



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ (ΤΕΙ) ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ:

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΝΕΥΡΙΚΗ
ΑΝΟΡΕΞΙΑ
NUTRITIONAL REHABILITATION IN ANOREXIA
NERVOSA

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

ΤΣΑΤΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

A.M. 1615

ΣΗΤΕΙΑ, ΚΡΗΤΗ 2018

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Α.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νευρική ανορεξία αποτελεί μια ύπουλη και επικίνδυνη ασθένεια που κάνει το άτομο να χάνει την αίσθηση της εξωτερικής εικόνας του σώματός του. Αυτή η νοητική διαστρέβλωση μπορεί να οδηγήσει σε άγνωστα μονοπάτια και να καταλήξει στον θάνατο. Τα αίτια της νευρικής ανορεξίας ποικίλλουν, αν και ακόμη η επιστήμη δεν γνωρίζει ποιο είναι το αίτιο που μπορεί να πυροδοτήσει τη συμπεριφορά αυτή.

Στα *αίτια* περιλαμβάνονται **γενετικοί, νευροβιολογικοί, βιολογικοί, κοινωνικοπολιτισμικοί, ψυχολογικοί και οικογενειακοί παράγοντες**, αλλά επίσης και η μοναδική **προσωπικότητα** του κάθε άτομου. Η *διάγνωσή* της μπορεί να γίνει από ειδικό κυρίως της ψυχικής υγείας, βασιζόμενη πάνω στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV και του ICD-10, ενώ οι τύποι του χωρίζονται κυρίως σε ανορεξία περιοριστικού τύπου – με κύριο κλινικό σύμπτωμα την σταθερή απώλεια βάρους, και σε ανορεξία υπερφαγικού τύπου – με κύριο κλινικό σύμπτωμα τους συχνούς εμετούς. Η *θεραπεία* περιλαμβάνει κυρίως ψυχολογική υποστήριξη, καθώς και εσωτερική αναζήτηση της αιτίας. Κύριο μέλημα της διεπιστημονικής ομάδας είναι η εξασφάλιση ενός ισορροπημένου βάρους και στη συνέχεια η οποιαδήποτε άλλη αντιμετώπιση.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Νευρική ανορεξία, anorexia nervosa, εικόνα σώματος

ABSTRACT

Anorexia nervosa is a treacherous and dangerous illness that makes an individual lose sense of the external image of his or her body. This mental distortion can lead down unknown paths and eventually, death. The causes of anorexia nervosa vary, although science is yet to determine the exact cause that triggers this behavior.

The causes include genetic, neurobiological, biological, socio-cultural, psychological and family factors, as well as the personality of each individual. Anorexia can be diagnosed by a mental health specialist based on the diagnostic criteria of DSM-IV and ICD-10, and its types are predominantly divided into anorexia of a restrictive type - its main clinical symptom being that of stable weight loss and anorexia of a hyperphagic type - its main clinical symptom being that of frequent vomiting. Treatment is delivered mainly through psychological support, as well as an internal search for the underlying cause. The main concern of the interdisciplinary team is to ensure a balanced weight and then any other treatment.

KEYWORD

Anorexia nervosa, body image

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω καταρχάς τον επιβλέποντα καθηγητή που χωρίς την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή του, δε θα μπορούσε να ολοκληρωθεί με επιτυχία η παρούσα εργασία.

Στη συνέχεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, για την ψυχολογική και ηθική υποστήριξη που μου παρείχαν όλων αυτών τον καιρό.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ θα ήθελα να πω σε όλο το εκπαιδευτικό προσωπικό, που με δίδαξαν το αντικείμενο των σπουδών μου, αλλά κυρίως γιατί μέσα από τις γνώσεις που μου παρείχαν, με έκαναν καλύτερο άνθρωπο και μελλοντικό επαγγελματία.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια της ολοκλήρωσης σπουδών του Τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας.

Η επιλογή του θέματος έγινε λόγω της μεγάλης έκτασης που λαμβάνει η περίπτωση της νευρικής ανορεξίας στις μέρες μας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση του συγκεκριμένου θέματος, και περιλαμβάνει μια σειρά από νέα επιδημιολογικά δεδομένα, νέες έρευνες και καταγραφές.

Στόχος της εργασίας είναι πληροφόρηση για το θέμα, έτσι ώστε οι επαγγελματίες υγείας να κινητοποιηθούν και να λάβουν μέτρα για τη μείωση του προβλήματος, να πραγματοποιηθούν νέες έρευνες που θα βοηθήσουν τους ασθενείς, τις οικογένειές τους αλλά και τα συστήματα υγείας της χώρας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
----------------------	----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

1.1. Ορισμός.....	7
1.2 Ιστορία της νευρικής ανορεξίας.....	8
1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΑΙΤΙΑ - ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

2.1. Γενετικοί παράγοντες.....	15
2.2. Νευροβιολογικοί παράγοντες.....	16
2.3. Βιολογικοί παράγοντες.....	16
2.4. Κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες.....	16
2.5. Ψυχολογικοί παράγοντες.....	19
2.6. Οικογενειακοί παράγοντες.....	20
2.7. Προσωπικότητα.....	21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

3.1. Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη νευρική ανορεξία σύμφωνα με το DSM- IV.....	23
3.2. Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά το ICD- 10 (DCR)	25
3.3. Τυπολογία.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	
4.1. Ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων.....	29
4.2 Ανάλογα με το στάδιο.....	31
4.3 Ανάλογα με τα εργαστηριακά ευρήματα.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΠΛΟΚΕΣ	
5.1. Ιατρικές επιπλοκές περιοριστικού τύπου.....	40
5.2. Ιατρικές περιπλοκές υπερφαγικού ή καθαρτικού τύπου.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΠΟΡΕΙΑ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΠΡΟΛΗΨΗ	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο: ΘΕΡΑΠΕΙΑ	54
8.1. Θεραπευτική αγωγή.....	54
8.2. Ατομική ψυχοθεραπεία.....	56
8.3. Ενδονοσοκομειακή θεραπεία.....	58
8.4. Φαρμακοθεραπεία.....	61
8.5 Διατροφική αντιμετώπιση.....	75
8.6 Διαιτολογία – Ημερήσιες διατροφικές ανάγκες.....	78
8.7 Διατροφική φροντίδα των ασθενών με νευρική ανορεξία... ..	79
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	81

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας». Με βάση τον παραπάνω ορισμό, γίνεται αντιληπτό πως σχεδόν κανένας δεν θα έπρεπε να είναι υγιής.

Η παρούσα εργασία διαπραγματεύεται ένα κομμάτι της ψυχικής υγείας ή μάλλον την απώλειά της. Φυσικά η αναφορά γίνεται στη Νευρική Ανορεξία. Είναι μια μάστιγα που χτυπάει ανελέητα κάθε ηλικία, φύλο και φυλή.

Μπορεί να ξεκινήσει πιο άτυπα, με μια προσπάθεια απώλειας περιττών κιλών και να καταλήξει σε έμμονες ιδέες για την αυτοεικόνα του σώματος και σχεδόν πλήρη αποχή από το φαγητό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

1.1. Ορισμός

Η νευρική ανορεξία είναι μια ψυχογενής διατροφική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από άρνηση για διατήρηση ενός υγιούς φυσιολογικού βάρους και έναν μανιώδη φόβο για την απόκτηση βάρους σε συνδυασμό με μια διαστρεβλωμένη εικόνα για τον εαυτό τους, και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τον κατατάσσει στην κατηγορία F50 του ICD-10 (American Psychiatric Association, 1994, Γιαννοπούλου, 2005, Παπαγεωργίου 2005).

Πρόκειται για μια βαριά και δυνητικά θανατηφόρα διαταραχή (θνητότητα 5-18%). Ο πάσχων έχει έντονα διαταραγμένη εικόνα του σώματός του, αναζητά συνειδητά και αδιάκοπα την ισχύτητα, επιβάλλοντας στο εαυτό του αυστηρούς διαιτητικούς περιορισμούς μέχρι λιμοκτονίας, οι οποίοι συνήθως οδηγούν σε βαρύ υποσιτισμό. Τα άτομα αυτά, αν και νιώθουν το αίσθημα της πείνας, επιμένουν να καταναλώνουν πολύ μικρές ποσότητες φαγητού, από 600-800 θερμίδες/ημέρα μέχρι ολική αθρεψία (Woody et al., 2012).

Η απώλεια βάρους μπορεί να επιτευχθεί με πολλούς τρόπους όπως δίαιτα, αποφυγή «παχυντικών» τροφών, προκλητούς εμετούς, χρήση καθαρτικών, διουρητικών και ανορεξιογόνων φαρμάκων, υπερβολική και εντατική γυμναστική, κλπ. Εδώ, αξίζει να

σημειωθεί πως η πραγματική νόσος σε καμιά περίπτωση δεν ισοδυναμεί με εμμονές για αδυνάτισμα ή προσπάθεια για λεπτότητα και ομορφιά (μόδα), αλλά αποτελεί μια απεγνωσμένη προσπάθεια του ατόμου για ψυχολογική επιβίωση (Wakeling, 1996).

Ο όρος ανορεξία έχει τις ρίζες του στην ελληνική γλώσσα καθώς το αν- είναι πρόθεμα που δηλώνει άρνηση, και το -όρεξις που είναι η γνωστή όρεξη. Η ετυμολογία βέβαια θα μπορούσε να χαρακτηριστεί σχετικά «άστοχη» μιας και στην πραγματικότητα οι πάσχοντες δεν χάνουν την όρεξή τους, παρά μονάχα στα προχωρημένα στάδια του υποσιτισμού (Τεγόπουλος - Φυτράκης, 1997, Davison & Neale, 1993, Elkin, 1999).

1.2 Ιστορία της νευρικής ανορεξίας

Οι άνθρωποι επιδίδονται συχνά σε νηστεία και σε σοβαρούς διατροφικούς περιορισμούς τους οποίους περιβάλλουν συχνά με θρησκευτικά και φιλοσοφικά κίνητρα. Ως εκ τούτου θεωρούμε ότι η νηστεία είναι ένα προνομιακό μέσο ρήξης με την ύλη, μια πρόσβαση στην υπέρβαση. Έτσι, στο τέλος του Μεσαίωνα στην Ευρώπη, αρκετές γυναίκες, οι οποίες ονομάστηκαν «Άγιες ανορεκτικές» άσκησαν τη νηστεία και ορισμένες από αυτές ανακηρύχθηκαν άγιες (Brownele et al., 1995).

Από την αρχαιότητα ακόμη υπάρχουν περιγραφές ατόμων που περιόριζαν συστηματικά και επί μακρόν τη λήψη τροφής. Κατά τον Μεσαίωνα μάλιστα ο περιορισμός της λήψης τροφής συνδέθηκε με το ιδανικό του ασκητισμού και την προσπάθεια του ατόμου να έρθει πιο κοντά στο Θεό. Είναι πιθανό εκείνη την περίοδο η νευρογενής ανορεξία να καλυπτόταν πίσω από την εγκράτεια στην ικανοποίηση των σωματικών επιθυμιών που έπρεπε να επιδεικνύει κάθε ευσεβής χριστιανός. Το αντίθετο, η κατανάλωση δηλαδή μεγάλης ποσότητας τροφής (λαιμαργία), αποτελούσε ένα από τα επτά θανάσιμα αμαρτήματα (Brownele et al., 1995).

Παρόλο που η νευρογενής ανορεξία περιγράφηκε και μελετήθηκε διεξοδικά από το δεύτερο μισό του 20ου αιώνα και μετά, η εμφάνισή της στην ιατρική βιβλιογραφία δεν είναι καθόλου πρόσφατη, αφού ο πρώτος παρατηρητής της ψυχογενούς ανορεξίας ήταν ο Simone Porta ο Portio στα 1500 (Wakeling, 1996).

Ο Richard Morton ήταν Βρετανός ιατρός απόφοιτος του College of Physicians. Σε μια διατριβή με θέμα την κατανάλωση περιέγραψε για πρώτη φορά την

συμπτωματολογία της ανορεξίας σαν «νευρική φθίση». Πήρε τίτλο Phthisiologia, seu Exercitationes de Phthisis» και εκδόθηκε ως βιβλίο στο Λονδίνο. Πέντε χρόνια αργότερα το έργο του μεταφράστηκε στα αγγλικά με τίτλο «A Treatise of Consumptions» (Morton, 1689).

Αναφέρει τις περιπτώσεις δύο ασθενών, οι οποίοι δεν παρουσίαζαν καμία σωματική νόσο, αλλά αρνούσαν να προσλάβουν τροφή και συνεχώς αδυνάτιζαν. Η δεκαοκτάχρονη, εμφάνισε αμηνόρροια και αυτοπροσκαλούμενη απώλεια βάρους από «ένα πλήθος ανησυχιών και παθών του μυαλού της». Λίγο αργότερα η κοπέλα κατέληξε. Ο δεκαεξάχρονος «έπεσε σταδιακά σε μια ολοκληρωτική θέληση της όρεξης» λόγω της σκληρής του μελέτης. Στην περίπτωση του αγοριού, ο Morton εστίασε στις κακές οικογενειακές συνθήκες και τον παρότρυνε να απομακρυνθεί για κάποιο χρονικό διάστημα από το σπίτι του. Και στις δύο περιπτώσεις ενοχοποίησε φυσικές – σωματικές ασθένειες ως την αιτία της απώλειας βάρους, και ονόμασε τη πάθηση αυτή νευρική κατανάλωση (Nervous Consumption) με την παρακάτω δήλωση: *«...και γι' αυτό θα έκρινα αυτή την κατανάλωση ως νευρική η οποία έχει την δική της θέση στην γενική συμπεριφορά του σώματος και ξεκινά από το νευρικό σύστημα που νοσεί»*. Αυτή θεωρείται ως η πρώτη καταγραφή της νευρικής ανορεξίας, αλλά δεν έτυχαν προσοχής, παρά μονάχα μετά από τρεις αιώνες. (Morton, 1689).

Το 1764, ο Robert Whytt, καθηγητής Θεωρίας της Ιατρικής (Theory of Medicine), στο Πανεπιστήμιο του Εδιμβούργου (University of Edinburgh), δημοσίευσε ένα βιβλίο με τίτλο Observations on the Nature, Causes, and Cures of those Disorders which have been commonly called Nervous, Hypochondriac or Hysteric to which are prefixed some Remarks on the Sympathy of the Nerves (Vandereycken, 2002).

Ο ασθενής που αναφέρει ήταν ένα δεκατετράχρονο αγόρι χαμηλών τόνων, αρκετά σκεπτόμενο που έχανε σταδιακά την όρεξή του και είχε κακή πέψη. Εκεί, περιέγραψε και την βραδυκαρδία του ακολουθεί τη λιμοκτονία. Τα συμπεράσματα του Whytt ήταν τα εξής: *«...καθώς με όλη μου την προσοχή δεν μπόρεσα να ανακαλύψω ούτε την αιτία των πρωταρχικών παράπων του ασθενή, ούτε της θλίψης και της αντίθετης κατεύθυνσης την οποία πήραν αργότερα, δεν θα υποκριθώ ότι βρήκα την αιτία σε αυτήν την υπόθεση αλλά υπέθεσα ότι θα άξιζε να αναφερθεί ως ένα καλό παράδειγμα της νευρικής ατροφίας»* (Vandereycken, 2002).

Το 1768 ο De Valangin θεράπευσε την ασθενή του με μία μέθοδο επανασίτισης συνοδευόμενο από κρασί, ενώ το 1789 ο Nadaud αναφέρει την νευρική ανορεξία ως «ψυχική αρρώστια με απέχθεια στις τροφές» (Maladie nerveuse avec degout des aliments) (Silverman, 1997).

Το 1860 ένας νεαρός ιατρός, ο Louis-Victor Marce δημοσίευσε στο Παρίσι την πιο δημιουργική έκθεση του 19^{ου} αιώνα. Το έργο του πήρε τίτλο «Note sure une Forme de Delire Hypochondiaque Cosecutive aux Caracterisse Principalement par le Refuse d'Aliments» και περιγράφει την νευρική ανορεξία ως μια παραληρητική υποχονδριακή κατάσταση. Στο άρθρο του, ο Marce ξεκαθαρίζει ότι η κατάσταση που περιγράφει έχει μόνο ψυχολογικό χαρακτήρα και δεν είναι σωματική νόσος. Επίσης αναφέρει: «...μμεταξύ των πολυάριθμων και ποικίλων μορφών δυσπεψίας υπάρχουν μμερικές που πρέπει να προσελκύσουν την προσοχή των ψυχιάτρων εξαιτίας της ιδιαίτερης διανοητικής κατάστασης η οποία καθορίζεται με αυτόν τον τρόπο. Βλέπουμε παραδείγματος χάριν ότι τα νέα κορίτσια στην περίοδο της εφηβείας και μετά από μια πρόωρη φυσική ανάπτυξη έγιναν υποκείμενο της κατάστασης της ανορεξίας, η διάρκεια της οποίας ξεπέρασε τα όρια. Πρέπει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της αποχής τους, βίωναν αποστροφή για τα τρόφιμα. Αυτό που προκαλεί μμεγάλη εντύπωση είναι η απουσία της όρεξης από την ανησυχία που προκαλείται από την πέψη, αυτοί οι ασθενείς φτάνουν σε μια ξέφρενη πεποίθηση ότι δεν μπορούν ή οφείλουν να μην φάνε. Με μια λέξη η γαστρική αναταραχή γίνεται νευροεγκεφαλική αναταραχή» (Silverman, 1997).

Το 1868 ο W. Gull όντας ένας από τους προσωπικούς ιατρούς της Βασίλισσας Βικτωρίας, προτείνει τον όρο «Hysteria arepsia» για να περιγράψει το ίδιο σύνδρομο και το 1873 στο Medicine Journal χαρακτηρίζει τη νευρική ανορεξία ως ψυχική διαστροφή (Silverman, 1997).

Το 1873 ο Ch. Laseque στη Γαλλία στο χειρόγραφο με τίτλο De l'Anorexie Hysterique, της δίνει την ονομασία «υστερική ανορεξία» και περιγράφει την κλινική εικόνα της νόσου μέσω οκτώ ασθενών ηλικίας 18-32 ετών. Επίσης, είναι ο πρώτος που αναφέρει τον ρόλο που διαδραματίζει η οικογένεια στην εμφάνισή της (Lasègue, 1873).

Το 1893 ο Freud περιγράφει μία περίπτωση ανορεξία, ενώ το 1895 συσχετίζει τη νόσο με τη μελαγχολία, κρίνει ότι η ανορεξία είναι σύμπτωμα υστερικής

μεταστροφής όπου η αηδία απέναντι στη διατροφή ερμηνεύεται ως αποτέλεσμα απόθησης του στοματικού ερωτισμού (Silverman, 1997).

Την ίδια χρονιά ο Babinski μιλά για την ανορεξία των παρθένων «Parthenoanorexie» (Stunkard, 1993).

Το 1896 οι Soltman και Kissel γίνονται οι πρώτοι παιδίατροι που μιλούν για ανορεξία στα παιδιά (Woody, 2012).

Το 1914 ο Γερμανός παθολόγος Morris Simmonds περιγράφει το σύνδρομο της υποφυσιογενούς καχεξίας, που φέρει και το όνομα του και αναφέρεται σε μια ενδοκρινολογική ανεπάρκεια. Αυτόματα, η νευρική ανορεξία συνδέθηκε με αυτό (Stunkard, 1993).

Για δεκαπέντε χρόνια, από το 1945 έως το 1960 η ψυχιατρική ανέπτυξε έναν μεγάλο όγκο από ψυχαναλυτικές απόψεις και μεθόδους. Από τότε είναι γνωστός και ο όρος Ψυχογενή Ανορεξία (Stunkard, 1993).

Το 1960, η Αμερικανίδα ψυχίατρος Hilde Bruch από το Πανεπιστήμιο Baylor του Texas, επικεντρώθηκε στην έλλειψη αυτοεκτίμησης και τη διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος που παρουσίαζαν αυτοί οι ασθενείς. Ανακάλυψε ότι οι ακόλουθοι τρεις τομείς διαταραγμένης λειτουργίας μπορούν να αναγνωριστούν: *«... διαταραχή στην αναλογία της ψευδαίσθησης στην εικόνα για το σώμα αλλά και στην αντίληψη για το σώμα. Δεν δίνεται σημασία στην καχεξία, και υπεραμυνόμεθα αυτής λες και είναι κάτι το φυσιολογικό και το σωστό, αλλά και στο ότι αποτελεί τη μοναδική ασφαλή λύση στην οποία μπορούμε να καταφύγουμε για να καταπολεμήσουμε το λίπος αλλά και το πάχος. Η πραγματική ανορεξία εντοπίζεται από την εμφάνιση της που παραπέμπει σε σκελετό, από την άρνησή της να παραδεχθεί ότι δεν είναι φυσιολογική, αλλά και από την προσπάθεια της να διατηρηθεί σε αυτή την κατάσταση»*. Και συνεχίζει: *«...διαταραχή στην ακρίβεια την αντίληψης ή της γνωσιακής ερμηνείας των ερεθισμάτων που δημιουργούνται στο σώμα, με αποτυχία αναγνώρισης των σημείων εκείνων της διατροφικής ανάγκης ως το πιο έκδηλο ελάττωμα. Η συνείδηση του αισθήματος της πείνας φαίνεται να απουσιάζει. Το σύνθημα σχολίου του ασθενούς «δε χρειάζεται να φάω» μάλλον εκφράζει τι αισθάνεται και τι βιώνει τις περισσότερες φορές»*. Τέλος αναφέρει: *«...μια αίσθηση αναποτελεσματικότητας που παραλύει και η οποία διαπερνά κάθε σκέψη και κάθε δραστηριότητα. Βιώνουν μόνο όταν δρουν σε*

απάντηση των απαιτήσεων που απορρέουν από άλλους ανθρώπους σε διάφορες καταστάσεις, και όχι επειδή κάνουν τα πράγματα που οι ίδιοι θέλουν» (Bruch, 1982).

Τα τελευταία χρόνια μελέτες που αφορούν την ρύθμιση της κατανάλωσης τροφής και της όρεξης επαναφέρουν τον βιολογικό παράγοντα στην αιτιοπαθογένεια της ψυχογενούς ανορεξίας. Η ανακάλυψη της λεπτίνης και άλλων νευροπεπτιδίων καθώς και του τρόπου δράσης τους σε καθορισμένα νευρωνικά κυκλώματα προσανατολίζουν την έρευνα και την αναζήτηση βιολογικών αιτιολογικών παραγόντων (Γονιδάκης & Βάρσου, 2008).

1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία

Αν και η συνήθης ηλικία εμφάνισης της νόσου είναι 16-18 ετών, ένα ποσοστό της τάξεως του 5% τοποθετείται κάπου στα 20-25 έτη. Εμφανίζεται 10-20 φορές συχνότερα στις γυναίκες απ'ότι στους άνδρες και το 1% των εφήβων κοριτσιών νοσεί (Kaplan et al., 2000).

Η νόσος δεν υπολογίζει κοινωνικό-οικονομικά στρώματα, καθώς φαίνεται να επηρεάζει τόσο τις ανώτερες τάξεις όσο και στις χώρες του τρίτου κόσμου. Όμως εμφανίζει μεγαλύτερη συχνότητα σε νεαρές κοπέλες που ασχολούνται με επαγγέλματα που απαιτούν λεπτό σώμα, όπως είναι τα μοντέλα, οι χορεύτριες και σε αθλήτριες συγκεκριμένων αθλημάτων (Kaplan et al., 2000, Hoeken, 2003, Keski-Rahkonen et al., 2007).

Σε πρόσφατες έρευνες έχει αναδειχθεί πως οι περιορισμοί στο φαγητό, τα υπερφαγικά επεισόδια, οι καθαρτικές συμπεριφορές και η διαστρεβλωμένη εικόνα του εαυτού, έχουν κατέβει σε ηλικιακά έτη, κι έτσι ενώ παλαιότερα θεωρούνταν ως διαταραχές της εφηβείας, πλέον εμφανίζονται ακόμη και σε κορίτσια ηλικίας 9 ετών (Huon, 2002, Hoeken, 2003, Keski-Rahkonen et al., 2007).

Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο φαίνεται πως για κάθε 100.000 κατοίκους αντιστοιχούν 1,5-5 νέα περιστατικά νευρικής ανορεξίας. Η εξήγηση εδώ φαίνεται να είναι οι αλλαγές που υπάρχουν στις νόρμες της κοινωνίας για το επιθυμητό σωματικό βάρος (Huon, 2002, Bulik et al., 2006, Hoek, 2006).

Τα συμπτώματα και τα χαρακτηριστικά της νευρικής ανορεξίας στους άντρες, όπως οι αναφορές για ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, είναι όμοια με αυτά που αναφέρονται και στις γυναίκες πάσχουσες, ωστόσο διαφοροποιείται η εκδήλωση της νόσου καθώς οι άνδρες γενικότερα ασχολούνται λιγότερο με το ιδανικό βάρος και είναι περισσότερο ανήσυχοι για τη γράμμωση των μυών τους και την αποφυγή εναπόθεσης λίπους σε συγκεκριμένα σημεία του σώματός τους (Kiefer, 2005).

Ο επιπολασμός της νευρογενούς ανορεξίας στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται ότι είναι 0,3-0,6% και έχει συσχετισθεί με έναν δείκτη θνησιμότητας της τάξης του 5,6% ανά δεκαετία παρουσίας της (Kaplan et al., 2000, Bulik et al., 2006, Hoek, 2006).

Σύμφωνα με το Ελληνικό Κέντρο Διατροφικών Διαταραχών (2017), στην Ελλάδα νοσεί το 6% του πληθυσμού (1% από νευρογενή ανορεξία και 5% από νευρογενή βουλιμία), ενώ 7% του πληθυσμού παρουσιάζει ορισμένα συμπτώματα και των δύο παθήσεων, ανεβάζοντας το συνολικό ποσοστό των πασχόντων σε 13%.

Η δια βίου επίπτωση της νευρογενούς ανορεξίας έχει υπολογιστεί στο 1,2-2,2% του πληθυσμού των γυναικών, δηλαδή περίπου 12-22 στις 1000 γυναίκες θα νοσήσουν από νευρογενή ανορεξία κάποια στιγμή στη ζωή τους. Στους άνδρες το ποσοστό αυτό είναι γύρω στο 0,3, δηλαδή σε 1000 άνδρες μόνο 3 θα νοσήσουν κάποια στιγμή στη ζωή τους (Kiefer, 2005, Keski-Rahkonen et al., 2007, Bulik et al., 2006, Hoek, 2006).

Υπολογίζεται ότι κάθε έτος, σε 100.000 άτομα στο γενικό πληθυσμό, περίπου 8,3 θα νοσήσουν για πρώτη φορά από νευρογενή ανορεξία. Σε αντίθεση όμως με τον γενικό πληθυσμό που αποτελεί σπάνια πάθηση, είναι πολύ συχνότερη στην πληθυσμιακή ομάδα των νέων και έφηβων κοριτσιών (15-19 ετών), όπου κάθε χρόνο μπορεί να εμφανίζονται έως και 270 νέες περιπτώσεις νευρογενούς ανορεξίας ανά 100.000 κορίτσια (Kaplan et al., 2000, Lucas et al., 1991, Hoek & Hoeken, 2003, Keski-Rahkonen et al., 2007).

Αξίζει να σημειωθεί ότι στην πιο πρόσφατη έρευνα συμπεριφοράς κινδύνου των νέων εφήβων στις Η.Π.Α, που δημοσιεύτηκε από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης της Νόσου, το 62% των κοριτσιών και το 30% των αγοριών είχαν προσπαθήσει να χάσουν βάρος, μέσα στις τριάντα ημέρες που προηγήθηκαν της έρευνας. Το 12% είχε μείνει χωρίς τροφή για πάνω από 24 ώρες για να χάσει βάρος και το 6,1% είχε χρησιμοποιήσει διαιτητικά χάπια. Οι αυτοπροκαλούμενοι έμετοι ή η χρήση

υπακτικών ήταν συχνή: το 6,2% των κοριτσιών και το 2,8% των αγοριών χρησιμοποίησαν είτε το ένα είτε το άλλο. Το 46% των κοριτσιών και το 30% των αγοριών ανέφεραν τουλάχιστον ένα επεισόδιο υπερφαγίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Όλα τα παραπάνω δηλώνουν τις ανησυχητικές διαστάσεις που παίρνουν οι βλαπτικές για την υγεία συνήθειες των νέων για έλεγχο του βάρους, οι οποίες συμβάλλουν καθοριστικά στην ανάπτυξη της νευρογενούς ανορεξίας (William et al., 2010a).

Υπολογίζεται ότι το 40% των περιπτώσεων νευρογενούς ανορεξίας θα εκδηλωθεί μεταξύ των 15 και 19 ετών. Σε πολύ μικρότερα ποσοστά εμφανίζεται για πρώτη φορά σε γυναίκες που βρίσκονται στο τέλος της νεότητας ή στη μέση ηλικία (Karlan et al., 2000, Gowers et al., 1991, Beck et al., 1996).

Έχει παρατηρηθεί ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, που υπάρχουν διάφορες φυλετικές ομάδες, η νευρογενής ανορεξία είναι λιγότερη συχνή στους Αφροαμερικανούς σε σύγκριση με τους Ισπανόφωνους και τους Καυκάσιους, ανεξάρτητα από το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο. Επίσης η νευρογενής ανορεξία δεν παρουσιάζει διαφορές μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών (Kiefer, 2005, Makino et al., 2004, Kuboki et al., 1996, Tsai, 2000).

Η θνησιμότητα στον πληθυσμό των ανορεκτικών έχει υπολογιστεί στα 6-10% ανά δεκαετία νόσησης. Το ποσοστό έχει ελαφρά μειωθεί λόγω της έγκαιρης αναγνώρισης και της αποτελεσματικότερης θεραπείας των περιπτώσεων νευρογενούς ανορεξίας. Η αιτία θανάτου στο 54% των περιπτώσεων ήταν επιπλοκές της νευρογενούς ανορεξίας, στο 27% αυτοκτονία και στο υπόλοιπο 19% άγνωστοι ή άλλοι λόγοι.

