ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ (ΤΕΙ) ΗΠΕΙΡΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ»

της

Φοιτήτριας
Αντωνιάδου Παρασκευής (Α.Μ. 14751)

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

Ιωάννινα, 2016

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ 4
ABSTRACT 5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ 6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^{ο} – ΟΡΙΣΜΟΣ 7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^{ο}- ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ 7
2.1.1 17^{ος} ΑΙΩΝΑΣ 7
2.1.2 18^{ος} ΑΙΩΝΑΣ 8
2.1.3 19ος ΑΙΩΝΑΣ 8
2.1.4 20ος ΑΙΩΝΑΣ 9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^{ο} - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ 11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^{ο} - ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ 13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο ΑΙΤΙΑ-ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ 19
5.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ 19
5.2 ΝΕΥΡΟ-ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ 19
5.3 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ 20
5.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ 21
5.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ 21
5.6 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ 22
5.7 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ 23
Κεφάλαιο 6^{ο}- ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ 24
6.1 ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM- IV 24
6.2 ΤΥΠΟΛΟΓΙΑ 25
6.3 ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟ ICD- 10 (DCR) 25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο ΘΕΡΑΠΕΙΑ 28
7.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ 28
7.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ 29
7.3 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ 29
7.4 ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ 29
7.5 ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ 30
7.6 ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ 32
7.7 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ 33
7.8 ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ 35

7.9 ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ 44
7.10 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ 45
7.10.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ..... 45
7.10.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 46
7.11 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ 49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο - ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ..... 50
81 ΑΡΧΙΚΗ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ 51
8.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ..... 53
8.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ 54
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ 56
ΣΚΟΠΟΣ..... 56
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ 56
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 57
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... 74
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... 77
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 78

(φωτ.: από το βιβλίο “Wintergirls”)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η νευρική ανορεξία φαίνεται να αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα σε ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού, η συχνότητα της οποίας αυξάνεται οδηγώντας ετησίως πολλά άτομα στο θάνατο.

Σκοπός: Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να εξετάσει τη νευρική ανορεξία, να την αναλύσει και να συμβάλλει στην κατανόηση του προβλήματος αλλά και στην αντιμετώπιση αυτού.

Υλικό-Μέθοδος: Η εργασία πραγματοποιήθηκε με βιβλιογραφική ανασκόπηση κατά την οποία έγινε αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, για ερευνητικά άρθρα που δημοσιεύτηκαν στην Αγγλική και Ελληνική γλώσσα. Οι βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι PubMed, Google Scholar και MEDLINE ενώ η αναζήτηση έγινε με τις εξής λέξεις-κλειδιά: «ανορεξία» «νευρική ανορεξία», «νευρογενής ανορεξία» «anorexia nervosa».

Αποτελέσματα: Η αναζήτηση κατέληξε σε πολλές μελέτες οι οποίες βοήθησαν στη σύνθεση της εργασίας αλλά και στη διεξαγωγή των συμπερασμάτων.

Συμπεράσματα: Η σημασία της άμεσης επέμβασης γίνεται φανερή καθ' όλη τη διάρκεια της παρούσας εργασίας καθώς με τον τρόπο αυτό είναι δυνατόν να δοθεί η κατάλληλη θεραπεία που θα απομακρύνει τον κίνδυνο και θα επαναφέρει την υγεία των πασχόντων, βελτιώνοντας με αυτό τον τρόπο και την ποιότητα ζωής τους.

Λέξεις κλειδιά: ανορεξία, νευρική ανορεξία, νευρογενής ανορεξία, anorexia nervosa

ABSTRACT

Introduction: Anorexia seems to be an important problem in much of the population, the incidence of which is increasing every year and is leading many people to death.

Purpose: The purpose of this study was to examine the anorexia nervosa, to analyze and contribute to the understanding of the problem and to address it.

Material and Methods: This research is a literature review. During the review there where searched in electronic databases all the research articles that where published in English and Greek language during the last 10 years. The databases used were PubMed, Google Scholar and MEDLINE. The searching was done by using the following keywords: «anorexia», «ανορεξία» «νευρική ανορεξία», «νευρογενής ανορεξία», «anorexia nervosa».

Results: The search resulted in several studies that labor the composition and also assisted in the conduct of the conclusions.

Conclusions: The importance of emergency is evidenced throughout this paper because in this way there will be given proper treatment which will reduce the risk and will restore the patients' health, improving in this way their quality of life.

Key Words: ανορεξία, νευρική ανορεξία, νευρογενής ανορεξία, anorexia nervosa

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Δεν υπάρχουν, ίσως, καταστάσεις όπου η διαπλοκή ψυχολογικών, βιολογικών, ψυχοκοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων είναι τόσο εμφανής όσο οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής. Αυτό ισχύει, κυρίως, για τη βασική νοσολογική οντότητα που εντάσσεται σ' αυτή τη κατηγορία δηλαδή την ψυχογενή ανορεξία έχει όμως εφαρμογή και στις καταστάσεις που βρίσκονται στις παρυφές της διαγνωστικής κατηγορίας των διαταραχών πρόσληψης τροφής, όπως είναι οι ψυχογενείς εμετοί και η υπερφαγία-παχυσαρκία.

Η ψυχογενή ανορεξία είναι ένα ψυχιατρικό νόσημα που τον τελευταίο καιρό το συναντάμε όλο και συχνότερα σε νεαρά άτομα. Ο λόγος που με έκανε να επιλέξω αυτό το θέμα στη πτυχιακή μου εργασία ήταν να δω, από ψυχολογική πλευρά, τα βαθύτερα αίτια που μπορούν να οδηγήσουν τους εφήβους στην νευρική ανορεξία.

Τώρα όσο αφορά τον κλάδο της αισθητικής κοσμητολογίας καλό θα ήταν να ξέρουμε να ψυχολογούμε τους μελλοντικούς μας ασθενείς και να εντοπίζουμε τα πραγματικά τους προβλήματα, έτσι ώστε αν υπάρχει πρόβλημα που αφορά την αισθητική τους να επεμβαίνουμε και να τους δίνουμε συμβουλές για την αντιμετώπισή της, διαφορετικά αν εντοπίσουμε κάτι που δεν είναι στην ειδικότητά μας να τους συμβουλεύουμε να επισκέπτονται κάποιον ειδικό.

Για να είμαστε σωστοί και ηθικοί σε όλα αυτά που μας έχουν διδάξει οι καθηγητές μας στην αισθητική κοσμητολογία σαν σωστοί μελλοντικοί επαγγελματίες.

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η βαθύτερη μελέτη του συγκεκριμένου θέματος έτσι ώστε να αναδειχθεί ο ρόλος των νοσηλευτικών διεργασιών. Επίσης είναι η διερεύνηση των διατροφικών διαταραχών (ψυχογενής ανορεξία), οι παράγοντες που τις ευνοούν, τα αίτια και η αιτιοπαθογένεια, η πρόληψη, η αντιμετώπιση-θεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^{ο} – ΟΡΙΣΜΟΣ

Πρόκειται για βαριά και δυνητικά θανατηφόρα διαταραχή. Ο πάσχων έχει έντονα διαταραγμένη εικόνα του σώματος του / της και επιβάλλει στο εαυτό του / της αυστηρούς διαιτητικούς περιορισμούς, οι οποίοι συνήθως οδηγούν σε βαρύ υποσιτισμό. Η θνητότητα κυμαίνεται από 6-10% (Crago et al., 1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^{ο}- ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η νευρογενής ανορεξία, αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά ως διαταραχή το 1873 από τον Άγγλο γιατρό William Gull, ο οποίος τη χαρακτήρισε ως ειδική νόσο, και τον Γάλλο ψυχίατρο Charles Laseque, ο οποίος την περιέγραψε από κοινωνική και ψυχολογική σκοπιά. Και οι δύο γιατροί είχαν παρατηρήσει πως η νόσος αυτή παρουσιαζόταν συχνότερα σε άτομα τα οποία προέρχονταν από τις πιο εύπορες κοινωνικές τάξεις. Το γεγονός αυτό οδήγησε τον Laseque στην διατύπωση της υπόθεσης πως η ελλιπής οικογενειακή συναισθηματική στήριξη (γεγονός το οποίο πίστευε πώς είναι πιο σύνηθες στις εύπορες οικογένειες) σχετίζεται με την εκδήλωση της διαταραχής αυτής. Επικράτησε επίσης η άποψη πώς οι συγκρούσεις των γονέων με τα παιδιά τους είναι πιθανόν να οδηγούν μερικές φορές κάποια κορίτσια που βρίσκονται στην εφηβεία στην άρνηση της τροφής, ως μια μορφή έκφρασης του συναισθήματος της απόρριψης το οποίο βιώνουν. Γι αυτό, στις αρχές του περασμένου αιώνα, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας προτεινόταν η απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια του σε συνδυασμό με την επιβολή της υποχρεωτικής σίτισης του παιδιού με οποιονδήποτε τρόπο (Σαραντόγλου, 2001).

2.1.1 17^{ος} ΑΙΩΝΑΣ

Το 1689, ένα βιβλίο ιατρικής δημοσιεύτηκε στο Λονδίνο με τίτλο «Phathisiologia, seu Exercitasiones de Phathisi». Ο συγγραφέας του ήταν ο Richard Morton, απόφοιτος του College of Physicians. Το έργο μεταφράστηκε στα αγγλικά 5 χρόνια αργότερα με τίτλο "A Treatise of Consumptitions", ο Μόρτον υπογράμμισε τις

πολλές ασθένειες που προκαλούν την απώλεια του σωματικού βάρους. Όλα τα δεδομένα ήταν βασισμένα στην δική του κλινική παρατήρηση. Ο Μόρτον σήμερα είναι γνωστός ως ο συγγραφέας της πρώτης γαστρικής ραφής που αφορά την νευρική ανορεξία μία κατάσταση στην οποία αναφέρεται ως «νευρική κατανάλωση» που το προκαλούσε λυπημένη διάθεση και αγχωτικές ανησυχίες. Περιέγραψε δύο ασθενείς, μία δεκαοχτάχρονη κοπέλα η οποία ανέπτυξε αμηνόρροια από ένα «πλήθος ανησυχιών και παθών του μυαλού της». Ο δεύτερος ασθενείς ήταν ένα δεκαεξάχρονο αγόρι το οποίο «έπεσε σταδιακά σε μία ολοκληρωτική θέληση της όρεξης», πράγμα το οποίο προξένησε το γεγονός ότι μελετούσε πολύ σκληρά (Σαραντόγλου, 2001).

2.1.2 18ος ΑΙΩΝΑΣ

Εβδομήντα πέντε χρόνια έπρεπε να περάσουν πριν ένα άλλο σημαντικό αίτιο της λιμοκτονίας εμφανιστεί. 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 in 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.” Ο ασθενής που ήταν ένα δεκατετράχρονο αγόρι χαμηλών τόνων, αρκετά σκεπτόμενο που έχανε την όρεξή του και είχε κακή πέψη. «Καμία συνταγματική ασθένεια δεν είχε ανακαλυφθεί» (Σαραντόγλου, 2001).

