οι παλμοί και η θερμοκρασία των ασθενών με Νευρογενή Ανορεξία, είναι συνήθως χαμηλότερα από τα κατώτερα φυσιολογικά όρια. (Τριπόδης Ν. Σπανού Β. & Καζάνη Ι. 2008) Η αίσθηση του ψύχους είναι εξαιτίας της εξαιρετικής αδυναμίας και της έλλειψης της θερμογενετικής επίπτωσης από την κατανάλωση τροφής. Ο καρδιακός ρυθμός, είναι χαμηλός εξαιτίας της απώλειας του καρδιακού μυ. (Hsu G. 2004)

- **Λεπτομερής έλεγχος σωματικών διαταραγών του ασθενούς**

Οι δερματολογικές εκδηλώσεις στην Νευρογενή Ανορεξία, περιλαμβάνουν τριχόπτωση, ξηροδερμία και εύθραυστα νύχια. Σχεδόν το 1/3 των ασθενών με Νευρογενή Ανορεξία εμφανίζουν χνούδι στο πρόσωπο (lanugo hair). Οι ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία, μπορεί να αναπτύξουν έναν πορτοκαλί αποχρωματισμό στο δέρμα τους, εξαιτίας της υψηλής συγκέντρωσης καροτενίου στο αίμα τους (καροτονεμία). (Gary A. 2001, Pomeroy C. & Mitchell J.E. 2002) Τα άκρα τους είναι συχνά κρύα και έχουν ένα ελαφρώς κόκκινο-μωβ χρώμα (ακροκυάνωση). (Τριπόδης Ν. Σπανού Β. & Καζάνη Ι. 2008) Σπάνια παρατηρείται οίδημα κατά την αρχική παρουσία του ασθενούς, αλλά μπορεί να αναπτυχθεί σταδιακά κατά την διάρκεια των αρχικών σταδίων της επανασίτισης. (American Psychiatric Association 2006, Τριπόδης Ν. Σπανού Β. & Καζάνη Ι. 2008) Ακόμη μία εκδήλωση είναι και οι κάλοι στη ράχη του χεριού. Επίσης παρατηρείται και πρήξιμο των σιελογόνων αδένων. (American Psychiatric Association 2006)

- **Αιματολογικές εξετάσεις**

Πολλές αιματολογικές αλλαγές μπορούν να προκύψουν στους ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία, συμπεριλαμβανομένης της ουδετεροπενίας, αναιμίας, θρομβοπενίας και όλα αυτά σχετίζονται με μειωμένη μάζα του συνολικού σωματικού λίπους. (Hsu G. 2004) Επίσης έχει αναφερθεί σοβαρή ουδετεροπενία με μετασχηματισμό του ζελατινώδη μυελού των οστών. (Hsu G. 2004) Αυτές οι αλλαγές μπορεί να είναι αναστρέψιμες με την βελτίωση της διατροφικής κατάστασης και την αύξηση του σωματικού βάρους. (Hsu G. 2004, American Psychiatric Association 2006) Η μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων ίσως να ευθύνεται σε αυτούς τους ασθενείς, για την ευαισθησία τους σε λοιμώξεις, και ιδιαίτερα για τη φυματίωση. (Hsu G. 2004)

Οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία, έχει αναφερθεί συχνά ότι εμφανίζουν προβλήματα αιματοποίησης (Halmi KA. 2002) όπως λευκοπενία, αναιμία και θρομβοκυτοπενία (Mehler P. 2001, Pomeroy C. & Mitchell J.E 2002), σπανία και νέκρωση του μυελού των οστών. Η λευκοπενία συνήθως αντικατοπτρίζει μειωμένο αριθμό ουδετερόφιλων, συνοδευόμενο με μια σχετική λεμφοκυττάρωση. Οι απόψεις όμως για το πώς επηρεάζει η λευκοπενία τον κίνδυνο μόλυνσης συγκρούονται. Ενώ κάποιες μελέτες αναφέρουν αυξημένο κίνδυνο βακτηριακών μολύνσεων, άλλες μελέτες αναφέρουν φυσιολογικό κίνδυνο πιθανόν εξαιτίας των φυσιολογικών αποθεμάτων ουδετερόφιλων του μυελού των οστών. Είθισται κατά τη περίοδο λιμοκτονίας, οι ασθενείς να είναι σχετικά προστατευμένοι κατά των ιογενών ασθενειών ή πιθανόν να μην εκδηλώνουν τα συμπτώματα των μολύνσεων. (Pomeroy C. & Mitchell J.E 2002)

Σε ασθενείς με Διατροφικές Διαταραχές, γενικά έχουν παρουσιαστεί ποικίλες διαταραχές του αμυντικού συστήματος. Παρόλο που και εδώ τα στοιχεία που είναι διαθέσιμα από έρευνες είναι αντιφατικά, ως επί τον πλείστον αναφέρεται ότι οι ασθενείς με σημαντική απώλεια βάρους έχουν υπερευαισθησία στο δέρμα, μη φυσιολογική λειτουργία των ουδετερόφιλων, χαμηλά επίπεδα ανοσογλοβουλίνης, και μη φυσιολογικά επίπεδα στα ποσοστά των υποσυνόλων των Τα-λεμφοκυττάρων. (Pomeroy C. & Mitchell J.E 2002)

- **Βιοχημικές εξετάσεις**

Επειδή η απώλεια και ο περιορισμός υγρών είναι συχνό φαινόμενο στις διατροφικές διαταραχές, ανωμαλίες ηλεκτρολυτών εμφανίζονται συχνά. (Lyn P. 2002, Hsu G. 2004) Οι ανωμαλίες αυτές, μπορεί να προκύψουν ως άμεση συνέπεια της παρατεταμένης πείνας ή χρήσης διουρητικών. Βέβαια η χρήση καθαρτικών θα επιδεινώσει σοβαρά τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές. (Hsu G. 2004) Η πιο σοβαρή και τεκμηριωμένη ανωμαλία είναι η απώλεια καλίου, λόγω του αυτοπροκαλούμενου εμετού και της κατάχρησης καθαρτικών και διουρητικών. (Mehler P. 2001, Hsu G. 2004) Η υποκαλιαιμία μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακά προβλήματα, πιο συγκεκριμένα σε αρρυθμίες και ανωμαλίες στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (Lyn P. 2002), ακόμη σε μειωμένη κινητικότητα του εντέρου (Halmi KA. 2002, Pomeroy C. & Mitchell J.E 2002)

Τα επίπεδα του ορού συχνά είναι κανονικά, αλλά το ενδοκυττάριο κάλιο μπορεί να είναι αρκετά χαμηλό ώστε να δημιουργήσει συμπτώματα. Αν είναι χρόνια μπορεί να προκαλέσει μυοπάθεια των σκελετικών μυών και επειδή οι καρδιακοί μύες είναι σκελετικοί μύες μπορεί να επιδεινώσει τη μυοσκελετική μυοπάθεια (Hsu G. 2004) και νεφροπάθεια. (Lyn P. 2002) Παρατηρούνται υψηλά ποσοστά κρεατινίνης ορού και τελικά μπορεί να καταλήξουν σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, αρκετά σοβαρή ώστε να απαιτείται αιμοκάθαρση. (Halmi KA. 2002, Pomeroy C. & Mitchell 2002, Hsu G. 2004) Ακόμη η χρόνια υποκαλιαιμία, μπορεί να προκαλέσει προβλήματα εντερικής κινητικότητας που οδηγούν στην αίσθηση φουσκώματος μετά το γεύμα και στη δυσκοιλιότητα. (Lyn P. 2002, Hsu G. 2004) Η υποκαλιαιμία μπορεί να θεραπευτεί με συμπληρώματα καλίου, ορισμένοι ασθενείς μπορεί να δουν τα συμπληρώματα ως «καταλυτικά» που τους επιτρέπουν να επιμείνουν στην φτώχη πρόσληψη και την καθαρτική συμπεριφορά. (Hsu G. 2004)

Τα χαμηλά επίπεδα μαγνησίου είναι επίσης συνηθισμένα και μπορεί να είναι ένας παράγοντας στην αποκατάσταση των επιπέδων καλίου. Βάση μιας μελέτης που αναφέρει ο Lyn στο άρθρο του, τα χαμηλά επίπεδα μαγνησίου στον ορό, σχετίζονται με μυϊκή αδυναμία, μειωμένη συγκέντρωση, μυϊκές κράμπες, παραισθήσεις, αρρυθμίες και πρόσφατη απώλεια μνήμης. (Lyn P. 2002) Ακόμη τα χαμηλά επίπεδα μαγνησίου μπορεί να σχετίζονται και με την απασβασταιμία. (Halmi KA. 2002, Pomeroy C. & Mitchell J.E 2002) Γνωστό συνήθως ως «σύνδρομο επανασίτισης», το φωσφορικό άλας μπορεί να πέσει σε θανάσιμα επίπεδα, με αποτέλεσμα επανασίτιση μέσω του στόματος ή παρεντερικά. (Lyn P. 2002) Ως επιπλοκή της επανασίτισης



μπορεί να προκύψει μια επικίνδυνη κατάσταση καθώς τα ανόργανα φωσφορικά άλατα εισέρχονται στα κύτταρα, όπου είναι απαραίτητα για τη σύνθεση των πρωτεϊνών, προκαλώντας έτσι απότομη μείωση των επιπέδων φωσφατάσης του πλάσματος, η οποία μπορεί να καταλήξει σε ήπια καρδιακή δυσλειτουργία. (Halmi KA. 2002) Η υποφωσφαταιμία μπορεί επίσης να συμβεί ως αποτέλεσμα του εμετού, της υπερβολικής άσκησης, των διουρητικών ή των καθαρτικών. Χαμηλά ενδοκυτταρικά επίπεδα φωσφορικού άλατος (τα επίπεδα του ορού συνήθως παραμένουν σε κανονικά επίπεδα) συνήθως εμφανίζονται με χαμηλά επίπεδα μαγνησίου και καλίου και μπορεί να εκδηλωθούν ως αναπνευστική κόπωση, σημάδια πνευμονίας, μυοκαρδιοπάθειας, σκελετικής μυοπάθειας και νευροπάθειας. Τα χαμηλά επίπεδα φωσφορικού άλατος κατά τη διάρκεια του χρόνου στην επίτευξη της μέγιστης σκελετικής μάζας, έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση οστεοπόρωσης. (Lyn P. 2002) Ο φώσφορος χρησιμοποιείται για προληπτικούς λόγους στην επανασίτιση ασθενών που βρίσκονται κατά πολύ κάτω από το φυσιολογικό βάρος, για να αποτρέψει την υποφωσφαταιμία και τα δευτερογενή συμπτώματα της έλλειψής του. (Lyn P. 2002)

Λόγω του περιορισμού της διαιτητικής πρόσληψης, τα άτομα με Νευρογενή Ανορεξία παρουσιάζουν και αρκετές θρεπτικές ανεπάρκειες. Αρκετά συμπτώματα της ανεπάρκειας ψευδαργύρου, βρίσκονται στην Νευρογενή Ανορεξία τα οποία είναι : απώλεια βάρους, απώλεια όρεξης, συγκεκριμένες μορφές δερματίτιδας, αμηνόρροια και κατάθλιψη. Η ανεπάρκεια ψευδαργύρου, έχει ένα ευρύ φάσμα βιοχημικών επιπτώσεων, που φαίνονται στις Διατροφικές Διαταραχές συνεπώς και στη Νευρογενή Ανορεξία. Μετατροπή της προλακτίνης, θυμουλίνης, οιστρογόνων, κορτιζόλης και οπιούχων που τροφοδοτούν το σύστημα, χαμηλή τεστοστερόνη, μείωση της απόδοσης ινσουλίνης, ελάττωση της ινσουλίνης μέσω της οδού που ακολουθεί το σήμα (IGF-1) και αλλαγές στο μεταβολισμό της σεροτονίνης. Ακόμη η ανεπάρκεια ψευδαργύρου, προκαλεί μείωση της συγκέντρωσης λεπτίνης. Η λεπτίνη είναι ένα πεπτίδιο, το οποίο παράγεται από τα λιπώδη κύτταρα, επηρεάζει την δραστηριότητα του υποθαλάμου, και εμπλέκεται στον έλεγχο της όρεξης. Υποδοχείς λεπτίνης βρίσκονται επίσης στους αναπαραγωγικούς ιστούς και τα χαμηλά επίπεδα λεπτίνης ίσως να συμβάλλουν στη δυσκολία αναπαραγωγής. Χαμηλά επίπεδα λεπτίνης βρίσκονται στα άτομα με χαμηλό σωματικό βάρος που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία και μπορεί επίσης να συμβάλλουν σε χαμηλά επίπεδα

θυρεοειδούς ορμόνης τα οποία βρέθηκε ότι προκαλούν ανωμαλίες στον άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης- γονάδων. (Lyn P. 2002)

Στον πρωτεϊνοενεργειακό υποσιτισμό, μια κατάσταση που βρίσκονται πολλά άτομα με Νευρογενή Ανορεξία, υπάρχει μια διατάραξη της απορροφητικής ικανότητας του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου, με επακόλουθη μείωση της ικανότητας απορρόφησης ψευδαργύρου. Η επίκτητη ανεπάρκεια ψευδαργύρου με τη σειρά της, διαιωνίζει ένα αλλαγμένο ή «δυσλειτουργικό» επιθηλιακό φραγμό και μπορεί να οδηγήσει σε διάρροια, η οποία διαιωνίζει τη δυσαπορρόφηση. Μελέτες διαιτητικού ιστορικού και ανάκλησης έχουν δείξει ότι γυναίκες με Νευρογενή Ανορεξία βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για ελλείψεις ψευδαργύρου όπως και ασβεστίου, βιταμίνης D, φυλλικού οξέος, βιταμίνης B12, μαγνησίου και χαλκού. Επίσης, στη νευρογενή ανορεξία υπάρχουν και στοιχεία δυσαπορρόφησης. (Lyn P. 2002)

Υπάρχουν διαφωνίες στις κλινικές μελέτες που αξιολογούν τις επιπτώσεις της ανεπάρκειας ψευδαργύρου. Έξι μελέτες βρήκαν χαμηλή τιμή ψευδαργύρου στο πλάσμα, στον ορό και στα ούρα ασθενών με Νευρογενή Ανορεξία. Τρεις μελέτες δεν βρήκαν διαφορά στις τιμές ψευδαργύρου στον ορό ή στο πλάσμα. Ωστόσο όπως έχουν επισημάνει οι ερευνητές στον τομέα του ψευδαργύρου και της κατάστασης θρέψης του σώματος, προς το παρόν παγκόσμια, δεν υπάρχει αποδεκτή μοναδική ποσότητα, που να καθορίζει τη κατάσταση ψευδαργύρου στους ανθρώπους. Και ο ψευδάργυρος του πλάσματος θεωρείται «φτωχή» μέτρηση για την ανεπάρκεια ψευδαργύρου. (Lyn P. 2002)

Η ανάγκη για χορήγηση πρόσθετου ψευδαργύρου κατά την αποκατάσταση του σωματικού βάρους, έχει αποδειχτεί σε αρκετές μελέτες. Ο επίσημος στόχος για τα προκαθορισμένα συμπληρώματα ψευδαργύρου στην Νευρογενή Ανορεξία, σε κλινικές μελέτες, ήταν για να αυξήσουν το ποσοστό ανάρρωσης, όπως αποδεικνύεται από αύξηση του ΔΜΣ. Σε μία κλινική μελέτη, βάση του Lyn, που χρησιμοποιήθηκαν 50mg ψευδαργύρου (14 mg στοιχειακού ψευδαργύρου), δύο φορές την ημέρα ή ένα εικονικό φάρμακο, δεκαέξι ανορεξικές γυναίκες με ψευδάργυρο πέτυχαν μια σημαντικά στατιστική αύξηση στο ρυθμό της αύξησης του σωματικού βάρους. Σε μία ανοιχτή μελέτη, που αναφέρεται επίσης στο ίδιο άρθρο, με 20 γυναίκες με Ανορεξία, δόθηκαν 45-90 mg την ημέρα θειϊκό άλας ψευδαργύρου. Κατά την παρακολούθηση βρέθηκε ότι 17 άτομα είχαν αυξήσει το βάρος τους περισσότερο από 15%. Ένας ασθενής είχε σωματική αύξηση 57% σε 24 μήνες. Ακόμη ένας ασθενής, είχε

σωματική αύξηση 24% σε 3 μήνες. Κανένα από τα άτομα της μελέτης δεν έχασε βάρος μετά την έναρξη της θεραπείας με ψευδάργυρο και σε 13 γυναίκες επέστρεψε η έμμηνος ρύση σε 1-17 μήνες. Σε άλλες ανοιχτές μελέτες και σε περιπτώσεις ασθενών η χρήση των συμπληρωμάτων ψευδαργύρου, έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την αύξηση του σωματικού βάρους. Ακόμη, τα συμπληρώματα ψευδαργύρου, μπορεί να ωφελήσουν και ψυχολογικά καθώς και σε παραμέτρους ανάπτυξης και εξέλιξης στη Νευρογενή Ανορεξία. Μια μελέτη ελέγχου με εικονικό φάρμακο σε 15 εφήβους, στο πανεπιστήμιο του Stanford στο τμήμα παιδιατρικής, εξέτασε πρώτα τα στοιχεία από την έλλειψη ψευδαργύρου χρησιμοποιώντας την 24ωρη απέκκριση ούρων. Η μέση απώλεια ψευδαργύρου στην ομάδα θεραπείας, ήταν σημαντικά χαμηλότερη από αυτή στην ομάδα ελέγχου. Στους έφηβους με Νευρογενή Ανορεξία, έδιναν 50 mg στοιχειακού ψευδαργύρου την ημέρα για 6 μήνες. Στην παρακολούθηση, η ομάδα θεραπείας είχε στατιστικά σημαντική βελτίωση στη διάθεση και στο άγχος, παράλληλα με τη σημαντική αύξηση του βάρους και του ύψους, τη βελτίωση της λειτουργίας της γεύσης, τη βελτίωση δερματικών ανωμαλιών και σημαντική πρόοδο της σεξουαλικής ωρίμανσης. Επίσης αναφέρονται ευνοϊκά αποτελέσματα με τη χρήση 9,1 – 18,2 mg στοιχειακού ψευδαργύρου την ημέρα, 40-80 ml θειϊκό ψευδάργυρο σε υγρή μορφή. Αυτή η δοσολογία διατηρείται από 6-15 μέρες ή μέχρι η οξύτητα της γεύσης να βελτιωθεί σύμφωνα με το τεστ ψευδαργύρου – γεύσης. Έπειτα ο ασθενής μπορεί να αλλάξει τα συμπληρώματα ψευδαργύρου σε κάψουλες. (Lyn P. 2002)

Η ανεπάρκεια θειαμίνης (βιταμίνη B1), έχει τεκμηριωθεί σε ποσοστό 38% σε δείγμα 37 ατόμων με Ανορεξία, χρησιμοποιώντας την ενεργοποίηση των υδροδιαλυτών πρωτεϊνών TKT (transketolase) των ερυθροκυττάρων. Η ανεπάρκεια θειαμίνης έχει βρεθεί ότι προκαλεί κατάθλιψη, παραισθήσεις, αδυναμία, ζαλάδες, μυαλγία, ταχυπαλμία, υπόταση, βραδυκαρδία σε κατάσταση ακινησίας, αρρυθμία των κόλπων σε άσκηση, γνωστικές αλλαγές και κλασσική ανορεξία. Είναι σχετικό ότι άτομα με Διατροφικές Διαταραχές, βρίσκονται σε υψηλό ποσοστό κινδύνου για κατάχρηση διουρητικών και αλκοόλ και συχνά έχουν αυξημένα φορτία απλών υδατανθράκων αυξάνοντας τον κίνδυνο για ανεπάρκεια θειαμίνης. (Lyn P. 2002)

Η ανεπάρκεια ριβοφλαβίνης στην ανορεξία έχει τεκμηριωθεί από μελέτες του πλάσματος και από τη δράση της γλουταθειόνης αναγωγάσης (ένα συνένζυμο της ριβοφλαβίνης). Επίσης έχει τεκμηριωθεί η ανεπάρκεια της ριβοφλαβίνης λόγω της ανεπάρκειας των συμπαραγόντων μετατροπής. Αυτό το φαινόμενο στη Νευρογενή

Ανορεξία έχει θεωρηθεί ότι συμβαίνει λόγω χαμηλών επιπέδων τριϊωδοθυρονίνης (T3), καθώς η T3 είναι απαραίτητη για την παραγωγή φλαβινο-αδενινο-μονονουκλεοτιδίων ριβοφλαβίνης. Επειδή και η ριβοφλαβίνη και η T3 έχει αποδειχθεί να είναι ανεπαρκείς ακόμη και μετά την επανασίτιση στην ανορεξία, πρέπει να εξεταστεί η δυσαπορρόφηση και η αντικατάσταση του θυρεοειδή ακόμα και στο «άρρωστο ευθυρεοειδικό σύνδρομο». (Lyn P. 2002)

Ακόμη κατά τον περιορισμό της διαιτητικής πρόσληψης, περιορίζονται και πηγές διατροφικού λίπους. Το αποτέλεσμα είναι να έχουν βρεθεί σημαντικές ελλείψεις λιπαρών οξέων στη Νευρογενή Ανορεξία. Στην αξιολόγηση 8 ασθενών με Νευρογενή Ανορεξία, βρέθηκαν ελλείψεις πολυακόρεστων λιπαρών οξέων στα φωσφολιπίδια του πλάσματος, που ωστόσο ήταν πιο περίπλοκες από απλές ελλείψεις των βασικών λιπαρών οξέων. Οι επιπτώσεις αυτού του τύπου της διαταραχής δεν είναι σαφείς, αλλά οι συγγραφείς δηλώνουν ότι η Ανορεξία επηρεάζει τη ροή των φωσφολιπιδίων του πλάσματος σε παρόμοιο βαθμό με την κίρρωση και τη νόσο του Crohn. (Lyn P. 2002)