Τα υπάρχοντα αποτελέσματα είναι πιθανόν να υποεκτιμούν τον αριθμό των θανάτων που οφείλονται στην νευρογενή ανορεξία, διότι στα πιστοποιητικά θανάτου αναγράφονται συχνά μόνο οι παθολογικές αιτίες θανάτου και όχι η υποκείμενη ψυχική νόσος (Sullivan, 1995, Birmingham et al., 2007, Huon, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΑΙΤΙΑ - ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι ανούσιο να ψάχνει κανείς την αιτία για την εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας, καθώς πρόκειται για ένα φαινόμενο πολυπαραγοντικό. Η κοινωνία, τα ήθη και τα έθιμα, το συναίσθημα, η προσωπικότητα, η οικογένεια και οι εμπειρίες, που δρουν παράλληλα με ψυχοπιεστικά γεγονότα, φαίνεται να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους αρνητικά και να συμπληρώνουν ο ένας τον άλλον με αποτέλεσμα την εκδήλωση της νευρικής ανορεξίας. Αυτό εξηγεί και το φαινόμενο που θέλει όλους αυτούς τους παράγοντες να ευθύνονται, αλλά να μην υπάρχει καμία γνωστή και άμεση αιτιότητα (Lask et al., 2000, Kerem et al., 2003, Garner, 1993, Steiner et al., 1995).

Είναι σημαντικό να κατανοηθεί πως η εκδήλωση της διαταραχής αυτής δεν είναι μόνο αποτέλεσμα μιας συγκεκριμένης στιγμής αλλά μια κατάσταση η οποία μπορεί να έχει τις ρίζες της ακόμη και στη γέννηση του ατόμου, καθώς επίσης και στην εμβρυική ηλικία (Kerem et al., 2003, Walcott et al., 2003).

2.1. Γενετικοί παράγοντες

Αναμφισβήτητα η κληρονομικότητα θεωρείται ο ισχυρότερος αιτιολογικός παράγοντας καθώς τα ποσοστά συσχέτισης με την νευρική ανορεξία κυμαίνονται από 33-84%. Τα νούμερα αυτά προέρχονται από κλινικές παρατηρήσεις οικογενειών ανορεκτικών ατόμων που δείχνουν, πρώτων πως σε αυτή την οικογένεια υπάρχουν κι άλλα μέλη του νοσούν από κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής, δεύτερων πως οι συγγενείς των ασθενών παρουσίασαν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν την ίδια διαταραχή και τρίτων πως κάποιες συμπεριφορές που σχετίζονται με την νευρική ανορεξία, παρατηρούνται και σε άλλα υγιή μέλη της οικογένειας (Strober et al., 2002, Anderlueh et al., 2003, Walcott et al., 2003, Schmidt, 2003, Gorwood et al., 2003, Klump et al., 2005).

Κάποιες από τις πιο σπουδαίες έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με την γενετική προδιάθεση, είναι οι έρευνες πάνω σε διδύμους. Εκεί να νούμερα είναι εξωφρενικά, αν αναλογιστεί κανείς πως το 50% των μονοζυγωτικών διδύμων τείνουν να εμφανίσουν κάποια στιγμή της ζωής τους ανορεξία, ενώ στους διζυγωτικούς το ποσοστό είναι περίπου 10%, όσο δηλαδή και μεταξύ αδερφών. Επίσης για τη διακύμανση αυτή φαίνεται να ευθύνονται και διαφορετικές εμπειρίες ανάμεσα σε

αδέρφια που μεγαλώνουν μαζί, όπως διαφορετική αντιμετώπιση από τους γονείς ή τους συνομήλικους τους και γεγονότα που βιώνουν μεμονωμένα τα παιδιά μέσα σε μια οικογένεια, τα οποία δε μοιράζονται με τα αδέρφια τους (Treasure et al., 1995, Kaye, 1995, Cnattingius et al., 1999, Hsu, 1990).

Οι γυναίκες συγγενείς νεαρών ασθενών που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία, έχουν 5 φορές περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν και οι ίδιες από τη διαταραχή, ενώ στους συγγενείς πρώτου βαθμού η εμφάνιση είναι μέχρι και 8 φορές μεγαλύτερη (Bulik, 2005, Morris, 2012, Εμμανουηλίδου, 2011, Lask et al., 2000, Χαρωνιτάκη, 2007, Beck et al., 1990, Halmi et al., 1991, Strober et al., 1990).

2.2. Νευροβιολογικοί παράγοντες

Οι νευροενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές που ενοχοποιούνται είναι οι διαταραχές του άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης - γονάδων που είναι οι πλέον σταθερές από τις ποικίλες ενδοκρινικές διαταραχές που σχετίζονται με την ψυχογενή ανορεξία (Garfinkel & Garner, 1982).

Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι το σεροτονινεργικό σύστημα που εμπλέκεται στη ρύθμιση της πρόσληψης τροφής και της διάθεσης παρουσιάζει μια ιδιαίτερη διαταραχή στους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία (Kaye, 1995).

2.3. Βιολογικοί παράγοντες

Τα οπιούχα συμβάλουν στο αίσθημα του κορεσμού και μειώνουν την πρόσληψη τροφής. Για αυτόν τον λόγο η χορήγηση ανταγωνιστικών ουσιών προς τα οπιούχα, συμβάλει δραματικά στην αύξηση του βάρους (Gorwood et al., 2003).

2.4. Κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες

Το είδος της κοινωνίας μέσα στην οποία μεγαλώνει ένα άτομο φαίνεται να είναι πολύ σημαντικό για το αν θα αναπτύξει κάποια διαταραχή διατροφής ή όχι.

Η αύξηση των περιστατικών νευρογενούς ανορεξίας μεταξύ 1950 και 1970 οδήγησε στη σύνδεση της νευρικής ανορεξίας με τη μεταβολή των προτύπων της γυναικείας ομορφιάς στις δυτικές κοινωνίες, καθώς το νέο πρότυπο απαιτούσε τη γυναίκα ιδιαίτερα λεπτή (Andersen et al., 1997).

Η τεράστια αλλαγή ήρθε όχι μόνο από τη βιομηχανία της μόδας αλλά και από τη βιομηχανία της δίαιτας και της γυμναστικής. Σύμφωνα με αυτή τη βιομηχανία, το ανθρώπινο σώμα, αντιμετωπίζεται σαν εύπλαστο υλικό, το οποίο με το σωστό συνδυασμό γυμναστικής, δίαιτας και αυτοελέγχου μπορεί πάντα να μετατραπεί στο «τέλειο σώμα», που δεν είναι άλλο από ένα αδύνατο, πολλές φορές, καχεκτικό σώμα (Katzman, 1997).

Όμως, τα νεότερα δεδομένα τόσο για τη σταθεροποίηση της επίπτωσης και του επιπολασμού της νευρογενούς ανορεξίας όσο και για την εμφάνιση της διαταραχής σε εθνικές μειονότητες και σε μη δυτικές κοινωνίες, έδειξαν ότι η νευρογενής ανορεξία μπορεί να εμφανίζεται σε διάφορες πολιτισμικές συνθήκες, ακόμα και χωρίς το νοσηρό φόβο της αύξησης του βάρους ή την τελειοθηρική αναζήτηση της ιδανικής σωματικής φιγούρας (Rastam, 1992).

Η διατροφική αυτή διαταραχή φαίνεται τα άτομα να την εκλαμβάνουν ως κουλτούρα και το λεπτό σώμα ως συνείδηση. Η λεπτή σιλουέτα έχει γίνει πλέον συνώνυμο με την καλή και αποδεκτή κοινωνική εικόνα και τα νέα παιδιά δεν εξαιρούνται πια από αυτή την ενασχόληση, καθώς έρευνες έχουν δείξει ότι ακόμη και 6 χρόνια και 9 χρόνια δείχνουν έντονο ενδιαφέρον για το βάρος τους και το σχήμα του σώματος τους (Katzman, 1997).

Το στίγμα της παχυσαρκίας που ακολουθεί τον άνθρωπο από τα πολύ παλιά χρόνια και οι δύσκολες θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή της θεωρούνται ως σημαντικότετοι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχών διατροφής, καθώς κανείς δεν μπορεί να αντέξει την στοχοποίηση (πχ. ο χοντρός) (Hsu, 1990).

Το χειρότερο είναι πως υπάρχει ένδειξη ότι η νευρική ανορεξία έχει αναπτύξει μία ιδιαίτερα θετική αποδοχή και ότι τα συμπτώματά της θεωρούνται από την κοινή γνώμη συνήθη, και καθόλου παθολογικά, γεγονός που αυξάνει κι άλλο την αξία που έχει το λεπτό σώμα (Rastam, 1992).

Άλλοι κοινωνικοί-πολιτιστικοί παράγοντες, όπως ο αμφιθυμικός και συγκρουσιακός ρόλος της γυναίκας στη σύγχρονη κοινωνία, η τελειοθηρία, η επίδραση των ΜΜΕ στη διαμόρφωση της εικόνας του ιδανικού γυναικείου σώματος, η επιλογή του επαγγέλματος με έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση, εμπλέκονται επίσης στην παθογένεια των διαταραχών διατροφής (Katzman, 1997, Mumford et al., 1991).

Οι περισσότερες έφηβες κοπέλες και οι περισσότερες γυναίκες ζουν με μια αίσθηση ανασφάλειας για το σώμα τους, αλλά χωρίς αυτό να σημαίνει ότι φτάνουν πάντα σε καταστροφικές λιμοκτονίες. Το γεγονός ότι οι διατροφικές διαταραχές παρατηρούνται σε κοινωνίες στις οποίες η λεπτότητα αποτελεί αξία ενώ είναι πολύ αραιό φαινόμενο στις κοινωνίες όπου η παχυσαρκία αποτελεί αξία, προσθέτει την παρατήρηση ότι η κοινωνία παίζει έναν σημαντικό ρόλο στην γένεση της διαταραχής. Αυτή η παρατήρηση ενισχύεται από την παρατήρηση ότι οι μετανάστες σε δυτικές κοινωνίες δεν αναπτύσσουν οι ίδιοι διατροφικές διαταραχές, οι κόρες τους όμως φαίνεται να εμφανίζουν τα ίδια συμπτώματα και στην ίδια ένταση που τα εμφανίζουν άτομα του ενδογενούς πληθυσμού (Hsu, 1990, Mumford et al., 1991).

Με την εισβολή των δυτικών προτύπων ομορφιάς και κομψότητας μέσα από διαφημίσεις, περιοδικά και σταρ του κινηματογράφου άρχισαν να αναφέρονται όλο και περισσότερα περιστατικά νευρικής ανορεξίας (Katzman, 1997).

Τα σύγχρονα ΜΜΕ επηρεάζουν αρνητικά την εικόνα του σώματος της σημερινής γυναίκας μέσα από μία διαδικασία προβολής εικόνων που έχουν ως πρότυπο το υπερβολικά αδύνατο γυναικείο σώμα. Ακόμη και η μικρής διάρκειας έκθεση γυναικών σε εικόνες που προβάλλουν τα ιδεώδη αδύνατα γυναικεία σώματα, μπορεί να δημιουργήσει ανησυχία για το βάρος τους, δυσαρέσκεια με το σώμα τους, την αντίληψη ότι είναι παχύτερες από το κανονικό, κακή διάθεση και την αίσθηση ότι δεν είναι ελκυστικές. Η σύγκριση γίνεται συνήθως με άτομα υψηλού κύρους όπως είναι τα μοντέλα, οι ηθοποιοί και οι διασημότητες (Hsu, 1990, Fairburn et al., 1999, Stice, 2002).

Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης καλλιεργούν την ψευδαίσθηση ότι η επίτευξη αυτού του «ανώτερου σκοπού» επιβραβεύεται, ενώ παράλληλα προωθούν τρόπους για να καταφέρει το κοινό να επιτύχει τον πολυπόθητο στόχο (διαφημίσεις για κέντρα αδυνατίσματος, γυμναστήρια κλπ). Αυτό όμως που δεν νοούν να καταλάβουν είναι πως είναι αδύνατο να αποκτήσουν όλοι οι άνθρωποι το ιδανικό αυτό σώμα, καθώς ο

σωματότυπος του κάθε ατόμου είναι διαφορετικός, όπως και το ιδανικό του βάρος, καθώς αυτά τα χαρακτηριστικά επιδέχονται βιολογικές επιρροές, δηλαδή ελέγχονται κυρίως από γονίδια (Mumford et al., 1991, Katzman, 1997).

Ένας ακόμη παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας, είναι η έλλειψη αμοιβαιότητας σε σημαντικές σχέσεις με συγγενείς, φίλους και συντρόφους, καθώς έρευνες δείχνουν ότι οι ασθενείς έχουν στενές μεν, αλλά διαταραγμένες σχέσεις με τους γονείς τους και προσπαθούν, με την ασθένειά τους, να τραβήξουν την προσοχή των συγγενών τους, της οποίας αισθάνονται στερημένοι. Τέλος, είναι πιθανόν οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία να έχουν οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, εξάρτησης από αλκοόλ κ.α. (Hsu, 1990, Rastam, 1992).

2.5. Ψυχολογικοί παράγοντες

Ο παράγοντας της ψυχολογίας μπορεί να επηρεάσει κατά πολύ την εμφάνιση ή μη της νευρικής ανορεξίας. Στο ατομικό αναμνηστικό των ασθενών δυσάρεστες, τραυματικές και επίπονες εμπειρίες, όπως η σωματική βία, το διαζύγιο των γονιών και η συναισθηματική κακοποίηση από τους γονείς, τα οποία φαίνεται να σχετίζονται περισσότερο ισχυρά με την έναρξη της νευρογενούς ανορεξίας (Steiger et al., 1996, Godart et al., 2002).

Επίσης, δεν θα πρέπει να παραληφθεί πως η ψυχογενής ανορεξία δείχνει να αποτελεί αντίδραση κάποιων έφηβων στις απαιτήσεις που προβάλλει επάνω τους η κοινωνία, απαιτήσεις που αφορούν περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα. Τυπικά στους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία λείπει η αίσθηση αυτονομίας και ατομικότητας. Πολλοί από αυτούς αισθάνονται ότι κατά κάποιον τρόπο τα σώματά τους ελέγχονται από τους γονείς τους. Η «αυτό – λιμοκτονία» τους ίσως αποτελεί μια προσπάθεια να αποκτήσουν αναγνώριση ως μοναδικά και ιδιαίτερα άτομα. Μόνο μέσα από πράξεις υπερβολικής αυτοπειθαρχίας μπορεί ένας ανορεκτικός άρρωστος να αναπτύξει την αίσθηση της αυτονομίας και της ατομικότητας (Polivy & Herman, 2002, North et al., 1950).

Λόγω της νεαρής ηλικίας έναρξης της νευρικής ανορεξίας (13-15 ετών), η περίοδος της εφηβείας με την ανάπτυξη των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου

καθιστά την εφηβεία αυτή καθεαυτή, παράγοντα κινδύνου. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις που προκαλούνται από την ωρίμανση του σώματος και τις αλλαγές στις σχέσεις με τους συνομήλικους ίσως παίζουν ένα ρόλο στην ανάπτυξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας (Steiger et al., 1996, Godart et al., 2002).

2.6. Οικογενειακοί παράγοντες

Η οικογένεια ως μια μικρογραφία της κοινωνίας, είναι σε θέση να επηρεάσει το άτομο για να αναπτύξει νευρική ανορεξία. Έρευνες δείχνουν ότι οι οικογένειες των ατόμων με νευρική ανορεξία ενδιαφέρονται υπερβολικά για την κοινωνικό φαίνεσθαι και την ελκυστική εμφάνιση, αν και δεν υπάρχουν απτά στοιχεία πως οι οικογενειακές αρχές και αξίες επαρκούν για να πυροδοτήσουν την έναρξη της ασθένειας αυτής στους απογόνους τους εκτός και αν συνδυάζονται με συγκεκριμένες επιρροές άλλων παραγόντων όπως η ψυχολογική και βιολογική ευπάθεια των παιδιών (Dare & Crowther, 1995, Bruch, 1982).

Οι ανορεκτικοί ασθενείς βιώνουν, σε σύγκριση με τους μη ανορεκτικούς, περισσότερο έλεγχο από τη μητέρα τους, καθώς και υπερπροστασία και εισβολή στην προσωπική τους ζωή από την οικογένειά τους. Περιγράφουν τις μεν μητέρες τους ως υπερπροστατευτικές και χωρίς σαφή διαχωριστικά όρια μεταξύ του εαυτού τους και του παιδιού τους, τους δε πατέρες τους ως ψυχρούς και απόμακρους. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να μοιράζονται κοινές ανησυχίες για την τροφή και το σώμα με τις μητέρες τους (Pike & Rodin, 1991, Steiger et al., 1996, Godart et al., 2002).

Υπάρχουν, επίσης, οικογένειες που έχουν μεγάλες προσδοκίες και απαιτήσεις από τα παιδιά τους. Θέλουν να είναι επιτυχημένα και απαιτούν από αυτά να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες που έχουν οι ίδιοι, χωρίς όμως να προσφέρουν στα παιδιά την αγάπη και την υποστήριξη που τους χρειάζεται, με αποτέλεσμα το παιδί να νιώθει συνεχώς καταδικασμένο να πετύχει τους στόχους των γονέων ανεξάρτητα εάν αυτό θα επιφέρει τη δική του ευτυχία. Τα παιδιά αυτών των οικογενειών έχουν μάθει να νιώθουν άξια μόνο όταν επιτυγχάνουν τις προσδοκίες των γονιών τους. Αποτέλεσμα αυτής της συμπεριφοράς είναι το παιδί να νιώσει την ανάγκη να πειθαρχήσει το σώμα του και να του επιβληθεί. (Laporte et al., 2001, Pike & Rodin, 1991).

Από την άλλη πλευρά οι γονείς των ανορεκτικών παιδιών περιγράφουν την οικογενειακή τους ζωή ως αρμονική και χωρίς έντονες συγκρούσεις. Σε μελέτες στις οποίες ταυτόχρονα με τις απόψεις των μελών της οικογένειας έγινε προσπάθεια να υπάρχουν και αντικειμενικές μετρήσεις της οικογενειακής λειτουργίας, βρέθηκε σημαντική οικογενειακή δυσλειτουργία. Δηλαδή, τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν τις περιγραφές των ανορεκτικών παιδιών (Dare & Crowther, 1995, Bruch, 1982).

Ασθενείς που αντιπροσωπεύουν τον υπερφαγικό/καθαρτικό τύπο παρουσίαζαν μεγαλύτερη οικογενειακή δυσλειτουργία, με ιδιαίτερο χαρακτηριστικό την έλλειψη οικογενειακής συνοχής (Minuchin et al., 1978).

Παρ' ότι καταγράφονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά στις οικογένειες με ανορεκτικό μέλος, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι κάθε οικογένεια είναι διαφορετική και ότι κάθε οικογένεια, ακόμη και η πιο λειτουργική, έχει τα δικά της προβλήματα και περιόδους πολλών δυσκολιών (Yager, 1982).

2.7. Προσωπικότητα

Κάποια καλύτερη κατανόηση των διατροφικών διαταραχών προκύπτει αν μελετήσουμε το ταμπεραμέντο, την προσωπικότητα καθώς και τον τρόπο με τον οποίο αυτά κάνουν ένα νεαρό άτομο προσεγγίσιμο σε εν δυνάμει πιέσεις. Αυτή η φιλοσοφία είναι γεμάτη από αναφορές στο γεγονός ότι η νευρική ανορεξία είναι γεμάτη από ασυνήθιστες ευαισθησίες και ακραίες προσωπικότητες (Bulik et al., 2003, Lilenfeld et al., 2006).

Η σκέψη των ατόμων με νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση κι από μια διαρκή ανάγκη για έλεγχο των καταστάσεων και του εαυτού τους. Όσο πιο πολύ συνειδητοποιούν ότι είναι δύσκολο να ελέγξουν τις καταστάσεις γύρω τους τόσο πιο πολύ θέλουν να ελέγξουν το σώμα τους μέσα από τη δίαιτα και την άσκηση. Πέφτουν σε παγίδες του τύπου «άσπρο-μαύρο» δηλαδή θεωρούν ότι κάποιος είτε θα είναι αδύνατος και όμορφος, είτε χοντρός και άσχημος χωρίς κανένα ενδιάμεσο στάδιο. Επίσης τείνουν σε μεγάλο βαθμό να θεωρούν πως η ελκυστικότητα και η ομορφιά κάποιου εξαρτάται αποκλειστικά από το ποσοστό λίπους που έχει επάνω του (Bruch, 1973, Halmi et al., 2000).

Φαινομενικά οι ανορεκτικές είναι άτομα αποτελεσματικά, αποφασιστικά, γεμάτα σιγουριά. Όμως μια πιο προσεκτική προσέγγιση αποδεικνύει ότι είναι έντρομες με την ιδέα ότι, αυτό που κάνουν, δε θα είναι και αρκούντως καλό. Ανησυχούν για την επιτυχία και την επιδιώκουν. Θέλουν να είναι άριστες σ' όλα όσα κάνουν. Δυστυχώς όμως, σύμφωνα με τη θεώρησή τους οσαδήποτε και αν κάνουν, ποτέ δεν είναι αρκετά. Βλέπουν τους άλλους πιο χαρισματικούς, πιο έξυπνους, πιο αποδεκτούς και πιστεύουν ότι τα μέλη των οικογενειών τους και οι φίλοι τους συμμερίζονται τις απόψεις τους. Θέτουν για τους εαυτούς τους μέτρα και σταθμά πιο πέρα από τα συνήθη, που είναι πολύ μακριά από τα εφικτά. Έτσι δεν είναι ποτέ ευτυχισμένες και βλέπουν τους εαυτούς τους αποτυχημένους (Bruch, 1973, Halmi et al., 2000).

Πολλοί ερευνητές αναφέρουν ότι έχει υψηλή νοημοσύνη και ενδιαφέρεται υπερβολικά και σχολαστικά για την εξωτερική του εμφάνιση. Τα πιο χαρακτηριστικά και σταθερά στοιχεία της προσωπικότητάς του είναι η τελειοθρία και η ψυχαναγκαστικότητα. Και όταν αυτά τα χαρακτηριστικά εμπλέκονται με μια γενική έλλειψη ευχαρίστησης από τη ζωή ή όταν το άτομο συναντιέται με τα γεγονότα ζωής χωρίς επαρκή προετοιμασία, τότε η ψυχογενής ανορεξία γίνεται μια «βιώσιμη εναλλακτική λύση» (Polivy & Herman, 2002, North et al., 1995).

Άλλοι καταφεύγουν στο αλκοόλ, άλλοι χρησιμοποιούν ναρκωτικά. Φαίνεται ότι όλες αυτές οι συμπεριφορές που υιοθετούνται ως «λύσεις» από τα νεαρά συνήθως άτομα, συνδέονται με την έλλειψη αποδοχής του εαυτού των, όπως πράγματι είναι, αλλά και με την εξάντληση των δυνατοτήτων και των ορίων των (Klein et al., 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την νευρική ανορεξία προτάθηκαν από τον Russell το 1970 και περιλαμβάνουν μια ολιστική προσέγγιση. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει μια συμπεριφορική παράμετρος που είναι η προσπάθεια του ατόμου να χάσει βάρος, ένα ψυχοπαθολογικό χαρακτηριστικό, που είναι ο επίμονος και παράλογος φόβος του για πιθανότητα αύξησης του βάρους, και τέλος, μια ενδοκρινική διαταραχή, που για τις γυναίκες αποτελεί η αμηνόρροια και στους άνδρες η στυτική δυσλειτουργία.

Τα παραπάνω κριτήρια, υπέστησαν μικρές διαφοροποιήσεις και ενσωματώθηκαν στα σύγχρονα και μοναδικά έγκυρα ταξινομικά συστήματα, δηλαδή στα DSM-IV και ICD-10. Η βασική διαφορά μεταξύ των δύο ταξινομικών συστημάτων αφορά στη διαφοροποίηση που έχει το DSM-IV ως προς τις υποκατηγορίες της νευρογενούς ανορεξίας, δηλαδή τον περιοριστικό τύπο και τον καθαρτικό/υπερφαγικό τύπο τα οποία θα επεξηγηθούν παρακάτω.

3.1. Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη νευρική ανορεξία σύμφωνα με το DSM- IV

Το 1994, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία δημοσίευσε τον αναθεωρημένο οδηγό ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών (Α.Ρ.Α., DSM-IV) σύμφωνα με τον οποίο η διάγνωση της Νευρικής Ανορεξίας θα πρέπει να στηρίζεται στα 4 βασικά κριτήρια που αναφέρονται παρακάτω.

Α. Άρνηση διατήρησης βάρους σώματος στο ελάχιστο φυσιολογικό επίπεδο, για την ηλικία και το ύψος (απώλεια βάρους τουλάχιστον κατά 85%απο το κανονικό).

Είναι πρακτικά αδύνατον να οριστεί μια συγκεκριμένη απώλεια βάρους που να εφαρμοστεί ως κριτήριο για κάθε άτομο υπό αξιολόγηση, αλλά το DSM-IV μας παρέχει ως οδηγό το 85% του αναμενόμενου φυσιολογικού βάρους. Έτσι, το άτομο που προσέρχεται για αξιολόγηση κι έχει χάσει το 15% του ελάχιστου φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του πληροί το εν λόγω κριτήριο.

Στην πραγματικότητα είναι πολλοί οι ασθενείς που φθάνουν στο σημείο να ζυγίζουν λιγότερο από το 50% του μέσου αναμενόμενου φυσιολογικού βάρους. Η απώλεια αυτή βάρους συνήθως επιτυγχάνεται μέσω δίαιτας, κατά την οποία φροντίζουν να υπάρξει ένας αυστηρός περιορισμός των θερμίδων που καταναλώνουν έτσι ώστε να

παραμένουν μέσα στα όρια μιας εξαντλητικής δίαιτας, η οποία περιλαμβάνει έναν πολύ περιορισμένο αριθμό τροφών (π.χ. συνήθως απαγορεύονται οι υδατάνθρακες και τα λίπη). Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως υιοθετούνται κι άλλες πρακτικές, που προάγουν την απώλεια βάρους, κι έτσι μέρος της εικόνας του πάσχοντος μπορεί να αποτελούν και οι καθαρικές συμπεριφορές (π.χ. αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, χρήση διουρητικών, υπακτικών, υποκλυσμών, εμετικών κ.α.) και η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας (π.χ. υπερβολική, εξοντωτική εκγύμναση, τελετουργική υπερκινητικότητα κ.α.), που μπορεί να φθάσει στο σημείο της στέρησης ακόμα και του ύπνου προκειμένου να ικανοποιηθεί το αίτημα για σωματική δραστηριότητα και τελικά το άτομο οδηγείται στην εξουθένωση. Οι διαταραχές ύπνου, η απώλεια της σεξουαλικής παρόρμησης και η μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και εγρήγορσης είναι συμπτώματα που συχνά αναφέρονται από ασθενείς που πάσχουν από Νευρική Ανορεξία.

Β. Έντονος φόβος παχυσαρκίας που δεν ελαττώνεται με τη μείωση του βάρους.

Παρά το υπερβολικά χαμηλό βάρος του σώματός τους, τα άτομα, που πάσχουν από Νευρική Ανορεξία, ανησυχούν υπερβολικά μήπως πάρουν βάρος και παχύνουν, φοβούνται ότι θα γίνουν υπέρβαροι και είναι αξιοσημείωτο ότι αυτός ο έντονος και επίμονος «φόβος του πάχους», όπως αποκαλείται, όχι μόνο δε μειώνεται σε ένταση και ισχύ με την απώλεια βάρους, αντιθέτως, κατά ένα περίεργο τρόπο, όσο το βάρος τους μειώνεται ο φόβος αυτός εντείνεται.

Γ. Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει το βάρος και το σχήμα του σώματός του, τα οποία επηρεάζουν υπέρμετρα την αυτοαξιολόγηση του ατόμου, ή άρνηση της σοβαρότητας του χαμηλού βάρους σώματος.

Ο φόβος αυτός σχετίζεται με τη διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα των πασχόντων, στους οποίους είναι χαρακτηριστική η διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο αξιολογούν και βιώνουν το σωματικό τους σχήμα και βάρος. Για παράδειγμα, παρότι το βάρος τους είναι πολύ χαμηλότερο από το φυσιολογικό και σε κάποιες περιπτώσεις έχουν αποστεωνθεί, τα άτομα, που πάσχουν από Νευρική Ανορεξία, συχνά νιώθουν το σώμα τους ή ένα μέρος του σώματός τους (συνήθως κοιλιά, γλουτούς, μηρούς) σαν να είναι πολύ βαρύ, πολύ χοντρό. Για να μπορούν να ελέγχουν το σχήμα του σώματός τους, οι ασθενείς φροντίζουν να ζυγίζονται τακτικά, μετρούν με μεζούρα την

περίμετρο διαφόρων μερών του σώματός τους και κοιτούν επίμονα και συχνά επικριτικά το είδωλό τους στον καθρέφτη.

Τα άτομα, που πάσχουν από Νευρική Ανορεξία, είναι απολύτως απορροφημένα με την τροφή και ένδειξη αυτού αποτελεί το γεγονός ότι υπολογίζουν με ιδιαίτερη προσοχή τις θερμίδες οποιασδήποτε τροφής πρόκειται να καταναλώσουν. Κάποιες φορές μάλιστα αυτή η ανησυχία φθάνει τα όρια της εμμονής. Για παράδειγμα, ένας ασθενής χαρακτηριστικά είπε: «δε θα γλύψω το γραμματόσημο, δεν μπορεί κανείς να γνωρίζει που μπορεί να κρύβονται οι θερμίδες». Η εμμονή αυτή με το φαγητό και την πιθανή αύξηση του βάρους τους μπορεί να οδηγήσει και σε ψυχαναγκαστική συμπεριφορά σε ότι αφορά την εκγύμναση, για την οποία πολλές φορές μπορούν να αφιερώσουν πολλές ώρες την ημέρα. Η αυτοεκτίμησή τους, άλλωστε, είναι στενά συνδεδεμένη με τη διατήρηση του χαμηλού σωματικού βάρους.

Δ. Έλλειψη εμμήνου ροής (αμηνόρροια).

Σε ο,τι αφορά ειδικά τις γυναίκες, προκειμένου να διαγνωστεί η Νευρική Ανορεξία θα πρέπει, εκτός της σημαντικής απώλειας βάρους, να παρουσιάζουν και αμηνόρροια. Η υπερβολική από-δυνάμωση συχνά προκαλεί αμηνόρροια, αλλά, ακόμα και στις περιπτώσεις που δε σημειώνεται αμηνόρροια, μπορεί να υπάρχουν ανωμαλίες στον περιοδικό κύκλο.