2.1.3 19ος ΑΙΩΝΑΣ

Σχεδόν εκατό έτη θα παρέρχονταν προτού εμφανισθεί ένας άλλος αληθινά σημαντικός απολογισμός των διατροφικών διαταραχών στην τότε υπάρχουσα βιβλιογραφία. Όταν το 1860, απέτυχε να λάβει την προσοχή που άξιζε, παρά την σημασία της. Το θέμα ξεχάσθηκε γρήγορα και δεν εμφανίστηκε πάλι για περισσότερο από έναν αιώνα. Αυτό το έγγραφο, ίσως η δημιουργική έκθεση του 19ου αιώνα, γράφτηκε από τον Dr. Louis-Victor Marce από το Παρίσι. Ο Marce έγραψε τα εξής: «…μεταξύ των πολυάριθμων και ποικίλων μορφών δυσπεψίας υπάρχουν μερικές που πρέπει να προσελκύσουν την προσοχή των ψυχίατρων εξαιτίας της ιδιαίτερης διανοητικής κατάστασης η οποία καθορίζεται με αυτό τον τρόπο. Βλέπουμε παραδείγματα 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 την διάρκεια της αποχής τους, βίωναν αποστροφή για τα τρόφιμα. Αυτό που προκαλεί μεγάλη εντύπωση είναι η απουσία της όρεξης από την ανησυχία που προκαλείται από την πέψη, αυτοί οι ασθενείς φθάνουν σε μία ξέφρενη πεποίθηση ότι δεν μπορούν ή οφείλουν να μην φάνε. Με μία λέξη γαστρική αναταραχή γίνεται νευροεγκεφαλική αναταραχή». Τον Απρίλιο του 1873, ο Charles Laseque του Παρισιού δημοσίευσε ένα χειρόγραφο που τιτλοφορήθηκε "De Vanorexie Hysterique", στο οποίο περιέγραψε οχτώ ασθενείς ηλικίας μεταξύ δεκαοχτώ έως τριάντα δύο ετών. Στην έκθεση που υπογράμμισε την συναισθηματική αιτιολογία της υστερίας. Ο Laseque μεταβίβασε μία αίσθηση του πνεύματος και των συναισθημάτων αυτών των ασθενών, τις αποχρώσεις των διαταραγμένων σχέσεών τους, και τις οξύνοιες της ενδοψυχικής διαταραχής τους. Θεώρησε την ασθένεια μια «υστερία η οποία συνδέθηκε με την υποχρονδίαση>> (Σαραντόγλου, 2001).

2.1.4 20ος ΑΙΩΝΑΣ

Κατά την διάρκεια του 20ου αιώνα βασικές ανακαλύψεις που έλαβαν χώρα στην συνέχεια οδήγησαν σε επανάσταση σε ότι αφορά την κατανόησή μας σχετικά με την νευρική ανορεξία. Η επανάσταση ήρθε από την πένα της Dr. Hilede Brunch, από το Πανεπιστήμιο του Baylor, Texas η οποία θεωρήθηκε στην εποχή της ως η πρωτοπόρος των ερευνητών στον τομέα της νευρικής ανορεξίας. Πρόκειται για μία ακούραστη επιστήμονα και παραγωγικότατη συγγραφέα, η οποία βούτηξε μέσα στην ψυχή των ανορεκτικών ασθενών με μία προσπάθεια να βρει κοινά σημεία στην συναισθηματικές του παθολογίες. Ανακάλυψε ότι η 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 αυτής λες και είναι κάτι το φυσιολογικό και το σωστό, αλλά και στο ότι αποτελεί την μοναδική ασφαλή λύση στην οποία μπορούνε να καταφύγουμε για να καταπολεμήσουμε το λίπος αλλά και το πάχος. Η πραγματική ανορεξία εντοπίζεται από την εμφάνισή 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».

«…διαταραχή στην ακρίβεια της 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 σύνηθες σχόλιο του ασθενούς «δε χρειάζεται να φάω» μάλλον εκφράζει τι αισθάνεται και τι βιώνει τις περισσότερες φορές.

«…μια αίσθηση αναποτελεσματικότητας που παραλύει και η οποία διαπερνά κάθε σκέψη και κάθε δραστηριότητα. Βιώνουν μόνο όταν δρουν σε απάντηση τν απαιτήσεων που απορρέουν από άλλους ανθρώπους σε διάφορες καταστάσεις, και όχι επειδή κάνουν τα πράγματα που οι ίδιοι θέλουν».

Έτσι, μόνο κατά τον 20ο αιώνα αποκτήσαμε κάποια ιδέα για την πραγματική ψυχοπαθολογία των ασθενών αυτών. Κατά τα προηγούμενα 300 χρόνια, αυτή η ασθένεια η οποία έχει γίνει ελάχιστα κατανοητή είχε περιγραφεί με διάφορους τρόπους ως «νευρική κατανάλωση» (Morton), «νευρική ατροφία» (Whytt), «υποχονδριακό ντελίριο» (Marce), «μορφή υστερίας που συνδέεται με την υποχονδρίαση» (Lasegue), «διατροφή του εγώ» (Gull) (Σαραντόγλου, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^{ο} - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με το Ελληνικό Κέντρο Διατροφικών Διαταραχών, στην Ελλάδα παραπάνω από ένα εκατομμύριο έφηβοι και νεαροί ενήλικες πάσχουν από κάποια μορφή διατροφικής διαταραχής, γεγονός που σημαίνει ότι περίπου δύο εκατομμύρια οικογένειες βρίσκονται αντιμέτωπες με το πρόβλημα αυτό.

Η σοβαρότερη μορφή των διατροφικών διαταραχών είναι η νευρογενής ανορεξία, η οποία έχει το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας. Με βάση επιδημιολογικές μελέτες, στην Ελλάδα νοσεί το 6% του πληθυσμού(1% από νευρογενής ανορεξία και 5% από νευρογενής βουλιμία), ενώ 7% του πληθυσμού παρουσιάζει συμπτώματα και των δύο παθήσεων, ανεβάζοντας το συνολικό ποσοστό των πασχόντων σε 13%.

Η νευρογενής ανορεξία ξεκινάει, συνήθως, στην εφηβεία με μια δίαιτα που βγαίνει εκτός ελέγχου (Καραγιώργου, 2010).

Η δια βίου επίπτωση της νευρογενούς ανορεξίας έχει υπολογιστεί ότι 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 από νευρογενή ανορεξία (Keski-Rahkonen et al., 2007),(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), όπου κάθε χρόνο μπορεί να εμφανίζονται έως και 270 νέες περιπτώσεις νευρογενούς ανορεξίας ανά 100.000 κορίτσια, (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 χρησιμοποιήσει διαιτητικά χάπια. Οι αυτοπροσκαλούμενοι 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 της νευρογενούς ανορεξίας (William et al., 2010).

Υπολογίζεται ότι το 40% των περιπτώσεων νευρογενούς ανορεξιας 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 (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 (Hoek et al., 1995), (Crago et al., 1996).

Αν και στις μη δυτικές κοινωνίες όπως είναι η Αφρική και η Ασία, η νευρογενής ανορεξία είναι λιγότερο συχνή, τα τελευταία χρόνια η συχνότητα της αυξάνεται και τείνει να προσεγγίσει αυτή των δυτικών κοινωνιών. Αυτό το εύρημα έχει αποδοθεί τόσο στην αστικοποίηση και βιομηχανοποίηση των ανωτέρων κοινωνιών όσο και στην αυξανόμενη επιρροή των δυτικών πολιτισμικών προτύπων. Οπότε η άποψη ότι η νευρογενής ανορεξία είναι ασθένεια του δυτικού πολιτισμού φαίνεται ότι δεν είναι απόλυτα ακριβής (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).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^{ο} - ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Οι περισσότερο συχνές κλινικές εκδηλώσεις της νευρογενούς ανορεξίας είναι οι ακόλουθες:

1. Διατροφή

Η διατροφή των ανορεκτικών ασθενών είναι περιοριστική σε ποσότητα, αλλά και σε ποικιλία. Συνήθως οι ανορεκτικοί ασθενείς επιλέγουν τροφές με γνώμονα τη χαμηλή θερμιδική τους αξία, όπως είναι τα προϊόντα 'light', και αποφεύγουν τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος και υδατάνθρακες. Οι επιλογές των τροφών δεν είναι πάντα σταθερές κατά την πορεία της διαταραχής, διότι επηρεάζεται από τα προσωπικά κριτήρια ή τις απόψεις του ασθενούς. Η αέναη προσπάθεια του ανορεκτικού ασθενούς να μειώσει το βάρος και να έχει τον έλεγχο της διατροφής του οδηγεί συχνά σε μεταβολές των διαιτολογικών του προτιμήσεων.

Ο έλεγχος της διατροφής είναι ζωτικής σημασίας. Οι ασθενείς επιδιώκουν πολλές φορές να παρασκευάζουν μόνοι τους το φαγητό, για να ελέγχουν την θερμική αξία όλων των συστατικών που χρησιμοποιούν για το μαγείρεμα, όπως είναι το λάδι, το κρέας. Η ημερήσια κατανάλωση θερμίδων μπορεί να φτάσει μέχρι και 100-200 kcal/ημέρα λόγω του περιορισμού του λίπους. Η παρασκευή και κατανάλωση γίνεται συχνά με ψυχαναγκαστικό τρόπο. Ο ανορεκτικός ασθενής ζυγίζει κ υπολογίζει επιμελώς τις θερμίδες που έχει η τροφή που θα καταναλώσει, χρησιμοποιεί δικά του σκεύη μαγειρικής, πιάτο και μαχαιροπήρουνα, και γενικά ακολουθεί μια συγκεκριμένη και σταθερή τελετουργία φαγητού. Μεγάλο μέρος των ανορεκτικών ασθενών εμφανίζει έντονο ενδιαφέρον για τη μαγειρική, διαθέτοντας μια πλούσια συλλογή από συνταγές μαγειρικής και μαγειρεύοντας συχνά για φίλους ή για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς τους. Το οξύμωρο είναι ότι συχνά δεν δοκιμάζουν τα φαγητά τους ούτε καν κατά τη φάση του μαγειρέματος τους.

Η οικογενειακή ζωή των εφήβων και νεαρών ασθενών, πολλές φορές περιστρέφεται αποκλειστικά γύρω από την προσπάθεια των γονιών να σιτίσουν το παιδί τους, ενώ εκείνο προβάλλει σθεναρή αντίσταση. Έτσι, τα οικογενειακά γεύματα μετατρέπονται σε πεδίο μάχης, καθώς ο ανορεκτικός ασθενής υπό το άγρυπνο βλέμμα των οικείων του τρώει υπερβολικά αργά, κρατάει πολύ ώρα το φαγητό στο στόμα του, επιλέγει μικρότερου μεγέθους πιάτο για να φαίνεται ότι το φαγητό που του σερβίρεται είναι

περισσότερο, προσπαθεί να κρύψει το φαγητό η να το ταΐσει κρυφά στο κατοικίδιό του. Γενικά η ώρα του φαγητού συνοδεύεται από έντονες συγκρούσεις και αντιπαραθέσεις.

Τέλος, ορισμένοι ασθενείς για να μπορούν να έχουν έστω τη γευστική απόλαυση κάποιων «απαγορευμένων» τροφών χωρίς όμως να επιβαρύνονται θερμιδικά από την κατανάλωση του φαγητού, συνηθίζουν να μασάνε το φαγητό και μετά να το φτύνουν (Γονιδάκης&Βάρσου, 2008).

2. Η σχέση με το σώμα

Μια από τις κεντρικότερες εκδηλώσεις της νευρογενούς ανορεξίας είναι η διαταραχή της σχέσης του ατόμου με το σώμα του. Ο ασθενής συνήθως παραπονιέται ότι το σώμα του είναι παχύ και δύσμορφο. Συνεχίζει δε να δυσφορεί για το σχήμα του σώματος του ακόμα και όταν το βάρος του είναι πολύ χαμηλότερο των κατώτερων φυσιολογικών ορίων. Η δυσαρέσκεια εστιάζεται κυρίως σε ορισμένες περιοχές του σώματος όπως η κοιλιά, οι μηροί, οι γλουτοί και το στήθος. Οι περιοχές αυτές εκλαμβάνονται ως διογκωμένες και δύσμορφες, με αποτέλεσμα ο ασθενής να βιώνει έντονο άγχος. Για να μειώσει αυτό το άγχος, ο ασθενής φροντίζει πριν βγει από το σπίτι του να καλύψει το σώμα του με φαρδιά ρούχα για να μη διαγράφεται η σιλουέτα του και για να μην εκτίθεται στα επικριτικά βλέμματα των άλλων, όπως πιστεύει ο ίδιος (Davis, 1997).