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία, προτείνεται έλεγχος ρουτίνας για ανεπάρκεια θειαμίνης και μαγνησίου στους ασθενείς με Διατροφικές Διαταραχές ή σε όλους τους ανορεκτικούς ασθενείς να δίνονται τακτικά συμπληρώματα θειαμίνης και μαγνησίου, κάτι το οποίο είναι πιο αποτελεσματικό αλλά έχει κόστος. Με την ίδια τακτική, θα ήταν λογικό να προτείνεται θρεπτικός κορεσμός και για τις θρεπτικές ουσίες που παρουσιάζουν έλλειψη στους ανορεκτικούς ασθενείς: κάλιο, φώσφορο, μαγνήσιο, ψευδάργυρο, θειαμίνη και ριβοφλαβίνη. Άλλες θρεπτικές ελλείψεις που έχουν αξιολογηθεί στη διατροφή γυναικών με Νευρογενή Ανορεξία και ενδέχεται να χρειαστούν αντιμετώπιση είναι έλλειψη σε ασβέστιο, φυλλικό οξύ, βιταμίνη B1, B2, B12 και χαλκό. (Lyn P. 2002)

Η ομαλοποίηση της διατροφικής κατάστασης θα βελτιώσει την σωματική κατάσταση του ασθενούς αλλά και την ψυχολογική του κατάσταση. (Hsu G. 2004)

- **Ενδοκρινολογικές εξετάσεις**

Η λειτουργία του θυρεοειδή συνήθως είναι μη φυσιολογική στα άτομα με Νευρογενή Ανορεξία. (Lyn P. 2002, Hsu G. 2004) Αυτό συχνά αντιπροσωπεύει μια φυσιολογική προσαρμογή στη λιμοκτονία και όχι δυσλειτουργία του θυρεοειδούς αδένος. (Stacher G. 2003)

Τα πιο συνηθισμένα εργαστηριακά ευρήματα είναι κανονικά επίπεδα θυροξίνης (T4), κανονικά επίπεδα θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSH) και μειωμένα επίπεδα τριϊωδοθυρονίνης (T3). (Halmi KA. 2002, Lyn P. 2002, Pomeroy C. & Mitcell J.E 2002) Αυτά τα ευρήματα συσχετίζονται με τα συμπτώματα της κούρασης, της υποθερμίας, της βραδυκαρδίας και της υπερχοληστερολαιμίας ακόμα και αν τα επίπεδα της θυροξίνης είναι φυσιολογικά. Τα σημάδια και τα συμπτώματα όταν τα επίπεδα θυροξίνης και θυρεοειδοτρόπου ορμόνης είναι κανονικά και τα επίπεδα τριϊωδοθυρονίνης είναι μειωμένα, όπως και όταν υπάρχει υποθυρεοειδισμός δεν είναι απαραίτητο ότι επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα όταν αυξάνεται ο δείκτης μάζας σώματος ή όταν το άτομο απαλλάσσεται από τις καθαρτικές συνήθειες του. Υπάρχουν κάποια στοιχεία ότι μπορεί να συμβεί και ατροφία του θυρεοειδή στη Νευρογενή Ανορεξία. Αυξημένη ή μειωμένη απόκριση σε εξωγενή θυρεοειδοτρόπο ορμόνη (TSH), είναι συνηθισμένη στη Νευρογενή ανορεξία και υπάρχουν στοιχεία σημαντικής μείωσης στον όγκο του θυρεοειδή. Υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με το ρόλο που παίζει η θυρεοειδική ατροφία και η σχετική συμπτωματολογία στη συνέχιση της κατάθλιψης και της ανορεκτικής συμπεριφοράς. Αν και η ύφεση της τριϊωδοθυρονίνης (T3) και η αυξανόμενη παραγωγή για την αντιστροφή της, είναι μια αυτόματη φυσιολογική αντίδραση στη λιμοκτονία, ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-αδρεναλίνης μπορεί επίσης να εμπλέκεται στη δυσλειτουργία του θυρεοειδή. (Lyn P. 2002) Σημαντικό να σημειωθεί, είναι ότι το «σύνδρομο μειωμένης τριϊωδοθυρονίνης (T3)» δεν χρίζει θεραπείας αντικατάστασης της θυρεοειδικής ορμόνης. Πρέπει να δίνεται προσοχή γιατί η κατάχρηση θυρεοειδούς ορμονών, έχει χρησιμοποιηθεί ως παράνομη μέθοδος απώλειας σωματικού βάρους. (Gary A. 2001, Pomeroy C. & Mitcell J.E 2002)

#### Άξονας υποθαλάμου- υπόφυσης- αδρεναλίνης

Οι συνεχόμενες αυξήσεις κορτιζόλης στη Νευρογενή Ανορεξία, έχουν τεκμηριωθεί από πολλές μελέτες μαζί με αναλογικά μειωμένα επίπεδα δεϋδροεπιανδροστερόνης (DHEA), θειϊκής δεϋδροεπιανδροστερόνης (DHEA sulfate) και ανδροστενεδιόνης. Ο λόγος για την υπερκορτιζολαιμία, είναι ότι λόγω του λιμού αυξάνεται η παραγωγή κορτιζόλης. Η αυξημένη κορτιζόλη, τόσο στο πλάσμα όσο και στο σάλιο, έχει βρεθεί ότι είναι πρόγνωση για σοβαρή κατάθλιψη, τόσο σε ενήλικα άτομα όσο και σε ανήλικα. Σε γυναίκες με ιστορικό παιδικής κακοποίησης και διάγνωση σοβαρής κατάθλιψης, η υπερβολική έκθεση κορτιζόλης,

ανταποκρίνεται στο άγχος, όταν συγκρίνεται με υγιείς γυναίκες ή με γυναίκες με ιστορικό παιδικής κακοποίησης αλλά χωρίς να έχουν διαγνωστεί ότι πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη. (Lyn P. 2002)

Ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-αδρεναλίνης, εμφανίζεται να έχει μια αμοιβαία προσαρμοστική σχέση με τη σεροτονίνη. Έλλειψη της επιτρεπόμενης σεροτονίνης έχει αποτέλεσμα στην υπερκορτιζολαιμία και μπορεί εν μέρει να είναι υπεύθυνη για τα αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης στους λιποβαρείς ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία. Φαίνεται καθαρά ότι η αύξηση του σωματικού βάρους, είναι απαραίτητη για να επιστρέψει στα φυσιολογικά επίπεδα ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-αδρεναλίνης, στην Νευρογενή Ανορεξία. (Lyn P. 2002)

#### Άξονας υποθαλάμου- υπόφυσης- γονάδων και απώλεια στα κόκαλα.

Η αμηνόρροια είναι ένα κλασσικό χαρακτηριστικό στη Νευρογενή Ανορεξία και θεωρείται ότι όχι μόνο είναι αποτέλεσμα του θερμιδικού περιορισμού και της απώλειας βάρους, αλλά επίσης και μια δυσλειτουργία του συστήματος υποθαλάμου-υπόφυσης- γονάδων. (Lyn P. 2002, Pomeroy C. & Mitchell J.E 2002) Ένα σύνολο παραγόντων (Άξονας υποθαλάμου- υπόφυσης- αδρεναλίνης, θυρεοειδική δυσλειτουργία, άσκηση, κλπ) αλλάζει την απελευθέρωση της γοναδοτροπίνης, ως αποτέλεσμα τα χαμηλότερα επίπεδα τόσο της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) όσο και της θυλακοτρόπου ορμόνης (FSH). (Lyn P. 2002)

Χαμηλά επίπεδα αυτών των ορμονών παρατηρούνται σε ελλιποβαρείς ασθενείς, καθώς και χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων. Η εικοσιτετράωρη έκκριση ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) είναι μη φυσιολογική και παρόμοια με εκείνη προεμμηνορρυσιακών κοριτσιών. (Gary A. 2001, Halmi KA. 2002, Pomeroy C. & Mitchell J.E 2002) Στις περισσότερες ασθενείς, με την αποκατάσταση του βάρους επανέρχεται και η φυσιολογική έκκριση ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH). (Halmi KA. 2002) Η επαναφορά του φυσιολογικού έμμηνου κύκλου, καθυστερεί και συνήθως έρχεται μετά την ψυχολογική βελτίωση και αφού σταματήσει ο διαιτητικός περιορισμός. (Halmi KA. 2002) Βέβαια σε κάποιες ασθενείς η επαναφορά καθυστερεί και παρατηρούνται ανωμαλίες στην έμμηνο ρύση ακόμα και μετά την ανάκτηση βάρους. Όπως και σε κάποιες ασθενείς η έμμηνο ρύση σταματά πριν την απώλεια βάρους. (Halmi KA. 2002)

Έχει παρατηρηθεί ότι τακτικές ενέσεις εκλυτικής ορμόνης της γοναδοτροπίνης (GnRH) σε ελλιποβαρείς ασθενείς, παράγουν ωορρηξία, εύρημα το οποίο υποδηλώνει

ότι τα κύτταρα της υπόφυσης που παράγουν ωχρινοτρόπο ορμόνη και θυλακοτρόπο ορμόνη, δέχονται μειωμένα ερεθίσματα λόγω της μειωμένης έκκρισης γοναδοτροπίνης (GnRH) στον υποθάλαμο. Η δυσλειτουργία του συστήματος των νευροδιαβιβαστών (νορεπινεφρίνη, σεροτονίνη) είναι παρούσα στη Νευρογενή Ανορεξία. (Halmi KA. 2002)

Πάνω από το 50% των ασθενών με Νευρογενή Ανορεξία παρουσιάζουν στοιχεία εμφάνισης οστεοπόρωσης, με το ποσοστό απώλειας στα οστά να είναι ίδιο με αυτό που εμφανίζεται κατά την εμμηνόπαυση, δηλαδή 5% το χρόνο. Το κέρδος της πυκνότητας στα οστά δεν εξαρτάται από το αν οι γυναίκες πήραν ασβέστιο ή οιστρογόνα ή επανήλθε η έμμηνος ρύση ή απέκτησαν το 80% του κανονικού σωματικού βάρους ή που ασκήθηκαν σημαντικά. Ακόμη και νέες γυναίκες που έχουν αναρρώσει πριν από 15 χρόνια φαίνεται ότι έχουν μακροχρόνια μειωμένη πυκνότητα στην οσφυϊκή σπονδυλική στήλη και στο μηριαίο λαιμό. Μόνο η χορήγηση οιστρογόνων, στους ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με Νευρογενή Ανορεξία, δεν φαίνεται να αποτρέπει την προοδευτική μείωση της οστικής πυκνότητας στα οστά. Και μόνο η αύξηση του σωματικού βάρους, δεν είναι επαρκής στο να αντιστρέψει την μείωση της οστικής πυκνότητας. (Lyn P. 2002) Στη Νευρογενή Ανορεξία, η απώλεια οστικής πυκνότητας, συνδέεται με τις μεταβολικές συνέπειες της λιμοκτονίας και της απώλειας σωματικού βάρους και μπορεί να έχει επιπτώσεις για το υπόλοιπο της ζωής του ασθενούς. (Lyn P. 2002, American Psychiatric Association 2006) Επίσης συμπεριλαμβάνονται η μεταβολική οξειδωση, ο υποσιτισμός, η αυξημένη κορτιζόλη, τα χαμηλά επίπεδα ινσουλίνης, τα οποία μπορεί να μειώσουν την απορρόφηση ασβεστίου και την μειωμένη ηπατική παραγωγή του ινσουλινοειδή αυξητικού παράγοντα 1 (IGF-1). (Lyn P. 2002)

Δεϋδροεπιανδροστερόνη (DHEA), ινσουλινοειδής αυξητικός παράγοντας 1 (IGF-1), αντιστροφή της μείωσης οστικής πυκνότητας.

Τόσο η DHEA όσο και IGF-1 φαίνεται να βοηθούν στην ανανέωση της οστικής πυκνότητας. Η IGF-1 είναι μια ορμόνη για τη σύνθεση των οστών, η οποία εξαρτάται από τη διατροφή και έχει παρουσιαστεί ότι υποκινεί τη λειτουργία του κολλαγόνου και του οστεοβλάστη σε ζωντανό οργανισμό. Βάση μιας μελέτης που χρησιμοποιεί ο Lyn, η χαμηλότερη δόση IGF-1 προκαλεί σημαντική αύξηση σε ένα δείκτη για την ανάπτυξη των οστών και αφήνει τους δείκτες αφομοίωσης αμετάβλητους. Τα επίπεδα

της IGF-1, τα οποία ήταν χαμηλά τώρα είναι πάνω από τα κανονικά. Η ανάγκη για υποδόρια ένεση του ανασυνδιασμένου ανθρώπινου IGF-1 μπορεί να περιορίσει την πρακτική εφαρμογή σε περαιτέρω μελέτες. Ωστόσο υπάρχουν στοιχεία ότι η DHEA διεγείρει τα επίπεδα IGF-1 σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Αν δοθεί DHEA είτε 50, 100, 200 mg την ημέρα σε νεαρές γυναίκες με Νευρογενή Ανορεξία, ως αποτέλεσμα έχει σημαντικές αλλαγές στους δύο δείκτες, για την ανάπτυξη των οστών και για την αφομοίωση των οστών, μετά από διάστημα τριών μηνών. Μια δόση των 50 mg ήταν επαρκής για να αποκαταστήσει τα επίπεδα DHEA στα φυσιολογικά. Σε αυτή τη δόση, οι δείκτες της οστικής αφομοίωσης μειώθηκαν σημαντικά και οι δείκτες ανάπτυξης (οστεοκαλσίνη του ορού) αυξήθηκαν σημαντικά. Η έμμηνος ρύση επανήλθε στο 35% των γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη. Η χορήγηση 50 mg DHEA σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, της ήταν αποτελεσματική τόσο στην αύξηση των επιπέδων της IGF-1 όσο και της οστεοκαλσίνης. Το αποτέλεσμα της επαναφοράς της DHEA στα φυσιολογικά επίπεδα στη Νευρογενή Ανορεξία, μπορεί να έχει επιπλέον αποτέλεσμα και στην αντιστροφή της οστικής απώλειας. Είναι γνωστό ότι τόσο η οστεοπόρωση όσο και η βαριά κατάθλιψη σχετίζονται με την αυξημένη κορτιζόλη, υπερδραστήριο άξονα και αντίσταση στη καταστολή δεξαμεθαζόνης και όλα αυτά βρίσκονται στη Νευρογενή Ανορεξία. Σε μια πρόσφατη μελέτη που αναφέρεται από τον Lyn στο άρθρο του, 31 ασθενείς με διαταραχή βαριάς κατάθλιψης, βρέθηκαν στοιχεία μεταβολής της λειτουργίας του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης-αδρεναλίνης. Είχαν μια σημαντικά αυξημένη συχνότητα της οστεοπόρωσης, η οποία σχετίζεται με χρόνια υπερκορτιζολαιμία. Η DHEA έχει αντιγλυκοκορτικοειδή δράση η οποία φαίνεται να σχετίζεται θετικά με της δεσμευτικές πρωτεΐνες της IGF-1, αυξάνοντας τη βιολογική δραστηριότητα της IGF-1. Το αποτέλεσμα της DHEA στην διαταραχή βαριάς κατάθλιψης και στη βελτίωση της κατάθλιψης και του άγχους σε γυναίκες με ανεπάρκεια επινεφριδίων, μπορεί δυνητικά να είναι το ίδιο σημαντική και στο άγχος και στην κατάθλιψη. (Lyn P. 2002)

#### Μεταβολισμός σακχάρου αίματος και διαβήτη.

Οι γυναίκες με Νευρογενή Ανορεξία έχουν χαμηλότερα επίπεδα γλυκόζης νηστείας και μετά από γεύμα που χορηγήθηκαν 75 γρ. γλυκόζης. (Lyn P. 2002) Η ανοχή της γλυκόζης είναι πολύ συχνά εξασθενημένη και πιθανόν αντικατοπτρίζει την κατάσταση λιμοκτονίας. (Halmi KA. 2002) Ακόμη φαίνεται ότι η υπογλυκαιμία είναι



δείκτης χαμηλής πρόγνωσης για τους ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία. (Mehler P. 2001)

Η ντοπαμίνη και τα οπιοειδή, παίζουν και αυτά κάποιο ρόλο στη ρύθμιση της διατροφικής συμπεριφοράς και στις αντιδράσεις που προκαλεί η τροφή. Οι αντιδράσεις των ασθενών με Νευρογενή Ανορεξία, απέχουν από τις φυσιολογικές και ίσως αυτό να οφείλεται στην εξασθένηση του συστήματος αυτού. Ανωμαλίες της οπιοειδούς δράσης φαίνεται να σχετίζονται ενεργά με τα περιστατικά υπερφαγίας και κάθαρσης και με το σοβαρό διαιτητικό περιορισμό. (Halmi KA. 2002)

Η ντοπαμίνη, η νορεπινεφρίνη, η σεροτονίνη, η εκλιτίνη της αυξητικής ορμόνης και περιφερικοί αναδραστικοί μηχανισμοί, επηρεάζουν την έκκριση της αυξητικής ορμόνης (GH) από την υπόφυση. Οι ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία εμφανίζουν απορρύθμιση της έκκρισης της αυξητικής ορμόνης (Halmi KA. 2002, Stacher G. 2003) και αυξημένα επίπεδα της ορμόνης, τα οποία πιθανώς αντικατοπτρίζουν τη μειωμένη παραγωγή σωματομεδίνης C και καταλήγουν σε προαγωγή της γλυκονεογένεσης και σε μειωμένη περιφερική χρήση της γλυκόζης, αντιπροσωπεύοντας μία προστατευτική, φυσιολογική προσαρμογή στη λιμοκτονία. (Pomeroy C. & Mitchell J.E 2002) Όμως η ανεπαρκής απάντηση της αυξητικής ορμόνης σε φαρμακολογικά τεστ πρόκλησης, τόσο σε απισχνασμένους ασθενείς, όσο και σε ασθενείς που έχει αποκατασταθεί το βάρος τους, υποδεικνύει διαταραχή της έκκρισης της ορμόνης σε υποθαλαμικό επίπεδο. (Halmi KA. 2002)

- **Ηλεκτροκαρδιογράφημα**

Καρδιαγγειακά προβλήματα εμφανίζονται συχνά στους ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία. (Lyn P. 2002, Hsu G. 2004, American Psychiatric Association 2006) Κυρίως με την παρουσία ανωμαλιών στους ηλεκτρολύτες (Lyn P. 2002) αλλά και ανεξάρτητα από αυτό, συνδέονται με απώλεια του μυϊκού συστήματος της καρδιάς, η οποία σχετίζεται με τον υποσιτισμό. (Hsu G. 2004) Τα καρδιαγγειακά προβλήματα μπορεί να είναι αναστρέψιμα με τη βελτίωση της θρεπτικής κατάστασης και την αύξηση του σωματικού βάρους. (Hsu G. 2004) Στις καρδιαγγειακές ανωμαλίες, συμπεριλαμβάνονται η φλεβοκομβική βραδυκαρδία, η νυχτερινή βραδυκαρδία, το μειωμένο πάχος των καρδιακών τοιχών, το μειωμένο μέγεθος της αριστερής κοιλίας, καθώς και η παράταση του QT διαστήματος. (Hsu G. 2004) Οι ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία, έχουν καρδιακό ρυθμό ανάπαυσης 60 παλμούς/λεπτό και διαστολική αρτηριακή πίεση χαμηλότερη από 60 mmHg. (Gary A. 2001, Stacher G.