3.2. Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά το ICD- 10 (DCR)

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας, κατά ICD-10 (1993) είναι τα κάτωθι:

(α) Το σωματικό βάρος παραμένει τουλάχιστον 15% κάτω από το αναμενόμενο (είτε λόγω απώλειας είτε επειδή ποτέ δεν επιτεύχθηκε) ή ο δείκτης της σωματικής μάζας κατά Quetelet είναι 17,5 ή λιγότερο. Σε ασθενείς προεφηβικής ηλικίας, μπορεί να παρατηρείται αδυναμία να επιτευχθεί η προσδοκώμενη για την ηλικία αύξηση του σωματικού βάρους.

(β) Η απώλεια βάρους προκαλείται με την αποφυγή «παχυντικών τροφών». Είναι δυνατόν επίσης να υπάρχουν ένα ή περισσότερα από τα επόμενα: αυτοπροκαλούμενοι

έμετοι, αυτοπροκαλούμενες κενώσεις με καθαρτικές ουσίες, υπερβολική σωματική άσκηση, χρήση φαρμάκων κατασταλτικών της όρεξης ή/και διουρητικών.

(γ) Παραμόρφωση της εικόνας του σωματικού εγώ υπό τη μορφή ειδικής ψυχοπαθολογίας, κατά την οποία ο φόβος του πάχους επιδιάρκει ως παρεμβλητή, υπεραξιολογούμενη ιδέα και ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του χαμηλό επίπεδο σωματικού βάρους.

(δ) Υπάρχει εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή, του υποθαλαμουποφυσιογοναδικού άξονα εκδηλωμένη στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της ικανότητας. Δυνατόν επίσης να υπάρχουν αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης και κορτιζόλης, μεταβολές στον περιφερικό μεταβολισμό των θυροειδικών ορμονών και ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης.

(ε) Εάν η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας τοποθετείται στην προεφηβική ηλικία η διαδοχή των διαφόρων γεγονότων της ήβης καθυστερεί ή αναστέλλεται (η ανάπτυξη του ατόμου σταματά, στα κορίτσια οι μαστοί δεν αναπτύσσονται και υπάρχει πρωτογενής αμηνόρροια, στα αγόρια τα γεννητικά όργανα παραμένουν παιδικά). Με την ανάρρωση, η ήβη συχνά συμπληρώνεται φυσιολογικά, αλλά η έμμηνος ρύση καθυστερεί.

Ο σημαντικότερος προβληματισμός που έχει διατυπωθεί για τα ανωτέρω διαγνωστικά κριτήρια είναι ότι η εφαρμογή τους είναι ιδιαίτερα περιοριστική. Αποτέλεσμα αυτού είναι ότι μεγάλος αριθμός ασθενών διαγιγνώσκεται ότι πάσχει από άτυπη ή μη αλλιώς καθοριζόμενη, σύμφωνα με το DSM-IV, διαταραχή πρόσληψης τροφής, είτε γιατί το βάρος τους δεν είναι κάτω από το 85% του κανονικού, είτε γιατί έχουν έμμηνο ρύση, είτε ακόμη γιατί ο φόβος για πιθανή αύξηση του βάρους δεν είναι ιδιαίτερα ισχυρός. Μάλιστα, ορισμένες μελέτες έδειξαν ότι έως και 60% των περιπτώσεων διαταραχής πρόσληψης τροφής χαρακτηρίστηκαν ως άτυπες, ενώ το 40% αυτών των περιπτώσεων θα μπορούσε να διαγνωστεί ως νευρογενής ανορεξία αν τα κριτήρια δεν ήταν τόσο πολύ περιοριστικά. Το ενδιαφέρον είναι ότι αυτές οι άτυπες περιπτώσεις δεν φαίνεται να διαφέρουν σε επίπεδο ανορεκτικής συμπτωματολογίας, νοσηρότητας, πρόγνωσης ή απάντησης στη θεραπεία από τις «τυπικές» περιπτώσεις νευρογενούς ανορεξίας (Fairburn et al., 2007, Wonderlich et al., 2007).

3.3. Τυπολογία

A) Ανορεξία στερητικού τύπου / Περιοριστικός τύπος (restricting type):

Ο στερητικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από μια παρατεταμένη και αυστηρή αποχή από το φαγητό. Οι ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου συνήθως χαρακτηρίζονται από περισσότερη εσωστρέφεια κι αρνούνται να παραδεχτούν πως νιώθουν πείνα και άγχος. Στο άτομο, που εμφανίζει αυτόν τον Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας και αυτοαξίας συνδέεται άρρηκτα με το βαθμό στον οποίο μπορεί να ελέγξει το σωματικό βάρος και σχήμα. Το άτομο αισθάνεται περήφανο και αποκτά την αίσθηση της αυτοκυριαρχίας όταν το βάρος του αρχίζει να μειώνεται, ενώ αντίθετα όταν το βάρος του αυξάνεται το άτομο κατακλύζεται από συναισθήματα αποτυχίας και την εντύπωση ότι δεν είναι πλέον αποδεκτό από τους οικείους και το κοινωνικό σύνολο. Στα άτομα, που εμφανίζουν τον Περιοριστικό Τύπο, είναι σπάνιο να εκδηλωθούν επεισόδια υπερφαγίας ή καθαρτικών συμπεριφορών, και σε σύγκριση με τα άτομα, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό/Καθαρτικό Τύπο, δεν είναι πολύ επιρρεπείς στη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, εμφανίζουν όμως μικρότερη συναισθηματική αστάθεια και είναι λιγότερο ενεργοί σεξουαλικά. Υπάρχουν ακόμα ενδείξεις ότι οι δύο αυτοί υποτύποι μπορεί να διαφέρουν στον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή (Watson & Bulik, 2013).

B) Ανορεξία υπέρ καταναλωτικού τύπου/Υπερφαγικό/Καθαρτικό: (binge eating/purging type):

Ο υπερκαταναλωτικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από σποραδικά επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθούνται από τεχνητή πρόκληση εμετού. Οι ασθενείς με ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου χαρακτηρίζονται από εξωστρέφεια, αναφέρουν συχνότερα άγχος, κατάθλιψη κι ενοχές, παραδέχονται πως έχουν έντονη όρεξη και τείνουν να είναι μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τους ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου. Οι βουλιμικοί ανορεκτικοί ξεκινούν συχνά ως περιοριστικοί και τελικά προχωρούν προς τα υπερφαγικά επεισόδια και τις καθαρτικές συμπεριφορές, όταν στα μεσοδιαστήματα της πλήρους αποστέρησης τροφής αισθάνονται ανίκανοι πλέον να διατηρήσουν απόλυτο έλεγχο της τροφής που καταναλώνουν (Watson & Bulik, 2013).

Ο δεύτερος είναι συχνός στους ανορεξικούς, αφορά μέχρι και το 50% των περιστατικών. Κάθε ένας από τους δύο τύπους φαίνεται να έχει διακριτά χαρακτηριστικά ως προς το ιστορικό και την κλινική εικόνα. Ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία τύπου υπερφαγίας/καθαρτικών έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά με άτομα που πάσχουν από Ψυχογενή Βουλιμία. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι η ύπαρξη παχύσαρκων μελών στην οικογένεια του ασθενούς, το ιστορικό αυξημένου βάρους του ασθενούς, η χρήση υποκατάστατων ουσιών, η διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων και οι διαταραχές προσωπικότητας. Τα άτομα με περιοριστικού τύπου Ψυχογενή Ανορεξία περιορίζουν την επιλογή των τροφών τους, λαμβάνουν όσο το δυνατόν λιγότερες θερμίδες και χαρακτηρίζονται συχνά από ιδεοψυχαναγκαστικά φαινόμενα σχετικά με την τροφή και άλλα θέματα. Οι ανορεξικοί, και των δύο τύπων, υπεραπασχολούνται με το βάρος και την εικόνα σώματος τους, ενώ ασκούνται πολλές ώρες. Και οι δύο τύποι ασθενών μπορεί να είναι κοινωνικά απομονωμένοι και με μειωμένο ερωτικό ενδιαφέρον (Hay & Claudino, 2010).

Σε γενικές γραμμές, η Νευρογενής Ανορεξία δεν είναι δύσκολο να αναγνωρισθεί. Για το 85% των περιπτώσεων ισχύει ότι το άτομο θα εκδηλώσει τη νόσο κάποια στιγμή μεταξύ των 13 και 20 ετών. Ο ειδικός θα πρέπει να εξετάσει με ιδιαίτερη προσοχή την πιθανότητα να διαγνώσει Νευρογενή Ανορεξία σε άτομο που δεν εμπίπτει σ' αυτό το ηλικιακό φάσμα. Η δυσκολία του ειδικού εντοπίζεται περισσότερο στη μυστικοπάθεια που διακατέχει τους ασθενείς, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, με αποτέλεσμα να μην περιγράφουν ξεκάθαρα ούτε το κίνητρό τους να είναι αδύνατοι ούτε το φόβο του πάχους που τους κυριεύει. Αντ' αυτού μπορεί να αναγνωρίζουν στον εαυτό τους μόνο μια γενική και αόριστη ανησυχία για την ποιότητα των τροφών που καταναλώνουν και μια έντονη επιθυμία να γυμνάζονται. Επίσης, μπορεί να είναι δύσκολο για τους ασθενείς αυτούς να εξωτερικεύσουν τη διαστρεβλωμένη εικόνα που έχουν για το σωματικό τους σχήμα και βάρος. Μπορεί να δηλώνουν οι ασθενείς αυτοί ότι συνειδητοποιούν πως είναι πολύ αδύνατοι και ότι θα χρειαστούν υπεράνθρωπες προσπάθειες για να ανακτήσουν ένα φυσιολογικό βάρος, αλλά ωστόσο δεν ανησυχούν για τους πολύ σοβαρούς κινδύνους που διατρέχει ο οργανισμός τους εξαιτίας του χρόνιου υποσιτισμού και σε γενικές γραμμές δεν είναι βαθιά δεσμευμένοι να προσπαθήσουν πραγματικά όπως με το να αυξήσουν την θερμιδική αξία των τροφών που καταναλώνουν (Hay & Claudino, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Τα κλινικά χαρακτηριστικά θα μπορούσαν να προσδιοριστούν είτε ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων, είτε ανάλογα με το στάδιο, είτε ανάλογα με τα εργαστηριακά ευρήματα.

4.1 Ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων

A. Οι ελάσσονες μορφές. Είναι σίγουρα πολυάριθμες και ξεφεύγουν συχνότατα από τις στατιστικές, αφού σπάνια αποτελούν αντικείμενο εξειδικευμένων εξετάσεων και ακόμα λιγότερο νοσοκομειακών νοσηλείων. Στην πραγματικότητα θέτουν το ερώτημα των ορίων της παθολογίας σε αυτόν τον τομέα, ιδίως αν λάβει κανείς υπόψη την κοινωνικοπολιτιστική πίεση που ευνοεί τη διατήρηση ενός λεπτού σώματος στις δυτικές κοινωνίες. Σε διάφορες πρόσφατες μελέτες καταβάλλεται προσπάθεια να διευκρινισθούν τα δεδομένα αυτά, που ορισμένοι συγγραφείς τα έχουν επισημάνει εδώ και παραπάνω από είκοσι χρόνια (ιδιαίτερα ο Russell το 1972). Διάφοροι ερευνητές εφαρμόζοντας ένα τεστ διατροφικών συμπεριφορών (EAT) συμπέραναν ότι η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και σημαντικές ανησυχίες σχετικά με το βάρος αποτελούν συχνότατα έναν τρόπο αντίδρασης απέναντι στις υπαρξιακές ανησυχίες της εφηβείας. Αυτές οι ελάσσονες μορφές χαρακτηρίζονται συνήθως, κλινικά, από την περιορισμένη ανορεκτική αποφασιστικότητα των ασθενών, από κάποια απόχρωση δυσθυμίας, ακόμα και από μίαν έκδηλη καταθλιπτική τάση, η οποία δεν εμφανίζεται σαν κλινική μορφή (Beumont, 2002).

B. Οι βαριές μορφές. Αυτές εκδηλώνονται, αντίθετα, με τον δραματικό και ανυποχώρητο χαρακτήρα μιας ανορεκτικής συμπεριφοράς, η οποία οδηγείται από μια βίαια αποφασιστικότητα, παρά τις καταστροφικές συνέπειες της σε ένα σώμα του οποίου η καχεξία ανακαλεί αναμφίβολα τον θάνατο. Οι βαριές αυτές μορφές - που θεωρούμε ότι εμφανίζονται όλο και πιο συχνά- θέτουν το πρόβλημα ανοχής από το περιβάλλον, ακόμα και το ιατρικό, που δεν επεμβαίνει παρά μόνο όταν δεν είναι πια δυνατό να γίνει διαφορετικά. Δεν είναι λοιπόν σπάνιο να γίνεται η εισαγωγή στο νοσοκομείο, με την ευκαιρία απώλειας των αισθήσεων ή κώματος, μιας κοπέλας που ζυγίζει λιγότερο από 30 κιλά και που ενδεχομένως φέρει εσχαρές, και, συχνά, οιδήματα από την στέρηση βασικών ουσιών. Εκτός από την κωματώδη κατάσταση παρατηρούνται και άλλες διαταραχές της συνείδησης μέσα στα πλαίσια του τύπου υποξείας αποδιοργάνωσης, η οποία βιώνεται μέσα σε μίαν ατμόσφαιρα λίγο-πολύ

διεγερτική. Και θυμίζει πολύ ορισμένες τοξικομανιακές μέθες. Αυτές οι βαριές μορφές δικαιολογούν μιαν αυστηρή παρακολούθηση από ειδικούς γιατί ο κίνδυνος του θανάτου είναι αναμφισβήτητος (Beumont, 2002).

Γ. Εφηβεία. Στην κλασική μορφή της εφηβείας η έναρξη των διαταραχών τοποθετείται κλασικά ανάμεσα στο δωδέκατο και το εικοστό έτος της ηλικίας. Ορισμένοι προσπαθούν να εντοπίσουν, μέσα στο μεγάλο αυτό διάστημα, κλινικές μορφές. Μια πρόσφατη εργασία των Halmi Casper Goldberg και των συνεργατών του, εντόπισε σε μια ομάδα περισσότερων από 100 ασθενών, δυο αιχμές της νόσου που παρουσιάζονται στη ηλικία των 14½ και 18 ετών. Το γεγονός αυτό, σύμφωνα με τους συγγραφείς, μάλλον αντιστοιχεί σε δυο περιόδους της εφηβείας κατά τις οποίες η εξάρτηση από την οικογένεια αλλάζει βαθύτατα. Από τη μελέτη των δυο υποομάδων προκύπτει ότι οι νεότερες ανόρεκτες παρουσιάζουν τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου και υποβάλλονται γρήγορα σε παρακολούθηση και θεραπεία, ενώ οι μεγαλύτερες, που εισάγονται στο νοσοκομείο αργότερα, παρουσιάζουν συνήθως συμπτώματα κατάθλιψης, τα οποία χρονολογούνται από παλιά, αλλά σε μικρό βαθμό. Οι ιδιαιτερότητες όμως αυτές δεν επιτρέπουν τους παραπάνω συγγραφείς, να μιλούν για ιδιαίτερες κλινικές μορφές, όπως γίνεται για το παιδί ή την ενήλικη γυναίκα (Levenkron, 2000).

Δ. Παιδί. Στην περίπτωση του παιδιού περιγράφεται συνήθως με τη προεφηβική μορφή που διαφέρει ελάχιστα από την κλασική μορφή. Με φοβική μορφή για ορισμένους συγγραφείς, με ψυχαναγκαστική μορφή για άλλους, η πρόγνωση της παιδικής ηλικίας είναι μάλλον απαισιόδοξη, κυρίως λόγω της ανάρθεσης της εφηβικής ανάπτυξης (Klein & Walsh, 2003).

Ε. Βρέφος. Η ανορεξία του βρέφους είναι η ενεργητική άρνηση του παιδιού να δεχθεί την τροφή που του προσφέρει η μητέρα του. Συχνότατα η άρνηση είναι επιλεκτική και αφορά αποκλειστικά στο πρόσωπο της μητέρας του. Διακρίνεται στην σπανιότατη πρώιμη βασική ανορεξία, που εκδηλώνεται από τις πρώτες εβδομάδες της ζωής, μερικές φορές και από την πρώτη μέρα, και στη συνήθη μορφή που είναι η ανορεξία του δεύτερου εξαμήνου (Levenkron, 2000).

ΣΤ. Ηλικιωμένος. Η ανορεξία στον ηλικιωμένο οι ανορεκτικές συμπεριφορές δεν είναι σπάνιες. Συχνά μαρτυρούν μια υπονοούμενη επιθυμία «για να ξεφλήσουν», σε άτομα που χωρίς να εμφανίσουν κατάθλιψη, με τη στενή έννοια του όρου, εξαιτίας

της απομόνωσης τους, της απώλειας της ταυτότητας τους και μερικές φορές λόγω πολλών σωματικών κακουχιών, χάνουν κάθε ελπίδα για το μέλλον τους (Klein & Walsh, 2003).

Z. Ενήλικη γυναίκα. Η ψυχογενής ανορεξία της ενήλικης γυναίκας αξίζει να αποτελέσει ξεχωριστή κατηγορία. Πρέπει να γίνει διαχωρισμός ανάμεσα στις εφηβικές μορφές που παρατείνονται, με την ενηλικίωση, και στις πραγματικές μορφές ανορεξίας της ενήλικης γυναίκας που εμφανίζονται σε γυναίκες χωρίς προηγούμενο ιστορικό ανορεξίας, παντρεμένες με παιδιά. Η ανορεξία της ενήλικης παντρεμένης γυναίκας αντιστοιχεί σε μια στιγμή ιδιαίτερα έντονης παλινδρόμησης συχνά σαν αντίδραση σε ένα συναισθηματικό ή υπαρξιακό κλονισμό (θάνατος κάποιου συγγενή, εγκυμοσύνη). Η ανορεξία αυτή επισημαίνει τη βίαιη αποδιοργάνωση μιας προσαρμοσμένης, μέχρι τότε, προσωπικότητας, έστω και αν αυτή ήταν εύθραυστη και ελαττωματικά δομημένη (Bulik, 2002).

H. Προσωπικότητα. Συνήθως οι κλινικές μορφές περιγράφονται ανάλογα με την υποκείμενη προσωπικότητα, σύμφωνα με την γενικά αποδεκτή αντίληψη ότι η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι παρά ένα σύνδρομο που δεν προδικάζει τη δομή της προσωπικότητας στην οποία ριζώνει. Έτσι, η υστερική προσωπικότητα θεωρείται ως η συχνότερη και χαρακτηρίζεται, από κλινική άποψη, από την τάση για αυτάρεσκη επίδειξη της ισχύος. Αντίθετα, οι ψυχαναγκαστικές μορφές θα χαρακτηρίζονταν από τη τάση προς την αμφιβολία, προς την αγχώδη ανάκληση των ίδιων σκέψεων και προς την ένοχη, ιδιαίτερα όσον αφορά τις βουλιμικές κρίσεις. Οι φοβικές μορφές που συναντώνται συχνά σε οριακές ηλικίες, οδηγούν σε μια μάλλον απαισιόδοξη πρόγνωση. Τέλος, ορισμένες εξαιρετικά βαριές μορφές που θα μπορούσαν να εξελιχθούν σε αυθεντικές σχιζοφρένιες, θα ονομάζονταν ψυχωσικές ή προ-ψυχωσικές (Levenkron, 2000).

4.2 Ανάλογα με το στάδιο

1ο Στάδιο: Το Στάδιο Επίτευξης (The Achievement Stage)

Η Ψυχογενής Ανορεξία τυπικά ξεκινά με την επιθυμία του ατόμου να χάσει βάρος και να είναι λεπτό, ώστε να είναι κοινωνικά αποδεκτό από τους τριγύρω του. Αυτό το στάδιο της ασθένειας δεν υποδεικνύει υπερβολική ή αφύσικη συμπεριφορά.

Αντιθέτως, το άτομο δείχνει να συμβαδίζει με τη σύγχρονη αντίληψη ότι είναι ανεπίτρεπτο να προσλαμβάνει κανείς βάρος με πιθανό αποτέλεσμα την παχυσαρκία. Η πλειοψηφία των υπέρβαρων ατόμων βρίσκει τις δίαιτες βαρετές και καταθλιπτικές και θεωρεί ότι η διαίτα στερεί μία από τις απολαύσεις της ζωής που δεν είναι άλλη από το φαγητό. Έτσι, οι περισσότεροι είτε παραιτούνται της διαίτας πριν καν φτάσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα ή εφόσον φτάσουν στο επιθυμητό τους βάρος, υιοθετούν εξαρχής τις παλιές τους διατροφικές συνήθειες με αποτέλεσμα να προσλάβουν το βάρος που έχασαν (Beumont, 2002).

Όμως η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων αυτών δεν είναι συναισθηματικά προδιατεθειμένοι απέναντι στην ανορεξία. Τα άτομα που είναι προδιατεθειμένα απέναντι στην Ψυχογενή Ανορεξία είναι τελειομανείς και διοχετεύουν όλες τις δυνάμεις τους στην προσπάθεια για την επίτευξη του στόχου τους, δηλαδή την απώλεια βάρους. Καθώς το τελειομανές άτομο συνεχίζει να χάνει βάρος τηρώντας αυστηρά τη διαίτά του, επιβραβεύεται από το περιβάλλον του με επαίνους και εκδηλώσεις θαυμασμού ή ζήλιας (Levenkron, 2000).

Το άτομο νιώθει ότι επιτυγχάνει το στόχο του και το αίσθημα αυτό ενισχύει την επιμονή του στην περιοριστική διατροφική του συμπεριφορά. Οι κρίσεις πείνας μοιάζουν με φτηνά ανταλλάγματα που πρέπει να πληρώσει έναντι των συναισθημάτων αρετής και επιτυχίας και συχνά μεταφράζονται σαν αποδείξεις της επιτυχίας του (Beumont, 2002).

2ο Στάδιο: Το Στάδιο Ασφάλειας – Καταναγκασμού (The Security – Compulsive Stage)

Το δεύτερο στάδιο ξεκινά με στόχο την απώλεια ενός κιλού την εβδομάδα. Η ιδέα του ιδανικού βάρους εξαφανίζεται και το άτομο όσο λεπτότερο γίνεται, τόσο παχύτερο νιώθει (Levenkron, 2000).

Παράλληλα αρχίζει να μετράει την περιφέρειες των βραχιόνων, της μέσης, των μηρών του, δοκιμάζει ρούχα σε ολοένα και μικρότερα νούμερα, συγκρίνει τον εαυτό του με όσους ανθρώπους βλέπει και φαντάζεται ότι είναι παχύτερο από όλους. Αυτή η διαταραχή αντίληψης του σωματικού μεγέθους επινοείται από το ίδιο το άτομο, προκειμένου να έχει λόγο να εμμείνει στην «αποστολή» απώλειας βάρους. Οπότε, το άτομο ενισχύει τις προσπάθειές του περπατώντας περισσότερο ή προσθέτοντας

υπερβολικά παραπάνω άσκηση στο πρόγραμμά του γενικότερα, ενώ στόχος γίνεται πλέον η απώλεια περισσότερων από ένα κιλών την εβδομάδα (Levenkron, 2000).

Ο ανορεξικός, αντίθετα με τα φυσιολογικά άτομα που κάνουν δίαιτα, θεωρεί κάθε κιλό που χάνει ένδειξη ότι πρέπει να χάσει περισσότερο. Το άτομο εστιάζει στον καταναγκασμό για απώλεια βάρους που νιώθει, σαν να έχουν εξαφανιστεί όλα τα υπόλοιπα προβλήματά του και το μόνο που υπάρχει ακόμα είναι το να χάσει βάρος. Η απώλεια βάρους γίνεται εμμονή στην οποία ο ανορεξικός βρίσκει καταφύγιο και μ' αυτόν τον τρόπο μειώνει το άγχος και τις ανησυχίες του. Αναγκάζεται να χρησιμοποιεί επανειλημμένα τις καταναγκαστικές συμπεριφορές απώλειας βάρους για να περιορίσει τους έμμοτους φόβους του που τον κατακλύζουν με άγχος (Beumont, 2002).

Όλη αυτή η πνευματική δραστηριότητα αφήνει πολύ λίγο ελεύθερο χρόνο για φίλους και συγγενείς. Ο ανορεξικός σ' αυτό το στάδιο έχει αρχίσει να αποσυνδέεται συναισθηματικά από τους άλλους καθώς στρέφεται προς τα ενδόμυχά του, στη μάχη του ενάντια στην πείνα. Αυτό το αίσθημα της πείνας είναι στην πραγματικότητα μήνυμα από τον εγκέφαλο του ανορεξικού ότι επιπλέον απώλεια βάρους θα οδηγήσει σε ανικανότητα του σώματος να διατηρεί ομοιόσταση, σταθερή θερμοκρασία, σταθερή αρτηριακή πίεση, σταθερό καρδιακό ρυθμό και να μη χάνει μυϊκή μάζα. Στη φάση αυτή της εξέλιξης της Ψυχογενούς Ανορεξίας σχηματίζονται πτυχές στο δέρμα των κλειδώσεων του αγκώνα, του γόνατου και της μασχάλης, διότι το σώμα του ασθενούς έχει συρρικνωθεί περισσότερο απ' όσο μπορεί να συσταλθεί το δέρμα του. Βέβαια, το άτομο θεωρεί ότι οι πτυχές στο δέρμα του προκλήθηκαν από το πάχος (Klein & Walsh, 2003).

Καθώς ο ανορεξικός γίνεται λεπτότερος, είναι ανίκανος να σκεφτεί οτιδήποτε άλλο εκτός από το φαγητό. Ο εγκέφαλός του προσαρμόζεται στα ερεθίσματα που λαμβάνει, όπως το αίσθημα της έντονης πείνας, το οποίο πλέον είναι απαραίτητο να υπάρχει για τον ασθενή. Το άτομο σκέφτεται συνέχεια το φαγητό και το πώς θα απαλλαγεί απ' αυτό. Η εμμονή του αυτή συχνά εκφράζεται με ένα πάθος για τη συλλογή συνταγών και την παρασκευή περίπλοκων γευμάτων για τους άλλους (Klein & Walsh, 2003).

Προκειμένου ο ίδιος να αποφύγει την κατανάλωση θερμίδων, κρύβει στο σπίτι, στις τσάντες και στις τσέπες του τα προς κατανάλωση τρόφιμα, ώστε οι γύρω του να

νομίζουν ότι έχουν καταναλωθεί. Τεμαχίζει το φαγητό του σε μικρά κομμάτια και διαθέτει πολύ χρόνο τακτοποιώντας τα κομμάτια στο πιάτο του. Όταν του γίνεται παρατήρηση γι' αυτή του τη συμπεριφορά, ο ανορεξικός ασθενής την αρνείται ή τη χαρακτηρίζει φυσιολογική. Παράλληλα, το άτομο αναπτύσσει διαταραχή ύπνου, και το μυαλό του στοιχειώνεται από σκέψεις για φαγητό. Οι σκέψεις αυτές για το ίδιο το άτομο μεταφράζονται σε ανεπτυγμένη όρεξη στην οποία αν ενδώσει θα οδηγηθεί σταδιακά στην παχυσαρκία (Beumont, 2002).

Ο όρος «ανορεξία», που σημαίνει απώλεια της όρεξης, είναι παραπλανητικός. Η απώλεια της όρεξης είναι κατά κανόνα σπάνια, μέχρι τα προχωρημένα στάδια της διαταραχής. Το μυαλό και το σώμα του ανορεξικού στέλνουν μηνύματα για να σταματήσει τη λιμοκτονία και να σωθεί από το θάνατο. Το άτομο όμως που πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία βρίσκεται σε σύγχυση και διπλασιάζει τις προσπάθειές του να χαλιναγωγήσει την ήδη πενιχρή πρόσληψη τόσο τροφής όσο και ποτών (Levenkron, 2000).

Οι περισσότεροι ανορεξικοί αναπτύσσουν φοβίες και για τις υγρές και για τις στερεές τροφές. Με τον καιρό οι φοβίες του ατόμου που πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία πολλαπλασιάζονται. Έτσι ο ανορεξικός μπορεί να παρουσιάσει φοβία πάχους, φοβία φαγητού, φοβία πρόσληψης βάρους, φοβία αύξησης όρεξης, φοβία αργού μεταβολισμού. Το τελευταίο δεν είναι απλώς μια φοβία του ασθενούς. Πραγματικά καθώς το άτομο χάνει βάρος ή όταν φτάνει σε απίσχναση, ο οργανισμός καταναλώνει λιγότερες θερμίδες ανά κιλό σωματικού βάρους στην προσπάθειά του να διατηρηθεί εν ζωή μέχρι η τροφή να γίνει διαθέσιμη ξανά. Το σώμα δηλαδή προβαίνει σε μια κάποιου είδους τακτική οικονομίας. Καθώς η πρόσληψη θερμίδων δεν επαρκεί, η θερμοκρασία του σώματος είναι αδύνατον να διατηρηθεί στους 37°C και το άτομο κρυώνει συνεχώς. Για τον ίδιο λόγο το άτομο παρουσιάζει υπόταση, η οποία είναι πιθανό να του προκαλεί ζαλάδα. Επίσης εξαιτίας της χαμηλής θερμιδικής πρόσληψης και ο καρδιακός ρυθμός είναι χαμηλότερος του φυσιολογικού, με αποτέλεσμα η καρδιά να συρρικνώνεται και ο αριθμός των παλμών ανά λεπτό να ελαττώνεται. Και οι αποθήκες πρωτεΐνης μειώνονται, έτσι ο οργανισμός δεν καταναλώνει πρωτεΐνες για λειτουργίες πέραν των βασικών όπως η ανάπτυξη των μαλλιών, που συχνά γίνονται λεπτότερα και αδύναμα (Klein & Walsh, 2003).

Ο έμμηνος κύκλος απαιτεί ικανές ποσότητες θερμίδων, πρωτεϊνών και σιδήρου προκειμένου να διατηρηθεί, αλλά ο οργανισμός διακόπτει αρκετές ζωτικές λειτουργίες για να διατηρηθεί ζωντανός. Όλες αυτές τις σωματικές αλλαγές, δυστυχώς, ο ανορεξικός τις μεταφράζει λανθασμένα. Πιστεύει ότι χρειάζεται λιγότερες θερμίδες για να τραφεί και νομίζει ότι απλώς έχει έντονη όρεξη την οποία πρέπει να καταπολεμά διότι αν υποκύψει σ' αυτήν θα προσλάβει βάρος και θα καταντήσει παχύσαρκος. Το άτομο προσπαθεί με το να τρώει όσο το δυνατόν λιγότερο και να ασκείται παράλληλα, να νιώθει σιγουριά και ασφάλεια, και αυτός είναι ο μόνος τρόπος για να νιώσει ασφαλής ο ανορεξικός (Beumont, 2002).