Το σώμα, πέρα από τη δυσφορία που προκαλεί στον ανορεκτικό ασθενή, γίνεται ταυτόχρονα και το κεντρικό θέμα της συνεχούς σύγκρουσης τόσο με τους άλλους όσο και με τον εαυτό του. Προοδευτικά το αδύνατο σώμα γίνεται ο κυρίαρχος στόχος της ύπαρξης του. Ο ασθενής αυτοαξιολογείται σχεδόν αποκλειστικά από το αν κατορθώσει να οδηγήσει το σώμα του στο βάρος και σχήμα που επιθυμεί. Η τελειοθηρία όμως που διακρίνει την προσπάθειά του δεν επιτρέπει την παραμικρή απόκλιση από την «ιδανική» σωματική εικόνα. Το αποτέλεσμα είναι να μη μπορεί ποτέ να απαλλαγεί από τη δυσφορία που του προκαλούν οι σωματικές του «ατέλειες» (Davis, 1997).

Επιπλέον, ο υποσιτισμός που αυξάνει τη βουλιμική επιθυμία, προσθέτει τη σταθερή αγωνία μιας επερχόμενης απώλειας του ελέγχου, που θα οδηγήσει στην καταστροφή, δηλαδή να πάρει βάρος που θα «συσσωρευτεί» ακριβώς στα επίμαχα σημεία του σώματος του (Davis, 1997).

3. Σωματική άσκηση

Η εμμονή με την υπερβολική άσκηση και δραστηριότητα είναι μια συμπεριφορά ιδιαίτερα συχνή σε ανορεκτικούς ασθενείς. Υπολογίζεται ότι ποσοστό έως και 80% των ανορεκτικών ασθενών στην οξεία φάση της διαταραχής ασκούνται εντατικά. Μάλιστα, είναι ενδιαφέρον ότι στα 45% περίπου των ανορεκτικών ασθενών ανέφεραν ότι ασκούνταν περισσότερο από τους συνομήλικους τους και πριν από την εμφάνιση της νευρογενούς ανορεξίας (Davis, 1997).

Οι περισσότεροι ασθενείς χρησιμοποιούν την άσκηση ως μέσο μείωσης της κατανάλωσης θερμίδων. Με αυτόν τον τρόπο πιστεύουν ότι θα χάσουν βάρος πιο εύκολα και πιο γρήγορα. Επίσης, η σωματική άσκηση τους βοηθάει μετά από κάποιο γεύμα να καθησυχαστούν τόσο από τις ενοχές που υπέκυψαν στην πείνα και έφαγαν, όσο και από τον φόβο ότι θα αυξηθεί το βάρος τους.

Για να μη γίνεται αντιληπτή η υπερβολική χρονική διάρκεια και ένταση της άσκησης από τα οικεία μέλη της οικογένειας, ορισμένοι ασθενείς προτιμούν να γυμνάζονται μόνοι τους, κυρίως σε κάποιο ιδιωτικό χώρο, όπως είναι το υπνοδωμάτιό τους. Οι ασκήσεις που προτιμούν συνήθως είναι κάμψεις και τρέξιμο επί τόπου. Άλλοι προτιμούν να ασκούνται σε γυμναστήριο ή να προπονούνται για κάποιο άθλημα. Το πρόβλημα που συχνά αντιμετωπίζει η δεύτερη ομάδα είναι η άρνηση των γυμναστών να τη συμπεριλάβουν σε κάποια ομάδα εκγύμνασης, λόγω του ιδιαίτερα χαμηλού σωματικού βάρους γεγονός που μπορεί να προκαλέσει έντονα συναισθήματα θυμού και απόρριψης (Davis, 1997).

Τέλος, το ψυχαναγκαστικό στοιχείο είναι παρόν και στον τρόπο σωματικής άσκησης των ανορεκτικών ασθενών. Καθημερινά μένουν απόλυτα προσκολλημένοι στη τήρηση του προγράμματος άσκησης τους και στη συμπλήρωση συγκεκριμένου χρόνου άσκησης. Από την επίτευξη του στόχου τους , δηλαδή αν ασκηθούν αρκετά μέσα στη μέρα, εξαρτάται αν θα επιτρέψουν στον εαυτό τους να σιτιστεί ή να βγει έξω να διασκεδάσει (Davis, 1997).

4. Ο έλεγχος του βάρους και του σχήματος του σώματος

Οι ανορεκτικοί ασθενείς διακατέχονται από μια συνεχής αγωνία για το αν έχουν πάρει βάρος ή αν έχουν διογκωθεί συγκεκριμένα μέρη του σώματος τους λόγω συσσώρευσης λίπους, με αποτέλεσμα να οδηγούνται επανειλημμένα στον έλεγχο του

σωματικού τους βάρος(ζύγισμα) ή των αναλογιών του σώματος τους σε καθημερινή βάση. Το δεύτερο γίνεται συνήθως μπροστά στον καθρέπτη, με τη χρήση μεζούρας, ή τις παλάμες των χεριών. Συνηθέστερα μέρη που ελέγχονται είναι η κοιλιά και η διάμετρος των μηρών. Ο έλεγχος συνήθως προκαλεί προσωρινά ανακούφιση, γι' αυτό και ενισχύεται ως συμπεριφορά. Ορισμένοι ασθενείς αναφέρουν ότι κάποια στιγμή στην πορεία της ανορεξίας, μη αντέχοντας τη διαρκή αγωνία για το αποτέλεσμα της επόμενης ζύγισης του σωματικού τους βάρους, επέλεξαν ως λύση να περιορίσουν ακόμα περισσότερο την πρόσληψη τροφής και να αποφεύγουν να ζυγίζονται ή να μετράνε τις σωματικές τους αναλογίες (Fairburn et al. 2003), (Shafran et al. 2004).

5. Απρόκλητοι εμετοί

Στην νευρογενή ανορεξία η πρόκληση εμετού δεν συνοδεύει μόνο ένα υπερφαγικό επεισόδιο, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμα και την παραμικρή απόκλιση από το αυστηρά καθορισμένο διαιτολόγιο που ο ασθενής έχει επιβάλει στον εαυτό του. Η πρόκληση εμετού, αν και βραχυπρόθεσμα ανακουφίζει την αγωνία από την απώλεια του ελέγχου, μακροπρόθεσμα δεν μπορεί να τροποποιήσει την πεποίθηση του ασθενούς ότι δεν μπορεί να «συγκρατηθεί» και ότι κινδυνεύει διαρκώς να φάει παραπάνω από «αυτό που πρέπει». Σπανιότερα, ο ασθενής επιλέγει να προκαλεί εμετούς μετά από κάθε γεύμα για να μειώσει περισσότερο το βάρος της. Αυτό παρατηρείται όταν η διαρκής μείωση στην πρόσληψη της τροφής, δεν προκαλεί πια την αρχική γρήγορη απώλεια βάρους, λόγω της επιβράδυνσης του μεταβολικού ρυθμού (Beaumont, 2002).

Ο εμετός συνήθως προκαλείται αμέσως μετά το γεύμα με ερεθισμό της σταφυλής ή της οπισθοφαρυγγικής επιφάνειας με το δάκτυλο ή ένα κουτάλι ή κάποιο άλλο επίμηκες αντικείμενο. Για να υποβοηθήσουν την πρόκληση εμετού, πολλοί ασθενείς προσπαθούν να αυξήσουν τη διάταση του στομάχου πίνοντας μεγάλη ποσότητα νερού ή άλλων υγρών, π.χ. αναψυκτικά χωρίς θερμίδες. Σε χρόνιους ασθενείς εμετός μπορεί να προκληθεί ακόμα και με απλή πίεση της κοιλιακής χώρας (Steffen et al., 2007).

6. Υπερφαγικά επεισόδια

Ο παρατεταμένος υποσιτισμός , καθώς και η πείνα και η στέρηση που τον συνοδεύουν, μπορεί να οδηγήσει σε άρση του περιορισμού ελέγχου της τροφής και στην εμφάνιση υπερφαγικού επεισοδίου. Η παραπάνω πιθανότητα τρομάζει τους

περισσότερους ασθενείς, καθώς το υπερφαγικό επεισόδιο αποτελεί μία απόδειξη του κινδύνου που διατρέχουν να χάσουν τον έλεγχο ακόμα και εκεί που πίστευαν ότι τα κατάφερναν καλύτερα, δηλαδή στη στέρηση της πρόσληψης τροφής. Τα υπερφαγικά επεισόδια μπορούν να εμφανιστούν οποιαδήποτε στιγμή μέσα στην πορεία της νευρογενούς ανορεξίας.

Το είδος της τροφής που καταναλώνεται συνήθως στο ξέσπασμα των υπερφαγικών επεισοδίων είναι αυτά που ο ασθενής απαγορεύει στον εαυτό του λόγω υψηλής θερμιδικής αξίας, π.χ. αλμυρά και γλυκά σνακ. Η συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων ποικίλλει δύο ή τρεις φορές την ημέρα έως σποραδικά επεισόδια στη διάρκεια ενός μήνα (Γονιδάκης&Βάρσου, 2008).

7. Χρήση καθαρτικών

Μια από τις πιο διαδεδομένες πρακτικές μεταξύ των ανορεκτικών ασθενών για την καταπολέμηση της επίμονης δυσκοιλιότητας, που συνοδεύει τον υποσιτισμό, είναι η χρήση καθαρτικών. Το 26-50% των ασθενών που πάσχουν από διαταραχή πρόσληψης τροφής θα χρησιμοποιήσει καθαρτικά κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της διαταραχής.

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

Πολλές φορές η κατάχρηση καθαρτικών ενσωματώνεται μέσα στην καθημερινή ψυχαναγκαστική, ανορεκτική τελετουργία. Δηλαδή, γίνεται συγκεκριμένη ώρα, με συγκεκριμένη ποσότητα ουσίας ώστε να μην παρακωλύει το ημερήσιο πρόγραμμα του ασθενούς. Με την πρόκληση διαρροϊκών κενώσεων ο ασθενής αισθάνεται έντονη ανακούφιση και νιώθει ότι απαλλάχτηκε από το περιττό βάρος πού μόλυνε το σώμα του (Pryor et al., 1996).

Στην πραγματικότητα όμως, αυτό που κατορθώνει ο ανορεκτικός ασθενής με τη χρήση καθαρτικών είναι να επισπεύσει απλά την αποβολή των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού που θα αποβαλλόταν ούτως ή άλλως με τις κενώσεις, διότι τα καθαρτικά εστιάζουν μόνο στο τελικό τμήμα του εντέρου και όχι μέσα στο στομάχι

όπως πιστεύουν οι περισσότεροι. Δηλαδή τα καθαρτικά, είναι μη αποτελεσματική μέθοδος ελέγχου του σωματικού βάρους (Bryant-Waugh et al., 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο ΑΙΤΙΑ-ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Τα αίτια –η Αιτιοπαθογένεια της νευρικής ανορεξίας είναι πολυπαραγοντική και πολύπλοκη και πολλές πλευρές της παραμένουν αδιευκρίνιστες ακόμη και σήμερα. Τα αίτια είναι διαφορετικά για κάθε άτομο. Η εξέταση κάθε ατόμου θα πρέπει να αποβλέπει στην ανάδειξη των διαφόρων παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση και στην εξέλιξη της ανορεξίας.