2003) Η βραδυκαρδία, η υπόταση, η ορθοστατική υπόταση, τα συμπτώματα ζάλης και αδυναμίας εμφανίζονται συχνά λόγω του υποσιτισμού και της αφυδάτωσης. (Lyn P. 2002)

Συχνές μεταβολές στα καρδιογραφήματα, συνήθως αντανακλούν τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές των ασθενών. (Ramacciotti C. et al 2003) Η πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας έχει περιγραφεί ως επιπλοκή της ανορεξίας. Επειδή όμως τόσο η πρόπτωση όσο και η Νευρογενή Ανορεξία εμφανίζονται συνήθως σε νεαρές γυναίκες δεν αποκλείεται ο παρατηρούμενος συσχετισμός να είναι απλά θέμα συμπτώσεων. Παρόλα αυτά, φαίνεται ότι σε κάποιες περιπτώσεις ακραίας εξάντλησης από αστία, το μέγεθος της αριστερής κοιλίας της καρδιάς, συνοδεύει την απώλεια βάρους. Η μείωση του μεγέθους της αριστερής κοιλίας καταλήγει σε φτωχή προσαρμογή μεταξύ της κοιλίας και της φυσιολογικού μεγέθους βαλβίδας με άμεση συνέπεια την πρόπτωση της βαλβίδας. Από το ηλεκτροκαρδιογράφημα παρατηρούνται χαμηλά δυναμικά, παράταση του QT διαστήματος και άλλες αρρυθμίες. (Pomeroy C. & Mitchell J.E 2002) Οι φλεβοκομβικές αρρυθμίες είναι συχνές και δεν απαιτείται επέμβαση αλλά οι κοιλιακές αρρυθμίες, είναι μια αιτία θανάτου στις διατροφικές διαταραχές. Οι χρόνιες καθαρτικές συνήθειες, είτε με εμετούς είτε με τη χρήση καθαρτικών ή διουρητικών, μπορεί να προκαλέσουν υποβολαιμία, η οποία οδηγεί σε ένα επίπεδο υπεραλδοστερόνης σε μια προσπάθεια να διατηρηθούν τα σωματικά υγρά. Μετά τη διακοπή των καθαρτικών δραστηριοτήτων, μπορεί να εμφανιστεί ένα ανακλαστικό οίδημα, που είναι καλοήθες και προσωρινό, αν και προκαλεί ανησυχία στον ασθενή. (Lyn P. 2002)

## **2.2 Εικόνα του ατόμου για τον εαυτό του**

Η εικόνα του σώματος, λέγεται ότι αναφέρεται στην ψυχική εικόνα που έχει ένα άτομο για την φυσική εικόνα του σώματός του. Περιλαμβάνει ακόμη τις συμπεριφορές και τα συναισθήματα του ατόμου για το σώμα του. (Garner D. 1976) Η Νευρογενής Ανορεξία είναι μια περίπλοκη ασθένεια, που «καταστρέφει» και το μυαλό και το σώμα. (Bulik C. et al 2005) Εξαιτίας της διαστρέβλωσης της εικόνας του σώματος, το χαμηλό βάρος δεν προβληματίζει το άτομο που πάσχει, αντίθετα, στην πραγματικότητα το εκτιμάει. (Woodside B. 1995) Οι ασθενείς με Διατροφικές

Διαταραχές, πάντα έχουν μια διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος και έναν έντονο φόβο για την αύξηση βάρους. (Inui A. 2001)

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη Νευρογενή Ανορεξία, περιλαμβάνουν έναν έντονο φόβο του ατόμου για αύξηση βάρους και μία διαταραχή στον τρόπο που αντιλαμβάνεται το σωματικό βάρος και τη σιλουέτα του ή την άρνηση της σοβαρότητας, του επιπέδου του σωματικού βάρους και τον οργανολογικών ανωμαλιών. (Mehler P. 2001, Hsu G. 2004, American Psychiatric Association 2006) Ιδιαίτερα στην εφηβεία, τα άτομα που βρίσκονται σε διαδικασία ανάπτυξης μιας Διατροφικής Διαταραχής παρουσιάζουν συμπτώματα, τα οποία αντανακλούν διάφορους τύπους διαιτητικών συμπεριφορών. Το πρώτο από αυτά είναι το ότι το άτομο κάνει δίαιτα, η οποία σχετίζεται με όλο και μεγαλύτερη μείωση του σωματικού βάρους. Σε αντίθεση με το άτομο το οποίο ακολουθεί μια «κανονική» δίαιτα, το οποίο αναμένεται να είναι χαρούμενο όταν επιτευχθεί ο στόχος βάρους του, τα άτομα που κινδυνεύουν από μια Διατροφική Διαταραχή θα εξακολουθούν να καθορίζουν όλο και χαμηλότερο στόχο βάρους. Το δεύτερο ανησυχητικό σύμπτωμα είναι η δίαιτα που σχετίζεται με την αύξηση αντί για τη μείωση στην κριτική του σώματος του. Και σε αυτή τη περίπτωση το άτομο που ακολουθεί μια «κανονική» δίαιτα, λέει ότι η εικόνα του σώματος, βελτιώνεται με την απώλεια βάρους. (Woodside B. 1995)

Στα άτομα με Νευρογενή Ανορεξία, υπάρχει μια ακραία υπερεκτίμηση της σιλουέτας και του σωματικού βάρους. (Morris J. & Twaddle S. 2007) Τα άτομα αυτά δίνουν μεγάλη σημασία στο σχήμα και στο σωματικό τους βάρος ως δείκτη της αυτοεκτίμησης και του σεβασμού. (Berkman N. et al 2006) Ακόμη, έχουν την ικανότητα να ανέχονται την αυτοεπιβολή για ακραία απώλεια βάρους. (Morris J. & Twaddle S. 2007) Λόγω αυτής της ασιτίας και της πείνας, προκαλούνται ανεπιθύμητες αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις οι οποίες είναι σε μεγάλο βαθμό υποαναγνωρισμένες. Η ασιτία έχει μια βαθειά συνέπεια στις περισσότερες γνωστικές λειτουργίες, η συγκέντρωση φυσιολογικά μειώνεται, συνήθως λόγω της πείνας και αυξάνεται η συνεχόμενη ενασχόληση με το φαγητό, που πάει μαζί με το επίπεδο αδυνατίσματος. (Woodside B. 1995) Τα άτομα αυτά, μπορεί ακόμη να πραγματοποιούν «σωματικό έλεγχο», ο οποίος περιλαμβάνει επαναλαμβανόμενη ζύγιση, μέτρηση, επίμονη παρατήρηση στον καθρέφτη και άλλες έμμονες συμπεριφορές για να καθησυχάσουν τον εαυτό τους, ότι εξακολουθούν να είναι αδύνατοι. (Morris J. & Twaddle S. 2007) Συχνά κρύβουν τρόφιμα, κάνουν κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών ή και των δύο και ασκούνται υπερβολικά.

(Haller E. 1992) Όλα αυτά λόγω του έντονου φόβου που έχουν για την αύξηση του σωματικού τους βάρους. (Mehler P. 2001) Ακόμη, παρουσιάζεται άρνηση της νοσηρότητας τους και συχνά ενοχή για τη διατροφική τους συμπεριφορά. (Haller E. 1992, Stratoudakis G.& Tzanakis E. 2004)

Όπως αναφέρεται από τον Woodside, στον Καναδά, αυξημένος αριθμός των κοριτσιών, βλέπουν τον εαυτό τους ως υπέρβαρο με την αύξηση της ηλικίας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα μέχρι την ηλικία των 18 πάνω από το 50 % να θεωρεί τον εαυτό του παχύσαρκο παρά το ότι το 80% έχει κανονικό βάρος. Σύμφωνα και με άλλες канаδικές μελέτες, από την ηλικία των 18 ετών, πάνω από το 80% ήθελε να χάσει βάρος. Όπως αναφέρεται στο άρθρο, μια μελέτη στις Η.Π.Α. διαπίστωσε ότι το μισό σχεδόν ποσοστό των ελιποβαρών κοριτσιών εύχονται να χάσουν βάρος και το 80% δεν είναι χαρούμενο με το βάρος του. Άλλες μελέτες συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι ανάμεσα στο 1/2 και στα 2/3 των κοριτσιών βλέπουν τους εαυτούς τους ως υπέρβαρους, παρότι μόνο μια μειοψηφία της τάξης του 10-15% είναι στην πραγματικότητα. Οι συχνότητες δίαιτας παραμένουν σε επίπεδα επιδημίας. (Woodside B. 1995)

Βέβαια, η άρνηση της ύπαρξης της νόσου δεν πρέπει να αποτρέπει από την πραγματοποίηση των κατάλληλων εξετάσεων ή και την αναζήτηση βοήθειας από τους ειδικούς. (Stratoudakis G. & Tzanakis E. 2004, Haller E. 1992)

Δυσλειτουργικές αντιλήψεις, παρουσιάζουν και για τις σχέσεις τους με τους άλλους. Συμπεριφορές τελειομανίας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, διακυμάνσεις της διάθεσης και χαμηλή αντιμετώπιση ικανοτήτων, είναι και αυτές, ιδιαίτερα προβληματικές περιοχές στα άτομα αυτά. (Hsu G. 2004) Σε έναν ασθενή με Νευρογενή Ανορεξία, ενισχύεται το πιστεύω του ότι η ζωή του είναι δομημένη, αυτόνομη και ξεχωριστή και ότι πρέπει να είναι αδύνατος για να αξίζει. (Williams P. Goodie J. & Motsinger C.2008)

Οι ανήλικοι ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία, όπως μεγαλώνουν, συχνά αγωνίζονται για την αυτονομία, τον αυτοσεβασμό και την ταυτότητά τους, καθώς και για τον αυτοέλεγχο. Μια επιπλέον δυναμική ενίσχυση για τα παιδιά και τους εφήβους με Νευρογενή Ανορεξία, μπορεί να είναι ο φόβος για απόρριψη στην ενήλικη ζωή. (Haller E. 1992) Οι οικογένειες αυτών των ασθενών μπορεί να βασανίζονται, να είναι υπερπροστατευτικοί και άκαμπτοι και «φτωχοί» στην επίλυση των συγκρούσεων. (Haller E. 1992) Επιπλέον αυτοί οι γονείς, μπορεί να έχουν υψηλές απαιτήσεις για τα παιδιά τους και να θέλουν να επιτύχουν, με αποτέλεσμα να ασκούν πίεση στα παιδιά

τους για να ανταποκριθούν σε αυτές τις ενδεχομένως, εξωπραγματικές προσδοκίες. (Haller E. 1992)

Η εφηβεία συνδέεται με τη Νευρογενή Ανορεξία και γενικά με τις αλλαγές που συμβαίνουν σε αυτή. (Gonzales A. Kohn M. & Charke S. 2007) Είναι μια περίοδος τεράστιων αλλαγών στο βάρος και στο φαγητό. (Dasha N. & Russell V. 2005) Γενικότερα, η ανάπτυξη της ασθένειας συμβαίνει στο πλαίσιο που ο έφηβος επιδιώκει να αντιμετωπίσει το άγχος που δέχεται. Οι έφηβοι με Νευρογενή Ανορεξία, συνήθως έχουν υψηλές επιδόσεις και συχνά εμπλέκονται σε πολλές εξωσχολικές δραστηριότητες, όπως διδασκαλία, εθελοντικές εργασίες, ηγετικές θέσεις στη κοινότητα. Ως γνώμονα την εστίαση που απαιτείται για να διατηρηθεί επιτυχώς η Διατροφική Διαταραχή επεκτείνονται και σε άλλους τομείς της ζωής τους. Τείνουν στο να είναι τελειομανείς και με έμμονες συμπεριφορές. (Gonzales A. Kohn M. & Charke S. 2007)

Πολλοί ασθενείς θα αναφέρουν στο κλινικό ιατρό τους ότι αν τους ενδιέφερε η εικόνα του σώματος τους, θα το αντιμετώπιζαν και θα ήταν εύκολο να φάνε. Δυστυχώς μια από τις βασικές όψεις για να αντιμετωπιστούν αυτές οι ανησυχίες είναι να μπορεί να φτάσει ο ασθενείς σε ένα κανονικό ή σταθερό βάρος. (Woodside B. 1995)

### **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Θεραπευτική παρέμβαση**

Η θεραπευτική παρέμβαση σε άτομα με διατροφικές διαταραχές απαιτεί τη συνεργασία θεραπειών από διαφορετικές ειδικότητες λόγω της πολυπλοκότητας της ασθένειας και των παραμέτρων που πρέπει να αντιμετωπισθούν. (Ζαμπέλας Α. 2007) Η επιτυχημένη θεραπευτική παρέμβαση, οδηγεί σε περιορισμό των ανεπιθύμητων συμπεριφορών και σε πρόοδο της υγείας του ασθενή. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της αντικατάστασης των ανεπιθύμητων συμπεριφορών με προσαρμοσμένες στρατηγικές αντιμετώπισης και υγιεινές διατροφικές συμπεριφορές. (Gonzales A. Kohn M. & Charke S. 2007)

Ιδεωδώς, τα άτομα ανταποκρίνονται στις θεραπευτικές παρεμβάσεις και προοδεύουν σε ανώτερα επίπεδα ανεξαρτησίας. Οι θεραπείες συχνά παρατείνονται

από 1 έως 5 έτη ανάλογα με την έκταση της παθολογίας και της ανάγκης για υποστήριξη. (*Position of the American Dietetic Association 2006*)

### 3.1 Στόχοι θεραπείας

Επειδή οι ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία σπάνια αναγνωρίζουν μόνοι τους το πρόβλημα, συνήθως διαφωνούν με τους θεραπευτικούς στόχους και αυτό εμποδίζει τη θεραπεία τους. (*Τριπόδης Ν. Σπανού Β. & Καζάνη Ι. 2008*) Γι' αυτό το λόγο οι γιατροί χρειάζεται να τους βοηθήσουν να αναγνωρίσουν τα διατροφικά τους προβλήματα, αυξάνοντας τα κίνητρά τους για θεραπεία και βοηθώντας με το συντονισμό της φροντίδας. (*Williams P. Goodie J. & Motesinger C 2008*) Επομένως η δέσμευση του ασθενή είναι ουσιαστική για την επιτυχία της θεραπείας. (*Hsu G. 2004*). Όταν αυτό ολοκληρωθεί, μια πρόιμη θεραπευτική παρέμβαση είναι η διατροφική αποκατάσταση. (*Blake D. 1995, Woodside B. 1995*)

Ο διατροφικός στόχος, θα πρέπει να είναι η μετάβαση από την μειωμένη θερμιδική πρόσληψη προς ένα ισορροπημένο διατροφικό πρόγραμμα, με επαρκείς θερμίδες. (*Mehler P. et al 2010*) Δηλαδή το βάρος του ασθενή να επανέλθει στα φυσιολογικά όρια, με σκοπό να αποφευχθούν ιατρικές επιπλοκές και η πιθανότητα θανάτου. (*Μάνος Ν. 1997*) Το βέλτιστο είναι να αυξήσει αρχικά ο ασθενής το βάρος του σταδιακά από 250-500 γρ./εβδ. μέχρι να φτάσει στο ελάχιστο σωματικό βάρος. Αυτό υπολογίζεται σε συνάρτηση με την 50<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση του ΔΜΣ. (*Gonzales A. Kohn M. & Charke S. 2007*)

Η διατροφική αποκατάσταση περιλαμβάνει μια σταδιακή και δομημένη επανεισαγωγή των γευμάτων και των σνακ. Με βραχυπρόθεσμο στόχο κέρδους βάρους το 0,5-1 κιλό την εβδομάδα και μακροπρόθεσμο στόχο, κατάλληλο βάρος για την ηλικία και το γένος. Για τις γυναίκες με Νευρογενή Ανορεξία ο στόχος βάρους είναι αυτός στον οποίο θα επανέλθει η εμμηνόρροια και η ωορρηξία. (*Mitrany E. & Melamed Y 2005, Williams P. Goodie J. & Motesinger C 2008*) Δευτερεύον στόχος είναι η λήψη συμπληρωμάτων ασβεστίου (1500 mg/day) και βιταμίνης D (400 IU/day), που έχει δείξει κάποια καλύτερα αποτελέσματα εφόσον έχουν επιλεκτικούς διαμορφωτές υποδοχέων οιστρογόνων στις γυναίκες. (*American Psychiatric Association 2006*)

Οι στόχοι θεραπείας περιλαμβάνουν μαζί με το κέρδος βάρους, τη διόρθωση των ψυχολογικών, συμπεριφορικών και κοινωνικών ελλειμμάτων. (*Mitrany E. &*

*Melamed Y 2005*) Επίσης περιλαμβάνουν την τροποποίηση των σκέψεων και των πεποιθήσεων σχετικά με το φαγητό και το βάρος, έτσι ώστε να επανέλθει ο ασθενής σε κανονικό διατροφικό μοτίβο, ακόμα την τροποποίηση των σκέψεων και των πεποιθήσεων σχετικά με την εικόνα του ατόμου για τον εαυτό του και για τον έλεγχο, όπως και την ανάπτυξη στρατηγικών παρεμπόδισης υποτροπών. (*American Psychiatric Association 2006, Williams P. Goodie J. & Motesinger C 2008*)

Το πώς αυτοί οι στόχοι κατορθώνονται εξαρτάται από τη θέση της θεραπείας, το επίπεδο της ασθένειας και την πρόοδο του ασθενούς με το διατροφολόγο και τον ψυχοθεραπευτή. (*American Psychiatric Association 2006*)

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας γενικά αξιολογείται από το αποτέλεσμα στην αλλαγή βάρους και συμπεριφοράς. Η υποστήριξη χρειάζεται να συνδυάζεται με προσδοκία για πρόοδο στα μετρήσιμα ιατρικά, συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα. Η αποκατάσταση του βάρους γενικά σχετίζεται με μια βελτίωση στην ποικιλομορφία των ψυχολογικών περιοχών συμπεριλαμβανομένων της διάθεσης και των συμπτωμάτων άγχους. Αντίθετα η ψυχολογική βελτίωση χωρίς τη συνοδεία αλλαγών στο βάρος και στη διατροφική συμπεριφορά έχει περιορισμένη αξία. (*Attia E. & Wash T 2007*)

### **3.2 Τρόποι θεραπείας – παρέμβασης**

Οι νοσοκομειακοί γιατροί πρέπει πρώτα να αποφασίσουν πιο επίπεδο θεραπείας είναι κατάλληλο. Η θεραπεία μπορεί να κυμαίνεται από φροντίδα σαν εξωτερικός ασθενής ως οξεία ιατρική ή ψυχιατρική εισαγωγή στο νοσοκομείο. Η Νευρογενή Ανορεξία μπορεί να ταξινομηθεί ως ήπια, μέτρια ή σοβαρή, βάση του συνδυασμού της σοβαρότητας της διαστρεβλωμένης εικόνας του σώματος, την παρουσία σωματικών επιπλοκών και το ποσοστό του ιδανικού σωματικού βάρους. Δεν υπάρχουν ελεγχόμενες προσπάθειες που να έχουν εκτελεστεί ώστε να ορίζουν πότε ενδείκνυται η εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο. Συνήθως οι αποδεκτές ενδείξεις περιλαμβάνουν σωματικό βάρος που είναι κατά πολύ κάτω από 25-30% από το ιδανικό σωματικό βάρος ή ιατρικά σημάδια υποθρεψίας, γρήγορη και σοβαρή απώλεια βάρους με αδράνεια στην θεραπεία ως εξωτερικός ασθενής, αξιοπρόσεκτη ενδεικτική υπόταση ή λιποθυμία, βραδυκαρδία (< 35-40 σφυγμούς/λεπτό), αρρυθμίες υπόταση. Ένα χαμηλότερο σωματικό βάρος στην αναφορά είναι συνεπώς

συνδεδεμένο με λιγότερο συχνή επίτευξη του κανονικού σωματικού βάρους και με έναν μεγαλύτερο κίνδυνο για χρόνια ανορεξία και θάνατο. (Mehler P. 2001)

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν την ατομική ψυχοθεραπεία (Γνωστική-συμπεριφορική, διαπροσωπική, συμπεριφορική, ψυχοδυναμική). Την οικογενειακή θεραπεία (ειδικά για ασθενείς σε νεαρή ηλικία) και την ομαδική θεραπεία. (Berkman N. et al 2006)

Για τους ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία ως εξωτερικοί ασθενείς ή για αυτούς που δεν έχουν εξειδικευμένες θεραπείες για εξωτερικούς ασθενείς διαθέσιμες στην περιοχή τους, ίσως είναι απαραίτητα πιο δομημένα προγράμματα θεραπείας όπως η εισαγωγή στο νοσοκομείο ή η μερική εισαγωγή στο νοσοκομείο (θεραπεία ημέρας). (Attia E. & Wash T 2007)

### **3.2.α Εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση**

Σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν η σωματική κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει ή όταν υπάρχουν τα αντίστοιχα απαιτούμενα μέσα, μπορεί να αντιμετωπιστεί η κατάσταση του εξωνοσοκομειακά. (Χριστοδούλου Γ.Ν & συνεργάτες 2000) Αυτό ισχύει για ασθενείς που είναι αιμοδυναμικά σταθεροί και δεν παρουσιάζουν ανωμαλίες στους ηλεκτρολύτες. (Cooke R. & Sawyer S. 2004) Όπως και για τους ασθενείς που παρουσιάζουν σε λογικό βαθμό να έχουν κίνητρο και θέληση για συμμόρφωση. (Mitrany E. & Melamed Y. 2005) Γι' αυτούς τους ασθενείς συστήνεται να υπάρχει μια στενή παρακολούθηση η οποία στο αρχικό στάδιο είναι απαραίτητη 1-2 φορές την εβδομάδα. (Cooke R. & Sawyer S. 2004)

Αφού αρχικά λαμβάνεται η απόφαση ο ασθενής να διαχειριστεί ως εξωτερικός ασθενής, το επόμενο θέμα είναι η επιλογή συγκεκριμένου θεραπευτικού πλάνου. Οι ασθενείς που είναι μεταξύ 85-90% του υγιούς σωματικού βάρους και είναι ιατρικά σταθεροί, απαιτείται να κάνουν τακτικές επισκέψεις στον ψυχολόγο και την θεραπευτική ομάδα που τους έχει αναλάβει. (Mehler P. 2001)

Γενικά η θεραπεία σαν εξωτερικός ασθενής στηρίζεται σε μια ομάδα ειδικών. Ο ιατρικός έλεγχος συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης βάρους και των εργαστηριακών αποτελεσμάτων, μπορεί να γίνεται από έναν παθολόγο ή έναν παιδίατρο. Η ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να προσφέρεται από έναν ψυχίατρο ή ψυχολόγο και η διατροφική συμβουλευτική συχνά πραγματοποιείται από έναν



διαιτολόγο ή διατροφολόγο της ομάδας. Γενικά, ηγείται ένας ψυχίατρος ή ψυχολόγος, τυπικά αυτός με την μεγαλύτερη εμπειρία στη διαχείριση των διατροφικών διαταραχών. (*Attia E. & Wash T 2007*)

Η ατομική ψυχοθεραπεία ίσως να μην είναι αποτελεσματική στους ασθενείς που λιμοκτονούν. Οι ασθενείς με γρήγορη ή σοβαρή απώλεια βάρους (δηλαδή εκείνοι που έχουν σωματικό βάρος λιγότερο από το 70% του υγιούς σωματικού βάρους) πρέπει να έχουν πιο στενή παρακολούθηση για το σύνδρομο επανασίτησης κατά τη διάρκεια των πρώτων δύο με τριών εβδομάδων της διατροφικής αποκατάστασης. (*Williams P. Goodie J. & Motsinger C 2008*)

Ο στόχος αντιμετώπισης σε εξωτερικούς ασθενείς είναι η αύξηση βάρους κατά 0,5-1 kg την εβδομάδα. Αν η συγκεκριμένη μορφή αντιμετώπισης αποδειχθεί ανεπιτυχής κρίνεται απαραίτητη είτε μερική, είτε πλήρης εισαγωγή σε νοσοκομείο. (*Stratoudakis G. & Tzanakis E. 2004*)

Ο διαιτολόγος μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή και να τον εκπαιδεύσει ώστε ο ίδιος να επιλέξει ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο. Ένας εξωτερικός ασθενής, έχει ο ίδιος τον έλεγχο της διαιτητικής του πρόσληψης και είναι σημαντικό να υπάρχει επικοινωνία με τον διαιτολόγο για τον καθορισμό των στόχων. Δεν ενδείκνυται κάποιο συγκεκριμένο διαιτολόγιο το οποίο θα πρέπει να ακολουθήσει πιστά ο ασθενής, όμως σε κάθε περίπτωση ενθαρρύνεται η κατανάλωση τροφής στα πλαίσια κοινωνικών δραστηριοτήτων ως ενισχυτικός παράγοντας στη διαδικασία αλλαγής διαιτητικών συνηθειών. (*Ζαμπέλας Α. 2007*)