Η εμμονή του αυτή να επιτυγχάνει την ασφάλεια δια των φόβων του, οδηγεί στην υιοθέτηση διαρκώς διευρυνόμενων προστατευτικών συμπεριφορών, τις οποίες όμως καταναγκάζεται να εφαρμόζει. Το στάδιο αυτό είναι μια διαρκώς αυξανόμενη, απελπισμένη προσπάθεια από πλευράς ασθενούς να αποφύγει την ανασφάλεια, η οποία είναι καταδικασμένη εξ αρχής σε αποτυχία. Το άτομο καταλήγει με εμμονές, καταναγκασμούς, απομακρυσμένο από τον περίγυρό του, ντροπιασμένο, αποκαρδιωμένο και μελαγχολικό (Levenkron, 2000).

3ο Στάδιο : Το Κατηγορηματικό Στάδιο (The Assertive Stage)

Συχνά, τα άτομα που αναπτύσσουν Ψυχογενή Ανορεξία, είθισται να είναι ευγενικά, προστατευτικά, συγκαταβατικά, υπάκουα, ευχάριστα άτομα που αποφεύγουν τις διαμάχες και τις συγκρούσεις, και που δεν έτυχαν αρκετής προσοχής στα πλαίσια της οικογενείας τους, που συνήθως είναι καταπιεστική (Klein & Walsh, 2003).

Το τρίτο στάδιο αναπτύσσεται όταν το άτομο που πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία δέχεται κριτική για το πόσο αδύνατο έχει γίνει από πολλούς ανθρώπους γύρω του. Έχει παραβλέψει τις συμβουλές τους και τώρα οι απαιτήσεις τους να προσλάβει ο ανορεξικός βάρος ανανεώνονται. Στο σημείο αυτό, το άτομο συνειδητοποιεί ότι είναι πιθανώς η πρώτη φορά που είναι ανυπάκουο σε όλο του το περιβάλλον. Δε φοβάται πλέον να συγκρουστεί και δεν ανησυχεί για το τι σκέφτεται ο οποιοσδήποτε για τις πράξεις του. Δεν νιώθει πια καμία υποχρέωση να ευχαριστεί τους άλλους. Ωστόσο, γνωρίζει ότι νιώθει ήρεμος και ασφαλής με την προσφάτως ευρεθείσα ανυπακοή μόνο γιατί τη χρησιμοποιεί για να αμυνθεί και να κρύψει την ανορεξία. Το άτομο νιώθει υποσυνείδητα νέο συναίσθημα ενδυνάμωσης, ακόμα κι αν περιορίζεται σ'

αυτόν τον τομέα, ο οποίος πλέον έχει γίνει ο σημαντικότερος της ζωής του (Levenkron, 2000).

Ο ανορεξικός φανερώνει στο περιβάλλον του ότι έχει φτάσει στο τρίτο στάδιο όταν αρχίζει να απαιτεί ιδιαίτερες προϋποθέσεις για να φάει. Για παράδειγμα, μπορεί να πηγαίνει τους οικείους του από εστιατόριο σε εστιατόριο, ψάχνοντας για το τέλειο, εντελώς άπαχο μενού ή πιάτο. Στο σπίτι, μπορεί να στέκεται δίπλα σε όποιον παρασκευάζει το γεύμα, ώστε να σιγουρευτεί ότι δεν προστίθενται κρυφά επιπλέον θερμίδες στο γεύμα του. Ταυτόχρονα, γίνεται επιθετικός σε συζητήσεις που αφορούν στο σωματικό του βάρος και υποστηρίζει ότι πρέπει να ζυγίζει λιγότερο και ότι είναι παχύς και όχι αδύνατος όπως νομίζουν οι άλλοι. Το ίδιο το άτομο πιστεύει ότι οι υπόλοιποι ζηλεύουν τη δύναμη της θέλησης και την ισχύότητά του και θέλουν να το ωθήσουν στην παχυσαρκία. Ο ανορεξικός νιώθει υπερβολικό και διαρκώς αυξανόμενο θυμό όταν παραβιάζονται οι επιθυμίες του που αφορούν στη διαδικασία της σίτισης. Ίσως να ζητάει να μη βρίσκεται κανείς στην κουζίνα όταν γευματίζει ή η κουζίνα να μη βρίσκεται στο βεληνεκές της όρασης ή της ακοής οποιουδήποτε βρίσκεται μες στο σπίτι όση ώρα ο ίδιος τρώει. Αν η οικογένεια ακολουθήσει αυτές τις τυραννικές διαταγές, μπορεί να καταλήξει εκτός σπιτιού προκειμένου να φάει το άτομο που πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία (Beumont, 2002).

Βέβαια, η οικογένεια του ανορεξικού φοβάται να παραβεί τις εντολές του διότι κατά βάση φοβούνται την περαιτέρω απώλεια βάρους. Δεν έχουν εμπειρία στην αντιμετώπιση του ανορεξικού, καθώς αυτός ήταν πάντα ευγενικό άτομο. Ο δε ανορεξικός, είναι ενθουσιασμένος με την προσφάτως ανακαλυφθείσα δύναμή του, άλλωστε από αυτή τη δύναμη αντλεί την επιβεβαίωση που έψαχνε καιρό. Αυτή την απόλυτη και ακραία αντιδραστική συμπεριφορά, ο ανορεξικός τη χρησιμοποιεί μόνο σε ότι αφορά τη διατροφή και το βάρος του και κυρίως στο οικείο του περιβάλλον (Levenkron, 2000).

Όταν βρίσκεται εκτός σπιτιού και ασχολείται με άλλα θέματα, συνεχίζει να είναι ο πράος, χαρούμενος, υποχωρητικός άνθρωπος που ήταν ανέκαθεν, παρόλο που η αίσθηση του χιούμορ και η φιλική του συμπεριφορά στο σχολείο ή τη δουλειά έχουν πλέον επισκιαστεί από τη μόνιμη επαγρύπνηση του φαγητού και του βάρους (Klein & Walsh, 2003).

Αυτό το κατηγορηματικό στάδιο προειδοποιεί την οικογένεια και το οικείο περιβάλλον του ασθενούς για την επιμονή της ασθένειας και είναι η κυριότερη ένδειξη ότι ο εφιάλτης της ανορεξίας έχει αρχίσει. Ο ανορεξικός από τη μεριά του είναι ευτυχής και ενθουσιασμένος με το νέο του εαυτό. Η ασθένεια του παρέχει μια αίσθηση δύναμης την οποία δεν προέβλεπε όταν ξεκίνησε να χάνει βάρος. Η ιδιαίτερη ισχύότητά του έχει γίνει η ιδιαίτερη επιβεβαίωσή του (Stacher, 2003).

4ο Στάδιο: Το Στάδιο της Ψευδο - Ταυτότητας (The Pseudo - Identity Stage)

Αργά ή γρήγορα, η απώλεια βάρους του ανορεξικού γίνεται εμφανής στην οικογένεια και τον κοινωνικό του περίγυρο, οι οποίοι προσαρμόζονται μαθαίνοντας να το «δέχονται» (Levenkron, 2000).

Η ανορεξία δεν προσφέρει καμία μυστικότητα. Ορισμένα θύματα κρύβουν την ιδιαίτερη ισχύότητά τους κάτω από στρώσεις ενδυμάτων, ενώ άλλοι νιώθουν υπερήφανοι και επιδεικνύουν το σώμα τους όσο το δυνατόν περισσότερο φορώντας ρούχα όπως κοντά παντελόνια και κοντά μπλουζάκια το καλοκαίρι και στενά κολλητά παντελόνια το χειμώνα. Αυτή η επιδειξιμανία γίνεται ένα όπλο – μια κήρυξη πολέμου ενάντια στους άλλους, ως δήλωση του ποιος έχει τη μεγαλύτερη δύναμη θέλησης, ποιος μπορεί αν ελέγξει καλύτερα την όρεξή του. Ίσως αυτό εξηγεί την εχθρότητα που βιώνουν κάποιοι άνθρωποι με την επίδειξη της ισχύότητας (Beumont, 2002).

Και ενώ οι συγγενείς και οι φίλοι παρακολουθούν το «υπό εξαφάνιση» άτομο με απογοήτευση και ανησυχία, κάποιοι άλλοι ανταγωνίζονται την παθολογική κατάσταση συναγωνισμού του ασθενούς. Όμως όλοι – φίλοι, δάσκαλοι, γιατροί, σύμβουλοι και συγγενείς – αναφέρονται στον ασθενή ως «ο ανορεξικός». Ανεξάρτητα από το είδος της αντίδρασης, είτε είναι θυμός, είτε είναι ανησυχία ή απογοήτευση, όλοι αντιδρούν. Ο ασθενής απ' τη δική του σκοπιά έχει πετύχει αυτό που νομίζει ότι είναι η ταυτότητά του, έναν τρόπο να είναι γνωστός ως ξεχωριστός, ως διαφορετικός (Klein & Walsh, 2003).

Αυτή η ψευδο – ταυτότητα γεμίζει την κενότητα που κρυφά ένιωθε για καιρό ο ασθενής. Αυτό το τέταρτο στάδιο δε χαρακτηρίζεται από νέες συμπεριφορές, αλλά μάλλον από την καινούρια αίσθηση δύναμης που νιώθει ο ανορεξικός, τη «φήμη» του, που έχει σηματοδοτήσει μια βαθιά πεποίθηση ότι βρίσκεται στο σωστό δρόμο.

Τώρα νιώθει ότι η προσωπικότητά του έχει επίδραση και διακρίνεται καθαρά από τους άλλους. Εκτιμά το νέο του αυτο – προσδιορισμό, αλλά τα «επιτεύγματά» του σπανίως εκτιμώνται σε συνειδητό επίπεδο (Halmi, 2002).

Ο ανορεξικός, χωρίς αμφιβολία, δεν εναντιώνεται στις περιγραφές και τις γενικότητες που τον παρουσιάζουν πονηρό και παραπλανητικό. Άλλωστε ενδέχεται να μη γνωρίζει καν ότι οι άλλοι τον χαρακτηρίζουν έτσι. Ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια ώστε να γνωρίσει τις ανάγκες του και τις παθολογικές δοκιμασίες στις οποίες έχει υποβάλλει τον εαυτό του, και τη βοήθεια αυτή μπορεί να του την προσφέρει μόνο η ψυχοθεραπεία. Με τη βοήθεια ειδικών θα ανακαλύψει εναλλακτικούς, πιο υγιεινούς τρόπους να πετύχει τους στόχους του. Μέσα στις ανάγκες του ασθενούς συγκαταλέγονται και ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης και προσήλωσης με τα άτομα που θα τον βοηθήσουν σε αυτή τη διαδικασία (Beumont, 2002).

Η διαταραχή όμως χειροτερεύει. Τα θύματα δεν ξεπερνούν απλά την κατάσταση καθώς μεγαλώνουν. Αν και υπάρχει μια μειονότητα που αναρρώνει χωρίς τη βοήθεια άλλων, εκτιμάται ότι το 70% των ανορεξικών ποτέ δε συνέρχονται εντελώς και ότι το ποσοστό θνησιμότητας της Ψυχογενούς Ανορεξίας αγγίζει το 9% (Levenkron, 2000).

Η απάντηση ίσως να βρίσκεται στη φύση της ασθένειας. Καθώς η διαταραχή εξελίσσεται, γίνεται πιο πολύτιμη για την προσωπικότητα του ασθενούς, παρά τα όσα χάνονται σε επίπεδο σωματικής υγείας, σχέσεων και αληθινών επιτεύξεων. Η ανορεξία ξεκινά από την επιθυμία ενός αδύνατου σωματότυπου, την ανάγκη ενός αισθήματος ασφάλειας - σιγουριάς ώστε να περιοριστούν στο ελάχιστο οι ανασφάλειες, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και οι ανησυχίες για το μέλλον. Το αποτέλεσμα της ανορεξικής συμπεριφοράς παράγει μια αίσθηση επιβεβαίωσης και ταυτότητας. Το να αναρρώσει κανείς από την Ψυχογενή Ανορεξία σημαίνει το να χάσει προσωρινά τον εαυτό του και όσα έχει πετύχει δια μέσου της ασθένειας (Klein & Walsh, 2003).

4.3 Ανάλογα με τα εργαστηριακά ευρήματα

Οι ασθενείς είναι εξαιρετικά λεπτοί και βρίσκονται σε κατάσταση ασιτίας. Σημεία αφυδάτωσης, διόγκωσης των σιαλογόνων αδένων, ρωγμές της αδαμαντίνης των δοντιών και περιοδοντίτιδα, γνουδωτή τρίχωση του προσώπου και της ράχης και

σημεία φτωχής περιφερικής κυκλοφορίας (κρύα και λευκά άκρα) είναι παρόντα. Διατηρείται όμως η τρίχωση της μασχάλης και του εφηβαίου.

Αιματολογικά: Λευκοπενία, Θρομβοκυτοπενία

Μεταβολικά: Μεταβολική αλκάλωσις, υποκαλιαμία, υπογλωραιμία, αύξηση αμυλάσης ορού, υπογλυκαιμία, μείωση Zn πλάσματος, υπερχοληστεριναιμία, και φυσιολογικά επίπεδα πρωτεϊνών και αλβουμίνης πλάσματος.

Ορμόνες: Μείωση T3, αύξηση αυξητικής ορμόνης, αύξηση κορτιζόλης, μείωση γοναδοτροπινών, μείωση τεστοστερόνης (στους άνδρες), ανωμαλίες στην έκκριση της ινσουλίνης.

Ούρα: Σημεία αφυδάτωσης, μείωση ρυθμού σπειραματικής διήθησης.

ΗΚΓ: Βραδυκαρδία, αρρυθμίες, παράταση Q-T διαστήματος, πτώση του ST διαστήματος, επιπέδωση ή αντιστροφή των T-κυμάτων, U κύμα (Bryant-Waugh & Lask, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Ένα από τα ιδιαίτερα προβλήματα της νευρογενούς ανορεξίας, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ψυχικές παθήσεις, είναι ότι λόγω του υποσιτισμού, των αυτοπροκαλούμενων εμέτων, της κατάχρησης καθαρτικών και διουρητικών που τη χαρακτηρίζουν, συνοδεύεται από σημαντικό αριθμό επιπλοκών. Ορισμένες από αυτές, όπως οι επιπλοκές του καρδιαγγειακού συστήματος, είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες για την υγεία του ασθενούς. Άλλες, όπως η οστεοπόρωση, επιβαρύνουν μακροπρόθεσμα τόσο την υγεία όσο και την ποιότητα ζωής του ατόμου, ακόμα και μετά την ύφεση της νευρογενούς ανορεξίας.

5.1. Ιατρικές επιπλοκές περιοριστικού τύπου

Καρδιαγγειακό

Η βραδυκαρδία και η ορθοστατική υπόταση είναι συχνά ευρήματα σε ελλιποβαρείς ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, οι οποίοι έχουν καρδιακό ρυθμό ανάπαυσης 60 παλμούς ανά λεπτό και διαστολική αρτηριακή πίεση χαμηλότερη από 60 mmHg. Η χαμηλή αρτηριακή πίεση, η κολπική βραδυκαρδία και η κολπική αρρυθμία αποτελούν μια φυσιολογική προσαρμογή στην περιορισμένη πρόσληψη τροφής και τη λιμοκτονία. Οι ίλιγγοι και η λιποθυμία δεν είναι συνηθισμένοι, ενώ οι συχνές μεταβολές στα καρδιογραφήματα συνήθως αντανακλούν τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές αυτών των ασθενών (Gary, 2001, Stacher, 2003, Halmi, 2002).

Η πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας έχει περιγραφεί ως επιπλοκή της ανορεξίας. Επειδή όμως τόσο η πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας όσο και η Ψυχογενής Ανορεξία εμφανίζονται συνήθως σε νεαρές γυναίκες δεν αποκλείεται ο παρατηρούμενος συσχετισμός να είναι απλά θέμα συμπτώσεων. Πάραυτα, φαίνεται ότι σε κάποιες περιπτώσεις ακραίας εξάντλησης από ασιτία, 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 (Ramacciotti et al., 2003, Pomeroy & Mitchell, 2002).

Ενδοκρινικό

Εκτεταμένες διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος χαρακτηρίζουν την Ψυχογενή Ανορεξία. Οι ανωμαλίες ίσως να αντικατοπτρίζουν δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου – υπόφυσης, περιλαμβανομένων των συστημάτων υποθάλαμος – υπόφυση - γοναδοτροπίνη, υποθάλαμος-υπόφυση-αδρεναλίνη και υποθάλαμος – υπόφυση - θυρεοειδής, καθώς επίσης και της αυξητικής ορμόνης, της ινσουλίνης, των ενδογενών οπιοειδών (Pomeroy & Mitchell, 2002).

Η αμηνόρροια είναι ένα από τα διαγνωστικά κριτήρια και ταυτόχρονα κύριο κλινικό χαρακτηριστικό της Ψυχογενούς Ανορεξίας (Golden, 2003). Παραμένει ασαφές αν η απουσία έμμηνης ρύσης σε αυτές τις ασθενείς είναι απλώς ένα δευτερεύον αποτέλεσμα του περιορισμού της θερμιδικής πρόσληψης. Εναλλακτικά, η αμηνόρροια και η Ψυχογενής Ανορεξία ίσως να προκύπτουν από έναν κοινό παράγοντα άγχους ή μια πρωτογενή, πιθανόν υποθαλαμική ανωμαλία. Σε ελλιποβαρείς ασθενείς, τα βασικά επίπεδα της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH), της θυλακοτρόπου ορμόνης (FSH) και των οιστρογόνων είναι μειωμένα. Η εικοσιτετράωρη έκκριση ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) είναι μη φυσιολογική και παρόμοια με εκείνη προεμμηνορρυσιακών κοριτσιών. Με την αποκατάσταση του βάρους, επανέρχεται και η φυσιολογική έκκριση ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) στις περισσότερες ασθενείς. Η επαναφορά του φυσιολογικού έμμηνου κύκλου καθυστερεί και συνήθως έπεται της ψυχολογικής βελτίωσης και της παύσης του περιορισμού της διαιτητικής πρόσληψης (Pomeroy & Mitchell, 2002, Halmi, 2002, Gary, 2001).

Πάραυτα, η εμμηνορρυσία σταματά πριν από την απώλεια βάρους σε κάποιες ασθενείς, ενώ για κάποιες άλλες οι ανωμαλίες στον έμμηνο κύκλο επιμένουν ακόμα και μετά την ανάκτηση βάρους (Pomeroy & Mitchell, 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 ωχρινότροπο και θυλακοτρόπο ορμόνη δέχονται μειωμένα ερεθίσματα εξαιτίας της μειωμένης έκκρισης GnRH στον υποθάλαμο. Η δυσλειτουργία του συστήματος των νευροδιαβιβαστών (νορεπινεφρίνη και σεροτονίνη) που επηρεάζουν την έκκριση της GnRH, είναι συχνότερα παρούσα στην Ψυχογενή Ανορεξία (Halmi, 2002).

Οι εξετάσεις που ελέγχουν τη θυρεοειδική λειτουργία μπορεί να μην είναι φυσιολογικές στους ανορεξικούς ασθενείς, αλλά συχνά αυτό αντιπροσωπεύει μια φυσιολογική προσαρμογή στη λιμοκτονία και όχι δυσλειτουργία του θυρεοειδούς αδένου. Τα πιο συχνά ευρήματα σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία είναι φυσιολογικά επίπεδα θυροξίνης (T4), μειωμένα επίπεδα τριϊωδοθυρονίνης (T3) και φυσιολογικά επίπεδα θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSH). Αυτό το «σύνδρομο χαμηλής T3» παρατηρείται σε πολλές χρόνιες ασθένειες. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το «σύνδρομο χαμηλής T3» δε χρήζει θεραπείας αντικατάστασης της θυρεοειδικής ορμόνης. Πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή διότι η κατάχρηση θυρεοειδικών ορμονών έχει χρησιμοποιηθεί ως «παράνομη» μέθοδος απώλειας βάρους. (Pomeroy & Mitchell, 2002, Halmi, 2002, Gary, 2001, Stacher, 2003).

Η ινσουλίνη και τα επίπεδα γλυκόζης του αίματος μετά από νηστεία φαίνονται μειωμένα ή στο κατώτατο φυσιολογικό όριο στην Ψυχογενή Ανορεξία. Η ανοχή της γλυκόζης είναι πολύ συχνά εξασθενημένη και πιθανότατα αντικατοπτρίζει την κατάσταση λιμοκτονίας (Halmi, 2002).

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

Η ντοπαμίνη, η νορεπινεφρίνη, η σεροτονίνη, η εκλυτίνη της αυξητικής ορμόνης (growth hormone-releasing hormone/GHRH) και περιφερικοί αναδραστικοί μηχανισμοί, όλα επηρεάζουν την έκκριση της αυξητικής ορμόνης (GH) από την υπόφυση. Οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία εμφανίζουν απορύθμιση της έκκρισης της αυξητικής ορμόνης (GH), 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 μια προστατευτική φυσιολογική προσαρμογή στη λιμοκτονία. Όμως, η ανεπαρκής απάντηση της αυξητικής ορμόνης σε φαρμακολογικά τεστ πρόκλησης, τόσο σε απισχνασμένους ασθενείς, όσο και σε ασθενείς που έχουν

αποκαταστήσει το βάρος τους, υποδεικνύει διαταραχή της έκκρισης της ορμόνης σε υποθαλαμικό επίπεδο (Pomeroy & Mitchell, 2002, Halmi, 2002, Stacher, 2003).

Νευρικό

Η νευρική ανορεξία συνδέεται με τη διαταραχή και στην κεντρική και περιφερική νευρολογική λειτουργία. Κεντρικά, σε δομικό επίπεδο, οι μελέτες απεικόνισης έχουν τεκμηριώσει τη διεύρυνση των εγκεφαλικών κοιλιών στα πρόσωπα με νευρική ανορεξία. Ενώ έχει υποστηριχθεί ότι αυτή η εύρεση απεικονίζει την «ψευδοατροφία» δευτεροπαθώς στις διαταραχές της έκκρισης της κορτιζόλης και έχει αποδειχθεί ότι είναι αντιστρέψιμη, η αιτιολογία και η μακροπρόθεσμη έκβασή της παραμένουν άγνωστες. Σε λειτουργικό επίπεδο, η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων έχει καταδείξει τον υπερμεταβολισμό γλυκόζης στην κερκοφόρο περιοχή. Αυτή η εύρεση είναι αβέβαιης σημασίας. Οι ηλεκτροεγκεφαλογραφικές (EEG) ανωμαλίες διάφορων τύπων έχουν αναφερθεί επίσης. Κλινικά αυτά τα συμπεράσματα της EEG μπορούν να φανερωθούν στην εξασθένηση που ανιχνεύεται κατά τη διάρκεια της νευροψυχολογικής αξιολόγησης και από μια μείωση του κατώτατου ορίου σύλληψης. Περιφερικά, η γενικευμένη αδυναμία μυών και η απώλεια μάζας μυών μπορούν να είναι παρούσες (Pomeroy & Mitchell, 2002, Kerem, 2003, Kaye, 2002).

Αιμοποιητικό

Οι ήπιες μορφές αναιμίας καθώς επίσης και λευκοπενίας και θρομβοπενίας είναι κοινές στους ανθρώπους με νευρική ανορεξία. Αυτοί οι ανώμαλοι δείκτες επιστρέφουν γενικά σε κανονικό επίπεδο με την αποκατάσταση βάρους. Η αναιμία είναι συνήθως «normochronic» και «normocytic» (φυσιολογικό χρώμα και σχήμα των ερυθρών κύτταρων), αν και η εντερική αιμορραγία, δευτεροβάθμια στην καθαρτική κατάχρηση, μπορεί να οδηγήσει σε αναιμία με ανεπάρκεια σιδήρου. Παρά το γεγονός μιας μείωσης ορισμένων παραμέτρων της άνοσης λειτουργίας, δεν υπάρχει κανένα στοιχείο του αυξανόμενου κινδύνου μολύνσεων. Τα χαμηλά ποσοστά ιζηματογένεσης βρίσκονται γενικά, σε αντίθεση με άλλες παθολογικές διαδικασίες που σχετίζονται με την απώλεια βάρους (Pomeroy & Mitchell, 2002, Halmi, 2002).

Μυοσκελετικό

Η αυξημένη διαθεσιμότητα νέων διαγνωστικών τεχνικών όπως η οστική πυκνομετρία έχει επιτρέψει την αναγνώριση της υψηλής συχνότητας εμφάνισης της οστεοπενίας

στην Ψυχογενή Ανορεξία. Η οστεοπενία είναι συχνή και σοβαρή επιπλοκή της συγκεκριμένης διαταραχής, που πολλές φορές είναι αποτέλεσμα της αμηνόρροιας, και άπαξ και εγκατασταθεί, είναι δύσκολο να θεραπευτεί και θεωρείται μερικώς αναστρέψιμη. Η μειωμένη οστική πυκνότητα (οστεοπενία) της Ψυχογενούς Ανορεξίας, μπορεί να είναι εξίσου σοβαρή με εκείνη που παρατηρείται σε γυναίκες με οστεοπόρωση μετά την εμμηνόπαυση και καταλήγει σε αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων. Η έκταση της αφαλάτωσης έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με το δείκτη μάζας σώματος, το ελάχιστο σωματικό βάρος και τη χρονική διάρκεια της ασθένειας. Η οστεοπενία και η οστεοπόρωση είναι επιπλοκές που εμφανίζονται και σε άνδρες ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, οι οποίοι μάλιστα, σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα, έχουν χαμηλότερη οστική πυκνότητα από τις αντίστοιχες γυναίκες ασθενείς (Andersen, 2002, Cobb et al., 2003, Golden, 2003a, Golden, 2003b).

Η παθογένεια της οστεοπενίας στην Ανορεξία είναι πολύπλοκη και επί πλέον έρευνες είναι απαραίτητες ώστε να διευκρινιστεί πλήρως η αιτιολογία. Η οστεοπενία φαίνεται να αντικατοπτρίζει μια κατάσταση χαμηλής αποκατάστασης με αυξημένη οστική αναρρόφηση χωρίς ακόλουθο σχηματισμό οστών, μια διαδικασία που διαφέρει από αυτή στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Τα χαμηλά επίπεδα των οιστρογόνων είναι η κύρια αιτία πρόκλησης οστεοπενίας στην Ψυχογενή Ανορεξία, αλλά και επιπρόσθετοι διατροφικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο. Τα αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης και ιντερλευκίνης-6 ίσως επίσης να συμβάλλουν (Golden, 2003a, Golden, 2003b).

Οι απόψεις για τη θεραπεία της οστεοπόρωσης στους ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία παραμένουν αντιφατικές. Πολλοί ειδικοί έχουν χρησιμοποιήσει θεραπεία αντικατάστασης ορμονών, υποθέτοντας ότι η αποκατάσταση της ανεπάρκειας των οιστρογόνων θα έχει ευεργετικά αποτελέσματα, ισοδύναμα με εκείνα που παρατηρούνται σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Αντίθετα, άλλοι είναι διστακτικοί στο να υποβάλλουν νεαρές γυναίκες σε παρατεταμένη θεραπεία με οιστρογόνα και στις πιθανές επιπλοκές μιας τέτοιας θεραπείας και προτιμούν να δίνουν έμφαση στη θεραπεία της υποκείμενης διαταραχής. Άλλωστε τα αποτελέσματα της θεραπείας αντικατάστασης ορμονών για την οστεοπενία στην Ψυχογενή Ανορεξία, έχουν υπάρξει απογοητευτικά. Η πλέον ενδεδειγμένη θεραπεία είναι η παραπομπή των ασθενών για συμπεριφορική θεραπεία της διαταραχής και παράλληλα η ιατρική παρέμβαση πρέπει να βασίζεται στη διατροφική

αποκατάσταση, την αποκατάσταση του σωματικού βάρους και τη συνέχιση του έμμηνου κύκλου. Η μέσης έντασης άσκηση αντοχής με βάρη, όχι η υπερβολική άσκηση, και τα διατροφικά συμπληρώματα ασβεστίου και βιταμίνης D, μπορούν συχνά να έχουν πολύ θετικά αποτελέσματα (Andersen, 2002, Cobb et al., 2003, Pomeroy & Mitchell, 2002, Tokumura et al., 2003).

Δέρμα

Η ξηροδερμία είναι πολύ συχνή σε άτομα που υποσιτίζονται και μπορεί να επιδεινώνεται κυρίως στα χέρια, αν συνυπάρχει ψυχαναγκαστική συμπτωματολογία που αναγκάζει το άτομο να πλένει τα χέρια του πολλές φορές την ημέρα ή να χρησιμοποιεί ακατάλληλα καθαριστικά. Αντιμετωπίζεται με ενυδατικές κρέμες και υποχωρεί πλήρως μετά την αποκατάσταση της διατροφής (Gary, 2001, Pomeroy & Mitchell, 2002, Strumia, 2005).

Σε ανορεκτικούς ασθενείς εμφανίζονται συχνά λεπτές, ξανθές τρίχες που θυμίζουν το χνουδι στο δέρμα των νεογνών και που εντοπίζονται στη ράχη, στην κοιλιά και στα αντιβράχια. Η υπερτρίχωση εξαφανίζεται με την αποκατάσταση της διατροφής. Είναι ενδιαφέρον ότι η επιπλοκή αυτή δεν παρατηρείται όταν ο υποσιτισμός οφείλεται σε άλλα αίτια πλην της νευρογενούς ανορεξίας (Strumia, 2005).

Η υπερκαροτιναιμία προκαλείται από τη μείωση του βασικού μεταβολικού ρυθμού, που οδηγεί σε επιβραδυμένη διάσπαση της καροτένης στο ήπαρ, καθώς και από την υπέρμετρη κατανάλωση τροφών με χαμηλή θερμιδική αξία και υψηλή περιεκτικότητα σε καροτένη, όπως είναι τα καρότα, το σπανάκι και το κολοκύθι. Το δέρμα αποκτά κίτρινη χρώση λόγω εναπόθεσης καροτένης. Διαφοροποιείται από τον ίκτερο επειδή δεν παρατηρείται κίτρινη χρώση του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού. Η υπερκαροτιναιμία υποχωρεί με την αποκατάσταση της διατροφής και την αύξηση του μεταβολικού ρυθμού (Gary, 2001, Pomeroy & Mitchell, 2002).