Η εξεύρεση επομένως των αιτιολογικών παραγόντων θα πρέπει να κατευθύνει την θεραπευτική παρέμβαση και όχι το αντίστροφο (T. Lemperiere, A. Feline, 1995).

5.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας έπειτα από μελέτες οικογενειών με ανορεκτικά μέλη και μελέτες διδύμων έδειξαν ότι περίπου 50% έχουν προδιάθεση στην ασθένεια που μπορεί να αποδοθεί σε γενετικούς παράγοντες. Οι οικογένειες των ασθενών αυτών εμφανίζουν 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν και άλλο μέλος που πάσχει από διαταραχή πρόσληψης τροφής, καθώς και τριπλάσια πιθανότητα να πάσχει συγγενής 1ου ή 2ου βαθμού.

Οι μελέτες έχουν γίνει στη μοριακή γενετική, έχουν εστιάσει κυρίως στα χρωμοσώματα 1 και 10 (T. Lemperiere, A. Feline, 1995).

5.2 ΝΕΥΡΟ-ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο υποσιτισμός προκαλεί μεταβολές στο επίπεδο των νευρομεταβιβαστών, οι οποίες με την σειρά τους μπορεί να ευθύνονται για μερικές από τις εκδηλώσεις της νευρικής ανορεξίας.

Τα περισσότερα νευροβιολογικά ευρήματα εστιάζονται στις διαταραχές της λειτουργίας κεντρικών νευροδιαβιβαστών, όπως του σεροτονινεργικού συστήματος το οποίο συμμετέχει στην ρύθμιση των συμπεριφορών που σχετίζεται με την πρόσληψη τροφής.

Μελέτες έδειξαν την υπερλειτουργία 5-υδροξυϊνδολοξεικού οξέως, κυρίου μεταβολίτη της σεροτονίνης, αρκετά αργότερα από την αποκατάσταση του

σωματικού βάρους καθώς και η παράταση ότι η αναγκαστική συμπεριφορά και τελειοθηρία επιμένουν και αυτά μετά την αποκατάσταση του βάρους , οδήγησε στη διατύπωση της υπόθεσης σύμφωνα με την οποία στην νευρική ανορεξία υπάρχει μια ιδιαίτερη διαταραχή της σεροτονινεργικής δραστηριότητας υπό μορφή χαρακτηριστικού που συνδυάζεται με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ανορεκτικών. Όπως περιορισμό της τροφής, δυσκαμψία, αναστολή, άγχος ή ιδεοληψία.

Στην νευρική ανορεξία περιοριστικού τύπου έχει βρεθεί επίσης χαμηλή συγκέντρωση στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό ομοβανιλλικού οξέος, που είναι ο βασικός μεταβολιστής της ντοπαμίνης. Η λειτουργία του ντοπαμινεργικού συστήματος έχει συσχετιστεί με την φυσική δραστηριότητα το σύστημα αμοιβής, αλλά και με την κατάχρηση ουσιών (T. Lemperiere, A. Feline, 1995).

5.3 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι ενδοκρινολογικές διαταραχές εστιάζονται κυρίως στη λειτουργία του υποθαλάμου, που ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του σώματος, όπως είναι η όρεξη, το βάρος, η θερμοκρασία και γενικότερα την ομοιόσταση.

Στην νευρική ανορεξία υπάρχει μια δυσλειτουργία του υποθαλάμου που αποδεικνύεται από διάφορες παρατηρήσεις και ευρήματα. Όπως η αύξηση του παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης (CRF) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των ασθενών.

Η υπερέκκριση της κορτιζόλης που παρατηρείται στον υποσιτισμό έχει διαπιστωθεί και στην κατάθλιψη. Επίσης στον υποσιτισμό παρατηρείται και η αμηνόρροια και τα χαμηλά ή προεφηβικά επίπεδα υποφυσιακών ορμονών(LH, FSH, GRH). Ωστόσο οι ανωμαλίες αυτές είναι δευτεροπαθείς στην απώλεια βάρους και στην διαταραχή της συμπεριφοράς πρόσληψης τροφής. Αποκαθίστανται με την αποκατάσταση του σωματικού βάρους στο φυσιολογικό.

Υπάρχει διαταραχή θυροειδικών ορμονών, όπως τα επίπεδα της T3 είναι μειωμένα της T4 στα κατώτερα επίπεδα του φυσιολογικού ή ελαφρά μειωμένα, της ανενεργούς T3 στην οποία μετατρέπεται η T4 (T. Lemperiere, A. Feline, 1995).

5.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η ανορεξία είναι μια σχεδόν αποκλειστικά ψυχοπαθολογική έκφραση της καταναλωτικής αφθονίας. Η εμφάνιση τέτοιων περιστατικών έγινε σε αναπτυγμένες κοινωνίες μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο στην δεκαετία του 1970, που αφενός υπήρχε αφθονία τροφής και αφετέρου το πρότυπο της γυναικείας επιτυχίας, που επικεντρωνόταν στην σωματική εμφάνιση.

Τα μηνύματα που στέλνουν τα Μ.Μ.Ε. για τα πλεονεκτήματα του «να είσαι αδύνατος» είναι συνώνυμο όχι μόνο με την ομορφιά αλλά και με την επαγγελματική επιτυχία. Άλλωστε για τη σημερινή κοινωνία για να είσαι μοντέρνα και επιτυχημένη πρέπει να είσαι αδύνατη.

Η ομορφιά και η ειδωλοποίηση όμως του αδύνατου σώματος από απλή αισθητική πρόταση διαστρέφεται σε ηθικό αξιόλογο κέλευσμα (παχυσαρκία, άγνοια και νωθρότητα, λεπτότητα, αυτοέλεγχος, ενεργητικότητα, επιτυχία) και καταλήγει σε ρατσιστικού αποκλεισμού των ήπιων υπέρβαρων γυναικών κατά κύριο λόγω, αλλά και ανδρών.

Τέλος μια νέα έρευνα έδειξε ότι έγχρωμες γυναίκες της Αμερικής δεν θεωρούν πως ένα αδύνατο σώμα είναι απαραίτητο για να είναι επιτυχημένες και ελκυστικές, αλλά αντίθετα η ελκυστικότητα τους εξαρτάται από τη συνολική στάση και προσωπικότητα της γυναίκας. Σύμφωνα με τους Αμερικανούς ψυχολόγους, φαίνεται πως η κουλτούρα των νέγρων της Αμερικής ‘θωρακίζει» τις γυναίκες τους από τα δυτικά πρότυπα ομορφιάς και κατά επέκταση και από τις διαταραχές της διατροφής (T. Lemperiere, A. Feline, 1995).

5.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η νευρική ανορεξία μπορεί να γίνει κατανοητή ως αντίδραση αποφυγής της φυσιολογικής ανάπτυξης και ανεξαρτητοποίησης κοινωνικής και σεξουαλικής του εφήβου ή του ατόμου που πάσχει ή ως αποφυγή της ελεύθερης έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων, όπως κατάθλιψη, άγχος, οργή, θυμός, ανασφάλεια, που οι ασθενείς φοβούνται ότι θα πάρουν καταστροφικές διαστάσεις αν εκφραστούν ελεύθερα.

Αυτά τα πολύ επώδυνα συναισθήματα, δεν μπορούν να τα χειριστούν λόγω της χαμηλής αυτοεκτίμησης που έχουν. Έτσι πολλές φορές αντικαθιστούν τις

φυσιολογικές αναζητήσεις με την ενασχόληση τους με το φαγητό και το σωματικό τους βάρος και γι ΄ αυτό το λόγο συνειδητοποιούν ότι είναι δύσκολο να ελέγξουν τις καταστάσεις γύρω από τη ζωή τους.

Οι ανορεκτικοί ασθενείς εμφανίζουν ελλείψεις στην αίσθηση αυτονομίας και αυτό-προσδιορισμού του ΕΓΩ τους. Συχνά αισθάνονται ότι το σώμα τους κατά κάποιον τρόπο στον έλεγχο των γονιών τους.

Ο αυτό-επιβαλλόμενος υποσιτισμός μπορεί να θεωρηθεί ως προσπάθεια απόκτησης αξίας και αυτοεκτίμησης. Μόνο μέσα από πράξεις υπερβολικής αυτοπειθαρχίας μπορεί ένας ανορεκτικός άρρωστος να αναπτύξει την αίσθηση της αυτονομίας και αυτοεκτίμησης (T. Lemperiere, A. Feline, 1995).

5.6 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η οικογενειακή κατάσταση έχει μελετηθεί πολύ προσεκτικά και εντατικά, με στόχο να καθοριστεί η επίδραση της στην εμφάνιση της ανορεξίας. Σύμφωνα πάντοτε με επιστημονικά δεδομένα διακρίνονται 4 τύποι οικογενειών με ανορεκτικό μέλος. Ο «άκαμπτος» πεισματάρης που αντιδρά σε κάθε αλλαγή με αποτέλεσμα πολλές φορές να υπάρχουν συγκρούσεις ασθενών με γονείς, ο «υπέρ-προστατευτικός», «ο υπέρ-εμπλεκόμενος» όπου τα όρια μεταξύ των μελών δεν διακρίνονται εύκολα και τέλος ο «αποφευκτικός» όπου κάθε σύγκρουση ή δυσκολία αποφεύγεται.

Τα δυσλειτουργικά φαινόμενα της οικογένειας, όπου ο καθένας προσπαθεί να επιβάλλει στον άλλον τον προσωπικό ορισμό της σχέσης, ενώ αντίθετα ο καθένας απορρίπτει τον ορισμό της σχέσης του άλλου.

Αυτές οι δυσλειτουργίες προέρχονται από την σύγκρουση των γονιών, ή κάποιο πρόβλημα που δεν εκφράζεται για να εκτονωθεί. Το παιδί διαισθανόμενο την ένταση «θυσιάζεται» εκδηλώνοντας την διαταραχή αυτή για να γίνει το επίκεντρο του οικογενειακού ενδιαφέροντος.

Πολλές φορές η επιθυμία των γονιών για ένα τέλειο παιδί με μεγάλες φιλοδοξίες προς αυτό, υποτιμούν τις προσωπικές του επιθυμίες και υπερεκτιμούν τις ανάγκες των άλλων.

Από ψυχοδυναμική σκοπιά υπάρχει πολλές φορές η συγκρουσιακή σχέση της μητέρας προς την κόρη και ιδιαίτερα στην προσπάθεια της κόρης να αντισταθεί, μέσα

από τον έλεγχο του σώματος, στην παρέμβαση και τον έλεγχο που ασκεί η μητέρα της. Πολλές φορές δεν θεωρεί την κόρη της ως ανεξάρτητο πρόσωπο αλλά ως μέρος του εαυτού της.

Σύμφωνα με ψυχαναλυτικούς κλινικούς οι ανορεκτικοί δεν έχουν καταφέρει να χωριστούν ψυχολογικά από τις μητέρες τους και έχουν ένα μακροχρόνιο δεσμό υπερβάλλουσας εξάρτησης από αυτές. Οι οποίες δεν επιτρέπουν στις κόρες να αποδεχθούν μέσα από την εφηβεία το νέο τους σώμα και δεν βοηθούν να αποκτήσουν μια ενήλικη ταυτότητα. Κατά αυτό τον τρόπο οι κοπέλες νοιώθουν δυσκολία και αμηχανία να δεχτούν το νέο τους σώμα, έτσι καταφεύγουν σε ένα αρνητικό τρόπο διατροφής «αρνούμενο να μεγαλώσουν» (T. Lemperiere, A. Feline, 1995).