Η εξωνοσοκομειακή θεραπεία προτείνεται όμως και από τους περισσότερους ψυχολόγους ως συνέχεια της ενδονοσοκομειακής θεραπείας, προκειμένου να αποφευχθεί η υποτροπή και να βελτιωθεί η λειτουργικότητα του ασθενούς μετά την νοσηλεία. (*Τριπόδης Ν. Σπανού Β. & Καζάνη Ι. 2008*)

### **3.2.β Ενδονοσοκομειακή νοσηλεία**

Όταν η προτεινόμενη εξωνοσοκομειακή θεραπεία αποτύχει, η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη. (*Mitrany E. & Melamed Y 2005*) Η εισαγωγή ενδύκνυται όταν υπάρχει αιμοδυναμική αστάθεια (βραδυκαρδία <48/λεπτό ή ορθοστατική πτώση της αρτηριακής πίεσης). Βραδυκαρδία <40/λεπτό, δείχνει σημαντική αστάθεια. Σημαντικές ανωμαλίες στους ηλεκτρολύτες και οξεία

αφυδάτωση λόγω της άρνησης φαγητού και υγρών. (Cooke R. & Sawyer S. 2004)  
Άλλοι παράγοντες, όπως είναι οι ψυχιατρικές διαταραχές, μπορεί επίσης να υπαγορεύουν την ανάγκη για εισαγωγή στο νοσοκομείο. (Position of the American Dietetic Association 2006)

Η θεραπεία ως εσωτερικός ασθενής μπορεί να εκτελεστεί σε μια από τις παρακάτω κατευθύνσεις:

- Ένα παθολογικό τμήμα μέσα σε ένα γενικό νοσοκομείο.
- Ένα ειδικευμένο τμήμα για Διατροφικές Διαταραχές.
- Ένα ανοιχτό ψυχιατρικό θάλαμο είτε σε γενικό νοσοκομείο είτε σε ένα ψυχιατρικό ίδρυμα.
- Ένα κλειστό ψυχιατρικό θάλαμο. (Mitrany E. & Melamed Y 2005)

Στους ανοιχτούς ψυχιατρικούς θαλάμους ή σε ειδικευμένα τμήματα για Διατροφικές Διαταραχές όπου η είσοδος είναι εθελοντική, ένας ασθενής απρόθυμος στη θεραπεία είναι δύσκολο να χειριστεί. Η αντίσταση στην ανάρρωση αποκαλύπτεται από την εναντίωση στις απαιτήσεις και από την παραβίαση στους κανόνες και στα όρια του θεραπευτικού προγράμματος. Αυτό το μοτίβο συμπεριφοράς, σε κάποιο βαθμό εκφράζει για τον ασθενή, την αμφιθυμία και την παραίτηση ότι έχει διατηρήσει ένα μέτρο του αυτοσεβασμού, της αυτονομίας και της ελευθερίας της επιλογής. (Mitrany E. & Melamed Y 2005)

Τα παθολογικά τμήματα δεν είναι εξοπλισμένα να παρέχουν ικανοποιητική επιτήρηση για έναν ανορεκτικό ασθενή. Ακόμη και ένα στιγμιαίο «παράπτωμα» στην επίβλεψη είναι αρκετό για τον ασθενή να προκαλέσει εμετό ή να ξεφορτωθεί το φαγητό του. Επιπλέον, λείπει η συνολική περιβαλλοντική θεραπεία που είναι απαραίτητη για την κατάλληλη ψυχιατρική φροντίδα. Σε έναν κλειστό ψυχιατρικό θάλαμο υπάρχει λιγότερος χώρος για ελεύθερη έκφραση της αμφιθυμίας. Ωστόσο η νοσηλεία ενός ασθενή με ανορεξία μαζί με σοβαρά ψυχωτικούς ασθενείς δεν είναι ενδεδειγμένη. (Mitrany E. & Melamed Y 2005)

Οι περισσότεροι ασθενείς, ξεκινούν με ψυχολογική εκπαίδευση, έστω και μόνο για την εισαγωγή στη φιλοσοφία της θεραπείας. (Woodside B. 1995) Σε αυτή την περίπτωση η ανάπτυξη ενός σχεδίου διατροφικής επανένταξης είναι μια προτεραιότητα και απαιτεί κοντινή παρακολούθηση της μεταβολικής κατάστασης. (American Psychiatric Association 2006)

Η πρώτη φροντίδα του ασθενούς είναι η επανασίτιση και η αντιμετώπιση των ιατρικών επιπλοκών της Νευρογενούς Ανορεξίας, καθώς η απώλεια βάρους μπορεί να είναι τόσο μεγάλη και τόσο σοβαρή ώστε να είναι αναγκαία ακόμη και η παρεντερική διατροφή του ασθενούς προκειμένου να μην καταλήξει. (Σολδάτος Κ. & Λύκουρας Α. 2006) Η ολική παρεντερική διατροφή είναι μια εξειδικευμένη διαδικασία και θα πρέπει να γίνεται μόνο όταν είναι ιατρικά αναγκαίο και από έναν έμπειρο κλινικό γιατρό με την υποστήριξη έμπειρου νοσηλευτικού προσωπικού και διαιτολόγου. (Mehler P. et al 2010) Σε αυτή την περίπτωση, ο διαιτολόγος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό και την παρακολούθηση του σχήματος και των στόχων της διατροφής. (Mehler P. et al 2010)

Επίσης, η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής, η οικογενειακή θεραπεία και τέλος, η ψυχοκοινωνική επανένταξη του ασθενούς θεωρούνται απαραίτητες. Η νοσηλεία έχει μεγάλη διάρκεια και ολοκληρώνεται όταν ο ασθενής φθάσει σε Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) 18,5 – 20 kg/m<sup>2</sup>. Η έξοδος του ασθενή από το νοσοκομείο με χαμηλότερο βάρος βρέθηκε να σχετίζεται με χειρότερη μετανοσοκομειακή πορεία. (Σολδάτος Κ. & Λύκουρας Α. 2006) Αυτό ίσως να είναι ένας από τους λόγους ώστε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, να απαιτεί ξανά νοσηλεία μέσα σε ένα χρονικό διάστημα ενός έτους μετά την έξοδό τους από την πρώτη νοσηλεία. (Τριπόδης Ν. Σπανού Β. & Καζάνη Ι. 2008)

Οι δομημένες θεραπείες γενικά περιλαμβάνουν την παρατήρηση κατά τη διάρκεια των γευμάτων και μετά από αυτά μαζί με ένα συνεπές εφαρμοσμένο συμπεριφερικό πρόγραμμα το οποίο ενισχύει το κέρδος βάρους και τις κανονικές διατροφικές συμπεριφορές. Τα τελευταία χρόνια η διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο λόγω της Νευρογενούς Ανορεξίας έχει μειωθεί ουσιαστικά, λόγω των οικονομικών περιορισμών που επιβάλλονται από τρίτους πληρωτές. Παρόλα αυτά τα ενδονοσοκομειακά προγράμματα μπορούν να επιτύχουν ένα ρυθμό κέρδους βάρους των 0,75-1,5 κιλών / εβδομάδα κατά τη διάρκεια ενεργητικής θεραπείας. (Attia E. & Wash T 2007)

Γενικά, η διατροφική επαναφορά μπορεί να πραγματοποιηθεί γρήγορα και με ασφάλεια με την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο. Αυτό θα επιτευχθεί με μια αγωγή, με την ταυτόχρονη προσθήκη συμπληρωμάτων φωσφόρου και πολυβιταμινών. (Gonzales A. Kohn M. & Charke S. 2007)

Ο διαιτολόγος, παίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία μετάβασης του ασθενή από εσωτερικό σε εξωτερικό. Εκπαιδεύει τον ασθενή πώς να επιλέγει την τροφή του, να την παρασκευάζει, να γευματίζει με άλλα άτομα. (Ζαμπέλας Α. 2007)

Η ολοκλήρωση της θεραπείας απαιτεί την παρακολούθηση του βάρους, της κατάστασης των υγρών και των ηλεκτρολυτών, με τη σταδιακή αύξηση των θερμίδων που μπορεί να φτάνουν τις 3000 kcal/ημέρα. (Blake D. 1995, Gonzales A. Kohn M. & Charke S. 2007) Στη συνέχεια δίνεται εξιτήριο στους ασθενείς, προκειμένου να συνεχίσουν τη διατροφική ανάρρωση στο σπίτι χωρίς εισαγωγή στο νοσοκομείο, εφόσον υπάρχει η δυνατότητα να τρώνε κανονική τροφή σε ικανές ποσότητες. (Gonzales A. Kohn M. & Charke S. 2007)

Η μερική νοσηλεία σε νοσοκομείο παρέχει λιγότερη θεραπευτική παρέμβαση και υποστήριξη. Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων μπορεί να επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό από το κίνητρο του ατόμου να αλλάξει συμπεριφορά. (Position of the American Dietetic Association 2006)

### **3.3 Ψυχολογική παρέμβαση**

Η ψυχολογική παρέμβαση είναι πολύ σημαντική γενικά για τη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών και ειδικά για τη Νευρογενή Ανορεξία. (Blake D. 1995) Στην ψυχοθεραπεία περιλαμβάνεται η γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία, η οικογενειακή θεραπεία και η ομαδική θεραπεία. (Position of the American Dietetic Association 2006) Η ψυχοθεραπεία όμως χωρίς μια συντονισμένη προσπάθεια επανασίτησης δεν έχει νόημα, λόγω της λιμοκτονίας που προκαλεί ο ασθενής στον εαυτό του εξαιτίας της έλλειψης γνώσεων. (Mehler P. et al 2010)

#### **3.3.α Γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία**

Η γνωστική θεραπεία, η οποία, προσπαθεί να βοηθήσει τους ασθενείς να αναγνωρίσουν τη σύνδεση μεταξύ των δυσλειτουργικών σκέψεων και των απροσάρμοστων συμπεριφορών χρησιμοποιείται συχνά. Ο ψυχολόγος ελέγχει τον ανορεκτικό ασθενή για να προάγει το κέρδος βάρους αλλάζοντας την ελαττωματική διαδικασία σκέψης. (Mehler P. 2001) Συνίσταται κυρίως σε ενήλικες εξωτερικούς

ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία ως ατομική ψυχοθεραπεία. (Halmi K. 2009) Ειδικά για τους ενήλικους με Νευρογενή Ανορεξία μια μικρή μελέτη από τον Pike και τους συναδέλφους του βρήκε τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία ανώτερη από τη διατροφική συμβουλευτική, στην παρεμπόδιση υποτροπής μετά από αποκατάσταση του βάρους, που βασίστηκε σε νοσοκομειακή θεραπεία. (Attia E. & Wash T 2007) Αυτός ο τρόπος θεραπείας είναι ψυχοθεραπευτικός και βοηθάει το άτομο στην γνωστική διαδικασία και στην αποκατάσταση. Σε αυτή τη διαδικασία, λαθεμένες αντιλήψεις και τρόποι σκέψης αμφισβητούνται και αντικαθίστανται από πιο ακριβείς αντιλήψεις και ερμηνείες σε ότι αφορά τη δίαιτα, τη διατροφή και τη σχέση ανάμεσα στα διατροφικά μοντέλα και τα σωματικά συμπτώματα. Η θεραπεία της γνωστικής συμπεριφοράς είναι μια πρωταγωνιστική θεραπεία όπου έχει υπάρξει αποτελεσματική και έχει βελτιώσει την ανταπόκριση των ατόμων. (Position of the American Dietetic Association 2006)

Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία είναι χρήσιμο συμπλήρωμα τόσο στην αρχική όσο και στην μεταγενέστερη φάση της θεραπείας. Στην αρχική φάση, η γνωστικές τεχνικές είναι χρήσιμες στο να βοηθήσουν τους ασθενείς να αναθεωρήσουν τη συμπεριφορά απέναντι στο φαγητό που καταναλώνουν. (Woodside B. 1995) Επίσης, μπορούν να αλλάξουν την διαταραγμένη στάση του ασθενή απέναντι στην τροφή, προτείνοντας ένα πρόγραμμα διατροφής με συχνά γεύματα τα οποία περιλαμβάνουν μεγάλες ποσότητες από όλες τις ομάδες τροφίμων. (Τριπόδης Ν. Σπανού Β. & Καζάνη Ι. 2008)

Στις μετέπειτα φάσεις, είναι πολύ χρήσιμες οι γνωστικές τεχνικές για την αντιμετώπιση ζητημάτων όπως το σωματικό βάρος και οι κοινωνικές πιέσεις σχετικά με την σιλουέτα. (Woodside B. 1995) Ακόμη μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς, διορθώνοντας τις ανάγκες τους και δίνοντας τους την ικανότητα να ελέγξουν την ζωή τους. (Μάνος Ν. 1997)

### **3.3.β Οικογενειακή θεραπεία**

Η οικογενειακή θεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας και ειδικότερα σε νεαρούς ασθενείς. (Woodside B. 1995) Είναι η πιο ισχυρά τεκμηριωμένη θεραπεία, με βάση τις μελέτες, για έφηβους με Νευρογενή Ανορεξία. (Halmi K. 2009) Έχει αναφερθεί ως ανώτερη από την ατομική θεραπεία σε

2 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες για έφηβους με Νευρογενή Ανορεξία. (*Attia E. & Wash T 2007*)

Μια οικογενειακή θεραπεία με το άτομο ως εξωτερικό ασθενή μπορεί να είναι χρήσιμη για τους νεαρούς ασθενείς. Αυτή η προσέγγιση εξουσιοδοτεί τους γονείς του ασθενούς με Νευρογενή Ανορεξία να επανασιτήσουν το παιδί τους, επαναδιαπραγματεύεται τη σχέση μεταξύ του παιδιού και των γονέων για να επιλύσει άλλα θέματα εκτός του φαγητού, καθώς και να βοηθήσουν το παιδί τους να επανέλθει στην κανονική εφηβική ανάπτυξη χωρίς καμία Διατροφική Διαταραχή. Διάφορες προκαταρκτικές μελέτες έχουν δείξει ελπιδοφόρα αποτελέσματα για την οικογενειακή θεραπεία με έφηβους ασθενείς. (*Attia E. & Wash T 2007*)

Επειδή η οικογένεια, παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση αλλά και στη διαίωνιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής, κρίνεται σκόπιμη η παρέμβαση του ψυχολόγου στην οικογένεια με αποτέλεσμα είτε να ενημερώσει για τυχόν λανθασμένες απόψεις και να μειώσει τις ενοχές και τις αυτοκατηγορίες των υπόλοιπων μελών της οικογένειας, είτε αντίθετα να μειώσει την πιθανή αντίσταση ή άρνηση των γονέων όσον αφορά τη σοβαρότητα της διαταραχής. (*Blake D. 1995, Τριπόδης Ν. Σπανού Β. & Καζάνη Ι. 2008*)

### **3.3.γ Ομαδική θεραπεία**

Επιπλέον, μια χρήσιμη μέθοδος για την θεραπεία των ασθενών με Νευρογενή Ανορεξία είναι η ομαδική θεραπεία. (*Haller E., 1992*) Η ομαδική θεραπεία συνήθως αντιμετωπίζει τα ζητήματα όπως είναι οι κοινωνικές δεξιότητες, η κοινωνική ανησυχία, η διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα ή οι φόβοι ωριμότητας. Επίσης, μπορεί να είναι χρήσιμη για τις διαπροσωπικές συγκρούσεις, την ψυχομόρφωση ως προς τη διατροφή, τις ιατρικές επιπλοκές και την πρόληψη υποτροπής, τις στρατηγικές αυτοελέγχου, τα ζητήματα ωρίμανσης και αυτονομίας και τα προβλήματα περιορισμού. (*Halmi K. 2009*) Η ομαδική θεραπεία, μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να κατανοήσουν την ασθένεια και να αντιμετωπίσουν τους φόβους τους, όταν αρχίσουν να παίρνουν βάρος. Η ομάδα μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς, να βελτιώσουν τα συναισθήματά τους και να αναπτύξουν πρόοδο στην αυτονομία και την ικανότητα. (*Haller E. 1992*)

### 3.4 Ιατρικονοσηλευτική παρέμβαση

Η ιατρική παρέμβαση συνεπάγεται την αποκατάσταση του σωματικού βάρους, τη διατροφική αποκατάσταση, την ενυδάτωση και την αποκατάσταση των ηλεκτρολυτών του ορού. Αυτό απαιτεί καθημερινή παρακολούθηση του βάρους και της παραγωγής ούρων. Καθώς και συχνή αξιολόγηση των ηλεκτρολυτών. (Halmi K. 2009)

Η νοσηλευτική φροντίδα που απαιτείται για την Νευρογενή Ανορεξία, περιλαμβάνει χορήγηση συχνών και μικρών γευμάτων, συχνό πρωινό ζύγισμα, συχνή παρακολούθηση των κλινικών και εργαστηριακών δεικτών που αφορούν τις επιπλοκές του υποσιτισμού. Επίσης, περιλαμβάνει αποτροπή των προκλητών εμέτων ή της χρήσης άλλων καθαρτικών τεχνικών με στενή επίβλεψη μετά τα γεύματα, φαρμακευτική βοήθεια για την αποκατάσταση του ύπνου, αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας με μαλακτικά κοπράνων, καταστολή υπερκινητικότητας και του άγχους του ασθενούς με ηρεμιστικά-αγχολυτικά. (Χριστοδούλου Γ.Ν & συνεργάτες 2000)

Η καθημερινή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων κατά τη διάρκεια της μέρας τις πρώτες εβδομάδες της διαδικασίας επανασίτισης, έχει καθοριστική σημασία. Ανωμαλίες των υγρών και των ηλεκτρολυτών, είναι πιθανό να εμφανιστούν στα αρχικά στάδια της επανασίτισης, ιδίως στους ασθενείς που βρίσκονται σε πιο σοβαρή κατάσταση. (Mehler P. et al 2010)

Καθώς το σώμα μετατοπίζεται από καταβολική σε αναβολική κατάσταση, το κάλιο, ο φώσφορος και το μαγνήσιο, ενσωματώνονται στον μυϊκό ιστό που συντίθεται και χρησιμοποιούνται για ενδιάμεσο μεταβολισμό, κάτι το οποίο μπορεί να προκαλέσει χαμηλά επίπεδα στον ορό, δηλαδή υποκαλιαμία, υποφωσφαταιμία και υπομαγνησαιμία. Η συχνή παρακολούθηση μέσω του αίματος, μπορεί να αποτρέψει αυτά τα προβλήματα. Μπορεί να προκύψουν, ήπιες αυξήσεις των ηπατικών ενζύμων. Συνήθως έχουν μικρή κλινική σημασία και επιλύονται με επιβράδυνση του ρυθμού επανασίτισης. Υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης ανεπάρκειας θειαμίνης, που μπορεί να προκαλέσει συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή εγκεφαλοπάθεια. Ακόμη έχει αναφερθεί υπονατριαμία καθώς και ατροφία του εντερικού βλεννογόνου και δυσλειτουργία του παγκρέατος που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή διάρροια. (Mehler P. et al 2010)

Ο συνολικός αριθμός των θερμίδων, σε πολύ αδυνατισμένους ασθενείς, θα πρέπει να ξεκινάει με την πρόσληψη 30-40 kcal/kg/day και μπορεί να αυξάνεται σταδιακά αν δεν υπάρχουν στοιχεία περιφερειακού οιδήματος ή καρδιακής ανεπάρκειας. Τα υγρά παρασκευάσματα δίνουν ένα πλεονέκτημα επειδή περιέχουν την απαραίτητη ποσότητα βιταμινών και μετάλλων. Μπορούν να δίνονται σε μικρές ποσότητες, όπως 6 ισόποσες φορές κατά τη διάρκεια της μέρας. Σε αυτό το στάδιο της θεραπείας κατά τη διάρκεια της επανασίτισης, μπορεί να αναπτυχθεί υποφωσφαταιμία ορού και να χρειαστούν φωσφατικά συμπληρώματα. (Halmi K. 2009)

Η ανάπαυση στο κρεβάτι είναι απαραίτητη αλλά πρέπει να συνοδεύεται με ενισχυμένες βόλτες και ειδική παρακολούθηση για την περίπτωση ανάπτυξης έλκων λόγω της κατάκλισης. (Halmi K. 2009) Ο ιατρός, παρακολουθεί συνεχώς τη σωματική υγεία του ασθενή και την πορεία της ανάρρωσης από την ασθένεια. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα ιατρικά προβλήματα όπως είναι η επανάκαμψη της εμμηνόρροιας και η διατροφική υγεία, επιλύονται πριν ο ασθενής επιτύχει την ψυχολογική ανάρρωση. Αυτό σημαίνει ότι ακόμα και μετά την επανάκτηση της σωματικής υγείας, ένας ασθενής με Νευρογενή Ανορεξία, μπορεί να επιμένει ακόμη σε ασυνήθιστες διατροφικές συνήθειες. (Gonzales A. Kohn M. & Charke S. 2007)

Από κλινική άποψη η αύξηση του βάρους πάνω από 2-3 κιλά την εβδομάδα συνήθως οφείλονται σε οίδημα ή σε δυσκοιλιότητα. Οι ανορεκτικοί ασθενείς γενικά παρουσιάζουν βραδυκαρδία, οπότε σε περίπτωση αυξημένου καρδιακού ρυθμού, κατά τη διάρκεια της επανασίτισης, μπορεί να είναι προάγγελος του συνδρόμου επανασίτισης. Επιπλέον έλεγχος για την παρουσία οιδήματος στην περιοχή της κνήμης και στον αστράγαλο είναι επίσης χρήσιμος κατά τα αρχικά στάδια της επανασίτισης, πάλι για το σύνδρομο επανασίτισης. (Mehler P. et al 2010)

### **3.5 Διαιτολογική παρέμβαση**

Σημαντικό κομμάτι για την ανάρρωση του ασθενή και τη βελτίωση των παραμέτρων της θεραπείας από την ψυχογενή ανορεξία, αποτελεί η διαιτολογική παρέμβαση. (Ζαμπέλας Α. 2007) Η ψυχολογική βελτίωση χωρίς την εμφάνιση αλλαγών στο βάρος και στη διατροφική συμπεριφορά έχει περιορισμένη αξία. (Attia E. & Wash T. 2007) Ο διαιτολόγος που ασχολείται με την Νευρογενή Ανορεξία οφείλει να γνωρίζει το ψυχολογικό υπόβαθρο όπως και τις αντιλήψεις αυτών των