Η συχνότερη δερματολογική επιπλοκή της πρόκλησης εμέτων με εισαγωγή των δακτύλων του χεριού τη στοματική κοιλότητα για ερεθισμό της οπισθοφαρυγγικής περιοχής είναι η ανάπτυξη υπερτροφικού τύλου (κάλου) στη ραχιαία επιφάνεια της άκρας χειρός. Ο τύλος συχνά συνοδεύεται από ερυθρότητα και ρήξη της συνέχειας του δέρματος. Η επιπλοκή αυτή περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1979 από τον Russell και φέρει το όνομά του ως σημείο του Russell. Μετά τη διακοπή των εμέτων

η δερματική αλλοίωση συρρικνώνεται, αλλά σπάνια εξαφανίζεται πλήρως (Gary, 2001, Pomeroy & Mitchell, 2002).

5.2. Ιατρικές επιπλοκές υπερφαγικού ή καθαρτικού τύπου

Γυναικολογικές

Η πρωτοβάθμια ή η δευτεροβάθμια αμηνόρροια είναι ένα υποχρεωτικό διαγνωστικό κριτήριο της νευρικής ανορεξίας. Η παραμονή ή η επαναφορά, των ταχέως αναπτυγμένων (προ της ήβης) εκκριτικών προφίλ της ωχρινοποιημένης ορμόνης και της θυλάκιο - διεγερτικής ορμόνης παραπέμπουν σε μια κατάσταση υπογοναδιοτροφικού υπογοναδισμού. Στα αρσενικά με νευρική ανορεξία, αυτή η κατάσταση μπορεί να φανερωθεί ως σεξουαλική ανιδιοτέλεια και δυσλειτουργία. Στα πρόωρα (ταχέως) αναπτυγμένα θηλυκά, μπορεί να συνδεθεί με μια αποτυχία της κανονικής ανάπτυξης του στήθους. Η ορμονική διαταραχή περιορίζεται αλλά δεν αποβάλλεται η δυνατότητα της αναπαραγωγής, ωστόσο υπάρχουν στοιχεία του εμβρυϊκού κινδύνου στις γυναίκες με ενεργή νευρική ανορεξία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτός ο κίνδυνος έχει καταδειχθεί σε μια σειρά περιπτώσεων εγκυμοσύνης κατά τις οποίες τα μωρά είχαν χαμηλό ενδομήτριο βάρος και μετά τη γένεση τους και τα χαμηλότερα αποτελέσματα στις τυποποιημένες δοκιμές ως νεογέννητα. Η αιτιολογία της ενδοκρινούς δυσλειτουργίας είναι ασαφής, δεδομένου ότι σε μια μειονότητα των περιπτώσεων η αμηνόρροια προηγείται της σημαντικής απώλειας βάρους. Η αντιμετώπιση είναι η επανάκτηση βάρους (Mitan, 2004, Van Elburg et al., 2007).

Γαστρεντερικές

Στην Ψυχογενή Ανορεξία, η καθυστερημένη κένωση του στομάχου είναι συνήθης και προκαλεί αισθήματα πληρότητας, πρόωρου κορεσμού και πρηξίματος. Αυτή η καθυστέρηση στην κένωση του στομάχου οφείλεται σε μείωση της κινητικότητας του γαστρεντερικού σωλήνα. Η μείωση της κινητικότητας μπορεί να προκαλέσει καθυστέρηση της διέλευσης της τροφής σε όλο το μήκος του γαστρεντερικού σωλήνα και κάτι τέτοιο μπορεί να επιφέρει κοιλιακές ενοχλήσεις και ειλεό του εντέρου, ενώ στο κόλον η μείωση της κινητικότητας μπορεί να προκαλέσει δυσκοιλιότητα και να

αυξήσει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που οφείλονται στην αφυδάτωση και την υποκαλιαιμία (Stacher, 2003, Pomeroy & Mitchell, 2002, Halmi, 2002).

Κοιλιακοί πόνοι στην Ψυχογενή Ανορεξία μπορούν επίσης να οφείλονται και σε σύνδρομο της μεσεντέριας αρτηρίας, ενώ κατά τη διάρκεια της διαδικασίας επανασίτισης υπάρχει πιθανότητα ο ανορεξικός ασθενής να πάθει οξεία γαστρική διάταση. Η ιατρική αντιμετώπιση του φαινομένου περιλαμβάνει ρινογαστρική αναρρόφηση και αποκατάσταση των υγρών και ηλεκτρολυτών. Τέλος, ένα ακόμη σύμπτωμα της διαδικασίας επανασίτισης των ανορεξικών ασθενών είναι η οξεία παγκρεατίτιδα (Pomeroy & Mitchell, 2002).

Νεφρολογικές

Η αφυδάτωση είναι ένα κοινό περιστατικό στα πρόσωπα με νευρική ανορεξία, ιδιαίτερα όταν η πρόκληση εμετού και η καθαρτική ή διουρητική κατάχρηση είναι παρούσα. Η χρόνια αφυδάτωση και η υποκαλιαιμία μπορούν να προκαλέσουν αμετάκλητη ζημία στα νεφρικά σωληνάρια και διαβήτης μπορεί να εμφανιστεί δευτεροβάθμια στην ανώμαλη απελευθέρωση αγγειοπιεσίνης με τη μειωμένη νεφρική συγκεντρωτική ικανότητα. Οι νεφρικοί υπολογισμοί ως συνεπεία της χρόνιας αφυδάτωσης έχουν αναφερθεί επίσης. Ο προσεκτικός έλεγχος της ρευστής (υδρικής) ισορροπίας είναι γενικά όλα αυτά τα οποία απαιτούνται κατά τη διάρκεια της επανενυδάτωσης, αν και οι ασθενείς που λαμβάνουν την παρεντερική σίτιση διατρέχουν τον ιδιαίτερο κίνδυνο για υποφωσφαταιμία.

Η υποκαλιαιμία μπορεί να καταλήξει σε καρδιακή αρρυθμία, μια από τις κύριες αιτίες θανάτου ασθενών με Δ.Π.Τ., μειωμένη κινητικότητα του εντέρου και μυοσκελετική μυοπάθεια. Η χρόνια υποκαλιαιμία μπορεί να προκαλέσει νεφροπάθεια, με υψηλά ποσοστά κρεατινίνης ορού και τελικά να καταλήξει σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, αρκετά σοβαρή ώστε να απαιτείται αιμοκάθαρση. Συχνές είναι οι ελλείψεις βιταμινών στους ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, ενώ τα ευρήματα για τα επίπεδα ψευδαργύρου είναι αντιφατικά (Pomeroy & Mitchell, 2002, Halmi, 2002).

Η υπομαγνησιαίμια είναι συνήθης στους ανορεξικούς ασθενείς και μπορεί να σχετίζεται με την υπασβασταιμία ή την υποκαλιαιμία ή οποία μπορεί να

αποκατασταθεί μόνο ταυτόχρονα με την αποκατάσταση του μαγνησίου Pomeroy & (Mitchell, 2002, Halmi, 2002).

Η υποφωσφαταιμία μπορεί να εμφανιστεί σε ανορεξικούς ασθενείς λόγω μειωμένης διαιτητικής πρόσληψης ή ως επιπλοκή της επανασίτισης. Στη δεύτερη περίπτωση, η κατάσταση μπορεί να γίνει επικίνδυνη καθώς τα ανόργανα φωσφορικά άλατα εισέρχονται στα κύτταρα, όπου είναι απαραίτητα για τη σύνθεση των πρωτεϊνών, προκαλώντας έτσι απότομη μείωση των επιπέδων φωσφατάσης του πλάσματος η οποία μπορεί να καταλήξει σε ήπια καρδιακή δυσλειτουργία (Pomeroy & Mitchell, 2002, Halmi, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας καθίσταται ιδιαίτερα δυσχερής εξαιτίας της άρνησης του πάσχοντος να συζητήσει για τα συμπτώματά του, της μυστικοπάθειας που επιδεικνύει γύρω από τις τελετουργίες στη συμπεριφορά σχετικά με το φαγητό και τη γενικότερη αντίστασή του στην οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση. Όλα τα παραπάνω καθιστούν ιδιαίτερα δύσκολο εγχείρημα τον προσδιορισμό του μηχανισμού απώλειας βάρους και την εκμείευση από τον ασθενή των δυσλειτουργικών σκέψεων για την εικόνα του σώματός του. Αν λοιπόν η διάγνωση είναι ασαφής, δηλαδή ο ασθενής έχει χάσει σημαντικό ποσό βάρους, αλλά δεν έχει τυπική διαταραχή της εικόνας του σώματος ή φοβία του πάχους, τότε θα πρέπει να σκεφτούμε τη διαφορική διάγνωση της απώλειας βάρους (Χριστοδούλου et al., 2004, Τρίκκας, 1997, Γονιδάκης, 2006).

Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ασθενειών που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή απώλεια βάρους σε νέους ανθρώπους και είναι δυνατό να συγχέονται με τη Νευρογενή Ανορεξία. Παραδείγματα τέτοιων προβλημάτων είναι οι παθήσεις του γαστρεντερικού όπως το σύνδρομο Crohn, οι όγκοι στον εγκέφαλο, ο καρκίνος γενικότερα, τη φυματίωση, τον διαβήτη, το AIDS, ο υποθυρεοδισμός και η κροταφική επιληψία. Τα άτομα που υφίστανται απώλεια βάρους εξαιτίας μιας γενικής ιατρικής κατάστασης συνήθως δεν έχουν ως κίνητρο να χάσουν βάρος, δεν εκδηλώνουν φόβο του πάχους και δεν επιδιώκουν την αυξημένη σωματική δραστηριότητα, στοιχεία που είναι χαρακτηριστικά στη Νευρογενή Ανορεξία. Ο ειδικός που καλείται να διαγνώσει την πιθανή ύπαρξη Νευρογενούς Ανορεξίας θα πρέπει πρωτίστως να αποκλείσει την πιθανότητα ύπαρξης σωματικής νόσου που μπορεί να είναι υπεύθυνη για την απώλεια βάρους στον ασθενή (William et al., 2010a, Χριστοδούλου et al., 2004, Kay et al., 2000).

Διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να γίνει και από την κατάθλιψη. Η σοβαρή απώλεια βάρους και οι ασυνήθιστες διατροφικές συνήθειες, καθώς και οι εμετοί μπορεί να συμβαίνουν και μέσα στα πλαίσια άλλων ψυχικών διαταραχών. Οι καταθλιπτικές διαταραχές παρουσιάζουν κοινά στοιχεία στη συμπτωματολογία τους με τη Νευρογενή Ανορεξία. Το καταθλιπτικό συναίσθημα, τα κλάματα, οι διαταραχές ύπνου, ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι συμπτώματα που μπορούν ν' αναγνωρισθούν και στις δύο διαταραχές (Gelder et al., 2008a, Kay et al., 2000).

Ο κλινικός θα πρέπει να λάβει υπόψη του ότι εφόσον υπάρχει σημαντική απώλεια βάρους στην κατάθλιψη θα πρέπει να συνυπάρχει και σοβαρή διαταραχή της όρεξης. Αντίθετα, το άτομο, που πάσχει από Νευρογενή Ανορεξία, αναφέρει ότι έχει φυσιολογική όρεξη και δεν αρνείται την ύπαρξη του αισθήματος της πείνας. Σε ό,τι αφορά την υπερκινητικότητα του ατόμου, που πάσχει από Νευρογενή Ανορεξία, είναι σκόπιμη και έχει τελετουργικό χαρακτήρα, δε θα πρέπει να συγχέεται με τη γενικευμένη ανησυχία που χαρακτηρίζει την κατάθλιψη και είναι τελείως διαφορετική (Karlan et al., 2000, Kay et al., 2000). Τέλος, στην κατάθλιψη δεν απαντάται η έντονη και επίμονη ενασχόληση με τη θερμιδική αξία και τη σύνθεση των τροφών, που καταναλώνει το άτομο, με τις περίπλοκες συνταγές και την παρασκευή δύσκολων, εξεζητημένων γευμάτων, ενώ απουσιάζει ο φόβος του πάχους και η επίμονη άρνηση της απώλειας βάρους (Kay et al. 2000)

Σε ό,τι αφορά τη διαφοροδιάγνωση από τη σχιζοφρένεια, ο ειδικός θα πρέπει να λάβει υπόψη του ότι οι σχετιζόμενες με το φαγητό παραληρητικές ιδέες στη σχιζοφρένεια σπάνια αναφέρονται στη θερμιδική αξία των τροφών. Επίσης, το άτομο, που πάσχει από σχιζοφρένεια, είναι απίθανο να εμφανίζει την υπερβολική ενασχόληση με το φόβο του πάχους και την υπερκινητικότητα, έτσι όπως αυτά εκδηλώνονται σε άτομα που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία. Σε μεσήλικες ή ηλικιωμένες ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική ή σχιζοφρενική νόσο, η απώλεια βάρους μπορεί να οφείλεται στην απώλεια της όρεξης αλλά και στις ιδέες των ασθενών ότι δεν αξίζει να τρώνε. Επίσης μια σχιζοφρενική ασθενής μπορεί να αποφεύγει το φαγητό εξαιτίας ενός παρανοϊκού παραληρήματος ότι θέλουν να τη δηλητηριάσουν (Stunkard, 1993, William et al., 2010a).

Η διαφοροδιάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας, και πιο συγκεκριμένα του Υπερφαγικού / Καθαρτικού Τύπου αυτής, από τη Νευρογενή Βουλιμία θα βασιστεί στο γεγονός ότι τα επεισόδια υπερφαγίας στην τελευταία συνοδεύονται από έντονο καταθλιπτικό συναίσθημα, σκέψεις αυτοϋποτίμησης και αισθήματα ντροπής. Επίσης, το βάρος του ατόμου, που πάσχει από Νευρογενή Βουλιμία, διατηρείται τις περισσότερες φορές σ' ένα φυσιολογικό επίπεδο και πολύ σπάνια θα σημειώσει απώλεια μεγαλύτερη από το 15% του αναμενόμενου για την ηλικία, το φύλο και το ύψος του (Stunkard, 1993, Χριστοδούλου et al., 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΠΟΡΕΙΑ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΠΡΟΛΗΨΗ

Υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία αποτελεσμάτων μεταξύ των μελετών για την πορεία της νευρογενούς ανορεξίας, γεγονός που σχετίζεται είτε με διαφορές μεταξύ των υπό μελέτη ομάδων ανορεκτικών ασθενών, είτε με διαφορές στις παραμέτρους που μελετώνται καθώς και στη διάρκεια παρακολούθησης.

Οι Keski-Rahkonen ανέφεραν ότι, σε 5 έτη παρακολούθησης, 66,8% των πασχόντων ανάρρωσαν από τη νευρογενή ανορεξία. Οι Zipfel ανέφεραν ότι, 21 χρόνια μετά από τον τερματισμό της νοσηλείας τους, 50,6% των ανορεκτικών ασθενών είχαν αναρρώσει πλήρως, 20,8% είχαν εμφανίσει μέτρια βελτίωση, ενώ 26% παρουσίασαν κακή έκβαση. Να σημειωθεί ότι 15,6% των ασθενών απεβίωσαν εντός των 21 ατών της παρακολούθησης από αίτια που σχετίζονταν με την νευρογενή ανορεξία (Keski-Rahkonen et al., 2007, Zipfel et al., 2000).

Οι Fichter & Quadflieg βρήκαν ότι, μετά από έξι χρόνια παρακολούθησης, 55,4% των ασθενών είχαν αναρρώσει πλήρως, ενώ 26,8% των ανορεκτικών ασθενών εξακολουθούσαν να πάσχουν από νευρογενή ανορεξία, 9,9% από νευρογενή βουλιμία και 2% από άτυπη διαταραχή πρόσληψης τροφής. Όταν οι ίδιοι συγγραφείς μελέτησαν τη γενικότερη λειτουργικότητα του ατόμου, βρέθηκε ότι μετά από έξι χρόνια 34,7% των ασθενών είχαν βελτιωθεί σημαντικά, 38,6% είχαν εμφανίσει μερική βελτίωση, ενώ σε 20,8% δεν είχε σημειωθεί ουσιαστική βελτίωση της λειτουργικότητας τους. Το ποσοστό των ασθενών που απεβίωσε μέσα στο διάστημα των έξι ετών της παρακολούθησης ήταν 6,7%. Τέλος, το 23,9% των ασθενών στην ίδια μελέτη εξακολουθούσε να έχει αμηνόρροια (Fichter & Quadflieg, 1999).

Στη μακροχρόνια πορεία της νευρογενούς ανορεξίας ένα ποσοστό των ασθενών μεταπίπτει σε νευρογενή βουλιμία ή σε κάποια άτυπη διαταραχή πρόσληψης τροφής. Μετά από δώδεκα έτη παρακολούθησης ασθενών με διαταραχή πρόσληψης τροφής βρέθηκε ότι 49,4% των ανορεκτικών ασθενών δεν παρουσίαζαν διαταραχή πρόσληψης, 18,9% εξακολουθούσαν να πάσχουν από νευρογενή ανορεξία, ενώ 9% είχαν μεταπέσει σε νευρογενή βουλιμία και 15,7% σε άτυπη διαταραχή πρόσληψης τροφής. Αντίθετα, μόνο το 1,8% των βουλιμικών ασθενών είχε μεταπέσει σε νευρογενή ανορεξία εντός των 12 ετών της παρακολούθησης (Fichter & Quadflieg, 2007).

Η πορεία της νευρογενούς ανορεξίας στους εφήβους φαίνεται να είναι καλύτερη από αυτή των ενηλίκων ασθενών, ακόμα και μετά από παρακολούθηση δέκα ετών. Επίσης, στους εφήβους ασθενείς παρατηρείται χαμηλότερη θνησιμότητα από αίτια που σχετίζονται με νευρογενή ανορεξία σε σύγκριση με τους ενήλικες ασθενείς (HerpetzDahlmann et al., 1996, Herpetz-Dahlmann et al., 2001).

Σε μια σχετικά πρόσφατη μετανάλυση των ερευνών που έχουν γίνει για την πορεία και την πρόγνωση της νευρογενούς ανορεξίας βρέθηκε ότι, συνολικά, το 46,9% των ασθενών αναρρώνει πλήρως, το 33,5% μερικώς, ενώ το 20,8% μεταπίπτει σε χρόνια μορφή της πάθησης. Το βάρος αποκαθίσταται στο 59,6% των ασθενών, η έμμηνος ρύση επανέρχεται στο 57% και οι διατροφικές συνήθειες ομαλοποιούνται στο 46,8% των πασχόντων (Steinhausen, 2002, Keski-Rahkonen et al., 2007).

Οι παράγοντες που έχουν θετική επίδραση στην πρόγνωση της νευρογενούς ανορεξίας είναι: η μικρή διάρκεια της νόσου πριν από την έναρξη της θεραπείας, η παρουσία ιστριονικών στοιχείων στην προσωπικότητα και η καλή σχέση γονέα-παιδιού. Ενώ αρνητική επίδραση έχουν: η μεγάλη διάρκεια της διαταραχής, η παρουσία πριν από την έναρξη της νόσου διαταραχών ανάπτυξης ή/και πρόσληψης τροφής στην παιδική ηλικία, οι υπερφαγικές και καθαρτικές συμπεριφορές και η παρουσία καταναγκαστικών στοιχείων στην προσωπικότητα των ασθενών. Άλλες παράμετροι, όπως η ηλικία έναρξης της νευρογενούς ανορεξίας, η διάρκεια της ενδονοσοκομειακής θεραπείας, το μέγεθος της απώλειας βάρους, η έντονη σωματική δραστηριότητα και η δίαιτα ως μέθοδοι απώλειας βάρους, η συννοσηρότητα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, δεν έχουν ή δεν έχει αποδειχθεί ακόμα ότι έχουν κάποια επίδραση στην πρόγνωση της νευρογενούς ανορεξίας. Τέλος, από τους δύο τύπους της νευρογενούς ανορεξίας, ο υπερφαγικός/καθαρτικός τύπος έχει χειρότερη πρόγνωση σε σύγκριση με τον περιοριστικό τύπο, όπως αναφέρεται σε ορισμένες μελέτες (Steinhausen, 2002, Keski-Rahkonen et al., 2007).

Η πρωτογενής πρόληψη στην νευρογενή ανορεξία έχει στραφεί κυρίως στους πολιτισμικούς παράγοντες που προάγουν την εμφάνιση της διαταραχής, με προεξάρχοντα το ιδανικό της ισχνότητας που επικρατεί στις δυτικές κοινωνίες. Παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται στο χώρο της μόδας και του αθλητισμού

στοχεύουν στη μείωση της προβολής υποσιτισμένων ανθρώπων ως προτύπων επιτυχίας, κοινωνικής λάμψης και αποδοχής (Simpson et al., 2003).

Η δευτερογενής πρόληψη έχει εστιαστεί κυρίως στις ομάδες υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση νευρογενούς ανορεξίας, δηλαδή σε νέες γυναίκες, μαθητές ή φοιτητές και ειδικότερα σε αυτούς που κάνουν δίαιτα ή ασκούνται εντατικά. Τα προγράμματα που έχουν εφαρμοστεί έχουν κυρίως ψυχοεκπαιδευτικό χαρακτήρα με στόχο την ενημέρωση των νέων για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, τη δίαιτα και τις συνέπειές της, καθώς και για το πού μπορούν να απευθυνθούν αν υποψιάζονται ότι οι ίδιοι ή κάποιος οικείος τους νοσεί από διαταραχή πρόσληψης τροφής (Grunwald & Busse, 2003).

Η τριτογενής πρόληψη στην νευρογενή ανορεξία έχει την ιδιαιτερότητα ότι περιλαμβάνει όχι μόνο τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες της διαταραχής, αλλά και τις μακροχρόνιες ιατρικές επιπλοκές της. Ο ανορεκτικός ασθενής που θα κατορθώσει να αντιμετωπίσει τη διαταραχή κινδυνεύει να βρεθεί μετά από αρκετά χρόνια διαδρομής στην νευρογενή ανορεξία με μισοτελειωμένες σπουδές, χωρίς εργασία και με ελάχιστους μακρινούς φίλους. Επίσης, έχει να αντιμετωπίσει την οστεοπόρωση, τη υπογονιμότητα, τη χρόνια δυσκοιλιότητα και πιθανώς και άλλα ιατρικά προβλήματα που συνοδεύουν τους ανορεκτικούς ασθενούς και μετά την υποχώρηση της διαταραχής. Συνεπώς, είναι σημαντικό να συνεχίζεται η ψυχολογική και ιατρονοσηλευτική στήριξη του ασθενούς και μετά την αποκατάσταση της διατροφής και του βάρους τους, καθώς, ιδιαίτερα στις χρόνιες περιπτώσεις, η αποκατάσταση είναι μια μακρά διαδικασία που ξεκινάει μετά την ύφεση της νευρογενούς ανορεξίας (Γονιδάκης & Βάρσου, 2008, Zabinski, 2003).

Επιπρόσθετα, οι επαγγελματίες υγείας από την πλευρά τους μπορούν να προάγουν την πρόληψη της νευρογενούς ανορεξίας, μέσω της εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής υγείας στην ευρύτερη κοινωνία, όπως είναι οι χώροι του σχολείου, του πανεπιστημίου και του νοσοκομείου, όπου συχνάζουν άτομα των ομάδων υψηλού κινδύνου (Γονιδάκης & Βάρσου, 2008).

Μερικές στρατηγικές πρόληψης της νευρογενούς ανορεξίας, που μπορούν να συμπεριληφθούν στα προγράμματα αγωγής υγείας, είναι οι παρακάτω:

- Βοηθάμε τα παιδιά να αναπτύξουν αυτοεκτίμηση σε μια ποικιλία τομέων, ανεξάρτητων της σωματικής τους εμφάνισης.
- Συζητάμε τους ρόλους των ανδρών και των γυναικών στην κοινωνία, ανεξαρτήτως της εμφάνισής τους.
- Ζητάμε από τους γονείς να εξετάσουν τις δικές τους αντιλήψεις σχετικά με το φαγητό και να σκεφτούν το πώς αυτές οι συνήθειες επηρεάζουν τον τρόπο που διαχειρίζονται τη σχέση των παιδιών τους με αυτό.
- Ενθαρρύνουμε τους γονείς να μάθουν να αναγνωρίζουν τη συμπεριφορά του παιδιού τους όταν πεινάει, όταν νιώθει μοναξιά και όταν χρειάζεται στοργή. Τονίζουμε ότι θα πρέπει να ανταποκρίνονται στην κάθε ανάγκη με τον κατάλληλο τρόπο και όχι να καλύπτουν όλες τις ανάγκες με την χορήγηση τροφής. Τους ενθαρρύνουμε να μάθουν να διακρίνουν τη διαφορά μεταξύ της ανάγκης για φαγητό και της ανάγκης για στοργή.
- Αφήνουμε τα παιδιά να καθορίσουν τις διατροφικές τους ανάγκες. Αποφεύγουμε να χρησιμοποιούμε τη φράση «πρέπει να φας όλο το φαγητό σου».
- Δεν κάνουμε προσβλητικές παρατηρήσεις για τους υπέρβαρους ανθρώπους.
- Διδάσκουμε στους γονείς ότι δεν πρέπει να προσδοκούν την τελειότητα στις αθλητικές δραστηριότητες των παιδιών τους.
- Να είμαστε καλό πρότυπο υγιεινής διατροφής. Να τρώμε ποικιλία θρεπτικών τροφών. Αποφεύγουμε να τρώμε υπερβολικά ή να μην τρώμε καθόλου όταν βρισκόμαστε κάτω από συνθήκες στρες.
- Επισημαίνουμε ότι το να είσαι αδύνατος δεν είναι το ίδιο με το να είσαι ευτυχισμένος (Eby & Brown, 2010, Χριστοδούλου et al., 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο: ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η διαταραχή, με τα συμπτώματα και τα σημεία της, η πορεία και η σοβαρότητά της πρέπει να εξηγηθεί στην πάσχουσα και την οικογένειά της. Προϋπόθεση αποτελεί η εγκατάσταση θεραπευτικής σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Σ' αυτό το πλαίσιο θα συμφωνηθεί η αποκατάσταση του βάρους.

Η ψυχογενής ανορεξία, σύμφωνα με τα όσα έχουν καταγραφεί μέχρι τώρα, είναι τόσο από την ιατρική πλευρά, όσο και από την πλευρά της ψυχοπαθολογίας σύνθετη, σοβαρή και συχνά χρόνια κατάσταση που η θεραπεία της απαιτεί συνεχή προσπάθεια και προσοχή και ένα πλήρες θεραπευτικό πλάνο.

Οι παράγοντες που καθορίζουν τη θεραπευτική παρέμβαση είναι η βαρύτητα της νόσου, η διάρκειά της, αν υπάρχουν προηγούμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις και η έκβαση αυτών, η διαθεσιμότητα προγραμμάτων ίασης και η ασφαλιστική κάλυψη. Η πιο επιτυχημένη θεραπεία είναι ένας συνδυασμός ψυχοθεραπείας, οικογενειακής θεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής, προσαρμοσμένης στις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενή. Είναι σημαντικό για το άτομο με ανορεξία να συμμετέχει εκούσια και ενεργά στη θεραπεία του, αν και πολλές φορές θεωρεί ότι δεν χρειάζεται καμία θεραπεία.

Ο ρόλος του επαγγελματία υγείας σε αυτή τη θεραπευτική διαδικασία είναι πολύ σημαντικός επειδή βοηθάει στη ρύθμιση του σωματικού βάρους και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου, αναπτύσσοντας μια βαθιά, οικεία σχέση εμπιστοσύνης και ειλικρίνειας μαζί του. Ουσιαστικά αποτελεί τον συνδετικό κρίκο μεταξύ της εξειδικευμένης διεπιστημονικής ομάδας υγείας που αναλαμβάνει την θεραπευτική φροντίδα του ανορεκτικού ασθενούς, η οποία αποτελείται συνήθως από ψυχίατρο, παιδίατρο ή παθολόγο, ψυχολόγο, διαιτολόγο και κοινωνική λειτουργό.

Επίσης, μια καλά εκπαιδευμένη διεπιστημονική ομάδα αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο μιας επιτυχημένης θεραπείας, γι' αυτό είναι απαραίτητη η ηθική υποστήριξη του ώστε να μπορέσει να αναπτύξει την αυτοπεποίθηση και τις δεξιότητές του.

8.1. Θεραπευτική αγωγή

Η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει πρώτιστα στην αποκατάσταση του φυσιολογικού βάρους και στην επαναφορά φυσιολογικών διατροφικών συνηθειών προκειμένου να διορθωθούν οι βιολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της ασιτίας που συντηρούν και διαιωνίζουν την παθολογική συμπεριφορά διατροφής. Οι συνοδοί στόχοι αφορούν την επισήμανση και την αντιμετώπιση των υποκείμενων ψυχολογικών, γνωσιακών, συμπεριφορικών, οικογενειακών και κοινωνικών προβλημάτων έτσι ώστε να διατηρηθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα και να αποφευχθεί η υποτροπή (Hsu, 1990, Beumont και συν., 1993, APA, 1993, Crisp, 1997).

Αποκατάσταση του βάρους

Υπάρχει γενική συμφωνία ότι η αποκατάσταση του βάρους θα πρέπει να είναι κεντρικός και πρώιμος στόχος της θεραπείας. Το επιθυμητό βάρος-στόχος θα πρέπει να είναι το ατομικά καθορισμένο φυσιολογικό βάρος σώματος στο οποίο θα αποκατασταθεί η αναπαραγωγική λειτουργία. Ως προς το περιεχόμενο των γευμάτων και τον υπολογισμό της θερμιδικής πρόσληψης, είναι καλύτερα, εξ αρχής ο καθορισμός του περιεχομένου των γευμάτων και του ποσού των θερμίδων να γίνεται από το διαιτολόγο ή το γιατρό. Είναι επίσης σημαντικό να επισημανθεί και να συμφωνηθεί με τον ασθενή ότι ο στόχος της θεραπείας είναι το φυσιολογικό βάρος και ότι το υπερβολικό βάρος δεν είναι επιθυμητό και πρέπει να αποφεύγεται.