5.7 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Η προσωπικότητα της νευρικής ανορεξίας σύμφωνα με κλινικές παρατηρήσεις από επιστήμονες περιγράφουν τρεις τύπους προσωπικότητας που είναι:

► Ψυχαναγκαστική προσωπικότητα, χωρίς σοβαρή αποδιοργάνωση της λοιπής προσωπικότητας και συμπεριφοράς.

► Νευρωτική προσωπικότητα με αποφευκτικά και κοινωνιοφοβικά χαρακτηριστικά.

► Πολύ σοβαρά διαταραγμένη προσωπικότητα με επίπτωση και χαρακτηριστικά την παρορμητικότητα, την δυσφορία και την μικρή αντοχή στην ματαίωση.

Συνήθως η σκέψη των ατόμων με νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση προς την αντίληψη της εικόνας του σώματος ή επειδή υποφέρουν από μια έντονη δυσαρέσκεια από την εικόνα του σώματός τους.

Ως προσωπικότητα οι ανορεκτικοί είναι τελειομανής, θέτουν υψηλούς στόχους για τον εαυτό τους και πολλές φορές είναι ανταγωνιστικοί με διάφορες εμμονές. Συχνά οι οικογένειες τους περιμένουν πολλά από αυτούς.

Επειδή θέλουν να πάρουν τον έλεγχο της ζωής τους στα χέρια τους και δεν μπορούν, θέλουν να έχουν το βάρος τους υπό αυστηρό έλεγχο. Αποφεύγουν τις κοινωνικές εκδηλώσεις, όπου αναγκάζονται να φάνε και προβάλλουν την δικαιολογία ότι είναι «παραφαγωμένοι» αν και «πεθαίνουν από την πείνα».

Πολλοί ερευνητές αναφέρουν ότι τα άτομα αυτά εξωτερικά εμφανίζουν το προσωπείο της ανεξαρτησίας και αυτοπεποίθησης, εσωτερικά παρουσιάζουν συναισθηματικές αστάθειες και ανασφάλειες.

Είναι άτομα δειλά, ντροπαλά με μικρή αντοχή στην αποτυχία και την απόρριψη. Συχνά επικρατούν στην προσωπικότητα τους στοιχεία ψυχαναγκαστικά που τα κάνουν να φαίνονται επίμονα και τελειοθηρικά. Συνήθως είναι νευρικοί και εχθρικοί και υποφέρουν από διαταραχές στον ύπνο (T. Lemperiere, A. Feline, 1995).

Κεφάλαιο 6^{ο}- ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (ΑΨΕ) DSM- IV και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας ICD- 10 (DCR) είναι τα ακόλουθα.

6.1 ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM- IV

1) Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο επίπεδο ή πάνω από

2) το επίπεδο, του ελάχιστου φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που έχει σαν αποτέλεσμα την διατήρηση του βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή η αποτυχία να έχει την αναμενόμενη αύξηση βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης που έχει σαν αποτέλεσμα βάρος σωματικό λιγότερο από το 85% του αναμενόμενου).

3) Έντονος φόβος του ατόμου μήπως αποκτήσει βάρος ή γίνει παχύς, ακόμα και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.

4) Διαταραχή στον τρόπο που το άτομο βιώνει το βάρος ή το σχήμα του σώματος του, αδικαιολόγητη επίδραση του σωματικού βάρους ή σχήματος στην εκτίμηση του εαυτού ή στην άρνηση της σοβαρότητας του τωρινού χαμηλού σωματικού βάρους.

5) Σε γυναίκες μετά την εμμηναρχή, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών κύκλων (μια γυναίκα

θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια αν και η περίοδο της εμφανίζεται μόνο μετά την χορήγηση ορμονών, π.χ. οιστρογόνων) (Κ. Γκοτζαμάνης, 2004).

6.2 ΤΥΠΟΛΟΓΙΑ

Περιοριστικός τύπος: Κατά την διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου νευρικής ανορεξίας το άτομο δεν έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (αυτοπροκαλούμενος εμετός ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

Επεισόδια υπερφαγίας/ καθαρτικός τύπος: κατά την διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου νευρικής ανορεξίας, το άτομο έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή καταφεύγει τακτικά σε συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή αυτοπροκαλούμενος εμετός ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών) (Κ. Γκοτζαμάνης, 2004).

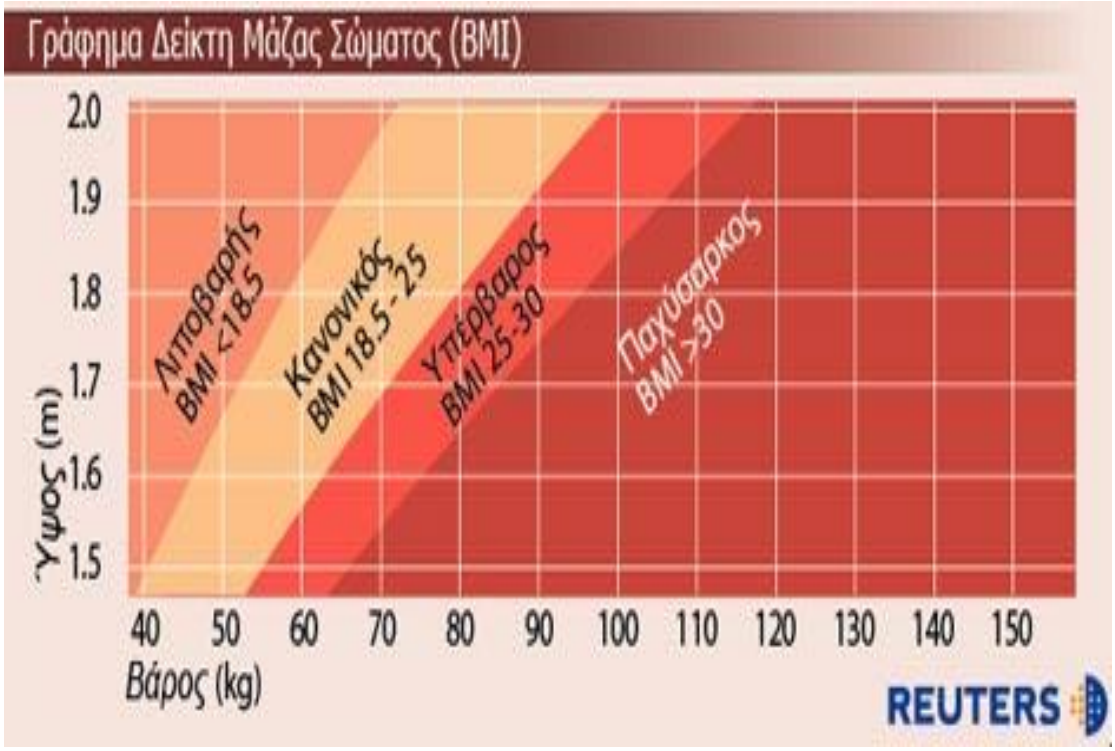
6.3 ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟ ICD- 10 (DCR)

Νευρική ανορεξία F50.0

1. 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 Quetellet* είναι 17,50 ή λιγότερος. Σε ασθενείς προεφηβικής ηλικίας, μπορεί να παρατηρείται αδυναμία να επιτευχθεί η προσδοκώμενη για την ηλικία αύξηση του σωματικού βάρους.
2. Η απώλεια βάρους προκαλείται με την αποφυγή «παχυντικών τροφών». Είναι δυνατόν επίσης να υπάρχουν ένα ή περισσότερα από τα επόμενα: αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, αυτοπροκαλούμενες κενώσεις με καθαρτικές ουσίες, υπερβολική σωματική άσκηση, χρήση φαρμάκων κατασταλτικών της όρεξης ή διουρητικών.
3. Υπάρχει μια αντίληψη ότι το άτομο είναι πολύ παχύ, μια εισβολή φόβου για πάχος, η οποία οδηγεί στην τοποθέτηση κατώτατων ορίων βάρους σώματος.
4. Υπάρχει εκτεταμένη ενδοκρινολογική διαταραχή του υποθαλάμου υποφυσιογοναδικού άξονα εκδηλωμένη στις γυναίκες ως αμηνόρροια (προφανή εξαίρεση αποτελεί η επίμονη κολπική αιμορραγία σε ανορεκτικές γυναίκες, οι οποίες λαμβάνουν ορμονική θεραπεία υποκατάστασης συνηθέστατα υπό την μορφή του αντισυλληπτικού χαπιού) και στους άνδρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της ικανότητας. Επίσης είναι δυνατόν να υπάρχουν αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης και κορτιζόλης,

μεταβολές στον περιφερειακό μεταβολισμό των θυροειδικών ορμονών και ανωμαλίες στην έγκριση ινσουλίνης.

5. Αν η έναρξη της νευρικής ανορεξίας τοποθετείται στην προεφηβική ηλικία, η διαδοχή των διαφόρων γεγονότων της ήβης καθυστερεί ή αναστέλλει την ανάπτυξη του ατόμου (στα κορίτσια οι μαστοί δεν αναπτύσσονται και υπάρχει πρωτογενής αμηνόρροια, στα αγόρια τα γενετικά όργανα παραμένουν παιδικά). Με την ανάρρωση, η ήβη συχνά συμπληρώνεται φυσιολογικά, αλλά η εμμηναρχή καθυστερεί.
6. * ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) ορίζεται ως το πηλίκο σωματικού βάρους μετρημένο σε κιλά, διαιρούμενο δια του ύψους του σώματος μετρημένο σε μέτρα, πολλαπλασιάζεται επί τον εαυτό του. Χρησιμοποιείται μόνο μετά την ηλικία των 16 ετών.



* ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) ορίζεται ως το πηλίκο σωματικού βάρους μετρημένο σε κιλά, διαιρούμενο δια του ύψους του σώματος μετρημένο σε μέτρα, πολλαπλασιάζεται επί τον εαυτό του. Χρησιμοποιείται μόνο μετά την ηλικία των 16 ετών.

$$\text{Ο Δείκτης Μάζας Σώματος} = \frac{\text{Βάρος (σε κιλά)}}{\text{Ύψος}^2 \text{ (σε μέτρα)}}$$

.

Αν ο ΔΜΣ είναι:

- <από 18,50 το άτομο είναι αδύνατο
- αν είναι από 18,50 έως 25, το άτομο είναι φυσιολογικού βάρους.
- αν είναι από 25 έως 30, είναι υπέρβαρο.

- και αν είναι > από 30, το άτομο είναι παχύσαρκο (Κ. Στεφάνης, Κ. Σολδάτος, 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο ΘΕΡΑΠΕΙΑ

7.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Με δεδομένα τα σύνθετα ψυχολογικά προβλήματα που είναι επακόλουθα της νευρικής ανορεξίας, η εξέλιξη της διαρκεί χρόνια. Αφού η αυτόματη ύφεση δεν αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο και πολλές φορές ο ασθενής έχει τάσεις μονιμοποίησης.

Η θεραπευτική αγωγή συχνά αποφασίζεται αργότερα απ ΄ ότι πρέπει, επειδή ο ασθενής αρνείται πεισματικά να αποδεχθεί ότι είναι άρρωστος και η οικογένεια αργεί να αποδεχθεί την εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων. Η αγωγή είναι μακροχρόνια και δύσκολη και αφορά το σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο.