ατόμων, ώστε να κατανοεί τη δυσκολία της παρέμβασης σε υποσιτιζόμενα άτομα. Συνήθως απαιτείται να περάσει αρκετό διάστημα αποκατάστασης πριν ο ασθενής ακολουθήσει τις συνεδρίες με τον διαιτολόγο. (Ζαμπέλας Α. 2007)

Η επανασίτιση των ασθενών με Νευρογενή Ανορεξία, είναι απαραίτητη για την επίτευξη ενός επιτυχημένου θεραπευτικού αποτελέσματος. Η αποκατάσταση του σωματικού βάρους ίσως είναι από τα πιο προκλητικά και απογοητευτικά μέρη της διαδικασίας της ανάρρωσης για πολλούς ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία. (Mehler P. et al 2010) Η αποκατάσταση του βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα και η επαναφορά του ασθενή στον φυσιολογικό τρόπο σίτισης με ταυτόχρονη επαναφορά των φυσιολογικών αντιλήψεων για τα αισθήματα της πείνας και του κορεσμού καθώς και η αποκατάσταση των επιπλοκών του υποσιτισμού, αποτελούν τους βασικούς στόχους της διατροφικής αγωγής. (Mitrany E. Melamed Y. 2005, Position of the American Dietetic Association 2006, Ζαμπέλας Α. 2007) Ακόμη, η διαιτολογική παρέμβαση έχει ως στόχο την επαναφορά των κανονικών διαιτητικών συνηθειών σε σχέση με τον καταμερισμό των γευμάτων κατά τη διάρκεια της ημέρας όσο και με την ποσότητα και την ποιότητα της τροφής. Κύριες παραμέτρους της παρέμβασης, αποτελούν η διαμόρφωση μιας ισορροπημένης διαιτητικής συμπεριφοράς απέναντι στο φαγητό, στα τρόφιμα και στο σώμα, καθώς και η προετοιμασία του ατόμου να αντιδρά φυσιολογικά στα εσωτερικά μηνύματα της πείνας και του κορεσμού. Ο ασθενής, είναι σημαντικό να νιώθει ότι συμμετέχει στην θεραπευτική διαδικασία και γι' αυτόν το λόγο πρέπει να ενημερώνεται για τα στάδια και τους στόχους. (Ζαμπέλας Α. 2007)

Η συμβουλευτική ενός διαιτολόγου και οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις έχουν αποδειχθεί βοηθητικές και αποτελεσματικές στο να βοηθήσουν τους ασθενείς να διευρύνουν το διαιτητικό τους ρεπερτόριο συμπεριλαμβάνοντας και τροφές που φοβούνταν να καταναλώσουν εξαιτίας της υψηλής θερμιδικής τους αξίας. (Τριπόδης Ν. Σπανού Β. & Καζάνη Ι. 2008) Σε γενικές γραμμές οι διατροφικές ανάγκες και οι στόχοι για τον κάθε ασθενή, βασίζονται στην επίτευξη ενός υγιεινού σωματικού βάρους. (Mehler P. et al 2010) Το επιθυμητό βάρος – στόχος είναι το ατομικά καθορισμένο φυσιολογικό βάρος σώματος στο οποίο θα αποκατασταθεί η αναπαραγωγική λειτουργία κι επειδή οι περισσότερες από τις ασθενείς είναι γυναίκες, αυτό σημαίνει επαναφορά εμμηνορρυσίας. (Mitrany E., Melamed Y. 2005, Ζαμπέλας Α. 2007, Williams P. Goodie J. & Motsinger C. 2008) Το πώς γίνεται η επίτευξη αυτών των στόχων ποικίλλει ανάλογα με τον τόπο θεραπείας, το στάδιο της ασθένειας και την πρόοδο του ασθενούς με το διατροφολόγο και τον ψυχολόγο. Τα

άτομα που βρίσκονται στην οξεία φάση της ασθένειας, μπορεί να έχουν μικρότερη περίοδο νοσηλείας λόγω οικονομικών δυσχερειών και περιορισμών ασφάλειας και μπορεί επομένως να αφήσουν το νοσοκομείο χωρίς την αναμενόμενη πρόοδο στην επίτευξη των στόχων. (*American Psychiatric Association 2006, Position of the American Dietetic Association 2006*)

Όταν ο ασθενής είναι έτοιμος να ξεκινήσει την διαδικασία επανασίτισης, πρέπει από την αρχή να γίνεται μια προσπάθεια για την επίτευξη συμφωνίας μεταξύ του διαιτολόγου και του ασθενή για το ποιος θα είναι ο στόχος βάρους. Ακόμη η εκπαίδευση του ασθενή σχετικά με τον μεταβολισμό και το πώς μπορεί να αλλάξει κατά τη διαδικασία της αποκατάστασης βάρους, μπορεί να αποτρέψει μελλοντικά προβλήματα και να μειώσει το άγχος του ασθενή. (*Mehler P. et al 2010*) Αύξηση του σωματικού βάρους στο 10% του ιδανικού σωματικού βάρους είναι ένας αποδεκτός στόχος, ανεξάρτητα από τον τρόπο επανασίτισης. Σε περίπτωση όμως που αναφερόμαστε σε γυναίκες και η αμηνόρροια επιμένει, είναι απαραίτητη η περαιτέρω αύξηση. (*Mehler P. et al 2010*)

Οι θερμιδικές απαιτήσεις για μια γυναίκα με Νευρογενή Ανορεξία, μπορούν να υπολογιστούν με ακρίβεια από την εξίσωση των Harris & Benedict:

$$[BEE = 6.55 + (9.6 \times \text{body weight in kg}) + (1.8 \times \text{height in cm}) - (4.7 \times \text{age in years})]$$

Οι διαιτολόγοι, είναι πιο εξοικειωμένοι με αυτόν τον υπολογισμό. Η βασική ενεργειακή δαπάνη, μπορεί να μετρηθεί με έμμεση θερμιδομετρία, μια σχετικά απλή διαδικασία που περιλαμβάνει την αναπνευστική διαδικασία και βασίζεται στην μέτρηση της παραγωγής του διοξειδίου του άνθρακα και της κατανάλωσης οξυγόνου, κάτι το οποίο είναι διαθέσιμο στο τμήμα διατροφής πολλών νοσοκομείων. Η συνολική ενεργειακή δαπάνη δεν θα πρέπει να είναι το σημείο εκκίνησης της θερμιδικής πρόσληψης λόγω του συνδρόμου επανασίτισης, αλλά θα πρέπει να είναι ένας στόχος για μετά από μερικές εβδομάδες μετά την έναρξη της επανασίτισης. Η βασική ενεργειακή δαπάνη που θα μετρηθεί με έμμεση θερμιδομετρία δίνει ελαφρώς χαμηλότερες τιμές από τις τιμές που δίνει ο τύπος. (*Mehler P. et al 2010*)

Αρκετές διαφορετικές προσεγγίσεις, έχουν προαχθεί για την ελαχιστοποίηση του συνδρόμου επανασίτισης και την αποκατάσταση του σωματικού βάρους. Το κυριότερο είναι να αποφεύγονται πρωτόκολλα υπερβολικά επιθετικής επανασίτισης, στην αρχή της διαδικασίας επανασίτισης. (*Mehler P. et al 2010*) Το συμπλήρωμα αυτής της θεραπείας είναι η εξατομίκευση της πρόσληψης με βάση το ρυθμό αύξησης του βάρους του ασθενή. (*Mehler P. et al 2010*)

Σε γενικές γραμμές οι ασθενείς που λιμοκτονούν, είναι μεταβολικά ανεπαρκείς και μπορεί να απαιτείται περισσότερο από τις αναμενόμενες θερμίδες για την συντήρησή τους για την αύξηση 1 κιλού σωματικού βάρους. Ο βασικός μεταβολικός ρυθμός είναι κατά την είσοδο πάντα χαμηλός, αλλά αρχίζει να αυξάνει στην αρχή της διαδικασίας της διατροφικής αποκατάστασης. Όλες οι προσεγγίσεις απαιτούν κλινική και εργαστηριακή παρακολούθηση, εξατομικευμένο διατροφικό πρόγραμμα ανάλογα με το ρυθμό αύξησης βάρους και την κλινική και εργαστηριακή πορεία του ασθενούς. Στις περισσότερες μονάδες διατροφικών διαταραχών, η θερμιδική πρόσληψη, αυξάνεται αργά. Η αύξηση θα πρέπει πάντα να καθορίζεται από την κατάσταση του ασθενή και την αύξηση του σωματικού βάρους σε σχέση με τον τυποποιημένο στόχο των 0,75-1,12 κιλών ανά εβδομάδα. Η θερμιδική πρόσληψη θα πρέπει να τροποποιείται εξαιτίας των αλλαγών στον μεταβολισμό ηρεμίας κατά την επανασίτιση που επηρεάζουν τον ρυθμό αύξησης του βάρους. Ο μεταβολισμός ηρεμίας όπως αναφέρεται και παραπάνω, είναι συχνά χαμηλότερος στα αρχικά στάδια της επανασίτισης απ' ό,τι στα μεταγενέστερα. Είναι πιθανό αυτές οι αλλαγές να συμβάλουν στη δυσκολία της συνεχούς και σταθερής αύξησης του σωματικού βάρους κατά τη διάρκεια του τελευταίου σταδίου επανασίτισης. Οι θερμιδικές απαιτήσεις για την αποκατάσταση του βάρους, καθορίζονται καλύτερα από την ατομική παρακολούθηση του ποσοστού αύξησης του σωματικού βάρους. Οι θερμιδικές απαιτήσεις, ενδέχεται να πρέπει να υπολογιστούν ξανά σε περίπτωση που η αύξηση του σωματικού βάρους δεν επιτυγχάνεται όπως αναμενόταν, ή θα πρέπει να σκεφτούμε για πιθανές συνυπάρχουσες πηγές απώλειας βάρους όπως συγκαλυμμένη άσκηση ή καθαρτικές διαδικασίες. (Mehler P. et al 2010)

Όταν η διαδικασία επανασίτισης εξελίσσεται και το ιδανικό σωματικό βάρος επιτυγχάνεται, μπορεί να χρειάζονται προσωρινά πολύ υψηλά επίπεδα θερμιδικής πρόσληψης (70-80 kcal/kg) για την προώθηση της συνεχιζόμενης αύξησης του σωματικού βάρους. (Mehler P. et al 2010)

Όσον αφορά τη σύσταση ενός διαιτολογίου επανασίτισης, προτείνεται ένα διαιτολόγιο, χαμηλής περιεκτικότητας σε ζάχαρη, λιπίδια και φυτικές ίνες. Όταν το άμυλο δεν συνοδεύεται από μεγάλη ποσότητα φυτικών ινών, είναι περισσότερο ανεκτό από τον ασθενή σε σύγκριση με τη ζάχαρη, η οποία σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει περιορισμένης έκτασης και διάρκειας συμπτώματα συνδρόμου Dumping. Προτιμότερο είναι τα λιπίδια της δίαιτας στα αρχικά στάδια της παρέμβασης, να κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα εξαιτίας του ότι το διαιτητικό λίπος

αποτελεί πηγή άγχους για τον ασθενή. Ιδιαίτερες συστάσεις για τον τύπο των λιπιδίων δεν υπάρχουν. Επίσης, ο ασθενής θα πρέπει να λαμβάνει από το διαιτολόγιό του περίπου 1gr πρωτεΐνης/kg σωματικού βάρους, σε περίπτωση όμως χαμηλού σωματικού βάρους, η συνολική πρόσληψη πρωτεϊνών δεν θα πρέπει να είναι μικρότερη από 50gr ημερησίως. (Ζαμπέλας Α. 2007)

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία μπορεί να διατρέχουν κίνδυνο για έλλειψη σε ορισμένες βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία, όπως είναι η βιταμίνη D και B12, φυλλικό οξύ, ασβέστιο, ψευδάργυρο, μαγνήσιο, χαλκό, σε αντίθεση με τα μακροθρεπτικά συστατικά. Ορισμένα μικροθρεπτικά συστατικά ίσως να απαιτούνται σε μεγαλύτερες ποσότητες των συνιστώμενων για τα υγιή άτομα. Έτσι, ο διαιτολόγος θα πρέπει να φροντίζει για την επαρκή κάλυψη των αναγκών του ασθενή από τη δίαιτα όπως και την επίτευξη επαρκών προσλήψεων τόσο ασβεστίου όσο και βιταμίνης D. Η ημερήσια πρόσληψη που προτείνεται είναι 1300-1500 mg ασβεστίου και 400 IU βιταμίνης D, ποσά τα οποία αντιστοιχούν σε μια ισορροπημένη δίαιτα και όσον αφορά τη θεραπεία αύξησης βάρους. Η συμπληρωματική χορήγηση ψευδαργύρου βελτιώνει το ρυθμό ανάρρωσης των ασθενών, με αποτέλεσμα την αύξηση του βάρους και περιορίζοντας το άγχος και την κατάθλιψη. (American Psychiatric Association 2006, Ζαμπέλας Α. 2007)

Συμπληρωματικά με τη διατροφή στα αρχικά στάδια της επανασίτησης, δίνονται και υγρά συμπληρώματα για την επίτευξη των θερμιδικών στόχων, και είναι μια αποτελεσματική στρατηγική για την επιτυχή αύξηση του σωματικού βάρους. Τα υγρά συμπληρώματα έχουν αξία όταν χρησιμοποιούνται για να επιτύχουν μεγάλη θερμιδική πρόσληψη. (Mehler P. et al 2010) Ακόμη, είναι ένα πλεονέκτημα επειδή περιέχουν την απαραίτητη ποσότητα βιταμινών και ιχνοστοιχείων. (Halmi K. 2009)

Ένα πρόβλημα που μπορεί να προκύψει λόγω της καθυστερημένης κένωσης του στομάχου και του παρατεταμένου χρόνου διέλευσης του παχέος εντέρου που παρατηρείται σε σοβαρά στάδια στη Νευρογενή Ανορεξία, είναι ότι οι ασθενείς συχνά παραπονιούνται για κοιλιακό φούσκωμα και δυσκοιλιότητα. Μια εντερική αγωγή, κατάλληλη ποσότητα φυτικών ινών και επαρκής ενυδάτωση, μπορεί να βοηθήσει στην ανακούφιση αυτών των συμπτωμάτων στα αρχικά στάδια της διαδικασίας επανασίτησης. (Mehler P. et al 2010)

### 3.6 Φαρμακευτική παρέμβαση

Η συμπληρωματική θεραπεία με φάρμακα, έχει αποδειχτεί ότι βελτιώνει την κλινική έκβαση αν και ο ρόλος των φαρμάκων παραμένει αμφιλεγόμενος. (*Gonzales A. Kohn M. & Charke S. 2007*) Στις περισσότερες κατευθυντήριες γραμμές, συνίσταται, τα φάρμακα να δίνονται μόνο ως συμπληρωματική θεραπεία για τη Νευρογενή Ανορεξία. (*Halmi K. 2009*) Πολλές μελέτες έχουν εξετάσει το ρόλο της φαρμακευτικής αγωγής ως συμπλήρωμα της διαδικασίας επανασίτισης. Η συνοπτική παρουσίαση της εμπειρίας σε αυτόν τον τομέα, δείχνει ότι δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για την χρήση των φαρμάκων σχετικά με την αύξηση του βάρους. Πιο συγκεκριμένα, δεν υπάρχει καμία απόδειξη ότι η χρήση των διεγερτικών όρεξης ενδείκνυται για την θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας οι ασθενείς δεν έχουν έλλειψη της όρεξης και η χρήση των διεγερτικών απλά μπορεί να τους φοβίσει. (*Woodside B. 1995*)

Η συμπληρωματική θεραπεία με προκίνητους παράγοντες (σισαπρίδη, δομπεριδόνη), μπορεί να παρέχει συμπληρωματική θεραπεία για το μεταγευματικό φούσκωμα. (*Woodside B. 1995*) Η χρήση ηρεμιστικών με βενζοδιαζεπίνες ή πιο σημαντικά ηρεμιστικά μπορεί να είναι χρήσιμα για την ανακούφιση από το άγχος που σχετίζεται με τα γεύματα. Σε πολλές περιπτώσεις όμως ο βαθμός του άγχους είναι τόσο μεγάλος που οι βενζοδιαζεπίνες είναι απλά αναποτελεσματικές. (*Woodside B. 1995*) Ακόμα, η κυπροεπταδίνη έχει βοηθήσει ορισμένα άτομα να βάλουν βάρος. (*Μάνος Ν. 1997*) Χορήγηση κυπροεπταδίνης σε μεγάλες ποσότητες πάνω από 24mg την ημέρα μπορεί να αυξήσει το βάρος και να μειώσει την κατάθλιψη. (*Halmi K. 2009*) Η χορήγηση λιθίου σε μικρό αριθμό ανορεκτικών ασθενών για μικρό χρονικό διάστημα οδήγησε σε αύξηση του βάρους. Τέλος, η χορήγηση ανταγωνιστών των οπιοειδών, όπως η ναλτρεξόνη, βρέθηκε σε μικρό αριθμό μελετών να μειώνει κάποιες παθολογικές συμπεριφορές. Παρ'όλα αυτά, καμία από τις παραπάνω φαρμακευτικές ουσίες δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, ώστε να πληρεί τις προϋποθέσεις με σκοπό να προταθεί ως αποτελεσματική θεραπεία της διαταραχής. (*Σολδάτος Κ. & Λύκουρας Α. 2006*)

#### **Κεφάλαιο 4: Θεραπευτική ομάδα**

Για τη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών απαιτείται μια διεπιστημονική ομάδα, η οποία πρέπει να αποτελείται από μια ομάδα ψυχολόγων, εξειδικευμένων γιατρών και νοσηλευτών όπως επίσης και διατροφολόγων. (*Position of the American Dietetic Association 2006*) Είναι ξεκάθαρο πως σε μία ψυχιατρική διαταραχή με σημαντικές ιατρικές επιπλοκές, η ψυχιατρική διαχείριση είναι τα θεμέλια της θεραπείας και πρέπει να καθιερωθεί σε όλους τους ασθενείς σε συνδυασμό με άλλες μορφές θεραπείας. (*Position of the American Dietetic Association 2001*) Ο διαιτολόγος που συμμετέχει στην ομάδα θεραπείας και είναι αποκλειστικά εξοπλισμένος πρέπει να παρέχει ιατρική διατροφική αγωγή για την ομαλοποίηση, τα διατροφικά μοντέλα καθώς και την παρούσα διατροφική κατάσταση-εικόνα του ατόμου. (*Position of the American Dietetic Association 2006*)

Ο διαιτολόγος παρέχει διατροφική συμβουλευτική, αναγνωρίζει τα κλινικά σημάδια που σχετίζονται με τις διαταραχές και συμβάλλει με ιατρική παρακολούθηση. Όλα αυτά παράλληλα με τη γνώση που επιτυγχάνεται μέσα από την ψυχοθεραπεία και την φαρμακοθεραπευτική που είναι η ακρογωνιαίος λίθος στην θεραπεία των διατροφικών διαταραχών. Εξειδικευμένες πηγές είναι διαθέσιμες για τους διαιτολόγους ώστε να ανεβάσουν το επίπεδο ικανότητάς τους στον τομέα των διατροφικών διαταραχών. (*Position of the American Dietetic Association 2006*)

Η θεραπεία των διατροφικών διαταραχών με ψυχολογικά, συμπεριφοριστικά και σωματικά συμπτώματα απαιτεί τη συνεργασία από την ομάδα των διατροφολόγων, ψυχολόγων και ειδικών-εξειδικευμένων ιατρών. (*Position of the American Dietetic Association 2006*) Μία ικανή και έμπειρη ομάδα, αποτελούμενη από εξειδικευμένους ιατρούς, έναν ψυχολόγο, το νοσηλευτικό προσωπικό και έναν διαιτολόγο ο οποίος θέτει σε εφαρμογή ένα πρόγραμμα με συνέπεια, θα είναι επιτυχής στην πλειοψηφία των ασθενών. (*Hsu G. 2005*) Η ψυχιατρική διαχείριση και βάση της θεραπείας θεμελιώνεται για τους ασθενείς σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές μεθόδους. Μια κλινική εξέταση που διεξάγεται από ένα ιατρό εξοικειωμένο με τις διατροφικές διαταραχές βοηθάει στην διαπίστωση των κλινικών καταστάσεων. (*Position of the American Dietetic Association 2006*) Εξειδικευμένες προσεγγίσεις, όπως η συμπεριφορική θεραπεία, η υπερθρεψία και η φαρμακοθεραπεία, συνήθως δεν απαιτούνται για να αποκαθιστούν το βάρος και την πρόσληψη των θρεπτικών

συστατικών. Ένας από τους αρχικούς στόχους, είναι η αποκατάσταση του σωματικού βάρους. (Hsu G. 2005)