Σαν βασική πάντως αρχή της προτεινόμενης διατροφής είναι να περιλαμβάνονται απαραίτητως σε κάθε γεύμα υδατάνθρακες, λευκώματα και λίπη, χωρίς να αποφεύγονται τα λαχανικά και φρούτα, των οποίων η αποφυγή είναι συχνά επιθυμία των ασθενών και θα πρέπει να ελέγχεται. Συνήθως η αρχική θερμιδική πρόσληψη κυμαίνεται μεταξύ 30-40 Kcal/kg την ημέρα (περίπου 1000-1600 Kcal /την ημέρα) πιθανόν όμως να πρέπει να αυξηθεί σε 70-100 Kcal/kg την ημέρα για ορισμένους ασθενείς κατά τη διάρκεια της φάσης αύξησης του βάρους, ώστε να σταθεροποιηθεί στις 40-60 Kcal/kg την ημέρα κατά τη φάση διατήρησης του βάρους. Η συνεχής εκπαίδευση και υποστήριξη του ασθενούς για τη διατήρηση φυσιολογικών συνηθειών διατροφής είναι ουσιαστική παράμετρος της θεραπείας καθ' όλη τη διάρκειά της (Hsu, 1990).

Ο υπολογισμός του βάρους-στόχου γίνεται βάσει του Δείκτη Μάζας Σώματος, που προσδιορίζεται από το πηλίκο του βάρους σε kg, δια του τετραγώνου του ύψους σε εκατοστά. Για ασθενείς ηλικίας 16 ετών και άνω, ο ελάχιστος Δείκτης Μάζας Σώματος πρέπει να είναι 20. Γι' αυτούς που είναι 14 και 15 ετών ο Δείκτης Σωματικής Μάζας πρέπει να είναι τουλάχιστον 18,5 - 19,5. Για ασθενείς μικρότερης ηλικίας πρέπει να γίνεται χρήση ειδικών πινάκων (Touyz και Beumont, 1997, Crisp και συν., 1994).

Οι ανορεκτικοί ασθενείς που το βάρος τους είναι έως 20% κάτωθεν του φυσιολογικού βάρους πρέπει πρώτα να αντιμετωπίζονται εξωνοσοκομειακά, ιδιαίτερα όταν υπάρχει υψηλό κίνητρο, όταν η οικογένεια είναι συνεργάσιμη και όταν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μικρή (APA, 1993). Σε περισσότερο σοβαρές περιπτώσεις ασθενών με εξαιρετικά χαμηλό βάρος, απαιτείται ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση και συνολική θεραπεία, προκειμένου να επιτευχθεί η αύξηση του βάρους.

8.2. Ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, μετά από την έξοδο τους από το νοσοκομείο χρειάζονται συνεχείς παρεμβάσεις. Σε ηπιότερες περιπτώσεις, μπορεί να μην είναι αναγκαία η νοσηλεία. Επειδή για τους περισσότερους άρρωστους η νόσος έχει έναρξη στην εφηβεία, η οικογενειακή θεραπεία είναι μέρος ενός ολοκληρωμένου θεραπευτικού σχεδίου. Αν και η κλασική ψυχοδυναμικά προσανατολισμένη θεραπεία δεν βοηθάει στα αρχικά στάδια της θεραπείας, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε φάση λιμοκτονίας, οι αναισθητικού τύπου θεραπείες έχουν βοηθήσει τους ανορεκτικούς άρρωστους κατά την περίοδο σταθεροποίησης τους.

Δυναμική ψυχοθεραπεία

Η δυναμική, εκφραστική, υποστηρικτική ψυχοθεραπεία έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία. Ωστόσο, οι αντιστάσεις των αρρώστων μπορεί να καταστήσουν τη διαδικασία δύσκολη και επίμονη. Επειδή οι ασθενείς θεωρούν ότι τα συμπτώματά τους αποτελούν τον πυρήνα της ιδιαιτερότητάς τους, οι θεραπευτές πρέπει να αποφεύγουν την υπερβολική επένδυση σε προσπάθειες μεταβολής των συνηθειών διατροφής τους. Η διαδικασία της εναρκτήριας φάσης της ψυχοθεραπείας πρέπει να προσβλέπει στην εγκατάσταση θεραπευτικής συμμαχίας. Οι άρρωστοι

μπορεί να βιώνουν τις πρώιμες ερμηνείες σαν κάποιος άλλος να προσπαθεί να τους λέει τι πραγματικά αισθάνονται ενώ οι δικές τους εμπειρίες ελαχιστοποιούνται και ακυρώνονται. Αντίθετα, θεραπευτές που συναισθάνονται τις απόψεις του ασθενούς και εμφανίζουν ενεργό ενδιαφέρον σε οτιδήποτε αυτός σκέπτεται και αισθάνεται, δείχνουν ότι η αυτονομία τους είναι σεβαστή. Υπεράνω όλων, οι ψυχοθεραπευτές πρέπει να είναι ευέλικτοι, επίμονοι και ανθεκτικοί στο να παράσχουν βοήθεια στις τάσεις των ασθενών να υπερνικήσουν τις προσπάθειές τους. Πολλοί κλινικοί ιατροί προτιμούν τις γνωσιακές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις για να παρακολουθούν την απόκτηση και διατήρηση του βάρους και να επικεντρώσουν στις συμπεριφορές διατροφής. Συνιστώνται επίσης, γνωσιακές και διαπροσωπικές στρατηγικές, ώστε να διερευνηθούν άλλα θέματα που σχετίζονται με τη διαταραχή.

Χειριστική θεραπεία

Αν διατίθεται εκπαιδευμένος θεραπευτής, μπορεί να εφαρμοστεί η χειριστική θεραπεία που βασίζεται στην οικογένεια. Σε αντίθεση με την παραδοσιακή θεραπεία που επιτρέπει στον έφηβο να ελέγχει την διατροφή του και στους γονείς να παραμένουν αμέτοχοι στην ποσότητα του φαγητού στη φάση αποκατάστασης, η χειριστική προσέγγιση δίνει πίσω τη δύναμη και τον έλεγχο στους γονείς. Η θεραπεία αποτελείται από 20 εβδομαδιαίες συνεδρίες. Οι πρώτες 10 είναι αφιερωμένες στην ενίσχυση των γονιών, βάζοντάς τους να έχουν τον έλεγχο της διατροφής και της άσκησης του παιδιού τους. Οι γονείς εκπαιδεύονται για τους κινδύνους του υποσιτισμού και τους δίνονται οδηγίες για τον τρόπο που θα πρέπει να επιβλέπουν κάθε γεύμα. Ένας νοσηλευτής/τρια μπορεί να αναλάβει τα καθήκοντα του εκπαιδευτή. Η επόμενη φάση, συνεδρίες 11-16, επιστρέφει τον έλεγχο του φαγητού στον έφηβο, μόλις αποδεχθεί τις απαιτήσεις των γονιών του. Η τελευταία φάση της θεραπείας, συνεδρίες 17-20, έρχεται όταν ο ασθενής διατηρεί το φυσιολογικό βάρος. Η προσοχή μετατίθεται πλέον στην επίδραση που έχει η διαταραχή στην καθιέρωση μιας υγιούς ταυτότητας εφήβου. Αυτή η προσέγγιση αναφέρεται ότι οδηγεί σε καλή ή μέτρια έκβαση στο 90% των εφήβων που αντιμετωπίζονται. Η κατάλληλη συμβουλευτική σχετικά με τη διατροφή είναι ζωτικής σημασίας, καθοδηγώντας τον ασθενή και την οικογένειά του κατά τα αρχικά στάδια της ανάνηψης. Καθώς ο διατροφολόγος καθοδηγεί την αύξηση της θερμιδικής πρόσληψης από τον ασθενή, ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να παρακολουθεί το βάρος και τα ζωτικά σημεία του. Συχνά πρέπει να μειωθεί το επίπεδο δραστηριοτήτων του ασθενούς, για να ενισχυθεί η

αναστροφή της καταβολικής κατάστασης του ασθενούς. Λογικός στόχος πρόσληψης βάρους θεωρούνται τα 0,2-0,5kg/εβδομάδα. Αν η απώλεια βάρους επιμένει, είναι σημαντική η προσεκτική παρακολούθηση από κάποιον νοσηλευτή/τρια των ζωτικών σημείων, συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής συχνότητας σε ύπτια θέση, για να διαπιστωθεί η τυχόν αναγκαιότητα αυξημένου επιπέδου φροντίδας και εισαγωγής στο νοσοκομείο (William et al. 2010b).

Οικογενειακή παρέμβαση

Η οικογένεια πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στο θεραπευτικό σχεδιασμό από την αρχή και να συμμετέχει στη θεραπευτική προσπάθεια. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία (εάν είναι δυνατόν με τους δυο γονείς τουλάχιστον εάν όχι με όλα τα μέλη της οικογένειας) θα πρέπει να αρχίσει όταν τα μέλη της οικογένειας μπορούν να συμμετάσχουν χωρίς να κρατούν κριτική στάση, απέναντι στον ασθενή και όταν κανένα μέλος της οικογένειας δεν είναι τόσο χαοτικό ώστε να αποκλείει την παραγωγική εργασία. Υπερβολικά αυστηροί γονείς θα πρέπει πρώτα να αντιμετωπίζονται χωρίς την παρουσία του ασθενούς ώστε να γίνει η σχετική προετοιμασία για να συμμετάσχουν στην οικογενειακή θεραπεία που περιλαμβάνει και τον ασθενή (Dare και Eisler, 1997). Η οικογενειακή θεραπεία είναι περισσότερο χρήσιμη για νεότερους ασθενείς και πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι η οικογενειακή θεραπεία πρέπει να είναι υποχρεωτική για παιδιά και νεαρούς εφήβους. Η θεραπεία ζεύγους μπορεί να είναι χρήσιμη σε παντρεμένους ασθενείς (Dare και Eisler, 1997).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επισημανθεί στην οικογένεια ότι οι θεραπευτικοί χειρισμοί θα πρέπει να αποφασίζονται από τη θεραπευτική ομάδα. Συχνά οι ασθενείς προσπαθούν να χρησιμοποιήσουν την οικογένεια ώστε να διακοπεί η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία πριν το βάρος-στόχος επιτευχθεί με διάφορα τεχνάσματα. Η στήριξη της θεραπευτικής ομάδας από την οικογένεια κατά τη διάρκεια της φάσης ανάκτησης φυσιολογικού βάρους, είναι απαραίτητη προϋπόθεση της θεραπείας.

Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία θα πρέπει να προσαρμόζεται σύμφωνα με το επίπεδο γνωσιακής συγκρότησης, το στυλ και την πολυπλοκότητα του συγκεκριμένου ασθενή και της οικογένειάς του. Συναισθηματική δοτικότητα και υποστήριξη, ενίσχυση της

εναισθησίας, εκπαίδευση και εκμάθηση τεχνικών επίλυσης προβλημάτων αποτελούν βασικές περιοχές εργασίας και μπορούν να χρησιμοποιηθούν όταν ο ασθενής είναι επιδεκτικός σε τέτοιες παρεμβάσεις. Η ψυχοθεραπεία, ατομική ή ομαδική χρειάζεται να συνεχιστεί για πολλά χρόνια, ίσως με διαλείμματα που εξαρτώνται από την ψυχοπαθολογία του ασθενούς και την ιατρική του κατάσταση. Η επίμονη και συχνά χρόνια φύση της ψυχοπαθολογίας αλλά και των διαταραχών της προσωπικότητας στην ψυχογενή ανορεξία, και η ανάγκη για ουσιαστική αλλαγή κατά τη διάρκεια της ανάκαμψης, απαιτούν μακροχρόνια ψυχολογική αντιμετώπιση τουλάχιστον για ένα χρόνο (Crisp, 1997) ή ίσο χρόνο ψυχοθεραπείας με τον χρόνο από την έναρξη της διαταραχής (EDA, 1995). Η ερμηνεία των ψυχολογικών διαταραχών που απαντώνται σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία βασίζεται σε ψυχοδυναμικές (Crisp, 1995, Bruch, 1982), ψυχαναλυτικές (Goodsitt, 1997), γνωσιακές (Garner και συν., 1997), συστημικές (Minuchin και συν., 1978, Palazzoli, 1978), κοινωνικοπολιτισμικές (Striegel-Moore, 1993) και φεμινιστικές θεωρίες (Orbach, 1986), από τις οποίες απορρέουν και οι αντίστοιχες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, που όλες έχουν εφαρμοσθεί, με άλλοτε, άλλη επιτυχία. Ο ρόλος της ψυχοθεραπείας στην οξεία φάση της ενδονοσοκομειακής αντιμετώπισης του σοβαρά υποσιτιζόμενου ασθενή παραμένει ασαφής. Η εμπειρία από προγράμματα με μεγάλο αριθμό ασθενών και επιτυχή αντιμετώπιση δείχνουν ότι η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας αρχίζει να φαίνεται μετά την αποκατάσταση του βάρους.

Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, χωρίς ταυτόχρονη πρόοδο στην απόκτηση του βάρους, συνήθως δεν είναι αποτελεσματικές (Crisp και συν., 1991). Γενικά, κάθε ψυχοθεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να εστιάζει αφ' ενός στα εσώτερα προβλήματα του ανορεκτικού ασθενούς (αισθήματα κενού, άρνηση και φόβος έναντι των προσωπικών αναγκών, αίσθημα αναποτελεσματικότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, εχθρότητα προς εαυτό) και αφ' ετέρου να τον βοηθήσει να επεξεργασθεί τις αναπτυξιακές προκλήσεις της εφηβείας.

Ο θεραπευτής πρέπει να εκπαιδεύει, να διευθετεί, να υποστηρίζει, να προτείνει, να συζητά, να διαπραγματεύεται, να ενθαρρύνει, να εκπλήσσει και να αποτελεί πρότυπο για τον ασθενή του. Κάτι που πρέπει να αποφεύγεται γενικά σε κάθε προσέγγιση είναι η χρησιμοποίηση διαφόρων τακτικών και τεχνικών που εκλαμβάνονται ως εξαναγκαστικές από τους ασθενείς, για τους οποίους είναι γνωστό ότι ο έλεγχος είναι κάτι πολύ σημαντικό (Hsu, 1990).

Μακροπρόθεσμοι Στόχοι και Πρόγνωση

Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι περιλαμβάνουν σταθεροποίηση της συναισθηματικής διάθεσης, διευθέτηση των δυσλειτουργικών στοιχείων της προσωπικότητας, βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και της κοινωνικής λειτουργικότητας. Οι υποστηρικτικές και ψυχο-εκπαιδευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να αρχίσουν από τα πρώτα στάδια της ψυχοθεραπείας και να συνεχιστούν καθ' όλο το διάστημα της θεραπείας.

Οι ασθενείς πρέπει να διευκολύνονται να δημιουργήσουν μια θεραπευτική σχέση μ' έναν ειδικό όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Το φύλο του θεραπευτή δεν έχει τόσο σημασία, όσο η εμπειρία του και οι ικανότητές του (G. Waller, 1997). Ως προς την πρόγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας τα αποτελέσματα από έγκυρες μελέτες παρακολούθησης νοσηλευθέντων ασθενών, για τουλάχιστον 4 χρόνια μετά την έναρξη της διαταραχής δείχνουν ότι: περίπου το 44% των ασθενών είχε καλή έκβαση (το βάρος επανήλθε στο προτεινόμενο βάρος και αποκαταστάθηκε η εμμηνορυσία), στο 24% περίπου τα αποτελέσματα ήταν φτωχά (το βάρος ποτέ δεν έφτασε το προτεινόμενο, και η έμμηνος ρύση δεν αποκαταστάθηκε ή ήταν σποραδική), στο 28%, περίπου, υπήρχαν ενδιάμεσα αποτελέσματα, και λιγότεροι από 5% είχαν πεθάνει (πρώιμη θνησιμότητα) (Hsu, 1990). Αντίστοιχα αποτελέσματα προκύπτουν (καλή έκβαση 43%, βελτίωση 36%, χρόνια πορεία 20%, θνησιμότητα 5%) από εντελώς πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (68 μελέτες - 3104 ασθενείς) (Steinhausen, 1995).

Η κακή πρόγνωση έχει συσχετιστεί με το πολύ χαμηλό αρχικά βάρος, την παρουσία εμέτων, την αποτυχία ανταπόκρισης σε προηγούμενη θεραπεία, τις διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις και το γάμο (Hsu, 1990). Η θνησιμότητα, οφειλόμενη πρωταρχικά σε καρδιακή προσβολή ή αυτοκτονία, (1-5%) αυξήθηκε όσο παρατεινόταν η παρακολούθηση και έφτασε περίπου το 20% μεταξύ ασθενών που παρακολουθούνταν για περισσότερο από 20 χρόνια (Theander, 1995). Συνήθως κυμαίνεται μεταξύ 4% (Crisp και συν., 1992) και 17% (Ratnasurya και συν., 1991). Επιπλέον, περίπου τα 2/3 των ασθενών συνέχισαν να έχουν συνεχή νοσηρή ενασχόληση με το φαγητό και το βάρος, πάνω από 40% είχαν βουλιμικά συμπτώματα και πολλοί είχαν δυσθυμία, κοινωνική φοβία, ψυχαναγκαστικά συμπτώματα και κατάχρηση ουσιών (Halmi και συν., 1991). Πρέπει να επισημανθεί ότι ένας μεγάλος

αριθμός ασθενών (25% περίπου) εισέρχεται στη χρόνια μορφή της διαταραχής που συνοδεύεται από σοβαρές ιατρικές επιπλοκές (Garfinkel and Walsh, 1997).

8.3. Ενδονοσοκομειακή θεραπεία

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

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία τα κριτήρια που καθορίζουν την ανάγκη νοσηλείας ενός ανορεκτικού ασθενούς στο νοσοκομείο είναι τα εξής:

Ιατρικές ενδείξεις

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

Ψυχιατρικές ενδείξεις

- Υψηλός κίνδυνος αυτοκτονίας

- Σοβαρή συννοσηρότητα π.χ μείζων κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
- Πολύ χαμηλό κίνητρο/εναισθησία
- Αδυναμία αυτοελέγχου της υπερβολικής άσκησης και της επαναλαμβανόμενης καθαρτικής συμπεριφοράς

Υπονομευόμενη εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση

- Αφόρητη οικογενειακή κατάσταση π.χ έντονα εκφραζόμενο συναίσθημα, κακοποίηση
- Κοινωνική κατάσταση π.χ ακραία απομόνωση, απουσία υποστήριξης
- Μεγάλη γεωγραφική απόσταση ανάμεσα στην κατοικία της ασθενούς και την εξωνοσοκομειακή μονάδα
- Αποτυχία αύξησης του βάρους με εξωνοσοκομειακή ψυχοθεραπεία. (Γονιδάκης & Βάρσου 2008)

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

Η νοσηλευτική φροντίδα και το διατροφικό πρόγραμμα είναι και τα δύο θεμελιώδους σημασίας στα περισσότερα ενδονοσοκομειακά προγράμματα. Το διατροφικό πρόγραμμα θεραπείας αποτελεί το μέσον για να αυξηθεί το βάρος του ασθενούς, ενώ η νοσηλευτική φροντίδα είναι ο κύριος συντελεστής του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο επιτελείται η διατροφική θεραπεία. Το διατροφικό πρόγραμμα συνίσταται στην χορήγηση εξισορροπημένης, από πλευράς θρεπτικών ουσιών, δίαιτας που χορηγείται έτσι ώστε να επιτυγχάνεται αύξηση του βάρους κατά 1-2 κιλά την εβδομάδα. Η ταχύτερη αύξηση βάρους δεν συνιστάται γιατί προκαλεί στον ασθενή φόβο και αίσθημα απώλειας του ελέγχου. Συνήθως οι ασθενείς ανέχονται τα γεύματα από το

στόμα. Αν όμως αντιστέκονται μπορεί να χρησιμοποιηθεί η ρινογαστρική ή η ενδοφλέβια διατροφή για βραχύ διάστημα. Επίσης πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν η ενυδάτωση του ασθενούς και να συμπεριληφθεί η κατάλληλη ποσότητα υγρών στο πρόγραμμα των γευμάτων.

Η αφυδάτωση θα πρέπει να διορθώνεται αργά. Η οδός από το στόμα είναι συνήθως ικανοποιητική. Η επιθετική ενδοφλέβια χορήγηση υγρών θα πρέπει να αποφεύγεται, επειδή η μάζα της αριστερής κοιλίας της καρδιάς είναι μειωμένη και η απότομη αύξηση του όγκου μπορεί να μην γίνει ανεκτή. Παρά το ότι ορισμένα προγράμματα βάζουν από την αρχή απ' ευθείας τους ασθενείς σε υψηλή θερμιδική διαίτα (3000-3500 θερμίδων/ημέρα), θεωρείται περισσότερο σκόπιμο να αρχίζουν με ηπιότερο σχήμα (1000-1500 θερμίδων), έτσι ώστε να αποφεύγονται οι επιπλοκές της ταχείας επανασίτισης σε έναν απισχνασμένο οργανισμό, όπως η οξεία γαστρική διάταση, το μαζικό περιφερικό οίδημα και η επιβάρυνση της καρδιακής λειτουργίας, επιπλοκές που είναι πιθανό να συμβούν ιδιαίτερα σε ασθενείς με μεγάλη απώλεια βάρους (>30-40%).

Οπότε κατά την αρχική αύξηση της σίτισης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρακολουθεί τον ασθενή για το σύνδρομο επανασίτισης, ένα φαινόμενο που εμφανίζεται αν η θερμιδική πρόσληψη αυξηθεί πολύ γρήγορα. Τα σημεία του συνδρόμου επανασίτισης είναι ο μειωμένος φωσφόρος ορού, το μειωμένο κάλιο ορού και σπάνια το οίδημα, που σχετίζεται με τη μετακίνηση υγρών ή τη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Η παρακολούθηση από τον νοσηλευτή, κατά τη διάρκεια της νύχτας, για βραδυκαρδία, βοηθά στην εκτίμηση του βαθμού καταβολής του μεταβολισμού. Συνήθως, όσο πιο ταχεία και σοβαρή είναι η απώλεια βάρους, τόσο χειρότερη είναι η βραδυκαρδία.

Η βελτίωση της βραδυκαρδίας σχετίζεται με την ανάκτηση του βάρους. Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να κάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα στον ασθενή επειδή βρίσκεται σε κίνδυνο συνδρόμου παράτασης του QT και επακόλουθης αρρυθμίας, που σχετίζεται με τη βαρύτητα της βραδυκαρδίας. Συνήθως χρειάζονται 2-3 εβδομάδες για να επιτευχθούν οι αρχικοί στόχοι της εισαγωγής στο νοσοκομείο, δηλαδή σταθερή πρόσληψη βάρους, ανοχή της διατροφής από το στόμα χωρίς σημεία συνδρόμου επανασίτισης και διόρθωση βραδυκαρδίας (>45 σφύξεις/λεπτό για τρεις συνεχείς νύχτες).

Χρήσιμος είναι ο ρόλος του διαιτολόγου, που μπορεί σε τακτικές συναντήσεις-συζητήσεις με τον ασθενή να τον βοηθήσει να μάθει πώς να κάνει σωστές επιλογές τροφών και να του προσφέρει γνώσεις και εκπαίδευση σε θέματα διατροφής. Η ομάδα των νοσηλευτών με εμπειρία, ικανότητα και υπομονή έχει την ευθύνη να ενθαρρύνει τον ασθενή να ολοκληρώσει το γεύμα του αλλά και να τον επιβλέπει, ώστε να μη διευκολύνεται ο ασθενής στο να απομακρύνει κρυφά τρόφιμα ή να καταφεύγει σε καθαρτικές μεθόδους.

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να μένει κοντά στον ασθενή όσο τρώει, να συζητάει μαζί του, να τον καλοπιάνει ώστε να τον πείθει να τελειώσει το γεύμα του και γενικά να προσπαθεί να τον αποσπάσει από τα άγχη που έχει σχετικά με το φαγητό και την αύξηση του βάρους. Η νοσηλευτική ομάδα δημιουργεί μία σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Γνωρίζει τον ασθενή ως άτομο, με τις προσωπικές του ανάγκες και προβλήματα. Οι νοσηλευτές/τριες θα πρέπει επίσης να γνωρίζουν πολύ καλά την τάση του ανορεκτικού ασθενούς να αποφεύγει το φαγητό και να ασκείται υπερβολικά. Είναι προτιμότερο το θεραπευτικό πρόγραμμα να δίνει έμφαση στις υποστηρικτικές παραμέτρους της σχέσης του νοσηλευτή/τριας με τον ασθενή και λιγότερο στην αναμφισβήτητη ανάγκη για προσεκτική επιτήρηση.

Ο νοσηλευτής/τρια βασίζεται στην καθημερινή καταγραφή του σωματικού βάρους για να ελέγχει την επιτυχία της θεραπείας, καθώς το διάγραμμα του βάρους θα πρέπει να δείχνει μια ελαφρά ανερχόμενη καμπύλη. Από την αρχή της θεραπείας ο ασθενής μαθαίνει ότι οφείλει να καταναλώσει όλο το φαγητό που τοποθετείται μπροστά του. Ο ασθενής συχνά παραπονιέται ότι νιώθει φούσκωμα ή ότι έχει ναυτία μετά το φαγητό. Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να είναι σε θέση να τον καθησυχάσει, ενημερώνοντας τον ότι αυτά τα αισθήματα σχετίζονται με την επιβράδυνση στην προώθηση του περιεχομένου του στομάχου εξαιτίας του χρόνιου υποσιτισμού, και ότι αυτά τα δυσάρεστα αισθήματα θα υποχωρήσουν με τον χρόνο.

Ένας νοσηλευτής που υποψιάζεται ότι ο ασθενής πετά κρυφά ή κρύβει τρόφιμα ή έχει άλλες καθαρτικές συμπεριφορές (εμέτους, υπακτικά, διουρητικά) πρέπει να τον αντιμετωπίσει ευγενικά αλλά ανοιχτά και σταθερά, λέγοντας για παράδειγμα: «Ξέρω ότι είσαι πραγματικά έντιμος και ειλικρινής άνθρωπος, αλλά ακόμα ξέρω ότι η ασθένειά σου μπορεί να σου επιβάλλει να κάνεις πράγματα που δεν είναι στη φύση σου, ειδικά όταν σε πιάνει το άγχος για την αύξηση του βάρους σου». Μετά από

αυτήν την εξήγηση, ο νοσηλευτής/τρια μπορεί να κάνει έρευνα στο δωμάτιο και στα πράγματα του ασθενούς, πάντα όμως η έρευνα πρέπει να γίνεται μπροστά του. Δεν πρέπει να γίνονται ενέργειες πίσω από την πλάτη του ασθενούς για να μην διακινδυνεύεται η αμεσότητα, η ειλικρίνεια και η εμπιστοσύνη που χαρακτηρίζει τη σχέση του νοσηλευτή με τον θεραπευόμενο. Επίσης ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να επιτρέπει στον ασθενή να πηγαίνει στο μπάνιο μετά από δύο ώρες από την κατανάλωση του φαγητού ή να τον συνοδεύει στην τουαλέτα ώστε να τον επιβλέπει για τυχόν πρόκληση εμέτων ή χρήση καθαρτικών.

Ο νοσηλευτής θα κληθεί ακόμα να προσφέρει υποστηρικτική και εκπαιδευτική ψυχοθεραπεία, όπου αυτό είναι απαραίτητο και δυνατό. Θα χρειαστεί επανειλημμένα να καθησυχάσει τον ασθενή ότι δεν θα αφηθεί να πάρει βάρος. Καθώς θα κερδίζει βάρος, το άγχος του ασθενή θα επικεντρώνεται στην αύξηση των διαστάσεων του στην κοιλιά, στην περιφέρεια ή τα ισχία και ο νοσηλευτής/τρια μπορεί να του εξηγήσει ότι το βάρος έχει την τάση να πηγαίνει πρώτα σ' αυτά τα σημεία του σώματος, αλλά με τον καιρό κατανέμεται ομοιόμορφα σε όλο το σώμα. Ακόμα, αν ο ασθενής προέβαινε σε εμέτους ή καθαρτικές συμπεριφορές, είναι πιθανό με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο και σταματώντας αυτά τα μέσα, να πάρει δραματικά βάρος τις πρώτες μέρες. Αυτό συμβαίνει γιατί γίνεται αποκατάσταση της αφυδάτωσης και των ηλεκτρολυτικών διαταραχών και υπάρχει μαζική κατακράτηση υγρών, οπότε θα χρειαστούν λίγες μέρες για να εξισορροπηθεί η κατάσταση. Ο νοσηλευτής/τρια μπορεί και πρέπει να το εξηγήσει αυτό στον νοσηλευόμενο για να μην τρομοκρατηθεί.

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

Το κύριο μέλημα της νοσηλευτικής ομάδας είναι να ενθαρρύνει τον ασθενή να τρώει φυσιολογικά, ώστε να αυξήσει το βάρος του στο κανονικό για την ηλικία και το ύψος του επίπεδο. Αυτό προφανώς βρίσκεται σε συνάρτηση με τη φάση ανάπτυξης του οργανισμού, με τις διατροφικές ανάγκες διατήρησης και αναπαραγωγής των ιστών

και τις ενεργειακές ανάγκες, ανάλογα με τις δραστηριότητες του, σωματικές και πνευματικές. Ο ασθενής θα πρέπει να βοηθηθεί να καταλάβει τις διατροφικές ανάγκες για την λειτουργία των ιστών και του οργανισμού του και πώς οι ανάγκες αυτές καλύπτονται με την τροφή. Επίσης πρέπει να καταλάβει τις ενεργειακές του ανάγκες, με βάση τον τρόπο ζωής του και τις δραστηριότητες του και πώς θα τις καλύπτει ώστε να διατηρεί ένα σωστό σωματικό βάρος. Αυτές οι εκπαιδευτικού τύπου συζητήσεις για τις σωστές επιλογές τροφών σε ποσότητες και συνδυασμούς, γίνονται σε πιο προχωρημένα στάδια του θεραπευτικού προγράμματος, γύρω ή μετά την επίτευξη του βάρους-στόχου, όταν και οι δραστηριότητες του ασθενούς είναι αυξημένες και προετοιμάζεται για εξόδους.