Οι σκοποί της εργασίας είναι οι εξής:

► Η αποκατάσταση του βάρους και η αναστροφή του αυτόεπιβαλλομένου υποσιτισμού, ο οποίος είναι υπεύθυνος για πολλά από τα συμπτώματα της ασθένειας. Η αποκατάσταση του βάρους δεν αποτελεί απλά και μόνο μέτρο που γλυτώνει την ζωή, αλλά μπορεί και να βελτιώσει τις νοσηρές καταστάσεις και αντιλήψεις του ασθενή.

► Η εγκατάσταση υγιεινών συνηθειών διατροφής, αποκαθιστώντας την διατροφική κατάσταση του ασθενή.

► Η αποφυγή σχέσεων με την οικογένεια- η αλλαγή στάση του ασθενή ως προς την επιδίωξη της ισχνότητας και της αυτό επιβεβαίωσης που αντλεί από αυτή και η αποκατάσταση των προβλημάτων ρύθμισης του συναισθήματος και της συμπεριφοράς ώστε να αναγνωρίζει, να την εκφράζει και να ικανοποιεί με υγιείς τρόπους επικοινωνίας.

► Η πρόληψη των υποτροπών, εφόσον το 50% των ασθενών υποτροπιάζουν μέσα σε ένα χρόνο μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

► Η θεραπεία των σωματικών επιπλοκών την συνοδεύει ψυχιατρικά συμπτώματα υπαρκτά (Kaplan et al., 2000).

7.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτή τη θεραπευτική διαδικασία είναι πολύ σημαντικός επειδή βοηθάει στη ρύθμιση του σωματικού βάρους και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου, αναπτύσσοντας μια βαθιά, οικεία σχέση εμπιστοσύνης και ειλικρίνειας μαζί του. Ουσιαστικά αποτελεί τον 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 ένα καλά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό που δουλεύει ως ομάδα αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο μιας επιτυχημένης θεραπείας, γι αυτό είναι απαραίτητη η ηθική υποστήριξη του ώστε να μπορέσει να αναπτύξει την αυτοπεποίθηση και τις δεξιότητες του (Kaplan et al., 2000).

Η αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας μπορεί να γίνει με της εξής μεθόδους:

7.3 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς με νευρογενή 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 αρρώστους 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 (Kaplan et al., 2000).

7.4 ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η δυναμική, εκφραστική, υποστηρικτική ψυχοθεραπεία έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με νευρογενή ανορεξία. Ωστόσο οι αντιστάσεις των αρρώστων μπορεί να καταστήσουν τη διαδικασία δύσκολη και επίμονη. Επειδή οι ασθενείς θεωρούν ότι τα συμπτώματα τους αποτελούν τον πυρήνα της ιδιαιτερότητας τους, οι θεραπευτές πρέπει να αποφύγουν την υπερβολική επένδυση σε προσπάθειες μεταβολής των συνθηκών διατροφής τους. Η διαδικασία της εναρκτήριας φάσης της ψυχοθεραπείας πρέπει να προβλέπει 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 προσπάθειες τους (Kaplan et al., 2000).

Πολλοί κλινικοί ιατροί προτιμούν τις γνωσιακές - συμπεριφορικές προσεγγίσεις για να παρακολουθούν την απόκτηση και διατήρηση βάρους και να επικεντρώνουν στις συμπεριφορές διατροφής. Συνιστώνται επίσης, γνωσιακές και διαπροσωπικές στρατηγικές, ώστε να διερευνηθούν άλλα θέματα που σχετίζονται με τη διαταραχή. Η οικογενειακή θεραπεία έχει επίσης χρησιμοποιηθεί για να εξετασθούν οι διαδράσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και το πιθανό δευτερογενές όφελος του άρρωστου από τη διαταραχή (Kaplan et al., 2000).

7.5 ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι περισσότερες μορφές ψυχοθεραπείας δίνουν έμφαση στο κτίσιμο μιας καλής σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και τον θεραπευτή. Η ψυχοθεραπεία εστιάζεται κυρίως στα προβλήματα του ασθενή, αλλά και σε πλευρές της προσωπικής του ιστορίας.

Οι περισσότεροι θεράποντες καταλαμβάνουν προσπάθειες για να ενθαρρύνουν υγιείς διατροφικές συνήθειες, ώστε να ενισχύσουν την επανάκτηση του βάρους και κάποιες άλλες συνεδρίες περιστρέφονται αποκλειστικά σε θέματα εικόνας σώματος και αυτό-εικόνας.

Σε πολλές περιπτώσεις, η θεραπεία επικεντρώνεται στο να εκφράσει ο ασθενής τα συναισθήματά του, όπως σεξουαλικά ζητήματα, αυτοέλεγχος και τι είναι επιτυχία και τι αποτυχία.

Θα αναφέρουμε 3 μορφές ψυχοθεραπείας που είναι δημοφιλέστερες αναφορικά για την θεραπεία της νευρικής ανορεξίας, όπου είναι οι εξής:

Α)Γνωσιακή – Συμπεριφορική αντιμετώπιση

Οι πρώτες εφαρμογές γνωσιακής- συμπεριφορικής περιγράφτηκαν λεπτομερώς το 1982. Οι περισσότεροι θεραπευτές χρησιμοποίησαν την μέθοδο αυτή, είτε σαν κυρίαρχη ψυχοθεραπευτική πρακτική, είτε σε συνδυασμό με ψυχοδυναμικές τεχνικές.

Η θεωρία της γνωσιακής – συμπεριφορικής υποστηρίζει ότι τα ανορεξικά συμπτώματα διαιωνίζονται και διατηρούνται μέσα από ένα σύνολο πεποιθήσεων που αφορά το βάρος του σώματος. Από την στιγμή που θα σχηματιστεί η κυρίαρχη ανορεξική ιδέα, το άτομο επηρεάζεται και έτσι αποκτά διαταραγμένη αντίληψη προς το φαγητό ή ενισχύει συμπληρωματικές πεποιθήσεις που δεν είναι λογικές, πολλές φορές είναι ευάλωτοι σε εκκεντρικές ενισχυτικές εξαρτήσεις και σε επεξεργασία πληροφοριών.

Τα αυτοσυμπληρώμενα ερωτηματολόγια, οι συνεντεύξεις και άλλα εργαλεία, έχουν δείξει ότι τα άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής διαφέρουν από άτομα υγιή ως προς την ένταση, τη συχνότητα και την φύση των ανησυχιών τους, όσον αφορά το βάρος, το σχήμα του σώματος και την τροφή.

Η γνωσιακή – συμπεριφοριακή θεραπεία πρόκειται για προγράμματα που περιλαμβάνουν ημερολόγια σίτισης και εκπαιδεύονται σχετικά με θέματα διατροφής στα οποία τονίζονται οι κίνδυνοι υποσιτισμού και ενθαρρύνεται η συζήτηση για θέματα υγείας και αντιλήψεων σε σχέση με το φαγητό.

Η χρονική διάρκεια που συνιστάται για τη γνωσιακή-συμπεριφοριακή θεραπεία των ανορεκτικών είναι μεγαλύτερη σε σχέση με άλλες διαταραχές, συχνά φθάνει τα 2 χρόνια τα για τους πρώτους μήνες θεραπείας. Ο λόγος είναι ότι για τους ανορεξικούς χρειάζεται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για προσαρμογή των αντιστάσεων που έχουν σε διαδικασίες αλλαγών.

Β) Συστηματική θεραπεία οικογένειας

Για ανορεκτικούς ασθενείς που βρίσκονται στην εφηβεία έχουν καλύτερα αποτελέσματα η οικογενειακή θεραπεία από την ατομική. Πολλές φόρες οι συγγενείς δεν μένουν απλοί θεατές αλλά εμπλέκονται ενεργά σε προσπάθειες να πείσουν, να εξαπατήσουν, να απειλήσουν ή να ικετεύσουν τον άνθρωπό τους να φάει.

Κάποιες φορές αυτές οι απόπειρες μπορεί να φέρουν αποτελέσματα, αλλά πολλές φορές υπάρχουν δυσκολίες. Έρευνες έχουν δείξει ότι στο τέλος της θεραπείας, το 60 - 70% των νεαρών ατόμων έχουν φυσιολογικό βάρος και μετά από 5ετή παρακολούθηση το 75 - 90% από αυτές διατηρούν το καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα, ενώ μόνο το ποσοστό 10 - 15% παραμένουν πάσχουσες, παρά τις θεραπευτικές προσπάθειες.

Γ) Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία

Η ψυχοδυναμικού τύπου θεραπεία είναι συνήθως ανοικτού χρόνου και στηρίζεται στις θεωρητικές θέσεις που αναφερθήκαν στην παράγραφο της αιτιοπαθογένειας.

Οι στόχοι είναι να «νοιώθει» και να «νοιάζεται», η μείωση του αυστηρού υπερεγωτικού ελέγχου και η ανάπτυξη πιο ευέλικτων και προσαρμοστικών στρατηγικών από το περιορισμό της διατροφής.

Οι προτάσεις για μια ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία είναι ότι ο θεραπευτής μπορεί να είναι ουδέτερος και αποστασιοποιημένος ή παρεμβατικός, μπορεί να εμπλουτίσει την θεραπεία με προσδοκίες ή να δράσει υποστηρικτικά ή ανεκτικά. Εν τούτοις υπάρχει σε όλες τις ψυχοθεραπευτικές διαδρομές ένας κοινός παρανομαστής: κάθε ψυχοδυναμική βάση ανάγεται σε τελευταία ανάλυση στην σχέση θεραπευτή-αρρώστου. Η σχέση αυτή θεμελιώνεται πρώτον στην «μεταβίβαση» ενθαρρύνεται, δεύτερον η διοχέτευση σε λόγο ο οποίος με κωδικοποιημένα συναισθήματα, αιτήματα και επιθυμίες και τρίτον ερμηνεύονται (Ε. Βάρσου, 1997).

7.6 ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Από φαρμακολογικές μελέτες δεν βρέθηκε ακόμα κάποιο σκεύασμα που να προκαλεί οριστική βελτίωση των πυρηνικών συμπτωμάτων της ανορεξίας. Σε μερικές αναφορές συνιστάται η χρήση της κυπροεπταδίνης (periactin), ενός φαρμάκου με αντιισταμινική και αντισεροτονινεργική δράση, στον περιορισμένο τύπο της νευρογενούς ανορεξίας. Αναφέρεται ότι η αμιτριπτυλίνη (Saroten) έχει κάποιο αποτέλεσμα σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία. Άλλα φάρμακα που έχουν δοκιμαστεί σε αρρώστους με νευρογενή ανορεξία, στα οποία περιλαμβάνονται η χλωριμιπραμίνη (Anafranil), η πιμοζίδη (Pirium) κ η χλωροπρομαζίνη (Largactil), δεν έχουν θετικά αποτελέσματα. Άλλα αντικαταθλιπτικά έχουν δοκιμαστεί σε ανορεκτικούς αρρώστους με συνυπάρχουσες αντικαταθλιπτικές διαταραχές, με ελάχιστα αποτελέσματα. Υπάρχει μια ανησυχία σχετικά με τη χρήση τρικυκλικών φαρμάκων σε χαμηλού βάρους άρρωστους 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 φυσιολογικής θρέψης. Υφίστανται ορισμένες ενδείξεις ότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)

ωφελεί σε μερικές περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Kaplan et al., 2000).