#### **4.1 Σχέση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή**

Η σχέση του ασθενή με τον ιατρό κατά τη διάρκεια της θεραπείας, έχει κεντρική σημασία για την αντιμετώπιση μιας Διατροφικής Διαταραχής. (Williams P. Goodie J. & Motsinger C 2008) Είναι πολύ σημαντικό να καθιερωθεί και να διατηρηθεί μια θεραπευτική συμμαχία μεταξύ του ιατρού και του ασθενή. (Chakraborty K. & Basu D. 2010) Βασικό στοιχείο αυτής της σχέσης είναι να καταλάβει ο ιατρός πόσο δύσκολο μπορεί να είναι για τους ασθενείς να αλλάξουν τις διατροφικές συμπεριφορές που σχετίζονται με τις σκέψεις. Αυτές οι συμπεριφορές, μπορεί να χρησιμεύουν σε κρίσιμες λειτουργίες για αυτούς, όπως βοήθεια στη διαχείριση άγχους, σε δύσκολα συναισθήματα και στην πλήξη. (Williams P. Goodie J. & Motsinger C 2008) Ο ιατρός, θα πρέπει να κατανοεί ότι η αντιμετώπιση όλων των ανησυχιών, των ασθενών με Νευρογενή Ανορεξία χρειάζονται μια πολύπλευρη και πολυδιάστατη προσέγγιση. (Sidiropoulos 2007) Μια συλλογική προσέγγιση χωρίς συγκρούσεις και ανακριτική διάθεση, που αναγνωρίζει τους κινδύνους που σχετίζονται με τις αλλαγές που απασχολούν την περιέργεια, μπορεί να βοηθήσει στην παρακίνηση του ασθενή να συμμετέχει στη θεραπεία. (Williams P. Goodie J. & Motsinger C 2008) Από την πλευρά του ιατρού, θα πρέπει να καθιερωθεί και να φροντίζει να περνάει χρόνο με τον ασθενή έτσι ώστε να διαμορφώνεται μια σχέση εμπιστοσύνης μαζί του, καθώς και με την οικογένεια του και θα πρέπει να αποφεύγονται οι ενοχές και οι κατηγορίες. (Sidiropoulos 2007) Η θεραπευτική αλληλεπίδραση μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς, είναι πολύπλοκη. Από τη μια οι στόχοι της θεραπείας για τη Νευρογενή Ανορεξία είναι καλά καθιερωμένοι αλλά το πώς αυτοί οι στόχοι μπορεί να επιτευχθούν δεν είναι βέβαιο. (Cooke R. & Sawyer S. 2004)

Ο ψυχολόγος, θα πρέπει να είναι ενεργός και να λειτουργεί στην θεραπευτική αντιμετώπιση σαν δάσκαλος, οδηγός και προπονητής. Θα πρέπει να εξηγεί, προκαλεί, προτρέπει, διδάσκει, ορίζει, απαλύνει και ηρεμεί τον ασθενή. Η προσωπικότητα του ψυχολόγου είναι σημαντικό στοιχείο για τη θεραπεία των ασθενών με Νευρογενή Ανορεξία. (Hsu G. 2005) Ο ψυχολόγος, θα πρέπει να καταβάλει κάθε δυνατή

προσπάθεια για να ασχοληθεί η οικογένεια, όμως δεν θα πρέπει να κατηγορήσει την οικογένεια για την ασθένεια (Hsu G. 2005) Αφού αποσπαστούν οι ανησυχίες από τους γονείς, με την παρουσία του ασθενούς, ο ασθενής θα πρέπει να μείνει στη συνέντευξη μόνος του. Το ιστορικό θα πρέπει να λαμβάνεται σε ένα μη επικριτικό, κατανοητικό περιβάλλον, σε μια προσπάθεια να κατανοήσουν τι έχει βιώσει ο ασθενής και να διαπιστωθεί αν υπάρχει ή όχι πρόβλημα. (Rome E. et al 2003)

Ο διαιτολόγος υποστηρίζει τον ασθενή στην ολοκλήρωση των στόχων που τίθενται στο σχέδιο θεραπείας. Αν είναι δυνατό, εξασφαλίζει μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή κι έχει διαρκή επαφή με αυτόν καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Αν αυτό δεν είναι εφικτό, ο διαιτολόγος συστήνει τον ασθενή σε άλλο διαιτολόγο. Για να υποστηρίξει την επιλεγμένη ψυχοθεραπεία, είναι σημαντικό τα μηνύματα και το ύφος του διαιτολόγου, λεκτικό και μη λεκτικό, να ταιριάζουν με το σχέδιο θεραπείας του ασθενή. Για την ενίσχυση των εσωτερικών κινήτρων του ασθενή, μπορούν να χρησιμοποιηθούν από το διαιτολόγο συνεντεύξεις κινήτρων ως συνεργατική προσέγγιση. Ένα επιπλέον απόθεμα που σκιαγραφεί τον σκοπό της πρακτικής για τους διαιτολόγους που δουλεύουν πάνω στις διατροφικές διαταραχές είναι τα επίπεδα πρακτικής και τα επίπεδα επαγγελματικής απόδοσης στη συμπεριφοριστική φροντίδα υγείας. (Position of the American Dietetic Association 2006)

#### **4.2 Στάση και τρόπος χειρισμού του ασθενή**

Μια ομάδα για τη συνολική θεραπεία μιας Διατροφικής Διαταραχής, απαιτεί μια ομάδα συνεργασίας από ειδικούς. Συνίσταται, τον συντονισμό ή τον ηγετικό ρόλο της ομάδας και του προγράμματος, να τον αναλαμβάνει ο ψυχίατρος ή ο ψυχολόγος. Αυτό είναι καλό, επειδή οι Διατροφικές Διαταραχές συχνά είναι χρόνιες και πολύπλοκες, οπότε απαιτούν θεραπεία μιας ποικιλίας συνθηκών, συμπεριλαμβανομένων ψυχολογικών και ιατρικών συνθηκών με ανάγκες ψυχοθεραπείας, φαρμακολογικής θεραπείας και ιατρικής περίθαλψης. (Mehler P. 2001, Halmi K. 2009) Για την διαχείριση της οξείας ή των τρεχουσών ιατρικών και οδοντιατρικών επιπλοκών, άλλοι ειδικοί γιατροί και οδοντίατροι μπορεί να κληθούν για να δώσουν την γνώμη τους. (Halmi K. 2009)



Με μια θεραπευτική ομάδα έμπειρων μελών, οι δυνατότητες συγκρότησης δημιουργικών και αποτελεσματικών θεραπευτικών πλάνων ενδέχεται να είναι υψηλότερη. (Halmi K. 2009)

Η αρχική φυσική εξέταση πραγματοποιείται συνήθως από έναν γιατρό πρωτογενούς φροντίδας. (Halmi K. 2009) Ο ρόλος του είναι να αξιολογήσει ιατρικές επιπλοκές, να παρακολουθεί το βάρος και το επίπεδο της διατροφής και να βοηθάει στη διαχείριση της στρατηγικής των άλλων μελών της ομάδας. (Williams P. Goodie J. & Motsinger C 2008)

Από τη στιγμή που ένα άτομο θα διαγνωστεί με μια Διατροφική Διαταραχή, θα πρέπει να εξεταστούν ιατρικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. (Williams P. Goodie J. & Motsinger C 2008) Κατά τη στιγμή της διάγνωσης, θα πρέπει να πραγματοποιείται μια βασική γραμμή γενικής ιατρικής και ψυχιατρικής εκτίμησης. Περιοδικά στη συνέχεια, θα πρέπει να επανεξετάζεται, όπως ενδείκνυται κλινικά. (Williams P. Goodie J. & Motsinger C 2008) και θα πρέπει να αποφασιστεί, ποιο επίπεδο θεραπείας ενδείκνυται για τον συγκεκριμένο ασθενή. (Mehler P. 2001) Μετά από αυτή την απόφαση, το επόμενο βήμα είναι η επιλογή συγκεκριμένου πλάνου θεραπείας. (Mehler P. 2001)

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, συχνά, οι ασθενείς σταματούν να αυξάνουν το βάρος τους ή ακόμη σε κάποια στάδια, χάνουν βάρος. Η στήριξη και η ενθάρρυνση μαζί με τη στενή παρακολούθηση και την ψυχοθεραπεία, συνήθως βοηθάει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα δύσκολα σημεία. Ακόμα, η υπομονή από την πλευρά της θεραπευτικής ομάδας είναι απαραίτητη. (Hsu G. 2005)

Ένας διαιτολόγος είναι χρήσιμος για την παροχή συμβουλών για τη διατροφική αποκατάσταση, για την επαρκή και κατάλληλη διατροφική πρόσληψη, (Halmi K. 2009) για την παροχή πληροφοριών σχετικά με την υγιεινή διατροφή και των προγραμματισμό των γευμάτων. Ακόμη μπορεί να βοηθήσει την ομάδα για τον εντοπισμό κατάλληλων στόχων βάρους. (Williams P. Goodie J. & Motsinger C 2008)

Ο διαιτολόγος πρέπει να είναι σταθερός αλλά και ευέλικτος, βοηθώντας τον ασθενή στην κατάρτιση ενός διατροφικού πλάνου και διδάσκοντας την αλλαγή συστήματος σε αυτόν και τους γονείς σε περιπτώσεις ανηλίκων. Συζήτηση συγκεκριμένων θερμίδων και γραμμαρίων είναι χρήσιμη σε κάποιους ασθενείς και στις οικογένειες τους αλλά σε άλλους όχι. Επίσης θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τον ασθενή όταν υπάρχει υπερβολική άσκηση, καθαρτικές

δραστηριότητες ή υποψιάζεται έλλειψη επαρκούς πρόσληψης τροφής. (Rome E. et al 2003)

Οι ασθενείς που βρίσκονται μεταξύ του 85-90% του υγιούς σωματικού βάρους, και θεωρούνται ιατρικά σταθεροί, διαχειρίζονται ως εξωτερικοί ασθενείς. Απαιτούνται τακτικές επισκέψεις στον ιατρό και σε έναν ψυχολόγο με εμπειρία σε αυτό τον τομέα. Ο ψυχολόγος, παρακολουθεί τον ανορεκτικό ασθενή προωθώντας το κέρδος βάρους, αλλάζοντας τον ελαττωματικό τρόπο σκέψης. (Mehler P. 2001)

Επίσης πρέπει να είναι σε θέση να παρέμβει, να επιτύχει συμμόρφωση των ασθενών, να τους κάνει να ενσωματωθούν και να δώσουν προτεραιότητα στη θεραπεία, και να επιτύχει την αντιμετώπιση ψυχιατρικών συννοσηρών καταστάσεων. (Mehler P.2001) Πρέπει να συνεργαστεί με το βοηθητικό προσωπικό, για να εκπαιδεύσει και να υποστηρίξει τους ασθενείς έτσι ώστε ο τρόμος που συνοδεύει το φόβο τους να παχύνουν, να εξασθενήσει. (Mehler P. 2001)

Η Νευρογενή Ανορεξία είναι μια από τις λίγες ιατρικές καταστάσεις, στις οποίες δεν ταυτίζονται τα συμφέροντα και οι στόχοι μεταξύ του ασθενή και του ιατρού. Ο ασθενής αρνείται να αναγνωρίσει την παρουσία της ασθένειας και εμμέσως την ανάγκη για θεραπευτική παρέμβαση, με αποτέλεσμα οι θεραπευτικές προσπάθειες να απορρίπτονται έντονα. (Mitrany E. & Melamed Y. 2005) Πολλοί ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία δεν είναι πρόθυμοι να «εισέλθουν» στη διαδικασία θεραπείας και ενδέχεται να μένουν απορροφημένοι από τα συμπτώματα τους. Πολλοί είναι μυστικοπαθείς και μπορεί να παρακρατούν πληροφορίες σχετικά με τη συμπεριφορά τους λόγω ντροπής. Η ενθάρρυνση για να αυξήσουν το βάρος τους μπορεί να τους προκαλεί έντονο άγχος. Αντιμετώπιση της αντίστασης των ασθενών στη θεραπεία και ενίσχυση των κινήτρων τους για αλλαγή, είναι μια σημαντική πτυχή της διαχείρισης των διατροφικών Διαταραχών. (Chakraborty K. & Basu D. 2010) Και επειδή οι ασθενείς σπάνια εντοπίζουν το πρόβλημα μόνοι τους, οι γιατροί πρέπει να τους βοηθήσουν να αναγνωρίσουν τα διατροφικά τους προβλήματα, να αυξήσουν τα κίνητρα τους για θεραπεία και να τους βοηθήσουν με την φροντίδα του συντονισμού. (Williams P. Goodie J. & Motsinger C 2008)

Αν ο ασθενής αρνείται να ζυγιστεί, αξίζει ο ιατρός να επιμείνει απαλά και να εξερευνηθούν οι φόβοι του. Οι ιατροί δεν θα πρέπει να «συνωμοτούν» με την ασθένεια αλλά θα πρέπει να συμβουλεύουν ενάντια στις επιβλαβείς συμπεριφορές, όπως το μαραθώνιο τρέξιμο, το σκι ή για τις γυναίκες το να υποβληθούν σε εξωσωματική γονιμοποίηση όταν έχουν χαμηλό σωματικό βάρος. (Morris J. &

Twaddle S. 2007) Ο εξαναγκασμός, μπορεί να υπονομεύσει την εμπιστοσύνη του ασθενή στον ιατρό και ιδιαίτερα στην θεραπευτική σχέση. (Mitrany E. & Melamed Y. 2005) Η θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική όταν η θεραπευτική ομάδα και ο ασθενής εργάζονται από κοινού εναντίον της ανορεξίας. (Morris J. & Twaddle S. 2007)

### 4.3 Ο ρόλος της θεραπευτικής ομάδας

Η φροντίδα των ασθενών με διατροφικές διαταραχές, περιλαμβάνει την πείρα και την αφιέρωση μιας διεπιστημονικής ομάδας. (Position of the American Dietetic Association 2001) Η ψυχοθεραπεία για την αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας, είναι ευθύνη των ιατρών που είναι εξουσιοδοτημένοι να την παρέχουν. Είναι το επίκεντρο του *ψυχοθεραπευτή* ή του *ψυχολόγου* της θεραπευτικής ομάδας. (Position of the American Dietetic Association 2001, Position of the American Dietetic Association 2006) Ο ψυχίατρος ή ο ψυχολόγος, ηγείται μιας διεπιστημονικής ομάδας, στην οποία συμμετέχουν κι άλλοι ιατροί από άλλες ειδικότητες, συμπεριλαμβανομένων παθολόγων και διατροφολόγων. (Mehler P. 2001)

Οι ψυχοθεραπείες μπορεί να διεξάγονται από ψυχίατρο ή ψυχολόγο και οι οικογενειακές ψυχοθεραπείες από ψυχίατρο, ψυχολόγο ή ειδικά εκπαιδευμένο κοινωνικό λειτουργό. (Halmi K. 2009) Οι επαγγελματίες συμπεριφορικής υγειονομικής περίθαλψης, εκτελούν γνωστική συμπεριφορά, διαπροσωπικές ή οικογενειακές θεραπείες και μπορεί να βοηθήσουν με την φαρμακοθεραπεία. Μπορεί να εφαρμόζεται μια σταδιακή προσέγγιση φροντίδας στην οποία η αρχική παρέμβαση καθορίζεται από τις ανάγκες του ασθενούς και τους διαθέσιμους πόρους θεραπείας. (Williams P. Goodie J. & Motsinger C 2008) Τα ψυχοθεραπευτικά ζητήματα είναι το επίκεντρο του *ψυχοθεραπευτή* της θεραπευτικής ομάδας. Η αποτελεσματική θεραπεία διατροφής, για τον ασθενή με μια διατροφική διαταραχή, απαιτεί την κινητήρια γνώση της γνωστικής συμπεριφοριστικής θεραπείας. (Position of the American Dietetic Association 2001)

Οι *γενικοί γιατροί* παίζουν σημαντικό ρόλο στον έγκαιρο εντοπισμό και τη διαχείριση εφήβων που κινδυνεύουν να αναπτύξουν μια διατροφική διαταραχή. Οι πληροφορίες σχετικά με τη φυσιολογική ανάπτυξη, την υγιεινή διατροφή και την τακτική σωματική άσκηση μπορεί να είναι τα μόνα που απαιτούνται για να προληφθεί η ανάπτυξη μιας διατροφικής διαταραχής. (Gonzalez A., et al 2007) Ένας

παθολόγος εξοικειωμένος με τις διατροφικές διαταραχές πρέπει να εκτελέσει έναν λεπτομερή σωματικό έλεγχο στον ασθενή. Αυτός ο τρόπος περιλαμβάνει τη βασική φροντίδα των ασθενών, από έναν ιατρό ο οποίος ειδικεύεται στις διατροφικές διαταραχές ή από έναν ψυχίατρο ο οποίος παρέχει φροντίδα για τους ασθενείς. (*Position of the American Dietetic Association, 2001*) Η χρήση ενός ημερολογίου διατροφής βοηθάει στον εντοπισμό οποιωνδήποτε μηχανισμών ενεργοποίησης της διατροφικής διαταραχής. Η προώθηση ενός μετριοπαθούς προγράμματος σωματικής άσκησης (το οποίο θα ενθαρρύνει και την κοινωνικοποίηση, π.χ. βόλει αντί για μοναχικό τρέξιμο) στους εφήβους, οι οποίοι επιδίδονται ήδη σε δίαιτα ή έλεγχο του σωματικού τους βάρους, μπορεί να αποδειχθεί ευεργετική. Σε εκείνους που πάσχουν διαπιστωμένα από διατροφική διαταραχή, ο γενικός γιατρός είναι επίσης υπεύθυνος για τον συντονισμό της παραπομπής τους και της φροντίδας τους από τριτογενείς συμβουλευτικές υπηρεσίες, καθώς και από τοπικές υπηρεσίες διαιτητικής και ψυχολογικής υποστήριξης. (*Gonzalez A., et al 2007*) Μία οδοντιατρική εξέταση είναι επίσης σημαντικό να πραγματοποιηθεί. Η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και η ιατρική παρακολούθηση, είναι ευθύνες του παθολόγου της θεραπευτικής ομάδας. Σε ασθενείς που νοσηλεύονται και σε ασθενείς με μερική εισαγωγή στο νοσοκομείο οι νοσηλεύτριες ελέγχουν την κατάσταση του ασθενή και διανέμουν τα φάρμακα ενώ οι εργοθεραπευτές βοηθούν τον ασθενή στην απόκτηση της υγιούς καθημερινής διαβίωσης και των ψυχαγωγικών δεξιοτήτων. (*Position of the American Dietetic Association, 2001*)

Η επιτυχημένη επαγγελματική επέμβαση οδηγεί στη συγκράτηση των ανεπιθύμητων συμπεριφορών και την πρόοδο προς την υγεία μέσω της αντικατάστασής τους από συμπεριφορές υγιεινής και προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσκολιών. (*Gonzales A. Kohn M. & Charke S. 2007*)

Οι *παιδιάτροι* καλούνται στο να ασχοληθούν με την εξακρίβωση και τη διαχείριση της διαταραχής σε διάφορες τοποθετήσεις και διάφορα κρίσιμα σημεία της ασθένειας. Στην πρακτική του παιδίατρο, η έγκαιρη ανίχνευση, η αρχική αξιολόγηση και η τρέχουσα διαχείριση μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο προλαμβάνοντας την ασθένεια από την εξέλιξη της σε μια πιο σοβαρή ή χρόνια κατάσταση. Η διαχείριση των ιατρικών επιπλοκών, η παροχή θρεπτικής αποκατάστασης και ο συντονισμός με ψυχοκοινωνικές και ψυχιατρικές πτυχές φροντίδας συχνά διαχειρίζονται από παιδίατρος ειδικά όταν εκείνοι έχουν πείρα και εμπειρία στη φροντίδα των εφήβων με νευρογενή ανορεξία. Τέλος, οι παιδίατροι

πρέπει να ασχολούνται με την πρόληψη παρέχοντας υπεράσπιση στους ασθενείς με νευρογενή ανορεξία και τις οικογένειές τους. (*American Academy of Pediatrics 2003*)

Ο εξειδικευμένος *διαιτολόγος* αξιολογεί τη θρεπτική κατάσταση του ασθενή, αλλά και την συμπεριφοριστική κατάσταση απέναντι στα τρόφιμα. (*Position of the American Dietetic Association 2001*) Ο *διαιτολόγος* που δουλεύει με ασθενείς με νευρογενή ανορεξία βασίζεται στην καλή κατανόηση της διατροφικής παρέμβασης και της ψυχοδυναμικής των διατροφικών διαταραχών. Η κατανόηση αυτή αναφέρεται στην αναγνώριση και εκτίμηση των συγκεκριμένων ευθυνών του κάθε μέλους της ομάδας. Ειδικά ο *διαιτολόγος* απευθύνεται στα προβλήματα που σχετίζονται με τη διατροφή όπως αυτά σχηματίζονται στη σκέψη του ασθενή, στη συμπεριφορά και στη σωματική του κατάσταση. Επιπροσθέτως, ο *διαιτολόγος* επιδεικνύει δεινότητα στην αξιολόγηση των οργανικών επιπτώσεων που συνδέονται με την κακή διατροφή και βοηθάει την ιατρική ομάδα με το να παρακολουθεί τις εργαστηριακές αξιολογήσεις και τα σωματικά συμπτώματα. (*Position of the American Dietetic Association 2006*)

Η διατροφική θεραπεία και η ψυχοθεραπεία αποτελούν δύο αναπόσπαστα τμήματα της θεραπείας των διατροφικών διαταραχών. Ο *διαιτολόγος*, χρειάζεται να γνωρίζει τα προσωπικά και επαγγελματικά όρια των ασθενών με τους οποίους συνεργάζεται. Η κατανόηση των ορίων, αναφέρεται στην αναγνώριση και την εκτίμηση των συγκεκριμένων στόχων και των θεμάτων ότι κάθε μέλος της ομάδας είναι αρμόδιο για την κάλυψη της θεραπείας. (*Position of the American Dietetic Association 2001*) Η διατροφική θεραπεία που παρέχεται από τον *διαιτολόγο* εξαρτάται από τις ανάγκες του ατόμου και τον τόπο θεραπείας. Οι θεραπείες – κλειδί βασίζονται στις διατροφικές απαιτήσεις για το συγκεκριμένο στάδιο ζωής του ασθενή, στις θεραπείες επανένταξης και στην προσπάθεια αποκατάστασης των διατροφικών μοντέλων. (*Position of the American Dietetic Association 2006*)

Αρχικά, ο *διαιτολόγος* εξελίσσει το διατροφικό μέρος του θεραπευτικού πλάνου με τη συνεργασία της ομάδας και σύμφωνα με τους στόχους για ανάρρωση. (*Position of the American Dietetic Association 2006*) Ο *διαιτολόγος* αναπτύσσει το διατροφικό κομμάτι του διατροφικού πλάνου, εφαρμόζει το διατροφικό πλάνο και υποστηρίζει τον ασθενή για την ολοκλήρωση των στόχων που καθορίζονται στο θεραπευτικό πλάνο. Το ύφος της επικοινωνίας του *διαιτολόγου* με τον ασθενή, μπορεί να έχει επιπτώσεις στο να αλλάξει συμπεριφορά ο ασθενής. Συγκεκριμένα, ο ρόλος του *διαιτολόγου* είναι να αντιμετωπίσει τα θέματα τροφίμων και διατροφής και μαζί με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να παρακολουθήσουν για τυχόν σωματικά