Συνοπτικά, τα καθήκοντα του νοσηλευτή στα πλαίσια του θεραπευτικού προγράμματος αντιμετώπισης της νευρογενούς ανορεξίας είναι τα εξής:

- Σύνταξη γραπτού συμβολαίου που περιλαμβάνει τα καθήκοντα του νοσηλευόμενου αλλά και του νοσηλευτή, καθώς και τη διαίτα και τις δραστηριότητες που πρέπει να εφαρμόζονται.
- Λήψη ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση, σφύξεις, αναπνοές).
- Ζύγισμα του ασθενούς είτε κάθε μέρα, είτε 1-2 φορές την εβδομάδα. Το ζύγισμα πρέπει να γίνεται το πρωί, αμέσως μετά την χρήση της τουαλέτας και πριν από την λήψη του πρωινού.
- Καταγραφή προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών.
- Παρατήρηση για την ύπαρξη τυχόν σημείων-συμπτωμάτων επιπλοκών και την άμεση κινητοποίηση του προσωπικού.
- Εξακρίβωση ότι ο ασθενής δέχεται μια ολιστική θεραπεία από την εξειδικευμένη διεπιστημονική ομάδα υγείας που τον έχει αναλάβει και δεν πλήττονται τα συμφέροντά του.
- Παροχή θετικών (βόλτα, αγαπημένη δραστηριότητα) ή αρνητικών (απομόνωση, παραμονή στο κρεβάτι) ενισχύσεων ανάλογα με τη συμμόρφωση ή όχι του ασθενούς στη θεραπεία.

- Αποφυγή οποιασδήποτε συζήτησης σχετικής με το φαγητό, που αυξάνει το άγχος και το φόβο του ασθενούς για το βάρος και το σώμα του.
- Επαγρύπνηση για τυχόν καθαρτικές συμπεριφορές από μέρους του ασθενούς μετά το γεύμα.
- Ανάπτυξη μιας υποστηρικτικής και ειλικρινούς σχέσης με τον ασθενή, η οποία αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχίας του θεραπευτικού πλάνου.
- Συνεχής ενθάρρυνση ολοκλήρωσης της θεραπείας τόσο στον ίδιο όσο και στην οικογένειά του.

Η απόφαση για νοσηλεία σε ψυχιατρική μονάδα αντί για παθολογική ή παιδιατρική, εξαρτάται από την ιατρική κατάσταση του ασθενούς και από τις επιδεξιότητες και ικανότητες του τοπικού ψυχιατρικού και ιατρικού προσωπικού.

Στα προγράμματα ενδονοσοκομειακής θεραπείας θα πρέπει να καθορίζονται με ακρίβεια τόσο το βάρος-στόχος όσο και ο ρυθμός ελεγχόμενης αύξησης του βάρους αλλά και να πείθονται οι ασθενείς ότι μπορούν να αποκτήσουν τον έλεγχο επί των υγιών διατροφικών συνηθειών, στις οποίες εκπαιδεύονται. Ένα υποστηρικτικό και ενθαρρυντικό προσωπικό με το οποίο οι ασθενείς και οι οικογένειές τους μπορούν να αναπτύξουν ρεαλιστικές σχέσεις εμπιστοσύνης, είναι απολύτως αναγκαίο.

Στο πρόγραμμα θα πρέπει να περιλαμβάνεται ένας λογικός ρυθμός αύξησης του βάρους (π.χ. 1,5 kgr/εβδομάδα για ενδονοσοκομειακούς ασθενείς ή 1 Kgr/εβδ. για εξωτερικούς ασθενείς ή ασθενείς ημέρας) καθώς και ορισμένες θετικές και αρνητικές ενισχύσεις (παραμονή στο κρεβάτι, απαγόρευση προνομίων εκτός μονάδας, άσκηση εξαρτώμενη από την αύξηση του βάρους) (Hsu, 1990, APA, 1993). Η θεραπεία των ανορεκτικών ασθενών στο νοσοκομείο ολοκληρώνεται όταν η φυσική τους κατάσταση είναι ιατρικά σταθεροποιημένη, όταν το βάρος-στόχος έχει αποκατασταθεί, όταν η συμπεριφορά διατροφής έχει ικανοποιητικά διορθωθεί, και όταν έχει γίνει αρκετή προετοιμασία για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών και των οικογενειακών παραγόντων που εμπλέκονται στη διαταραχή.

Αντιμετώπιση ιατρικών επιπλοκών

Η ιατρική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης του βάρους και των συνηθειών διατροφής θα πρέπει να περιλαμβάνει την εξέταση των ζωτικών σημείων,

τον υπολογισμό πρόσληψης και απώλειας υγρών, την παρακολούθηση για ανάπτυξη οιδημάτων λόγω γρήγορης αύξησης του βάρους εξαιτίας κατακράτησης υγρών, την αποφυγή συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, και την αντιμετώπιση των γαστρεντερικών συμπτωμάτων. Ενίοτε, ένεκα της ασιτίας, των εμέτων και των καθαρτικών, παρατηρούνται σοβαρές επιπλοκές όπως ηλεκτρολυτικές διαταραχές, καρδιακή ανεπάρκεια, υπόταση, αφυδάτωση, αρρυθμίες και νεφρική ανεπάρκεια που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση στο νοσοκομείο.

Η χρήση ρινογαστρικού καθετήρα ή, σε εξαιρετικές περιπτώσεις, η χορήγηση παρεντερικής διατροφής είναι εναλλακτικές λύσεις που χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν κίνδυνοι για τη ζωή του ασθενή. Τέτοιου τύπου παρεμβάσεις θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο για όσο χρονικό διάστημα είναι απολύτως αναγκαίες, ενώ θα πρέπει να συνεχίζεται η μέριμνα για την αποκατάσταση της φυσιολογικής διατροφής (Beumont και συν., 1993).

8.4. Φαρμακοθεραπεία

Από φαρμακολογικές μελέτες δεν βρέθηκε ακόμα κάποιο σκεύασμα που να προκαλεί οριστική βελτίωση των πυρηνικών συμπτωμάτων της ψυχογενούς ανορεξίας. Σε μερικές αναφορές συνιστάται η χρήση της κυπροεπταδίνης (periactin), ενός φαρμάκου με αντισταμινική και αντισεροτονινεργική δράση, στον περιορισμένο τύπο της ψυχογενούς ανορεξίας. Αναφέρεται ότι η αμιτριπτυλίνη (Saroten) έχει κάποιο αποτέλεσμα σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία.

Άλλα φάρμακα που έχουν δοκιμαστεί σε αρρώστους με ψυχογενή ανορεξία, στα οποία περιλαμβάνονται η χλωριμιπραμίνη (Anafranil), η πιμοζίδη (Pirium) και η χλωροπρομαζίνη (Largactil), δεν έχουν θετικά αποτελέσματα. Σε δοκιμές χωρίς ομάδες ελέγχου, η φλουοξετίνη (Ladose) έχει προκαλέσει αύξηση βάρους. Άλλα αντικαταθλιπτικά έχουν δοκιμαστεί σε ανορεκτικούς αρρώστους με συνυπάρχουσες καταθλιπτικές διαταραχές, με ελάχιστα αποτελέσματα.

Υπάρχει μια κάποια ανησυχία σχετικά με τη χρήση τρικυκλικών φαρμάκων σε χαμηλού βάρους αρρώστους με ψυχογενή ανορεξία, αφού μπορεί να είναι ευάλωτοι στην υπόταση, καρδιακές αρρυθμίες και αφυδάτωση. Με την αποκατάσταση ικανοποιητικής κατάστασης θρέψης, οι κίνδυνοι από τη χρήση τρικυκλικών μπορεί να μειωθούν. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάθλιψη βελτιώνεται με την

αποκατάσταση βάρους και την αποκατάσταση της φυσιολογικής θρέψης. Υφίστανται ορισμένες ενδείξεις ότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) ωφελεί σε μερικές περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

Αν και η πρόσφατη έρευνα έχει προάγει τη γνώση μας για τις νευροβιολογικές διαταραχές στην νευρική ανορεξία, η αιτιολογία της παραμένει άγνωστη και η βασική ψυχοπαθολογία της συνεχίζει να μην ανταποκρίνεται στην θεραπεία με φάρμακα. Μάλλον, η φαρμακοθεραπεία χρησιμοποιείται συχνά ως προσθήκη σε μια διεπιστημονική προσέγγιση συμπεριλαμβανομένης της παροχής συμβουλών θρεπτικού περιεχομένου, της ψυχοθεραπείας της οικογένειας ή σε εξατομικευμένο επίπεδο. Πολλές από αυτές τις μελέτες φαρμάκων χαρακτηρίζονται από το γεγονός ότι έχουν περιορισμένο δείγμα, ότι είναι μικρής διάρκειας (τέσσερις έως οκτώ εβδομάδες), χρησιμοποιούν τις χαμηλές ή μέτριες δόσεις και, εξετάζουν την επίδραση των φαρμάκων στο κέρδος βάρους, στους σοβαρά ελλιποβαρείς ασθενείς που νοσηλεύονται και λαμβάνουν συνήθως την ψυχοθεραπεία ταυτόχρονα. Κατά συνέπεια, ένα πρόσθετο όφελος του φαρμάκου μπορεί να είναι δύσκολο να ανιχνευθεί σε αυτές τις μελέτες.

Οι ακόλουθες κατηγορίες φαρμάκων έχουν ερευνηθεί στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας: αντιψυχωτικά φάρμακα, σταθεροποιητές διάθεσης, αντικαταθλιπτικά χάπια, ενισχυτές όρεξης, prokinetic agents, και θρεπτικά συμπληρώματα.

Τόσο τα αντιψυχωτικά φάρμακα όσο και το λίθιο σε μία προσπάθεια να επωφεληθούμε του κέρδους βάρους που συνδέεται με αυτούς τους παράγοντες, έχουν προταθεί για την θεραπεία της νευρικής ανορεξίας. Η χλωροπρομαζίνη, το rimozide και το sulpiride έχουν εξεταστεί στη θεραπεία των ασθενών με νευρική ανορεξία. Η χλωροπρομαζίνη οδήγησε στο βραχυπρόθεσμο κέρδος βάρους, αλλά και παρήγαγε τις σημαντικές παρενέργειες συμπεριλαμβανομένης της επιληψίας και της αυξανόμενης τάσης πρόκλησης κενώσεων και δεν παρήγαγε συνεχές κέρδος βάρους σε πιο μακροπρόθεσμη επανεξέταση.

Έχουν υπάρξει πιο πρόσφατες διπλής τύφλωσης (double-blind), ψευδοφάρμακο-ελεγχόμενες μελέτες του rimozide και του sulpiride, αλλά έχει βρεθεί μόνο μια τάση για το υψηλότερο κέρδος βάρους με το rimozide, καμία σημαντική διαφορά στο κέρδος βάρους με το sulpiride και καμία αλλαγή για καθένα από τα φάρμακα στην

διατροφική διαταραχή και στη συμπεριφορά. Ο Gross και οι συνάδελφοι του, πραγματοποίησαν μια τεσσάρων εβδομάδων ψευδοφάρμακο-ελεγχόμενη δοκιμή χρησιμοποιώντας το λίθιο σε 16 γυναίκες με νευρική ανορεξία. Βρήκαν ένα μικρό πλεονέκτημα στις ασθενείς που τους χορηγούνταν λίθιο, ειδικά στις δύο τελευταίες εβδομάδες της μελέτης. Δεν έχει υπάρξει καμία μελέτη πιο μακροχρόνιας διάρκειας ή δείγμα μεγαλύτερου μεγέθους, όσον αφορά στο λίθιο. Οι ελεγχόμενες δοκιμές των αντικαταθλιπτικών χαπιών χαρακτηρίστηκαν από την παρατήρηση ότι πολλοί ασθενείς με νευρική ανορεξία έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα και υπάρχει αύξηση στην κύρια μορφή κατάθλιψης στους συγγενείς πρώτου βαθμού των ασθενών με διατροφική διαταραχή. Εντούτοις, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα στη νευρική βουλιμία, τα αποτελέσματα των ελεγχόμενων δοκιμών δεν έχουν παράσχει αντικειμενικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των καταπραϋντικών φαρμάκων στην θεραπεία κατά την οξεία φάση της νευρικής ανορεξίας.

Τρεις ψευδοφάρμακο-ελεγχόμενες δοκιμές των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών χαπιών (TCAs) που χρησιμοποιούν το clomipramine, και amitriptyline δεν παρουσίασαν οποιαδήποτε σημαντική επίδραση αυτών των φαρμάκων πέρα από το ψευδοφάρμακο (placebo). Λόγω της πρόσφατης ανησυχίας που προκύπτει από τη χρήση TCA στα παιδιά και τους εφήβους και το συσχετισμό της με τον ξαφνικό θάνατο, τη πιθανότητα εμφάνισης αρρυθμίας σε χαμηλό βάρος σωμάτων και την έλλειψη στοιχείων που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητά τους, τα TCAs δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται στη μεταχείριση των παιδιών και των εφήβων με νευρική ανορεξία.

Οι εκλεκτικοί, ανασταλτικοί παράγοντες σεροτονίνης (SSRIs) έχουν αντικαταστήσει κατά ένα μεγάλο μέρος τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά χάπια στη γενική ψυχιατρική πρακτική. Ο Emslie και οι συνάδελφοι εξέθεσαν πρόσφατα την ανωτερότητα του fluoxetine πέρα από το ψευδοφάρμακο σε μια οκτώ εβδομάδων δοκιμή με ψευδοφάρμακο, όπου οι ασθενείς δεν ξέρουν τι καταναλώνουν (double-blind), σε παιδιά και σε εφήβους με Μείζον κατάθλιψη. Τα SSRIs έχουν αρχίσει να εξετάζονται στους ενήλικους, αλλά δεν έχουν μελετηθεί στα παιδιά και τους εφήβους με διατροφικές διαταραχές.

Οι περισσότερες από τις μελέτες εστιάζουν στην οξεία θεραπεία των ασθενών με νευρική ανορεξία, οι οποίοι είναι ελλιποβαρείς και νοσηλεύονται. Ο Attia και οι

συνάδελφοι βρήκαν πρόσφατα σε μια ψευδοφάρμακο-ελεγχόμενη δοκιμή ότι το fluoxetine δεν ήταν ανώτερο από το ψευδοφάρμακο στην αντιμετώπιση των νοσηλευμένων γυναικών με νευρική ανορεξία. Άλλες πιο ενθαρρυντικές έρευνες έχουν εστιάσει στην χρήση των SSRIs ως αντικαταστάτες των προληπτικών παραγόντων σε ελλιποβαρείς ασθενείς.

Ο Kaye και οι συνάδελφοι του πραγματοποίησαν μια μελέτη 35 γυναικών, με περιοριστική υποκατηγορία της νευρικής ανορεξίας και οι οποίες είχαν φτάσει κοντά στο φυσιολογικό βάρος κατά τη διάρκεια παραμονής τους σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα. Έπειτα τους χορηγήθηκε για 11 μήνες, με τυχαία σειρά, είτε fluoxetine είτε ψευδοφάρμακο, καθώς επίσης και βοήθεια σε επίπεδο κοινοτικής ψυχοκοινωνικής αντιμετώπισης.

Οι γυναίκες που έλαβαν το fluoxetine είχαν ένα σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό υποτροπής από εκείνες που άνηκαν στην ομάδα ψευδοφαρμάκου. Αντίθετα, ο Strober έκανε αναφορά για μια φυσιοκρατική μελέτη περίπτωσης-ελέγχου όπου 33 γυναίκες που είχαν λάβει το fluoxetine κατά τη διάρκεια μιας επιτυχούς εισαγωγής σε νοσοκομείο και συγκρίθηκαν με τα στοιχεία από 33 ιστορικούς ασθενείς ελέγχου που δεν είχαν λάβει το φάρμακο. Η συνεχής θεραπεία εξωτερικών ασθενών δεν ήταν σταθεροποιημένη, αλλά περιέλαβε τουλάχιστον την εβδομαδιαία ψυχοθεραπεία με την οικογενειακή θεραπεία και τη διαιτητική παροχή συμβουλών όπως απαιτείται. Οι ασθενείς ήταν υπό παρακολούθηση σε εξάμηνα διαστήματα με δύο έτη συνολικής παρακολούθησης.

Συνολικά, οι συγγραφείς δεν βρήκαν καμία σημαντική διαφορά μεταξύ του fluoxetine και των ομάδων ελέγχου σχετικά με τα μέτρα των αντισταθμιστικών συμπεριφορών, την ανάγκη για την επανείσαγωγή σε νοσοκομείο, και την απώλεια βάρους κάτω από το βάρος-στόχο. Κατά συνέπεια, εάν η θεραπεία με το fluoxetine είναι χρήσιμη στην πρόληψη της υποτροπής παραμένει επίκαιρο ερώτημα προς απάντηση για τη μελλοντική έρευνα. Επιπλέον, δεν έχει υπάρξει καμία ελεγχόμενη δοκιμή νευρικής ανορεξίας με τους agent SSRI εκτός από το fluoxetine και η πιθανή επίδρασή τους παραμένει μια ανοικτό ερώτημα.

Οι ανυψωτές όρεξης όπως το cyproheptadine έχουν προταθεί επίσης ως πιθανές θεραπείες για τους ασθενείς με νευρική ανορεξία. Το cyproheptadine έχει

χρησιμοποιηθεί στις χαμηλές δόσεις (12 mg/ημέρα) στους εξωτερικούς ασθενείς και τις υψηλότερες δόσεις (το μέγιστο 32 mg/ημέρα) στους νοσηλευόμενους ασθενείς.

Συνολικά, αυτές οι μελέτες δεν βρίσκουν κανένα πλεονέκτημα για το κέρδος βάρους στην ομάδα cyproheptadine. Ο Halmi και οι συνάδελφοι διαπίστωσαν ότι ο χρόνος για να επιτευχθεί το βάρος-στόχος ήταν πιο σύντομος με το cyproheptadine και όταν οι ασθενείς χωρίστηκαν σε υποκατηγορίες βάσει της βουλιμικής κατάστασης, οι μη υπερβολικοί καταναλωτές τροφών εμφανίστηκαν να ωφελούνται κάπως από το cyproheptadine, ενώ επηρεάστηκε αρνητικά η υποκατηγορία των ασθενών που εκδήλωναν υπερφαγία ή προκαλούσαν ηθελημένη κένωση. Αν και αυτή η μελέτη παρέχει κάποια στοιχεία ότι το cyproheptadine μπορεί να είναι χρήσιμο σε μια υποομάδα ασθενών με νευρική ανορεξία που δεν εκδήλωνε υπερφαγία και δεν προκαλούσε κενώσεις, τα διαθέσιμα στοιχεία δεν προτείνουν ότι αυτός ο παράγοντας ασκεί σημαντική επίδραση στα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας.

Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία παραπονιούνται συνήθως για πρόωρο κορεσμό και συμπτώματα που μπορούν να συμβάλουν στην αποφυγή τροφίμων σε αυτούς τους ασθενείς και έτσι διάφοροι prokinetic agents έχουν εξεταστεί στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας. Το metaclopramide και το cisapride έχουν αποδειχθεί ότι βελτιώνουν τη γαστρική εκκένωση στη βραχυπρόθεσμη επεξεργασία της νευρικής ανορεξίας, αν και τα δύο φάρμακα έχουν τις παρενέργειες CNS συμπεριλαμβανομένης και της καταθλιπτικής διάθεσης.

Πιο πρόσφατα οι Stacher και συνάδελφοι εξέθεσαν μια διπλή τυφλή ελεγχόμενη δοκιμή 12 εβδομάδων του cisapride που βρήκε τους επιταχυνόμενους γαστρικούς χρόνους κένωσης σε έναν μικρό αριθμό ασθενών με νευρική ανορεξία και πρότεινε ότι αυτή η επίδραση μπορεί να αυξήσει το κέρδος βάρους σε αυτούς τους ασθενείς, αν και η σημασία οποιασδήποτε διαφοράς φάρμακοψευδοφαρμάκου δεν αναφέρθηκε. Ο Szmukler και οι συνεργάτες διηύθυναν μια ελεγχόμενη δοκιμή διάρκειας οκτώ εβδομάδων του cisapride σε 29 ανορεξικούς ασθενείς και βρήκαν κάποια βελτίωση στα γαστρεντερικά συμπτώματα στην ομάδα cisapride, αλλά καμία σημαντική διαφορά στον γαστρικό χρόνο εκκένωσης ή κέρδος βάρους μεταξύ του cisapride και του ψευδοφαρμάκου.

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα από τις ανωτέρω μελέτες, ο ακριβής ρόλος για τους prokinetic agents στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας παραμένει

κακώς καθορισμένος και αν και μπορούν να είναι χρήσιμοι για εκείνους τους ασθενείς που συνδέουν το σημαντικό γαστρεντερικό κίνδυνο με τα γεύματα μαζί με τα στοιχεία της καθυστερημένης γαστρικής εκκένωσης. Ωστόσο δεν υπάρχει αυτήν την περίοδο κανένα πειστικό στοιχείο για να υποστηρίξει τη στερεότυπη χρήση τους στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας.

Υπάρχει επικάλυψη στην κλινική παρουσίαση της ανεπάρκειας ψευδάργυρου και στη νευρική ανορεξία, συμπεριλαμβανομένης της απώλειας βάρους, οι αλλαγές στην όρεξη και την καταθλιπτική διάθεση. Λαμβάνοντας υπόψη τον περιορισμό τροφίμων και τη θρεπτική στέρηση που συνοδεύει την νευρική ανορεξία, οι ερευνητές υπέθεσαν μια πιθανή ανεπάρκεια ψευδάργυρου στη νευρική ανορεξία και έναν πιθανό ρόλο για τη συμπλήρωση ψευδάργυρου στην αντιμετώπιση της. Επιπλέον, πολλές από τις μελέτες που ερευνούν τη σχέση μεταξύ του ψευδάργυρου και της νευρικής ανορεξίας έχουν πραγματοποιηθεί στους εφήβους.

Ο αρχικός ενθουσιασμός παρήχθη από μια ανοικτή δοκιμή της συμπλήρωσης ψευδάργυρου σε 20 θηλυκές, ηλικίας 14-26 ετών, με νευρική ανορεξία που ανέφερε το αυξανόμενο βάρος σωμάτων με τη συμπλήρωση ψευδάργυρου. Οι συντάκτες περιγράφουν μια διπλής τύφλωσης επέκταση αυτής της εργασίας αλλά δεν έχουν εκθέσει ακόμα αυτά τα στοιχεία στη βιβλιογραφία. Τρεις διπλής τύφλωσης, ψευδοφάρμακο-ελεγχόμενες δοκιμές του ψευδάργυρου έχουν δημοσιευθεί στη βιβλιογραφία.

Ο Katz και οι συνάδελφοι διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με νευρική ανορεξία είχαν χαμηλές διαιτητικές εισαγωγές ψευδάργυρου έναντι των διαιτητικών συστάσεων και τα χαμηλά επίπεδα ουρικής έκκρισης ψευδάργυρου έναντι των ομάδων ελέγχου. Αναφέρουν ότι η συμπλήρωση ψευδάργυρου οδήγησε σε μείωση στα συμπτώματα της κατάθλιψης και την ανησυχία στους εφήβους με νευρική ανορεξία, και μια τάση προς το μεγαλύτερο κέρδος βάρους σε εκείνους τους εφήβους που έλαβαν τη συμπλήρωση ψευδάργυρου. Ο Birmingham και οι συνάδελφοι βρήκαν μια σημαντική διαφορά στο ποσοστό αύξησης BMI έναντι του ψευδοφαρμάκου, σε 35 ενήλικους θηλυκούς ασθενείς με νευρική ανορεξία στους οποίους δόθηκαν gluconate ψευδάργυρου μέχρι 100 mg ανά ημέρα.

Αντίθετα, Ο Lask και οι συνάδελφοι πραγματοποίησαν τη διπλής τύφλωσης, ελεγχόμενη ψευδοφάρμακο διασταυρώσεων, δοκιμή, για περίοδο 12 εβδομάδων, σε

26 ασθενείς με νευρική ανορεξία και δεν βρήκαν καμία διαφορά στο ποσοστό κέρδους βάρους μεταξύ των ομάδων που χρησιμοποιούσαν ψευδάργυρο και των ομάδων ψευδοφαρμάκου. Κατά συνέπεια, αν και μερικοί συντάκτες προτείνουν ότι ο ψευδάργυρος μπορεί να είναι χρήσιμος στην αύξηση του βάρους στη νευρική ανορεξία. Ο ρόλος του στην παθοφυσιολογία της νευρικής ανορεξίας είναι ακόμη αμφισβητούμενος και η χρησιμότητά του στη στερεότυπη αντιμετώπιση της ασθένειας δεν έχει καθιερωθεί με σαφήνεια στη βιβλιογραφία.

Συνοπτικά, οι περισσότεροι ειδικοί πιστεύουν ότι:

- οι ασθενείς με υποθρεψία και κατάθλιψη είναι περισσότερο επιρρεπείς στις ανεπιθύμητες ενέργειες της αντικαταθλιπτικής αγωγής απ' ό,τι άλλοι ασθενείς με κατάθλιψη, ενώ παράλληλα ανταποκρίνονται λιγότερο σ' αυτή.
- τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο υπότασης και αρρυθμίας στους ασθενείς με ανορεξία ειδικότερα σε ασθενείς που κάνουν χρήση υπακτικών και των οποίων η ενυδάτωση είναι ανεπαρκής και η καρδιακή λειτουργία διαταραγμένη.
- μερικά συμπτώματα κατάθλιψης μπορούν να υποχωρήσουν με την αύξηση του βάρους.
- τα αντικαταθλιπτικά βοηθούν στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που επιμένουν, μειώνουν την ψυχαναγκαστικότητα και γενικώς περιορίζουν τον κίνδυνο υποτροπής, μετά τη φάση αποκατάστασης του βάρους.
- Σε περιπτώσεις ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και ιδιαίτερα όταν είναι αναγκαίο ο ασθενής να παραμείνει κλινήρης κατά τη φάση απόκτησης φυσιολογικού βάρους, βαθμιαία αυξανόμενες δόσεις χλωροπρομαζίνης (μέχρι 400 mg ημερησίως), γίνονται καλά ανεκτές και βοηθούν σημαντικά στην παραμονή του ασθενή στο κρεβάτι και τη συμμόρφωση στην ενδεικνυόμενη σίτιση.

Συμπερασματικά, κανένα φάρμακο δεν έχει ειδική επίδραση στην ψυχογενή ανορεξία, και όσα έχουν χρησιμοποιηθεί έχουν μόνο μερική ένδειξη για την

αντιμετώπιση ορισμένων συμπτωμάτων και για περιορισμένο χρόνο (Garfinkel και Walsh 1997).

8.5 Διατροφική αντιμετώπιση

Η υποκαλιαιμία είναι συχνά το αποτέλεσμα της πρόκλησης εμετού. Η χορήγηση συμπληρωμάτων είναι αναγκαία. Επίμονη υποκαλιαιμία μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μιας υποβόσκουσας υπομαγνησιαιμίας ή υποασβεστιαϊμίας. Η υπονατρίαϊμία μπορεί να προέλθει από διάρροια και εμετούς, κακή χρήση διουρητικών ή υπερβολική πρόσληψη νερού. Συμπληρώματα βιταμινών Β και C συνιστώνται πριν αρχίσει η σίτιση. Κάποιο ακόμη συμπλήρωμα μετάλλων μπορεί να χρειαστεί. (Garfinkel και Walsh 1997).

Η έλλειψη φολικού οξέος μπορεί να συμβεί και όσοι απέφευγαν ζωικά τρόφιμα μπορεί να έχουν έλλειψη βιταμίνης Β12. Παρόλα αυτά ο συμπληρωματικός σίδηρος μπορεί να είναι επικίνδυνος στα πρώτα στάδια της επανασίτισης. Η έλλειψη του ψευδαργύρου μπορεί να προκαλέσει αλλοίωση της αίσθησης της γεύσης. Μια σημαντική μερίδα ασθενών έχουν έλλειψη θειαμίνης και η αύξηση του μεταβολισμού των υδατανθράκων που συμβαίνει με την επανασίτιση μπορεί να εξαντλήσει τα μη επαρκή αποθέματα θειαμίνης. (Garfinkel και Walsh 1997).

Τα αρχικά στάδια της επανασίτισης είναι μια περίοδος υψηλού κινδύνου για καρδιαγγειακές ανωμαλίες, βιοχημικές ανωμαλίες και ανωμαλίες της ισορροπίας των υγρών και οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται στενά. Η ομάδα ασθενών υψηλού κινδύνου περιλαμβάνει εκείνους των οποίων το βάρος είναι πολύ χαμηλό, εκείνους με προηγούμενες βιοχημικές ανωμαλίες ή χρήση καθαρτικών και εκείνους με συνοδευτικά ιατρικά προβλήματα όπως διαβήτης, λοίμωξη και ανεπάρκεια ζωτικού οργάνου. Οι διαταραχές ηλεκτρολυτών συμβαίνουν συνήθως κατά τις πρώτες 1-2 εβδομάδες της επανασίτισης. Υπάρχει ένα ρίσκο υποφωσφαταιμίας και οξείας έλλειψης θειαμίνης όταν αρχίζει ξανά η πρόσληψη τροφών. Καθυστερημένες γαστρικές κενώσεις είναι το αποτέλεσμα του γρήγορου αισθήματος κορεσμού και της εντύπωσης κοιλιακής πληρότητας ή φουσκώματος. Η χρήση μικρών και συχνών γευμάτων μπορεί να βοηθήσει σε αυτό, καθώς και η μετοκλοπραμίδη μπορεί να χρησιμοποιηθεί συνήθως σε μειωμένη δόση των 5mg τρεις φορές την ημέρα. (Garfinkel και Walsh 1997).

ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ

Η εντερική σίτιση έχει περιορισμένο ρόλο στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας, παρ' όλα αυτά υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις στις οποίες μπορεί να χρειαστεί. Εάν κριθεί αναγκαία, συνήθως προτιμάται η ρινογαστρική οδός. Αυτή ενισχύει την άποψη ότι η εντερική σίτιση πρόκειται για μέτρο μικρής χρονικής διάρκειας, και υπάρχει μικρότερο ιατρικό ρίσκο από άλλες μεθόδους. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις η γαστροστομία ή η νηστιδοστομία μπορεί να εξετασθούν σαν επιλογές αλλά αυτές οι διαδικασίες είναι πιο επεμβατικές και η στομία πρέπει να γίνει με μεγάλη προσοχή ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος λοίμωξης.