7.7 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία εμφανίζουν πολλές ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, κάποιες από αυτές προσαρμόζονται με συμπτώματα ή σύνδρομα που ανταποκρίνονται στην φαρμακοθεραπεία. Οι κλινικές εκδηλώσεις που παρουσιάζονται σε συνδυασμό ότι η ανορεξία συχνά υποτροπιάζει, οδήγησε στην μελέτη αρκετών φαρμάκων για την αντιμετώπισή της. Τέτοια φάρμακα είναι:

(1). Αντιψυχωσικά: έχουν την ικανότητα να αυξάνουν το βάρος και να βελτιώνουν την ψυχολογική κατάσταση των ανορεκτικών. Για παράδειγμα η διαταραχή της σκέψης για το σχήμα και το βάρος του σώματος μπορεί να γίνει τόσο έντονη που παίρνει το χαρακτήρα παραλυτικής ιδέας. Σε αυτή την περίπτωση τα αντιψυχωσικά φάρμακα μπορεί να βοηθήσουν στην υποχώρηση παρόμοιων ιδεών. Κατά την παρούσα φάση μελετάται η ικανότητα της ολανζαπίνης (Σ. Μπουρδούκης, 2006).

(2). Αντικαταθλιπτικά: Στην δεκαετία του 1970 το ενδιαφέρων επικεντρώθηκε στην παρουσία διαταραχών του συναισθήματος σε άτομα που έπασχαν από νευρική ανορεξία. Για το λόγο ότι η θεραπευτική ωφελιμότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης αυξάνουν την όρεξη και κερδίζουν βάρος. Σε γενικές γραμμές τα αντικαταθλιπτικά που έχουν δοκιμαστεί εκτεταμένα, δεν έχει βρεθεί κάποια ευεργετική δράση τους στην θεραπεία της νευρικής ανορεξίας. Παραμένει υπό διερεύνηση το αν η φλουοξετίνη μπορεί να μειώσει την πιθανότητα υποτροπής σε ανορεκτικούς που έχει αποκατασταθεί το βάρους τους (Σ. Μπουρδούκης, 2006).

(3) Άλλοι φαρμακευτικοί παράγοντες: Για την θεραπεία έχει δοκιμαστεί η χορήγηση σισαπρίδηςτετραϋνδροκανναβινόλης (THC) και ψευδαργύρου, χωρίς όμως να έχει αποδειχθεί κάποια θεραπευτική τους δράση. Η χορήγηση λιθίου σε μικρό αριθμό αρρώστων για μικρό χρονικό διάστημα οδήγησε σε αύξηση βάρους. Επίσης, σε μια μελέτη η κυπροεπταδίνη που είναι αναστολέας υποδοχέων της σεροτονίνης και με αντισταμινικές ιδιότητες, που χορηγούνται σε αλλεργικές αντιδράσεις, προκαλεί

αύξηση βάρους σε ανορεκτικούς ασθενείς περιοριστικού τύπου χωρίς κάποια αποδεδειγμένη θεραπευτική χρησιμότητα στις ψυχικές διαταραχές. Η χορήγηση ανταγωνιστών των οπιοειδών, όπως ναλτρεξόνη, βρέθηκε σε μικρό αριθμό μελετών να μειώνει κάποιες παθολογικές συμπεριφορές όπως τις κρίσεις υπερφαγίας και τις καθαρτικές συμπεριφορές. Μέχρι στιγμής, κάποια από τις παραπάνω αναφερθείσες φαρμακευτικές ουσίες δεν έχει μελετηθεί επαρκώς με διπλές τυφλές μελέτες, ώστε να πληροί τις προϋποθέσεις για να προταθεί ως αποτελεσματική θεραπεία της διαταραχής. Αντίθετα οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI), φάρμακα με ηπιότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, είναι σκόπιμα να προτιμώνται. Η χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων (βραχείας διάρκειας) μια ώρα πριν από κάθε γεύμα ανακουφίζει από το άγχος αναμονής αρκετούς ασθενείς. Η αντιψυχωσική θεραπεία θα πρέπει να εφαρμόζεται μόνο σε πολύ δύσκολες περιπτώσεις και σε χαμηλές δόσεις. Όσα αναφέρθηκαν, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η χορήγηση φαρμάκων την νευρική ανορεξία εξαρτάται από τα κλινικά χαρακτηριστικά και από την κρίση του υπεύθυνου γιατρού (Σ. Μπουρδούκης, 2006).

Η χορήγηση ψυχοφαρμάκων θα πρέπει να αποφεύγεται μέχρι να αποκατασταθούν οι επιπλοκές της νόσου, όπως π.χ. οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών ή όταν έχει αποκατασταθεί σε σημαντικό ποσοστό η απώλεια βάρους. Η παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αποτελεί στοιχείο για να εξετασθεί η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Το θέμα των φαρμάκων παραμένει ανοικτό ερευνητικά με σκοπό την ανεύρεση αξιόπιστων φαρμακευτικών παρεμβάσεων στην νευρική ανορεξία. Η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία στις οδηγίες για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας αναφέρει ορισμένα στοιχεία που προκύπτουν από την κλινική εμπειρία (Σ. Μπουρδούκης, 2006).

Υπάρχει μεγάλος κίνδυνος υπότασης και οι αρρυθμίες σε ανορεκτικούς ασθενείς με εμετούς που είναι αφυδατωμένοι. Καταθλιπτικοί ασθενείς με κακή θρέψη ανταποκρίνονται λιγότερο και είναι πιο επιρρεπείς σε ανεπιθύμητες ενέργειες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων από τους άλλους καταθλιπτικούς ασθενείς. Μερικά από τα καταθλιπτικά συμπτώματα υποχωρούν με την αποκατάσταση του σωματικού βάρους. Κατά την διάρκεια της θεραπείας μπορούν να χρησιμοποιούνται αγχολυτικά,

αντικαταθλιπτικά και εκλεκτικών αναστολέων της σεροτονίνης. Επίσης ορισμένοι χρησιμοποιούν θεραπεία με οιστρογόνα για την μείωση της απώλειας ασβεστίου και συνεπώς και τις πιθανότητες εμφάνισης οστεοπόρωσης σε ανορεκτικούς ασθενείς με χρόνια αμηνόρροια. Αυτό δεν ισχύει για τους έφηβους που ο πρώτος στόχος τους είναι η αποκατάσταση του βάρους και του κανονικού τους κύκλου (Σ. Μπουρδούκης, 2006).

7.8 ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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 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 σφίξεις/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/ευαισθησία

• 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 ομάδα.

• Αποτυχία αύξησης του βάρους με εξωνοσοκομειακή θεραπεία (Γονιδάκης&Βάρσου 2008).

Το καλύτερο θα ήταν ο ασθενής να έχει ενημερωθεί διεξοδικά για τις παραμέτρους της θεραπείας, να έχει συμφωνήσει να νοσηλευτεί οικειοθελώς 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 συμβάλλει 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 ενδοφλέβια διατροφή για βραχύ διάστημα. Επίσης πρέπει να ληφθεί υπ’ όψιν η ενυδάτωση του ασθενούς και να

συμπεριληφθεί η κατάλληλα 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 δίαιτα (3.000-3.500 θερμίδων /ημέρα), θεωρείται περισσότερο σκόπιμο να αρχίζουν με ηπιότερο σχήμα (1.000-1.500 θερμίδων), έτσι ώστε να αποφεύγονται οι επιπλοκές της ταχείας επανασίτισης σε έναν απισχνασμένοοργανισμό, 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 φώσφορος ορού, το μειωμένο κάλιο ορού και σπάνια το οίδημα, που σχετίζεται με την μετακίνηση υγρών ή τη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (William et al., 2010), (Gelder et al., 2008b).

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 καρδιογράφημα 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 πρόσληψης βάρους, ανοχή της διατροφής από το στόμα χωρίς σημεία συνδρόμου επανασίτισης και διόρθωση βραδυκαρδίας (>45 σφίξεις/λεπτό για τρεις συνεχείς νύχτες).

Το ποσό των θερμίδων στη δίαιτα μπορεί να αυξηθεί μετά τις πρώτες ημέρες. Συχνότερα και μικρότερα γεύματα, π.χ. 6 γεύματα των 400-600 θερμίδων, βοηθούν

στην αποφυγή δυσάρεστου αισθήματος φουσκώματος και έτσι προκαλούν λιγότερο φόβο στον ασθενή.

Το σερβίρισμα μεγάλου γεύματος προκαλεί φόβο και αίσθημα απώλειας του ελέγχου. Ακόμη δεν ευνοεί την ανάπτυξη φυσιολογικών συνηθειών διατροφής.Ο ασθενής αισθάνεται πιο καθησυχασμένος αν τελειώνει όλο το γεύμα που έχει μπροστά του και κερδίζει σταθερό βάρος με ρυθμό1-1,5 κιλό την εβδομάδα.

Η χορήγηση συμπληρωτικών τροφικών υποκατάστατων με μορφή ενισχυμένων θερμιδικά υγρών πρέπει να αποφεύγεται, γιατί παρεμποδίζουν την εγκατάσταση φυσιολογικών συνηθειών διατροφής. 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. Τα ο νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να μένει κοντά στον ασθενή όσο τρώει, να συζητάει μαζί του, να τον καλοπιάνει ώστε να τελειώσει το γεύμα του και γενικά να προσπαθεί να τον αποσπάσει από τα άγχη σχετικά με το φαγητό και την αύξηση του βάρους (William et al., 2010), (Gelder et al., 2008b).

Η νοσηλευτική ομάδα δημιουργεί μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Γνωρίζει τον ασθενή ως άτομο, με τις προσωπικές 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 ελαφριά ανερχόμενη καμπύλη. Από την αρχή της θεραπείας ο ασθενής μαθαίνει ότι οφείλει να καταναλώσει όλο το φαγητό που τοποθετείται μπροστά του (William et al., 2010), (Gelder et al., 2008b).

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 χρόνου υποσιτισμού, και ότι αυτά τα δυσάρεστα αισθήματα θα υποχωρήσουν με τον χρόνο.

Ένας νοσηλευτής που υποψιάζεται ότι ο ασθενής πετάει κρυφά ή κρύβει τρόφιμα ή έχει άλλες καθαρτικές συμπεριφορές (εμετούς, υπακτικά, διουρητικά) πρέπει να τον αντιμετωπίσει ευγενικά αλλά ανοιχτά και σταθερά, λέγοντας για παράδειγμα: ¨Ξέρω ότι είσαι πραγματικά έντιμος και ειλικρινής άνθρωπος, αλλά ακόμη ξέρω ότι η ασθένεια 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 αυτή 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 μη διακινδυνεύεται η αμεσότητα, η ειλικρίνεια και η εμπιστοσύνη που χαρακτηρίζει τη σχέση του νοσηλευτή με τον θεραπευμένο. Επίσης ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να επιτρέπει στον ασθενή να πηγαίνει στο μπάνιο μετά από δύο ώρες φαγητού ή να τον συνοδεύει στην τουαλέτα ώστε να το επιβλέπει για τυχόν πρόκληση εμέτων ή χρήση καθαρτικών.

Ο νοσηλευτής θα κλιθεί ακόμα να προσφέρει υποστηρικτική και εκπαιδευτική ψυχοθεραπεία, όπου αυτό είναι απαραίτητο και δυνατό. Θα χρειαστεί επανειλημμένα να καθησυχάσει τον ασθενή ότι δεν θα αφεθεί 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 εμετούς 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 χρειασθούν 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 (William et al., 2010), (Gelder et al., 2008b).