συμπτώματα που συνδέονται με τον υποσιτισμό. (*Position of the American Dietetic Association 2001*) Μια συνολική αξιολόγηση, είναι απαραίτητη για την οργάνωση ενός θεραπευτικού πλάνου, για κάθε ασθενή με νευρογενή ανορεξία. Ο διαιτολόγος συμπληρώνει το πλάνο θεραπείας και στηρίζει τον ασθενή στο να πετύχει τους στόχους που έχουν τεθεί. (*Position of the American Dietetic Association 2006*) Πολύ πιθανό είναι να υπάρχουν ασθενείς, για τους οποίους οι θεραπείες δεν θα είναι αποτελεσματικές και οπωσδήποτε θα χρειαστούν άλλες καινοτόμες προσεγγίσεις. (*Halmi K. 2009*)

Οι διαιτολόγοι συμβάλλουν στον έλεγχο των ηλεκτρολυτών, των ζωτικών σημείων, του βάρους, της διατροφικής πρόσληψης και της διατροφικής συμπεριφοράς. (*Position of the American Dietetic Association 2006*) Τα στάδια της θεραπείας περιλαμβάνουν το σχέδιο, την προετοιμασία, τη δράση και τη συντήρηση. Ο διαιτολόγος πρέπει να βοηθήσει τους ασθενείς και να τους παρακινήσει να συνεχίσουν τη θεραπεία μέχρι να φτάσουν στο στάδιο της συντήρησης. (*Position of the American Dietetic Association 2001*) Οι ακρογωνιαίοι λίθοι της θεραπείας είναι η σχετική εκπαίδευση, ο σχεδιασμός γευμάτων, η εξασφάλιση τακτών μοντέλων διατροφής και η αποθάρρυνση ενδεχομένου δίαιτας. (*Position of the American Dietetic Association 2006*)

#### **4.4 Ανάρρωση του ασθενούς με νευρογενή ανορεξία**

##### **Ιατρική και Διατροφική διαχείριση.**

Η θεραπεία για τη Νευρογενή Ανορεξία μπορεί να είναι βασισμένη σε ασθενή ο οποίος νοσηλεύεται ή για εξωτερικό ασθενή, ανάλογα με τη δριμύτητα και τη χρονικότητα των ιατρικών και συμπεριφοριστικών επιπλοκών της διαταραχής. Καμία επαγγελματική πειθαρχία δεν είναι σε θέση να παρέχει την απαραίτητη ευρεία ιατρική, διατροφική και ψυχιατρική φροντίδα η οποία είναι απαραίτητη για τους ασθενείς στην ανάρρωση. Οι ομάδες των επαγγελματιών που επικοινωνούν τακτικά με τους ασθενείς, πρέπει να παρέχουν αυτή την φροντίδα. Η συνεργασία των θεραπειών με τους ασθενείς είναι το ίδιο απαραίτητη όταν η θεραπεία υποβάλλεται

σε ασθενή ο οποίος νοσηλεύεται ή σε εξωτερικό ασθενή. (*Position of the American Dietetic Association 2001*)

Αν και το βάρος είναι ένα κρίσιμο εργαλείο για τον καθορισμό της εξέλιξης του ασθενή, κάθε πρόγραμμα πρέπει να εξατομικεύεται σύμφωνα με το δικό του πρωτόκολλο. Το πρωτόκολλο πρέπει να περιλαμβάνει κάποιον θεραπευτή ο οποίος θα κάνει το ζύγισμα, η στιγμή που θα πρέπει να γίνεται το ζύγισμα και αν θα επιτρέπεται στον ασθενή να γνωρίζει το βάρος του. Ο ασθενής θα έχει τη δυνατότητα να συζητάει οτιδήποτε χρειαστεί μαζί με τον διαιτολόγο για το τρέχον βάρος του. Η κατάλληλη φάση για το ζύγισμα του ασθενή είναι σε μία συνεδρία διατροφής, όπου γίνεται συζήτηση των αντιδράσεων όσον αφορά το βάρος και παρέχονται εξηγήσεις για τις αλλαγές του βάρους. Σε κάποιες περιπτώσεις ο ασθενής εκφράζοντας την αυτοκαταστροφή του, μπορεί να χρησιμοποιήσει κάποια εναλλακτική μέθοδο. Ο ψυχολόγος μπορεί να κάνει το ζύγισμα και αν ο ασθενής είναι ιατρικά σταθερός, το βάρος του για εκείνη την επίσκεψη μπορεί να παραλειφθεί. Σε τέτοιες περιπτώσεις, υπάρχουν πολλά άλλα εργαλεία για να ελέγξουν την ιατρική κατάσταση του ασθενή, όπως τα ζωτικά σημεία, η συναισθηματική υγεία και οι εργαστηριακές μετρήσεις. (*Position of the American Dietetic Association 2001*)

### **Εξωτερικός ασθενής.**

Στη νευρογενή ανορεξία, οι στόχοι της θεραπείας σε έναν εξωτερικό ασθενή είναι η αποκατάσταση της θρέψης, η αποκατάσταση του βάρους, η βελτίωση της διατροφικής συμπεριφοράς, η βελτίωση στην ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση. Σαφώς, η αποκατάσταση βάρους από μόνη της δεν δείχνει την ανάρρωση, η απόκτηση βάρους χωρίς την ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλή είναι αντένδειξη. Ο ασθενής είναι τρομοκρατημένος με την απόκτηση του βάρους και είναι πιθανό να επιβιώνει με πείνα και η ποσότητα των τροφίμων να είναι τόσο μικρή με αποτέλεσμα να μην είναι επαρκής η πρόσληψη ενέργειας. Η σωστή καθοδήγηση και ένα σχέδιο που παρέχει το σκελετό για τα γεύματα, τα σνακς και τις επιλογές των τροφίμων, είναι χρήσιμες για τους περισσότερους ασθενείς. Ο διαιτολόγος καθορίζει τις θερμιδικές ανάγκες και μαζί με τον ασθενή αναπτύσσει ένα διατροφικό πλάνο το οποίο επιτρέπει στον ασθενή να καλύψει αυτές τις διατροφικές του ανάγκες. Ο διαιτολόγος χρειάζεται να συστήσει διαιτητικά συμπληρώματα τα οποία απαιτούνται για την κάλυψη των διατροφικών αναγκών. Σε πολλές περιπτώσεις, ο διαιτολόγος θα

είναι το μέλος ομάδας το οποίο θα συστήσει τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας τα οποία θα βασίζονται στην ιατρική κατάσταση του ασθενή, την ψυχολογική του κατάσταση και τη διατροφική πρόσληψη. Η σωματική δραστηριότητα πρέπει να περιοριστεί ή να αποφευχθεί αρχικά, έτσι ώστε η αποκατάσταση βάρους να μπορεί να επιτευχθεί. Η άσκηση είναι μια δραστηριότητα που αναλαμβάνεται για την απόλαυση και την σωματική υγεία και όχι για τη δαπάνη ενέργειας και την απώλεια βάρους. Η θεραπεία διατροφής πρέπει να επιτρέψει στον ασθενή να καταλάβει τις θρεπτικές ανάγκες του καθώς επίσης πρέπει να ρυθμίσει και να προσαρμόσει το σχέδιο διατροφής ώστε να καλύψει τις θρεπτικές απαιτήσεις του. (*Position of the American Dietetic Association 2001*)

Κατά τη διάρκεια της επανασίτισης (ειδικά στην αρχική φάση της επανασίτισης) ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται για ενδείξεις του συνδρόμου επανασίτισης. (*Position of the American Dietetic Association 2001*) Με τον όρο «σύνδρομο επανασίτισης» εννοούμε το σύνολο των συμπτωμάτων που εμφανίζονται κατά την επανασίτιση του υποσιτισμένου ατόμου. Το σύνδρομο εμφανίζεται σε ασθενείς που χαρακτηρίζονται από μεγάλη απώλεια βάρους και παρατεταμένη νηστεία. (*Mehler P. 2001, Ζαμπέλας Α. 2007*) Το σύνδρομο επανασίτισης χαρακτηρίζεται από ξαφνική και κάποιες φορές σοβαρή υποφωσφαταιμία, ξαφνική πτώση του μαγνησίου, υποκαλιαιμία, γαστρεντερική δυσλειτουργία και καρδιακή αρρυθμία. Η κατακράτηση νερού κατά τη διάρκεια της επανασίτισης πρέπει να προληφθεί και να συζητηθεί με τον ασθενή. (*Position of the American Dietetic Association 2001*) Τη συχνότερη περίπτωση συνδρόμου επανασίτισης αποτελούν κυρίως οι ασθενείς που αναρρώνουν από την νευρογενή ανορεξία. (*Ζαμπέλας Α. 2007*) Η κλινική οντότητα γνωρίζει ότι το σύνδρομο επανασίτισης είναι μια πιθανή καταστροφική επιπλοκή καθώς μπορεί να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια του αρχικού σταδίου της θεραπευτικής αποκατάστασης σε ασθενείς με σοβαρές επιπλοκές από τη νευρογενή ανορεξία. Οι ασθενείς βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο από αυτό το σύνδρομο κατά τη διάρκεια των πρώτων 2-3 εβδομάδων της επανασίτισης. Το σύνδρομο επανασίτισης εμφανίζεται από την καρδιαγγειακή κατάρρευση σε ένα υποσιτιζόμενο άτομο, μετά από στοματική, εντερική ή παρεντερική πρόσληψη θρεπτικών συστατικών υψηλών σε θερμίδες. (*Mehler P. 2001*) Τα κλινικά συμπτώματα που εμφανίζονται συχνότερα στους επανασιτιζόμενους ανορεξικούς ασθενείς είναι το οίδημα και η καθυστερημένη γαστρική εκκένωση. Σημαντικά παθοφυσιολογικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου αποτελούν επίσης οι διαταραχές της ισορροπίας των υγρών και του μεταβολισμού της



γλυκόζης και η ανεπάρκεια σε βιταμίνες (π.χ. θειαμίνη). (Ζαμπέλας Α. 2007, Mehler P. 2001) Η μείωση φωσφορικού άλατος, παράγει ευρέως διαδεδομένες ανωμαλίες, συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής σύλληψης και του παραληρήματος. Οι δύο βασικές βιοχημικές ανωμαλίες οι οποίες είναι υπεύθυνες για πολλές από τις κλινικές εκδηλώσεις της υποφωσφαταιμίας, είναι τα εξασθενημένα ενεργειακά αποθέματα των κυττάρων, τα οποία προκαλούνται από τη μείωση του ενδοκυτταρικού τριφωσφορικού άλατος της αδενοσίνης και η δεύτερη ανωμαλία είναι η υποξία ιστού, η οποία είναι το αποτέλεσμα των μειωμένων επιπέδων του ερυθροκυττάρου 2,3 diphosphoglycerate (2,3-DPG). Τα επίπεδα ορού των ηλεκτρολυτών του ασθενή και ειδικά του φωσφόρου, πρέπει να ελέγχονται συχνά κατά τη διάρκεια των αρχικών σταδίων αποκατάστασης βάρους προς αποφυγή προβλημάτων επανασίτισης. Όταν ο ασθενής έχει αποκτήσει ένα σταθερό βάρος για μερικές εβδομάδες, τότε δεν χρειάζεται συχνή παρακολούθηση. (Mehler P. 2001)

Το σύνδρομο επανασίτισης, έχει αναγνωρισθεί αλλά έχει κατανοηθεί σε μικρό βαθμό στην νευρογενή ανορεξία. Τα συμπτώματα είναι εντονότερα για τους ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε σοβαρή κατάσταση, αλλά και για όσους ξεκινάνε με πολύ χαμηλό βάρος και μπορεί να καταλήξουν σε σοβαρά προβλήματα αλλά και αιφνίδιο θάνατο. (Mehler P. 2001, Ζαμπέλας Α. 2007) Το σύνδρομο επανασίτισης μπορεί να εμφανιστεί σε ήπια μορφή ακόμα και σε ήπια υποσιτισμένα άτομα που προσπαθούν να επαναφέρουν φυσιολογικές διαιτητικές συνήθειες. Σημαντικό ρόλο παίζει και το άγχος που νιώθουν τα άτομα καθώς βλέπουν το σώμα τους να αλλάζει, κάτι το οποίο δεν είχαν συνηθίσει τελευταία. (Ζαμπέλας Α. 2007) Το σύνδρομο επανασίτισης, έχει επίσης επιπτώσεις και στον καρδιακό μυ και μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρά καρδιακά, νευρομυϊκά, αναπνευστικά και άλλα προβλήματα και πρέπει να αντιμετωπίζεται με ιδιαίτερη σοβαρότητα στη φάση της ανάρρωσης του ασθενή. Επειδή οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία έχουν χάσει ένα σημαντικό ποσό βάρους, υπάρχει ατροφία των μυών με αποτέλεσμα τη μείωση της δύναμής τους. Κατά τη διάρκεια της επανασίτισης, η ξαφνική κατάποση μεγάλων ποσοτήτων θρεπτικών συστατικών, μπορούν να συντρίψουν τη μειωμένη ικανότητα του καρδιαγγειακού συστήματος και να οδηγήσει σε καρδιακή ανεπάρκεια. (Mehler P. 2001, Ζαμπέλας Α. 2007) Πρέπει να παρέχονται οδηγίες για την σωστή επιλογή των τροφίμων που επιδρούν στην καλή λειτουργία του εντέρου. Στην αρχή της θεραπείας ο διαιτολόγος πρέπει να έχει συχνή επαφή με τον ασθενή. Αν ο ασθενής ανταποκρίνεται στην ιατρική θεραπεία, στην ψυχιατρική και στην διατροφική θεραπεία, τότε οι επισκέψεις

μπορεί να είναι λιγότερο συχνές. Το σύνδρομο επανασίτισης μπορεί να εμφανιστεί και στον εξωτερικό ασθενή αλλά και σε έναν ασθενή που νοσηλεύεται και ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται κατά τη διάρκεια της αρχικής πορείας της επανασίτισης. (*Position of the American Dietetic Association 2001*) Ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για τα τυχόν συμπτώματα του συνδρόμου, αλλά και για την αντιμετώπισή τους ή πρόληψη αυτών. Χρειάζεται μείωση της πρόσληψης νατρίου με σκοπό την ελάττωση του οιδήματος. Η πρόσληψη καλίου πρέπει να είναι επαρκής (>65mmol/ημέρα), ακόμα και όταν η πρόσληψη τροφής είναι χαμηλή. Το ίδιο επαρκές πρέπει να είναι και η πρόσληψη φωσφόρου. Με την κατανάλωση 2 ποτηριών γάλα ημερησίως ή αραιωμένους χυμούς αυτό μπορεί να επιτευχθεί. (*Ζαμπέλας Α. 2007*) Όταν τα επίπεδα ηλεκτρολυτών και φωσφόρου του ασθενή βρίσκονται σε κανονικά επίπεδα, τότε ο διαιτολόγος αποφασίζει για την οποιαδήποτε αύξηση των θερμίδων. (*Mehler P. 2001*) Απαιτείται η διατήρηση ενός σταθερού ρυθμού σίτισης αλλά και η σύσταση ενός ημερήσιου διαιτολογίου από πολλά και μικρά γεύματα και σνακ τα οποία θα καταναλώνονται με αργό ρυθμό. (*Ζαμπέλας Α. 2007*) Μια εβδομάδα μετά, ο ασθενής συνεχίζει να αγωνίζεται με το σχέδιο του γεύματός του και πρέπει να παρακολουθείται από τον διαιτολόγο και τον ψυχολόγο δύο φορές την εβδομάδα. (*Mehler P. 2001*)

### **Ασθενής που νοσηλεύεται.**

Αν και πολλοί ασθενείς ίσως ανταποκριθούν στη θεραπεία ως εξωτερικοί ασθενείς, άλλοι δεν ανταποκρίνονται. Το χαμηλό βάρος είναι μόνο ένας δείκτης υποσιτισμού, το βάρος δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιείται ως το μόνο κριτήριο για την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο. Πολλοί ασθενείς με νευρογενή ανορεξία είναι πεπειραμένοι αρκετά στο να παραποιούν το βάρος τους διαμέσου των στρατηγικών όπως υπερβολική κατανάλωση νερού/υγρών. Αν το σωματικό βάρος είναι από μόνο του κριτήριο για εισαγωγή στο νοσοκομείο, συμπεριφορές μπορεί να οδηγήσουν σε οξεία υπονατρίαμια ή επικίνδυνη απώλεια σωματικού βάρους. (*Position of the American Dietetic Association 2001*) Όλα τα κριτήρια για την εισαγωγή πρέπει να ληφθούν υπόψη. Τα κριτήρια για την εισαγωγή του ασθενή είναι τα εξής:

- Σοβαρός υποσιτισμός (βάρος <75% από το φυσιολογικό βάρος/ύψος)

- Αφυδάτωση
- Διαταραχές ηλεκτρολυτών
- Καρδιακή δισυρθμία
- Φυσιολογική αστάθεια (σοβαρή βραδυκαρδία, υποθερμία <36°C, υπόταση, ορθοστατικές αλλαγές (σφυγμός και πίεση του αίματος)
- Επιβράδυνση της ανάπτυξης
- Αποτυχία της θεραπείας ως εξωτερικός ασθενής
- Έντονη άρνηση φαγητού
- Ανεξέλεγκτη κάθαρση
- Έντονες ιατρικές περιπλοκές υποθρεψίας (π.χ. παγκρεατίτιδα, καρδιακή ανεπάρκεια, λιποθυμία, καρδιακή πρόσβολή)
- Έντονα ψυχιατρικά ξεσπάσματα (τάσεις αυτοκτονίας, έντονες ψυχώσεις)
- Διάγνωση συννοσηρότητας η οποία παρεμποδίζει τη θεραπεία της διατροφικής διαταραχής (π.χ. σοβαρή κατάθλιψη, ψυχαναγκαστική διαταραχή, έντονη οικογενειακή δυσλειτουργία) (*Position of the American Dietetic Association 2001*)

Οι στόχοι της θεραπείας σε έναν ασθενή που νοσηλεύεται είναι ίδιοι με τη διαχείριση του εξωτερικού ασθενή. Η ιατρική αστάθεια, η ιατρική και θρεπτική σταθεροποίηση είναι ο πρώτος και πιο σημαντικός στόχος της θεραπείας. Αυτό είναι συχνά απαραίτητο πριν η ψυχολογική θεραπεία γίνει αποτελεσματική. Συχνά, η πρώτη φάση της θεραπείας είναι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση του ασθενή. Μετά την ιατρική σταθεροποίηση ο ασθενής μπορεί να μεταφερθεί στο σπίτι του και να του επιτραπεί να δοκιμάσει θεραπεία σαν εξωτερικός ασθενής. (*Position of the American Dietetic Association 2001*)

Ο διαιτολόγος πρέπει να καθοδηγήσει το θεραπευτικό πλάνο. Το θεραπευτικό πλάνο οφείλει να βοηθήσει τον ασθενή, να καταναλώσει μία δίαιτα η οποία θα είναι επαρκής σε ενέργεια και ισορροπημένη σε θρεπτικά συστατικά. (*Position of the American Dietetic Association 2001*) Ένα επιπλέον σημαντικό στοιχείο του θεραπευτικού πλάνου, ειδικά για ασθενείς που βρίσκονται σε πιο σοβαρή κατάσταση, είναι η ανεκτίμητη εμπειρία του διαιτολόγου. (*Mehler P. 2001*)

Ο διαιτολόγος παρεμβαίνει στο θεραπευτικό πλάνο σε ένα δεύτερο επίπεδο, αφού πρώτα έχει γίνει η διαγνωστική συνάντηση του ασθενούς με τον ψυχίατρο ή τον ψυχολόγο. Δεν είναι όλοι οι ασθενείς έτοιμοι να δεχθούν διαιτολογική παρέμβαση

καθώς για ορισμένους που έχουν ιδιαίτερα διαταραγμένη εικόνα σώματος, προέχουν οι συνεδρίες με τον ψυχολόγο ή τον ψυχίατρο για να βελτιωθεί η σχέση τους με την εικόνα του σώματός τους. (Mehler P. 2001) Ο διαιτολόγος οφείλει να παρακολουθεί την πρόσληψη ενέργειας καθώς και τη σύσταση σώματος και να σιγουρευτεί ότι έχει επιτευχθεί η αύξηση σωματικού βάρους. Όπως συμβαίνει και με την θεραπεία εξωτερικού ασθενή, η διατροφική θεραπεία πρέπει να έχει σαν στόχο να βοηθήσει τον ασθενή να καταλάβει τις θρεπτικές ανάγκες όπως επίσης να κάνει τον ασθενή να ξεκινήσει σωστές επιλογές τροφών με το να αυξάνει την ποικιλία στη διατροφή. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις η εντερική ή παρεντερική σίτιση μπορεί να είναι απαραίτητη. Ωστόσο, κίνδυνοι που σχετίζονται με την επιθετική υποστήριξη διατροφής σε αυτούς τους ασθενείς είναι ουσιαστικοί, περιλαμβάνοντας την υποφωσφαταιμία, οίδημα, καρδιακή ανεπάρκεια, αιφνίδια καρδιακή προσβολή. Η εμπιστοσύνη στα τρόφιμα (προτιμότερη από την εντερική ή παρεντερική διατροφή) είναι η κύρια μέθοδος αποκατάστασης βάρους η οποία συμβάλει σημαντικά σε μία επιτυχημένη μακροπρόθεσμη αποκατάσταση. (Position of the American Dietetic Association 2001) Είναι σημαντικό, όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να έχουν τον ίδιο στόχο όσον αφορά το βάρος του ασθενή. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας ο διαιτολόγος οφείλει να ζυγίζει τον ασθενή μία ή δύο φορές την εβδομάδα. (Mehler P. 2001) Ο γενικός στόχος είναι να βοηθηθεί ο ασθενής να ομαλοποιήσει τα διατροφικά του σχέδια και να μάθει ότι αυτή η αλλαγή συμπεριφοράς πρέπει να συνδυάζει σχέδιο και εξάσκηση με πραγματικά τρόφιμα. (Position of the American Dietetic Association 2001)