Η σίτιση από ρινονηστιδικό σωλήνα είναι λιγότερο επεμβατική εναλλακτική λύση που μπορεί να ξεπεράσει προβλήματα όπως η καθυστερημένη γαστρική κένωση και η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Εντούτοις, η εισαγωγή ρινονηστιδικού σωλήνα είναι πιο περίπλοκη απ' ότι του ρινογαστρικού και θα πρέπει να εκτελείται από γαστρεντερολόγο. Η χρήση της εντερικής σίτισης απαιτεί έμπειρο κλινικό προσωπικό με ικανότητα στη χρήση της. (Stroud et al, 2003)

Όταν χρησιμοποιείται η εντερική σίτιση πρέπει να υπάρχει και διαιτολογική συμβουλή, και συνιστάται οι μονάδες να έχουν γραπτό πρωτόκολλο σε ισχύ για το θέμα αυτό. Η απόφαση για την εγκατάσταση εντερικής σίτισης είναι δύσκολη και περίπλοκη και πρέπει πάντοτε να εξετάζεται προσεκτικά. Οι ασθενείς βρίσκουν τα τεχνητά μέσα σίτισης προτιμότερα μιας και φεύγει από τους ίδιους η αίσθηση ευθύνης για σίτιση. Σε κρίσιμα άρρωστους ασθενείς, η εντερική σίτιση μπορεί να προσδώσει μεγαλύτερο βαθμό ελέγχου πάνω στη διατροφική πρόσληψη του ασθενούς. Αν και η εντερική σίτιση μπορεί να βοηθά στην επανάκτηση βάρους βραχυπρόθεσμα, δεν προαπαιτεί από τον ασθενή να έχει ενεργό ρόλο στη διαδικασία της ανάρρωσης και έτσι έχει περιορισμένο ρόλο μακροπρόθεσμα. (Stroud et al, 2003)

Οι ασθενείς που υπόκεινται σε εντερική σίτιση χρειάζονται προσεκτική ιατρική παρακολούθηση διότι υπάρχουν ενδεχόμενοι κίνδυνοι, και κυρίως όσον αφορά τις διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών. Για να ελαχιστοποιηθούν οι επιπλοκές, συνιστάται η εντερική σίτιση να ξεκινήσει με αργό ρυθμό. Οι διαταραχές ηλεκτρολυτών συνήθως εμφανίζονται κατά τις πρώτες 1-2 εβδομάδες εντερικής

σίτισης. Οι ηλεκτρολύτες ορού πρέπει να παρακολουθούνται το λιγότερο καθημερινά και οι ελλείψεις να διορθώνονται άμεσα. Οι εξετάσεις για ηπατικών ενζύμων και η γενική αίματος πρέπει να γίνονται εβδομαδιαία μέχρι να σταθεροποιηθεί ο ασθενής. Η συγκέντρωση γλυκόζης στο αίμα πρέπει να ελέγχεται αρχικά κάθε 4-6 ώρες. Η ισορροπία των υγρών πρέπει να καταγράφεται προσεκτικά.

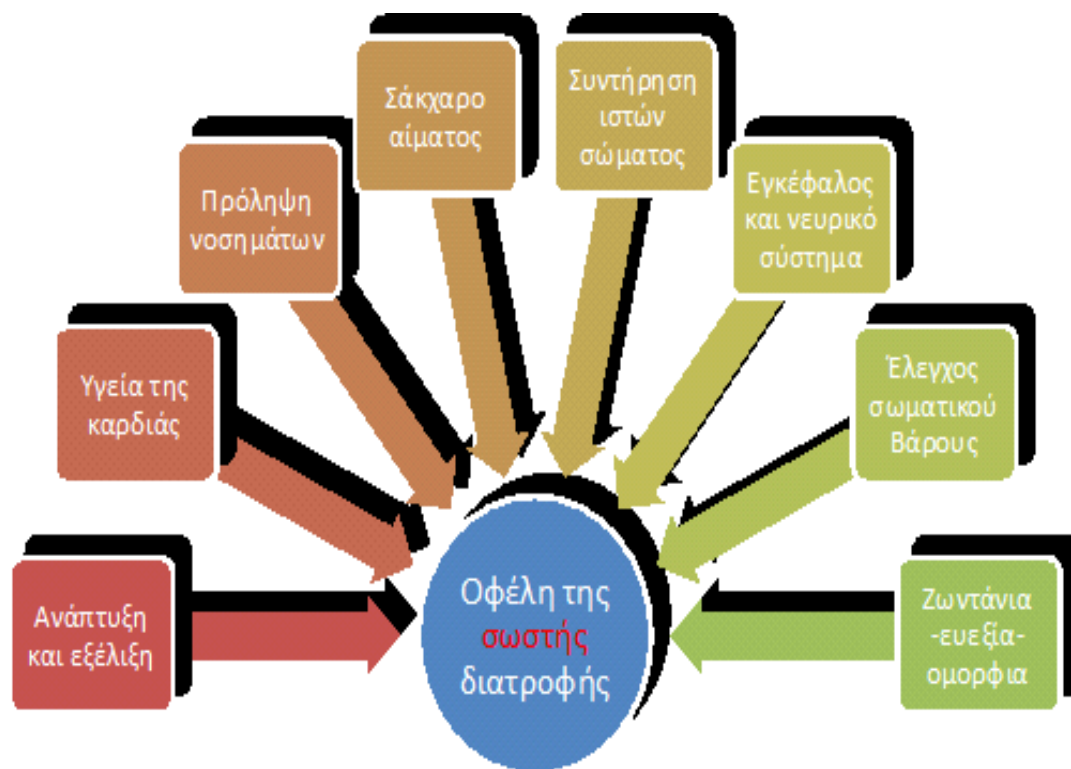
Στην αρχή της εντερικής σίτισης υπάρχει ο κίνδυνος της υποφωσφαταιμίας και της οξείας έλλειψης θειαμίνης. Τα κλασικά τυποποιημένα προϊόντα σίτισης δεν περιέχουν αρκετό φώσφορο για να καλύψουν τις ανάγκες των σοβαρά άσιτων ασθενών. Επομένως, συνιστάται πως σε αυτούς τους ασθενείς πρέπει να χορηγούνται συμπληρώματα πριν την έναρξη της σίτισης (Stroud et al, 2003). Κάποιο επιπλέον συμπλήρωμα μετάλλου μπορεί να χρειαστεί. Συνιστάται στους ασθενείς να τους χορηγούνται ενδοφλεβίως βιταμίνες Β και C πριν την έναρξη της εντερικής σίτισης.

Η εντερική σίτιση πρέπει να παρέχεται μέσω ενός λεπτού ρινογαστρικού σωλήνα (5-8 G). Οι ρινογαστρικοί και ρινονησιδικοί σωλήνες που χρησιμοποιούνται για μεγάλο διάστημα πρέπει να αλλάζονται ανά 4-6 εβδομάδες. Η θέση του σωλήνα πρέπει να ελέγχεται κάθε φορά που χρησιμοποιείται με αναφορά στο εξωτερικό μήκος και με επιβεβαίωση με μέτρηση του pH ή με ακτινογραφία. Πρέπει να χρησιμοποιείται μία ισοτονική τυποποιημένη τροφή 1 kcal/ml (4.2kJ/ml). Οι συμπυκνωμένες τροφές δεν είναι αναγκαίες, προσθέτουν υπερβολικό οσμωτικό φορτίο στο έντερο και υπερβολικό φορτίο διαλυμένης ουσίας στα νεφρά. Διάφορες θεραπευτικές αγωγές είναι δυνατές. Η εντερική σίτιση μπορεί να γίνεται για 20 ώρες συνεχόμενα μέσα σε ένα 24ωρο, με 4 ώρες ξεκούρασης κατά τη διάρκεια της νύχτας. Εναλλακτικά, η σίτιση μπορεί να σταματά κατά τα γεύματα ώστε να μπορεί ο ασθενής να συνεχίσει να τρώει. Περιστασιακή, συμπληρωματική σίτιση μπορεί να χρησιμοποιείται μόνο κατά τη διάρκεια της νύχτας. (Stroud et al, 2003)

Κατά την αρχική φάση της εντερικής σίτισης, οι ασθενείς θα αισθανθούν χειρότερα παρά καλύτερα. Θα ήταν χρήσιμο να δοθούν στον ασθενή εξηγήσεις και να τον καθησυχάσουν όσον αφορά την ταλαιπωρία (π.χ. φούσκωμα στομαχιού, κατακράτηση υγρών, γρήγορη αύξηση βάρους) που μπορεί να υποστεί. Πληροφορίες όσον αφορά τη διαιτητική αγωγή και πότε θα γίνουν αυξήσεις της, ώστε να υπάρξει κατανόηση πως η εντερική σίτιση θα μειωθεί όπως θα αυξάνεται το βάρος, μπορούν να δώσουν ένα κίνητρο στον ασθενή για να αυξήσει την

πρόσληψη τροφής από το στόμα. Με την εγκαθίδρυση της εντερικής σίτισης πρέπει να υπάρξει πλάνο για την επαναφορά της κατανάλωσης τροφών. Κατά την μετάβαση σε μία δίαιτα από του στόματος, είναι προτιμότερο να μειωθεί η εντερική σίτιση σταδιακά για να αποφευχθούν απότομες μειώσεις βάρους και να δοθεί η δυνατότητα στον ασθενή να ανταποκριθεί στις αυξήσεις κατανάλωσης τροφής. (Stroud et al, 2003)

8.6 Διαιτολογία – Ημερήσιες διατροφικές ανάγκες.



Η εφηβεία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στάδια ανάπτυξης του ανθρώπου, κατά την οποία παρατηρούνται ραγδαίες ψυχολογικές και σωματικές αλλαγές που οδηγούν το άτομο στην κορύφωση της οργανικής ανάπτυξης, αλλά και στην τελική διαμόρφωση της προσωπικότητάς του.

Οι αυξημένες ενεργειακές ανάγκες σε αυτήν την ηλικία είναι αδιαμφισβήτητα γεγονός, καθώς ο έφηβος χρειάζεται ενέργεια για την αύξηση του μυϊκού ιστού, την ανάπτυξη του σκελετού και του νευρικού συστήματος, καθώς και για την ανάπτυξη

του γεννητικού συστήματος. Είναι λοιπόν απαραίτητο, οι έφηβοι να προσλαμβάνουν την κατάλληλη ποσότητα ενέργεια καθημερινά αλλά και να εκπαιδευτούν σε σχέση με την ποιότητα των τροφών που θα πρέπει να καταναλώνουν.

8.7 Διατροφική φροντίδα των ασθενών με νευρική ανορεξία.

Η πρόσληψη ενέργειας κατά την επανασίτιση πρέπει να πετύχει ένα συμβιβασμό μεταξύ της ανάγκης για επανάκτηση φυσιολογικής διατροφής όσο το δυνατόν γρηγορότερα και της μειωμένης φυσικής αντοχής της βρώσης. Στη χρόνια ασιτία οι ενεργειακές ανάγκες καταστέλλονται, καθώς εξαντλείται η κυτταρική μάζα του σώματος και υπάρχει συντηρητική μεταβολική απάντηση στην πείνα. Είναι επομένως δυνατό να προωθηθεί η αύξηση βάρους με σχετικά μικρή ποσότητα ενέργειας στην αρχή και να την αυξήσουμε σταδιακά. Αυτό επιτρέπει χρονικά στον ασθενή να υιοθετήσει την αύξηση πρόσληψης (Strober et al, 1997).

Η ποσότητα του φαγητού καλό είναι να είναι περιορισμένη στην αρχή και να αυξάνεται αργά. Η αρχική πρόσληψη όμως πρέπει να παρέχει αρκετά ώστε να μην υπάρξει περαιτέρω μείωση βάρους. Για τους περισσότερους ασθενείς που ζυγίζουν λιγότερο από 45 kg, με απουσία υπερβολικής άσκησης, 1400 kcal (5900kJ) την ημέρα θα το πετύχουν. Αυτό είναι ένα λογικό επίπεδο για νοσοκομειακή επανασίτιση για όλους εκτός από τους σοβαρά άρρωστους. Αυτό το επίπεδο καλό είναι να διατηρηθεί μέχρι να πιστοποιηθεί η λειτουργία του εντέρου (π.χ. υπάρχουν εντερικοί ήχοι) και εάν υπάρχει υπερφόρτωση νερού αρχίζει να υποχωρεί. Το τελευταίο διαφαίνεται με τη σταθεροποίηση του βάρους που φυσιολογικά συμβαίνει μέσα σε 7-10 ημέρες. Έπειτα η πρόσληψη τροφής μπορεί να αυξηθεί ανάλογα με το βαθμό παρακολούθησης και υποστήριξης. Η αύξηση της τάξης του 0.5 – 1.0 kg ανά εβδομάδα θεωρείται η καλύτερη. Υπάρχει μία προκαταρκτική έρευνα που δείχνει πως με αύξηση 0.5 kg έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη αύξηση βάρους συνολικά μέχρι την ημέρα του εξιτηρίου παρά η χρήση μεγαλύτερης αύξησης βάρους (Strober et al, 1997).

Η αύξηση βάρους του 1 kg την εβδομάδα χρειάζεται θερμιδική πρόσληψη 1000 kcal (4200 kJ) την ημέρα πάνω από τις ανάγκες διατήρησης. Θερμιδική πρόσληψη περίπου 2200-2500 kcal (9200-10500 kJ) την ημέρα θα βοηθήσει στην αύξηση βάρους περίπου 0.5 – 1.0 kg την εβδομάδα στους περισσότερους ασθενείς. Ο

ρυθμός αύξησης βάρους θα μειωθεί, λόγω της αύξησης του μεταβολικού ρυθμού και της φυσικής δραστηριότητας. Μπορεί να είναι σωστό να αυξηθεί η ενεργειακή πρόσληψη για να τον καλύψει ή να αφήσουμε με τον αργότερο ρυθμό αύξησης βάρους να διευκολυνθεί η παύση στο συμφωνημένο σημείο συντήρησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ως αυριανοί επαγγελματίες υγείας, οφείλουμε να είμαστε σε θέση όχι απλώς να αναγνωρίζουμε τέτοια περιστατικά, αλλά κυρίως να μπορούμε να τα κατανοήσουμε. Αν τα κατανοήσουμε, και δείξουμε ενσυναίσθηση, η θεραπευτική ανταπόκριση θα είναι καλύτερη και από εμάς αλλά και από την διεπιστημονική ομάδα.

Είναι αδύνατον να εξαλοΐσουμε την όποια ασθένεια. Οφείλουμε όμως, να παραμείνουμε δίπλα στους πάσχοντες και να τους προσφέρουμε το σύνολο γνώσεων που έχουμε αποκτήσει.

Το σχέδιο αντιμετώπισης πρέπει πάντοτε να παρουσιάζεται καθαρά στον ασθενή και όπου δυνατό, η συνεργασία να εκμαιεύεται. Οι εξηγήσεις όσον αφορά το σχέδιο θεραπείας είναι αναγκαίο να παρουσιαστούν με τρόπο ανάλογο της ηλικίας του ασθενή και του βαθμού κατανόησής του. Όσον αφορά, την διατροφική αντιμετώπιση, οι νέοι άνθρωποι είναι πιθανό μην γνωρίζουν τις διατροφικές τους ανάγκες και το εύρος της φυσιολογικής ανάπτυξης. Η συμμετοχή των γονέων (ή κηδεμόνων) είναι ζωτικής σημασίας για τη διατροφική αντιμετώπιση των παιδιών και των εφήβων, και γιατί έχουν γονεϊκά δικαιώματα αλλά και επειδή παίζουν ρόλο στον καθορισμό φαγητού στο σπίτι.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition), Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994
- Andersen AE, Bowers W, Evans K. (1997) *Inpatient Treatment of Anorexia Nervosa*. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. *Handbook of treatment for eating disorders*, 2. New York, London: The Guilford Press, pp: 327-353
- Andersen AE (2002) *Eating Disorders in Males*. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press: 188-192
- Beck, A. & Freeman, A. *Cognitive (1990) Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford.
- Beck, D., Casper, R. & Andersen, A., (1996) *Truly late onset of eating disorders: a study of 11 cases averaging 60 years of age at presentation*. *International Journal of Eating Disorders*, pp.20:389–395.
- Beumont PJV. (2002) *Clinical Presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press
- Birmingham, C., Su, J. & Hlynsky, J., (2007) *The mortality rate from anorexia nervosa*. *International Journal of Eating Disorders*, pp.38:143–146.
- Brownele Kelly D., Fairburn Christopher G., (1995) *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, Guilford Press.
- Bruch H., (1982) *Anorexia nervosa: therapy and theory*. *Am. J. Psychiatry*, 139:1531-1538.
- Bruch, H., (1973) *Eating disorders: Obesity, anorexia and the persona within*, New York: Basic Books.

- Bryant-Waugh R, Lask B. (2002) *Childhood-Onset Eating Disorders*. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press
- Bulik CM. (2002) *Anxiety, Depression, and Eating Disorders*. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press
- Bulik, C. et al., (2003) *The relation between eating disorders and components of perfectionism*. *American Journal of Psychiatry*, pp.160:366–368.
- Bulik, C. et al., (2006) *Prevalence, heritability and prospective risk factors for anorexia nervosa*. *Archives of General Psychiatry*, pp.63:305–312
- Bulik, C., (2005) *Exploring the gene-environment nexus in eating disorders*. *Journal of Psychiatry and Neurosciences*, pp.30:335–339.
- Cnattingius, S. et al., (1999) *Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls*. *Archives of General Psychiatry*, pp.56:634–638.
- Cobb KL, Bachrach LK, Greendale G, Marcus R, Neer RM, Nieves J, Fransowers M, Brown BW, Gopalakrishnan G, Luetters C, Tanner HK, Ward B, Kelsey JL. (2003) *Disordered eating, menstrual irregularity, and bone mineral density in female runners*. *Med-SciSports-Exerc.* 35(5): 711-9
- Dare C., Crowther C. (1995) *Psychodynamic models of Eating Disorders*. In: Szmukler G, Dare C, Treasure J (Eds) *Handbook of Eating Disorders* pp. 125-139, Wiley
- Davison, G. & Neale, J., (1993) *Abnormal Psychology*, USA: John Wiley & Sons.
- Eby, L. & Brown, N., (2010) *Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Elkin, G., (1999) *Introduction to Clinical Psychiatry*, USA: Appleton & Lange.

- Fairburn CG. (1997) *Eating disorders*. In: Clark DM, Fairburn CG, editors. Science and practice of cognitive behavior therapy. Oxford University Press; Oxford
- Fairburn, C., Cooper, Z. & Doll, H., (1999) *Risk factors for anorexia nervosa*. Archives of General Psychiatry, pp.56:468–476.
- Fichter, M. & Quadflieg, N., (1999) *Six-year course and outcome of anorexia nervosa*. International Journal of Eating Disorders
- Garfinkel P, Garner D (1982) *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York, Brunner, Mazel
- Garfinkel PE. (2002) *Classification and Diagnosis of Eating Disorders*. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2. New York, London : The Guilford Press
- Garner D., (1993) *Pathogenesis of Anorexia Nervosa*. Lancet, 341, 1631-1635
- Gary A. (2001) *Pathophysiology of Eating Disorders*. In: Robbert – McComb JJ, editor. Eating disorders in women and children. New York, London: CRS Press, 2001: 49-58
- Gelder, M.G., Lopez-Ibor, .J. & Andreasen, N., (2008) *Σύγχρονη Ψυχιατρική*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης ΕΠΕ
- Godart, N. et al., (2002) *Families of patients with anorexia or bulimia*. Review of the literature and therapeutic implications, Paris.
- Golden NH.a (2003) *Eating disorders in adolescence and their sequelae*. BEST PRACT RES CLIN OBSTET GY. 17(1): 57-73
- Golden NH.b *Osteopenia and osteoporosis in anorexia nervosa*. Adolesc-Med. 2003; 14(1): 97-108
- Gorwood, P., Kipman, A. & Foulon, C., (2003) *The human genetics of anorexia nervosa*. European Journal of Pharmacology, pp.480:163–170.

- Gowers, S., Crisp, A. & Joughin, N., (1991) *Premenarcheal anorexia nervosa*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, pp.32:515–520.
- Grunwald M, Busse JC. (2003) *Online consulting service for eating disorders - analysis and perspectives*. *COMPUT HUM BEHAV*.
- Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J., (1991) *Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa*. *Arch Gen Psychiatry* 48:712-718
- Halmi KA (2002) *Physiology of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press
- Halmi, K. et al., (2000) *Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior*. *American Journal of Psychiatry*, pp.157:1799–1805.
- Hay PJ, Claudino AM. (2010) *Evidence-based treatment for the eating disorders*. In: Agras WS, editor. *The Oxford Handbook of Eating Disorders*. New York: Oxford University Press
- Hoek, H. & Hoeken, D., (2003) *Review of the prevalence and incidence of eating disorders*. *International Journal of Eating Disorders*, pp.34:383–396.
- Hoek, H., (2006) *Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders*. *Current Opinion in Psychiatry*, pp.19:389–394.
- Hsu L.K.G., (1990) *Eating Disorders*, Guilford Press
- Huon, G.F., Migyi, Q., and Xiao, G., (2002) *A large-scale survey of eating disorder symptomatology among female adolescents in the People's Republic of China*. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 192-205.
- Kaplan Harold I. - Sadock Benjamin J.- Grebb Jack A., (2000)“*KAPLAN AND SADOCK'S*” *Ψυχιατρική*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Kaplan, H., Sadock, B. & Grebb, J., (2000) *Ψυχιατρική*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

- Katzman M., (1997) *Getting the difference Right: It's Power Not Gender that Matters*. Eur. J. of Eating Disorders, Vol 5 No2, 71-74
- Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J., (2000) *Psychiatry - Behavioural Science and Clinical Essentials*, USA: W.B. Saunders Company.
- Kaye WH (1995) *Neurotransmitters and anorexia nervosa*. In: Brownell KD, Fairburn CG (Eds) *Eating Disorders and Obesity*, Guilford Press, New York p.p. 255-260
- Kaye WH. (2002) *Central Nervous System Neurotransmitter Activity in 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: 272-277
- Kerem NC, Katzman DK. (2003) *Brain structure and function in adolescents with anorexia nervosa*. *Adolesc-Med*. 14(1): 109-18
- Keski-Rahkonen, A. et al., (2007) *Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community*. *American Journal of Psychiatry*, pp.164:1259–1265.
- Kiefer I., Rathmanner T., and Kunze M., (2005) *Eating and dieting differences in men and women*. *The Journal of Men's Health & Gender*, Volume 2, Issue 2, pages 194-201
- Klein DA, Walsh BT. (2003) *Eating disorders*. *INT REV PSYCHIATR*.
- Klump, K. & Gobrogge, K., (2005) *A review and primer of molecular genetic studies of anorexia nervosa*. *International Journal of Eating Disorders*, pp.37:43–48.
- Kuboki, T. et al., (1996) *Epidemiological data on anorexia nervosa in Japan*. *Psychiatry Research*, pp.62:11–16.
- Laporte, L., Marccoux, V. & Guttman, H., (2001) *Characteristics of families of women with restrictive anorexia nervosa compared with families of normal probands*, *Encephale*.

- Lasègue C., (1873) *De l'anorexie hystérique*. Archives Générales de Médecine, 1, 384- 403.
- Lask Bryan and Bryant-Waugh Rachel, (2000) *Anorexia Nervosa and Related eating Disorders in Childhood and Adolescence*.
- Levenkron S. (2000) *Anatomy of Anorexia* New York-London: W.W. Norton & Company
- Lilienfeld, L. et al., (2006) *Eating disorders and personality: a methodological and empirical review*. Clinical Psychology Review, pp.26:299–320.
- Lucas, A. et al., (1991) 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: a population based study. American Journal of Psychiatry, pp.148:917–922.
- Makino, M., Tsuboi, K. & Dennerstein, L., (2004) *Prevalence of eating disorders: a comparison of western and non-western countries*. Medscape General Medicine, pp.6:49–61.
- Minuchin, S., Rosman, B. & Baker, L., (1978) *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press.
- Mitan, L., (2004) *Menstrual dysfunction in anorexia nervosa*. Journal of Pediatric Gynecology and Adolescence, pp.17:81–85.
- Morris, J. (επιμ. Τσίτσας, Γ.), (2012) *ABC στις διατροφικές διαταραχές*. Αθήνα: Παρισιάνος.
- Morton, R. (1689) *Phthisiologica: Or a treatise of consumption*. London
- Mumford DB, Whitehouse AM, Platts M., (1991) *Sociocultural correlates of eating disorders among Asian schoolgirls in Bradford*. Br J Psychiatry 158:222-28.
- North, C., Gowers, S. & Byram, V., (1995) *Family functioning in adolescent anorexia nervosa*. British Journal of Psychiatry, pp.167:673–678.

- Pike, K. & Rodin, J., (1991) *Mothers daughters and disordered eating*. Journal of Abnormal Psychology, pp.101:198–204.
- Polivy, J. & Herman, C., (2002) *Causes of eating disorders*. Annu Rev Psychology, pp.53:187–213.
- Pomeroy C, Mitchell JE. (2002) *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: 278-285
- Ramacciotti CE, Coli E, Biadi O, Dell'Osso L. (2003) *Silent pericardial effusion in a sample of anorexic patients*. Eat-Weight-Disord; 8(1): 68-71
- Rastam M., (1992) *Anorexia Nervosa in 51 Swedish Adolescents: Premorbid problems and comorbidity*. J. of the Acad. Of child and adolescent Psychiatry, 31, 819-829
- Schmidt, U., (2003) *Aetiology of eating disorders in the 21st century. New answers to old questions*. European Child and Adolescent Psychiatry, pp.30–37
- Selvini M., (1963) *L' anorexie*. Edit Feltrimelli, Milan
- Silverman JA., (1997) *Anorexia Nervosa: Historical Perspective on Treatment*. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders, 2. New York, London: The Guilford Press, pp.3-10
- Simpson S, Knox J, Mitchell D, Ferguson J, Brebner J, Brebner E. (2003) *A multidisciplinary approach to the treatment of eating disorders via videoconferencing in north-east Scotland*. J TELEMED TELECARE.
- Stacher G. (2003) *Gut function in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Scand-JGastroenterol.
- Steiger, H. et al., (1996) *Familial eating concerns and psychopathological traits: causal implications of transgenerational effects*. International Journal of Eating Disorders, pp.19:147–157.

- Steiner, M., Steinberg, S. & Stewart, D., (1995) *Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria*, N Engl J Med.
- Steinhausen, H., (2002) *The outcome of anorexia nervosa in the 20th century*. American Journal of Psychiatry
- Stice, E., (2002) *Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta analytic review*. Psychological Bulletin, pp.128:825–848.
- Strober M, Lambert C, Morrell W, Burroughs J, Jacobs C., (1980) *A controlled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders*. Int J Eating Disorders 9:239-253.
- Strober, M., Freeman, R. & Morrell, W. (1997) The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10–15 years in a prospective study . International Journal of Eating Disorders, 22, 339–360.
- Stroud, M., Duncan, H. & Nightingale, J. (2003) Guidelines for enteral feeding in adults. Gut, 52 (suppl. 7), vii1–vii12.
- Strumia, R., (2005) *Dermatologic signs in patients with eating disorders*. American Journal of Clinical Dermatology, pp.6:165–173.
- Stunkard, A.J. (1993) *A history of binge eating*. In Fairburn & Wilson (Eds). Binge eating: nature, assessment and treatment. The Guildford Press.
- Sullivan, P., (1995) *Mortality in anorexia nervosa*. American Journal of Psychiatry, pp.152:1073–1074.
- Tokumura M, Yoshida S, Tanaka T, Nanri S, Watanabe H. (2003) *Prescribed exercise training improves exercise capacity of convalescent children and adolescents with anorexia nervosa*. Eur-J-Pediatr.; 162(6): 430-1
- Treasure J and Holland A., (1995) *Genetic factors in Eating Disorders*. In: Szukler G, Dare C, Treasure J (Eds) Handbook of Eating Disorders Theory, Treatment and Research, (pp 65-81) John Wiley

- Tsai, G., (2000) *Eating disorders in the Far East*. *Eating Weight Disorders*, pp.5:183– 197.
- Vandereycken W., (2002) *History 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, pp.151-154
- Wakeling, A. (1996) *Epidemiology of anorexia nervosa*. *Psychiatry Research*, 62, 3- 9.
- Walcott DD, Pratt HD, Patel DR., (2003) *Adolescents and eating disorders: Gender, racial, ethnic, sociocultural, and socioeconomic issues*. *J ADOLESCENT RES*. 18(3): 223-243
- Watson HJ, Bulik CM. (2013) *Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions*. *Psychol Med*.
- William, M. et al., (2010) *Σύγχρονη Παιδιατρική Διάγνωση και Θεραπεία*. Τόμος 1, Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- Wilson TG. (2002) *Eating Disorders and Addictive Disorders*. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press
- Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, Engel SG. (2007) *Testing the validity of eating disorder diagnoses*. *International Journal of Eating Disorders*.
- Woody R, Louis T, (2012) *Pica Syndrome*. *American Journal of Psychiatry*, 160, 510-514.
- Yager J., (1982) *Family issues in the pathogenesis of anorexia nervosa*. *Psychosomatic Medicine*, 44, 43-60.
- Zabinski MF, Celio AA, Jacobs MJ, Manwaring J, Wilfley DE. (2003) *Internet-based prevention of eating disorders*. *EUROPEAN EATING DISORDERS REV*.

- Zipfel, S. et al., (2000) *Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow up study*. Lancet
- Γιαννοπούλου, Α., (2005) *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, Αθήνα: ΤΑΒΙΘΑ.
- Γονιδάκης, Φ. & Βάρσου, Ε., (2008) *ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ Αυτοφουλακισμένες κοπέλες & το μονοπάτι προς την έξοδο*, Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Γονιδάκης, Φ., (2006) *Διαταραχές πρόσληψης τροφής*. In Σύγγραμμα Ψυχιατρικής. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις
- Ελληνικό Κέντρο Διατροφικών Διαταραχών. Πρόσβαση στις 25/7/2017: <http://www.hcfed.gr/?p=5344>
- Εμμανουηλίδου, Κ., (2011) *Ψυχολογία της διατροφής – Πώς οι διατροφικές συνήθειες αντανακλούν τον συναισθηματικό μας κόσμο*. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Παπαγεωργίου, Β., (2005) *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Τεγόπουλος-Φυτράκης, (1997) *ΜΕΙΖΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΛΕΞΙΚΟ*, Αθήνα: ΑΡΜΟΝΙΑ Α.Ε.
- Τρίκκας, Γ., (1997) *Διαφορική διάγνωση*. In Διαταραχές πρόσληψης τροφής. Αθήνα: Ιατρική Εταιρεία Αθηνών
- Χαρωνιτάκη Α., (2007) *Σημειώσεις Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία της διατροφής*. Σητεία.
- Χριστοδούλου, Γ. et al., (2004) *Ψυχιατρική*, Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.