Οι ιατροί στοχεύουν στο να κερδίζουν οι ασθενείς που νοσηλεύονται 0,45 – 1.30kg /εβδομάδα. Παρά τη χαμηλή ποσότητα των θερμίδων που λαμβάνουν οι ασθενείς στην αρχή της θεραπείας, μπορεί να κερδίζουν γρήγορα βάρος εξαιτίας της κατακράτησης υγρών που είχαν και του χαμηλού μεταβολισμού. Παρ' όλα αυτά, ο αριθμός των θερμίδων που συμπεριλαμβάνονται στην τροφή, οδηγεί στην γρήγορη πρόσληψη σωματικού βάρους. Γενικά, οι ασθενείς απαιτείται να λαμβάνουν δίαιτες των 800-1000kcal/ημέρα και στη συνέχεια πρέπει οι θερμίδες να αυξάνονται κατά 200-300kcal κάθε 3-4 ημέρες. Καθώς οι ασθενείς πλησιάζουν στον στόχο τους, αυτοί συχνά μπορεί να καταναλώνουν 3000-3500kcal/ημέρα. (Mehler P. 2001)

Μετά από παρακολούθηση 95 ασθενών, οι οποίοι είχαν λάβει θεραπεία ως εσωτερικοί ασθενείς που νοσηλεύονται στις Η.Π.Α. για 10 ως 15 χρόνια, οι Strober et al. ανακάλυψαν ότι τα  $\frac{3}{4}$  των συμμετεχόντων είχαν επιτύχει πλήρη ανάρρωση (δεν

παρουσίασαν συμπτώματα για 8 συνεχείς εβδομάδες). Σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες χρόνιας Νευρογενούς Ανορεξίας (μέση ή κακή έκβαση) ήταν μία ακραία ψυχαναγκαστική ανάγκη για σωματική άσκηση και ένα ιστορικό δυσκολίας στις κοινωνικές συναναστροφές, τα οποία προηγούνται της ανάπτυξης της ασθένειας. Σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες ενός μεγαλύτερου χρόνου ανάρρωσης ήταν μία πιο εχθρική στάση ενός ασθενούς απέναντι στην οικογένειά του και η ακραία ψυχαναγκαστική συμπεριφορά στις καθημερινές του ασχολίες. Η πρόιμη ανάπτυξη της ασθένειας και στα δυο αυτά μοντέλα δεν αποτελούσε σημαντικό δείκτη. (*Berkman N. et al 2006*)

### **Μερική νοσηλεία σε νοσοκομείο.**

Η μερική νοσηλεία σε νοσοκομείο (ημερήσια θεραπεία) χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο για να μειώσει τη διάρκεια της θεραπείας μερικών ασθενών που νοσηλεύονται και επίσης χρησιμοποιείται σε ήπιες περιπτώσεις νευρογενούς ανορεξίας αντί μιας νοσηλείας. Οι ασθενείς συνήθως παρακολουθούνται για 7 με 10 ώρες την ημέρα όπου τους σερβίρονται δύο γεύματα και ένα με δύο σνακς. Κατά τη διάρκεια της ημέρας, οι ασθενείς παίρνουν μέρος σε ιατρική και διατροφική παρακολούθηση, τους παρέχονται διατροφικές συμβουλές και ψυχοθεραπεία ομαδικά ή ατομικά. Ο ασθενής είναι υπεύθυνος για ένα γεύμα και ένα προτεινόμενο σνακ στο σπίτι. Το άτομο το οποίο παίρνει μέρος στη μερική νοσηλεία πρέπει να παρακινηθεί στο να είναι ικανό να καταναλώνει μια επαρκή διατροφική ποσότητα στο σπίτι, όπως επίσης να ακολουθεί συστάσεις λαμβάνοντας υπόψη τη φυσική δραστηριότητα. (*Position of the American Dietetic Association 2001*)

### **Ανάρρωση.**

Η νευρογενής ανορεξία έχει βαθιές ιατρικές και ψυχολογικές συνέπειες οι οποίες μπορεί να επιμένουν καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής. Η κατάθλιψη, η ανησυχία, η κοινωνική απόσυρση, η κόπωση και πολλαπλές ιατρικές επιπλοκές, αντιπροσωπεύουν τις τρέχουσες δυσκολίες, οι οποίες συσχετίζονται με τη διατροφική διαταραχή. (*Bulik C. et al 2005*)

Η θνησιμότητα από την ανορεξία έχει υπολογιστεί να είναι 5% ανά δεκαετία. Μαζί με την κατάχρηση ουσιών, οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν τη

σημαντικότερη συμβολή στην υπερβολική θνησιμότητα από τις ψυχιατρικές διαταραχές. Η νευρογενής ανορεξία, συνδέεται επίσης με τα μεγαλύτερα προβλήματα στην αναπαραγωγή, στην οστεοπόρωση, στο συνεχές χαμηλό δείκτη μάζας σώματος (BMI) και στην κατάθλιψη. (Bulik C. et al 2005)

Η ανάρρωση από νευρογενή ανορεξία παίρνει χρόνο. Ακόμα και όταν ο ασθενής έχει αποκατασταθεί ιατρικά, ίσως χρειαστεί μία ψυχιατρική υποστήριξη για να στηρίξει την αλλαγή. (Position of the American Dietetic Association 2001) Μια διερευνητική μελέτη η οποία διεξήχθη στη Σουηδία, παρακολουθούσε άτομα με νευρογενή ανορεξία. Μέσα σε μία περίοδο 10 ετών, σχεδόν τα μισά άτομα της ομάδας είχαν πλήρως αναρρώσει. Ένα μικρό ποσοστό συνέχισε να υποφέρει από Νευρογενή Ανορεξία και οι υπόλοιποι συνέχισαν να έχουν άλλες διατροφικές διαταραχές. Τα μέλη της μιας ομάδας με Νευρογενή Ανορεξία δεν διέφεραν πλέον από εκείνα της ομάδας σύγκρισης, όσον αφορά το σωματικό βάρος, άλλα συνέχισαν να είναι περισσότερο καταθλιπτικοί και να υποφέρουν από μια ποικιλία διαταραχών της προσωπικότητας, ψυχαναγκαστική διαταραχή, σύνδρομο Asperger και διαταραχές αυτιστικού φάσματος. (Berkman N. et al 2006)

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την ανάρρωση ή τη θετική έκβαση της ασθένειας περιλάμβαναν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς, ενώ οι παράγοντες εκείνοι που σχετίζονταν με τα αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας, περιλάμβαναν την ταυτόχρονη κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών. (Berkman N. et al 2006) Οι πιο συνηθισμένες ψυχιατρικές ασθένειες που συνοδεύουν τη Νευρογενή Ανορεξία περιλαμβάνουν σημαντικές διαταραχές άγχους και κατάθλιψης. Οι διαταραχές άγχους συχνά προηγούνται της ανάπτυξης της διατροφικής διαταραχής και η κατάθλιψη συχνά επιμένει μετά την ανάρρωση από αυτή. Ο Herzog D. και οι συνάδελφοί του μέτρησαν μέσα σε μία χρονική περίοδο, την αλλαγή στις πιθανότητες μιας πρώτης ανάρρωσης στις περιπτώσεις Heidelberg , αφού παρακολούθησαν τους ασθενείς σε ένα μέσο όρο 11.7 ετών. Ο μέσος ασθενής είχε μία πρώτη ανάρρωση σε 5,8 χρόνια, με μεγαλύτερη πιθανότητα ανάρρωσης στα 6 πρώτα χρόνια απ' ότι αργότερα. Σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της πρώτης ανάρρωσης ήταν τα χαμηλότερα επίπεδα ορού κρεατινίνης στην εξέταση αναφοράς, λιγότερες κενώσεις και η αλληλεπίδραση των λιγότερων κενώσεων με τα λιγότερα κοινωνικά προβλήματα όπως μετρήθηκαν από το Anorexia Nervosa Symptom Score (ANSS). (Berkman N. et al 2006)

Οι Lowe et al. παρακολούθησαν την ίδια ομάδα ασθενών για 21 χρόνια. Μεταξύ των 63 ασθενών, το 51% παρουσίασε μια καλή έκβαση και πλήρη ανάρρωση, το 21% ανάρρωσε μερικώς και το 26% είχε κακή έκβαση, ενώ το 2% παρέμενε άγνωστο. Οι κακές μακροχρόνιες εκβάσεις (στα 21 χρόνια από την έναρξη θεραπείας εσωτερικής διαμονής) σχετίστηκαν με χαμηλό BMI, σοβαρά ψυχολογικά συμπτώματα και κοινωνικά προβλήματα, υψηλότερη τελειομανία και χαμηλότερα επίπεδα αιμοσφαιρίνης και αλκαλικής φωσφατάσης (στα 12 έτη από την έναρξη της θεραπείας εσωτερικής διαμονής). (Berkman N. et al 2006)

Επιπροσθέτως, μια σειρά φαρμακολογικών και γενετικών μελετών, καθώς και μελετών απεικόνισης νευρών έχουν εντοπίσει σημαντικές διαταραχές στη λειτουργία της σεροτονίνης σε άτομα με Νευρογενή Ανορεξία ακόμη και μετά την ανάρρωση. Αν και η σεροτονίνη έχει αποτελέσει αντικείμενο σημαντικής έρευνας με δεδομένη την αλληλεξάρτηση της νευροδιαβιβαστικής λειτουργίας, κάποια άλλα συστήματα νευροδιαβιβαστών και κυρίως η ντοπαμίνη, εμπλέκονται επίσης σε αυτές τις διαταραχές. (Berkman N. et al 2006)

Ο Herzog D. και οι συνάδελφοί του συνέκριναν τις συνέπειες δύο υπό-τύπων της Νευρογενούς Ανορεξίας, δηλαδή εκείνου που αφορά στον περιορισμό λήψης τροφής και εκείνου που σχετίζεται με επεισόδια βουλιμίας/κένωσης. Κανένας ασθενής δεν είχε λάβει ενδονοσοκομειακή θεραπεία. Μετά από 4ετή παρακολούθηση οι συντάκτες της μελέτης ανακάλυψαν ότι το ποσοστό των ασθενών που είχαν πλήρως αναρρώσει ήταν μεγαλύτερο στον υπό-τύπο βουλιμίας/κένωσης έναντι του υπό-τύπου περιορισμού της τροφής. Ένα πολύ μεγαλύτερο ποσοστό πέτυχε μερική ανάρρωση (δεν πληρούσε όλα τα κριτήρια της Νευρογενούς Ανορεξίας παρόλα αυτά παρουσίασε ένα σημαντικό μέρος των συμπτωμάτων). Μετά από 7ετή παρακολούθηση οι διαφορές μεταξύ των ομάδων, όσον αφορά το ποσοστό που είχε αναρρώσει από την ασθένεια είχαν μειωθεί. Περίπου το 1/3 των ασθενών και στις δύο υπό ομάδες είχαν αναρρώσει πλήρως και περισσότερο από το 80% είχε αναρρώσει μερικώς. Το 40% των ασθενών υποτροπίασε μετά την πρώτη ανάρρωση. Μετά από παρακολούθηση της ομάδας για 8 χρόνια, εμφανίστηκαν διαφορές στη διάρκεια της θεραπείας για εκείνους που περιλαμβάνονταν στον υπό τύπο βουλιμίας/κένωσης, αλλά δεν προβλέφθηκαν μέτρα για τον υπολογισμό της παρορμητικής συμπεριφοράς, περιλαμβανομένου και ενός ιστορικού αλκοολισμού, χρήσης ναρκωτικών, κλεπτομανίας, αυτοκτονικής συμπεριφοράς και οριακής προσωπικότητας. (Berkman N. et al 2006)

Για τους ασθενείς με νευρική ανορεξία, ένας από τους μεγαλύτερους φόβους τους είναι να φτάσουν σε ένα χαμηλό υγιές βάρος και όχι στο να σταματήσουν να κερδίζουν βάρος. Στην μακροπρόθεσμη συνέχεια ο ρόλος του διαιτολόγου είναι να βοηθήσει τον ασθενή στο να φτάσει σε ένα αποδεκτό υγιές βάρος και φυσικά να τον βοηθήσει ώστε να το διατηρήσει. Οι συμβουλές του διαιτολόγου πρέπει να επικεντρωθούν στο να βοηθήσει τον ασθενή να καταναλώνει μια κατάλληλη και ποικίλη διατροφή ώστε να διατηρεί το βάρος του και τη σύσταση σώματος. (*Position of the American Dietetic Association 2001*)

### **Συμπερασματικά**

Η Νευρογενής Ανορεξία είναι μια σύνθετη και πολύ-παραγοντικής αιτιολογίας διαταραχή, που προσβάλλει κυρίως έφηβες κοπέλες και νεαρές ενήλικες γυναίκες. Είναι μία πολύπλοκη, επικίνδυνη ασθένεια που καταστρέφει σώμα και πνεύμα και επηρεάζει έντονα τη ζωή όλων που έχουν να την αντιμετωπίσουν. Δεν είναι σίγουρα κάτι, που κάποιος, έστω και αν αυτός είναι ειδικός, να μπορεί να το αντιμετωπίσει μόνος του. Η έγκαιρη διάγνωση, συμβάλλει σημαντικά στη θετική θεραπευτική εξέλιξη, αλλά παρεμποδίζεται συχνά από τα ισχυρά συναισθήματα μυστικοπάθειας, άρνησης και ντροπής από μέρους του ασθενούς. Οι γονείς πρέπει να επικοινωνούν με τα παιδιά τους και όχι απλά να μιλάνε. Πρέπει να λαμβάνουν όλα τους τα μηνύματα και να τα ενθαρρύνουν ώστε να ανοίγονται.

Αν και τα άτομα που πάσχουν από ανορεξία μπορεί να αρνούνται τη θεραπεία, η συνεργασία μιας ομάδας από ειδικούς που θα εστιάσει στις ιατρικές, ψυχολογικές και διατροφικές ανάγκες των ατόμων αυτών, αποτελεί βασική προϋπόθεση για θετικά αποτελέσματα. Ο ψυχολόγος ή ο ψυχίατρος ηγείται μιας διεπιστημονικής ομάδας, ο οποίος είναι εξοικειωμένος να παρέχει ψυχοθεραπεία στους ασθενείς, είναι το επίκεντρο της θεραπευτικής ομάδας. Ο διαιτολόγος έχει τον δευτερεύον ρόλο στην ομάδα και είναι εξοικειωμένος να αξιολογεί τη θρεπτική και συμπεριφοριστική κατάσταση του ασθενή απέναντι στα τρόφιμα. Συμβουλεύει τον ασθενή, ώστε να καταναλώνει μια ποικίλη διατροφή, να διατηρεί το βάρος του και τη σύσταση του σώματός του όταν φτάσει σε ένα αποδεκτό υγιές βάρος. Η ανάρρωση απαιτεί αρκετό χρόνο και ο ασθενής χρειάζεται ψυχιατρική υποστήριξη εξαιτίας της απότομης αλλαγής του σώματός του.



## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Attia E. & Wash T. Anorexia Nervosa. *Am J Psychiatry* 2007. 162:12, 1805-1810.
2. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2006, 157: 2073-2082
3. Berkman N. et al. Management of Eating Disorders. Evidence Report/Technology Assessment. No 135 2006 AHRQ Publication No. 06-E010
4. Blake D. A review of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Curr Probl Pediatr* 1995 25: 67-89.
5. Bulik C., Reba L., Siega-Riz A., Reichborn-Kjennerub T. Anorexia Nervosa: definition, Epidemiology, and Cycle of Risk. *Int J Eat Disorder* 2005, 37: S2-S9.
6. Chakraborty K. & Basu D. Management of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: An evidence-based review. *Indian J Psychiatry* 2010, 52.2: 174-186
7. Collier D. & Treasure J. The etiology of eating disorders. *British journal of psychiatry* 2004, 185: 363-365.
8. Committee on adolescence. Identifying and treating eating disorders. *Pediatrics* 2003, 111:204-211.
9. Dasha N. and Russell V. Eating Disorders and weight problems. *Bmj* 2005, 330: 950-953.
10. Davison G.C. & Neale J.M. "*Abnormal Psychology*". USA: John Wiley & Sons Inc. 1993. 206-224.
11. Elkin G.D. *Introduction to Clinical Psychiatry*. USA: Appleton & Lange 1999, 183-192.
12. Ζαμπέλας Α. Κλινική Διαιτολογία & Διατροφή με στοιχεία παθολογίας. Αθήνα :Ιατρικές Εκδόσεις 2007, Τόμος 2: σελ. 566-573
13. Fairburn C. Cooper Z. Doll H. Welch S. Risk Factors for Anorexia Nervosa, *Arch Gen Psychiatry* 1999, 56: 468-476.
14. Garner D. Body image disturbances in anorexia nervosa and obesity. *Psychosomatic medicine* 1976, 38: 327-336.

15. Gary A. Pathophysiology of Eating Disorders. In: Robbert – McComb JJ, editor. Eating disorders in women and children. New York, London: CRS Press, 2001: 49-58.
16. Gonzales A. Kohn M. & Charke S. Eating disorders in adolescents. *Australian family physician* 2007, 36: 614-619.
17. Haller E. Eating disorders a review and update, *West J Med* 1992, 157: 685-662.
18. Halmi K. Physiology of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 267- 271
19. Halmi. K. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. *World Psychiatry* 2009, 8: 150-155.
20. Hsu G. Eating Disorders: Practical investigation, *journal of the American Medical Women's association* 2004, 59-2: 113-124.
21. Hudson J. Pope H. Yurgelun-Todd D. Jonas J. & Frankenburg F. A controlled study of life-time prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic patients. *American Journal of Psychiatry* 1987, 144: 1283-1287.
22. Inui A. Eating behavior in Anorexia Nervosa an excess of both orexigenic and anorexigenic signaling. *Molecular Psychiatry* 2001, 6: 620-624.
23. Kay J., Tasman A. & Lieberman A. *Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials*. USA: W.B. Saunders Company, 2000, 447-459.
24. Kaye W. Bulik C. Thornton L. Barbarich N. Masters K. Comorbidity of Anxiety Disorders with Anorexia and Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry* 2004, 161: 2215–2221.
25. Kennedy S.H., & Garfinkel P.E. Advances in the diagnosis and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry* 1992, 37: 309-315.
26. Lyn P. Eating Disorders: a review on the literature with emphasis on medical complications and clinical nutrition, *Alternative medical review* 2002, 7-3: 184-202.
27. Lock J., Le Grande D., Agras S., Dare C. *εγχειρίδιο θεραπείας για την ψυχογενή ανορεξία , μια οικογενειακή προσέγγιση*, Αθήνα, Εκδόσεις Πατάκη 2007.

28. Μάνος Ν. Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών 1997, Σελ. 334-39.
29. Mehler P. Diagnosis and Care of Patients with Anorexia Nervosa in Primary Care Settings. *Ann Intern Med* 2001, 134: 1048-1059.
30. Mehler P., Winkelman A. Andersen D & Gaudiani J. Nutritional rehabilitation : Practical guidelines for refeeding the anorectic patient. *Journal of nutrition and metabolism* 2010, Vol 2010: 1-7.
31. Miller K. & Golden N. An Introduction to Eating Disorders: Clinical Presentation, Epidemiology and Prognosis. *Nutrition in Clinical Practice* 2010, 25: 110-117.
32. Mitrany E. & Melamed Y. Compulsory treatment of Anorexia Nervosa. *Isrj Psychiatry Relat Sci* 2005, 44: 185-190.
33. Morris J. & Twaddle S. Clinical Review: Anorexia nervosa. *BMJ* 2007, 334: 894-8.
34. Piran N. Kennedy S. Garfinkel, P. & Owens M. Affective disturbance in eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1985, 173: 395-400.
35. Pomeroy C. & Mitchell JE. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press, 2002: 278-285
36. Position of the American Dietetic Association. Nutrition Intervention in the Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Other Eating Disorders. *J Am Diet Assoc* 2006, 106: 2073-2082.
37. Position of the American Dietetic Association. Nutrition Intervention in the treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Other Eating Disorders, *Journal of the American Dietetic Association* 2001, 101 no 7:810-819.
38. Raboch, J., & Faltus, F. Sexuality of women with anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991, 84: 9-11.
39. Ramacciotti C. Coli E. Biadi O. & Dell'Osso L. Silent pericardial effusion in a sample of anorexic patients. *Eat-Weight-Disord.* 2003, 8(1): 68-71.
40. Rome E. et al. Children and Adolescents With Eating Disorders: The State of the Art. *Pediatrics* 2003, 111: 98-108.

41. Sidiropoulos. Anorexia Nervosa the physiological consequences of starvation and the need for primary prevention efforts. *McGill journal of medicine* 2007, 10: 20-25.
42. Stacher G. Gut function in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Scand-J-Gastroenterol.* 2003, 38(6): 573-87.
43. Steinhausen H. The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *Am J Psychiatry* 2002, 159: 1284-1293.
44. Stratoudakis G. & Tzanakis E. Anorexia Nervosa in women. *Arcives of hellinic medicine* 2004, 21: 413-421.
45. Σολδάτος Κ. & Λύκουρας Λ. Σύγγραμμα Ψυχιατρικής. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις. 2006 Σελ. 377-398
46. Τριπόδης Ν., Σπανού Β., Καζάνη Ι. *Νευρογενής Ανορεξία. 2008: Σελ 1-116*
47. Walters E. & Kendler K. Anorexia nervosa and anorexia-like symptoms in a population based twin sample. *American Journal of Psychiatry* 1994, 152: 62-71.
48. Welch S.L. & Fairburn C.G. Sexual abuse and bulimia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *American Journal of Psychiatry* 1994, 151: 402-407.
49. Williams P. Goodie J. & Motsinger C. Treating eating disorders in primary care. *American family psysician* 2008, 77: 187-195.
50. Woodside B. A review of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Current problems in pediatrics* 1995, 25: 67-89.
51. Χριστοδούλου, Γ.Ν. & συνεργάτες (2000). «Ψυχιατρική». Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις. σελ. 482-496