Τα ο 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 θεραπευτικού προγράμματος, γύρω ή μετά την επίτευξη του βάρους-στόχου, όταν οι δραστηριότητες του ασθενούς είναι αυξημένες και προετοιμάζεται για εξόδους. (William et al., 2010), (Gelder et al., 2008b).

Η αποκατάσταση του βάρους του ανορεκτικού ασθενούς φαίνεται να αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα για τη μετανοσοκομειακή πορεία της θεραπείας. Έχει βρεθεί ότι αν οι ανορεκτικοί ασθενείς εξέλθουν του νοσοκομείου ενώ είναι ακόμα ελλιποβαρείς, παρουσιάζουν περισσότερα ανορεκτικά συμπτώματα και έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να επανανοσηλευτούν, σε σύγκρουση με ασθενείς που εξήλθαν από το νοσοκομείο με φυσιολογικό βάρος.

Το βάρος θα πρέπει να συγκροτηθεί στα κατώτερα φυσιολογικά επίπεδα λόγω της δυσκολίας του ασθενούς να δεχθεί το μετασχηματισμό του σώματος του και ιδιαίτερα

σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος όπως είναι οι γλουτοί, οι μηροί, η κοιλιακή χώρα και οι μαστοί.

Οι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα υποτροπής και επανεισαγωγής του ασθενούς είναι: η διάρκεια της νόσου >6 έτη, η ύπαρξη αμηνόρροιας για χρονικό διάστημα >2,5 έτη,ο πολύ χαμηλός δείκτης μάζας σώματος κατά την εισαγωγή και, τέλος, η απουσία ισχυρού κινήτρου για αλλαγή κατά την έξοδο από το νοσοκομείο

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο δεν αφορούν μόνο στην ύφεση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, αλλά ακόμα και στις επιπτώσεις της ανορεξίας στην κοινωνική και επαγγελματική τους ζωή.

Οι ασθενείς αυτοί σε σύγκριση με άτομα της ίδιας ηλικίας που δεν πάσχουν από νευρογενή ανορεξία, είναι πιθανότερο να μην έχουν τεκνοποιήσει ή να είναι άνεργοι ακόμα και μια δεκαετία μετά τη νοσηλεία τους. Μάλιστα, η μεγαλύτερη διάρκεια της νοσηλείας, άρα οι μεγαλύτερες δυσκολίες στην αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας, αλλά και η νοσηρότητα με άλλες ψυχικές παθήσεις, αυξάνουν την πιθανότητα για κακή κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή (William et al., 2010), (Gelder et al., 2008b).

Συνοπτικά, τα καθήκοντα του νοσηλευτή στα πλαίσια 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 δίαιτα και τις δραστηριότητες που πρέπει να εφαρμόζονται.

► Λήψη ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση, σφίξεις, αναπνοές).

► Ζύγισμα του ασθενούς είτε κάθε μέρα, είτε 1-2 φορές την εβδομάδα. Το ζύγισμα πρέπει να γίνεται το πρωί, αμέσως μετά τη χρήση της τουαλέτας και πριν από τη λήψη του πρωινού.

► Καταγραφή προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών.

► Παρατήρηση για την ύπαρξη τυχόν σημείων-συμπτωμάτων επιπλοκών και την άμεση ακινητοποίηση του προσωπικού.

► Εξακρίβωση ότι ο ασθενής δέχεται μια ολιστική θεραπεία από την εξειδικευμένη διεπιστημονική ομάδα υγείας που τον έχει αναλάβει και δεν πλήττονται τα συμφέροντα 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 θεραπεία τόσο στον ίδιο όσο και στην οικογένειά του.

Παρακάτω τίθεται ένα παράδειγμα προγράμματος νοσοκομειακής περίθαλψης στο Γενικό Νοσοκομείο του Leiceter.

• Οι πάσχοντες εισάγονται μόνο μετά από λεπτομερή συζήτηση με τον γιατρό, ο οποίος τις παρακολουθεί ως εξωτερικές ασθενείς και μετά από μία τουλάχιστον επίσκεψη-ξενάγηση στην πτέρυγα. Εξαίρεση αποτελούν οι εισαγωγές επειγόντων περιστατικών. Έτσι, οι περισσότεροι έχουν ήδη μια εβδομαδιαία επίσκεψη στον ειδικό, κατά την εποχή της εισαγωγής τους.

• Με την εισαγωγή του πάσχοντα ορίζεται ο νοσηλευτής/τρια που θα τον παρακολουθεί, εκτός από τον θεραπευτή, κατά τη διάρκεια της περίθαλψης του.

• Οι πάσχοντες μπορούν να αναφέρουν έως και πέντε φαγητά τα οποία δεν τους αρέσουν. Αυτά δεν μπορούν να επιλεχθούν με κριτήριο το εάν είναι παχυντικά. Η χορτοφαγία είναι αποδεκτή, εκτός εάν είναι μια πρόσφατη συνήθεια, η οποία σαφώς σχετίζεται με την διατροφική διαταραχή. Υπάρχει ένα κυκλικό διατροφικό πρόγραμμα, τα φαγητά του οποίου επιλέγονται από τους πάσχοντες, με την επίβλεψη του νοσηλευτικού προσωπικού. Σε διαφορετική περίπτωση, οι πάσχοντες συμφωνούν να προσαρμοστούν στο προβλεπόμενο διατροφικό πρόγραμμα. Αυτό είναι μια φυσιολογική διατροφή με αρκετή ποικιλία.

• Τίθεται ένα επίπεδο βάρους. Συνήθως, αυτό είναι ο δείκτης σωματικής μάζας 20, εκτός αν υπάρχει σημαντική αιτία για κάτι διαφορετικό.

• Την πρώτη περίπου εβδομάδα, ο πάσχων μένει σε ένα δωμάτιο πτέρυγας. Εντός του δωματίου υπάρχει κομοδίνο και νιπτήρας. Επιβλέπεται από μια νοσηλεύτρια κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Δεν υπάρχει περιορισμός στις επισκέψεις, την παρακολούθηση τηλεόρασης, το διάβασμα ή άλλες ασχολίες.

• Μετά την πρώτη περίπου εβδομάδα, όταν ο ασθενής πλέον λαμβάνει ικανοποιητικές ποσότητες τροφής με την επίβλεψη του νοσηλευτή, μεταφέρεται σε ένα δωμάτιο με πέντε κρεβάτια μαζί με άλλους πάσχοντες από νευρογενή ανορεξία. Γευματίζει μαζί τους σε ιδιαίτερη τραπεζαρία, ενώ μια νοσηλεύτρια επιβλέπει την ομάδα.

• Μόλις ο πάσχων προσαρμοστεί και αποκτήσει την κατάλληλη φυσική κατάσταση για κάτι τέτοιο, παρακολουθεί επί ορισμένες ημέρες το Ημερήσιο Πρόγραμμα Διατροφικών Διαταραχών, στα πλαίσια του οποίου πραγματοποιούνται διάφορες ομαδικές δραστηριότητες και θεραπείες.

• Η ορθή διατροφή εξασφαλίζεται με την προσθήκη ενός γεύματος μεγάλης ποσότητας και διάφορων ενδιάμεσων και συμπληρωματικών γευμάτων, προκειμένου να υπάρχει μέση αύξηση βάρους κατά μέσο όρο, ένα περίπου κιλό ανά εβδομάδα.

• Καθώς ο ασθενής θα κερδίζει βάρος, θα του επιτρέπεται να έχει περισσότερες δραστηριότητες, να αναλάβει περισσότερες ευθύνες και, τελικά, να βγαίνει από το νοσοκομείο για ταξίδια ή επισκέψεις στην οικογένειά του. Οι περισσότεροι πάσχοντες περνούν δύο ή τρία σαββατοκύριακα κοντά στην οικογένεια τους, πριν εγκαταλείψουν το νοσοκομείο. Ωστόσο, οι πάσχοντες που διαμένουν κοντά στην περιοχή του νοσοκομείου, προσέρχονται στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της ημέρας και κοιμούνται στο σπίτι τους το βράδυ, έως ότου φθάσουν στο επιδιωκόμενο βάρος. Οι πάσχοντες που διαμένουν μακριά από το νοσοκομείο, συνήθως περιθάλπτονται ως εσωτερικοί ασθενείς, έως ότου επιτύχουν το επιδιωκόμενο βάρος και λίγες εβδομάδες μετά από αυτό (Palmer, 2006).

7.9 ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δεν χρειάζεται όλοι οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία να εισαχθούν στο νοσοκομείο, ιδιαίτερα αν οι γονείς και οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίσουν εγκαίρως τα προειδοποιητικά σημεία της νόσου.

Οι ασθενείς μπορούν να λαμβάνουν θεραπεία σε εξωτερική βάση, με την υποστήριξη της ίδιας εξειδικευμένης ομάδας ειδικών. Αν διατίθεται εκπαιδευμένος θεραπευτής, μπορεί να εφαρμοστεί η χειριστική θεραπεία που βασίζεται στην οικογένεια. Σε αντίθεση με την παραδοσιακή θεραπεία που επιτρέπει στον έφηβο, να ελέγχει την διατροφή του και στους γονείς να μένουν 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 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 οικογένεια 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 ν α διαπιστωθεί η τυχόν αναγκαιότητα αυξημένου επιπέδου φροντίδας και εισαγωγής στο νοσοκομείο (William et al., 2010b).

7.10 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

7.10.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Αρχικά ο νοσηλευτής/τρια λαμβάνει ένα σύντομο ιστορικό από τον ασθενή για τις διατροφικές του συνήθειες. Ζητάει από τον ασθενή να του περιγράψει ένα ημερήσιο πρόγραμμα διατροφής του. Τον ρωτάει αν αποφεύγει ορισμένες τροφές και για ποιο λόγο, αν έχει κάνει ποτέ δίαιτα, αν μετράει τις θερμίδες που καταναλώνει, αν έχει χρησιμοποιήσει ποτέ διαιτητικά χάπια ή υπακτικά για να χάσει βάρος και αν έχει προκαλέσει στον εαυτό του εμετό για να ξεφορτωθεί το «βάρος» των θερμίδων που προσέλαβε με το φαγητό. (Eby Brown 2010).

Στη συνέχεια ο νοσηλευτής/τρια προσπαθεί να εκμαιεύσει πληροφορίες σχετικά με την εικόνα που έχει ο ασθενής για το σώμα του. Η παραμορφωμένη εικόνα του αδύνατου εαυτού ως παχύσαρκου είναι πολύ συνηθισμένη στην νευρογενή ανορεξία. Τον ρωτάει πως νιώθει με την εικόνα του σώματος του, αν υπάρχουν μέρη στο σώμα του που θα άλλαζε, αν κάθε φορά που κοιτάει τον εαυτό του στον καθρέφτη τον βλέπει υπέρβαρο, αδύνατο ή ικανοποιητικό. Η διαταραγμένη εικόνα του σώματος θα μπορούσε να εκτιμηθεί και με τη χρήση παραμορφωμένων εικόνων. Ο ασθενής καλείται να επιλέξει από μια σειρά εικόνων, ποια πιστεύει ότι τον αντιπροσωπεύει καλύτερα. Από την επιλογή που θα κάνει ο ασθενής θα φανεί αν έχει θετική (η εικόνα μοιάζει με αυτή του σώματος του) ή αρνητική (η εικόνα διαφέρει) αίσθηση για το σώμα του. (Eby&Brown 2010).

Επίσης, ο νοσηλευτής/τρια αξιολογεί τα ζωτικά σημεία, το σωματικό βάρος καθώς και τις εργαστηριακές εξετάσεις του ασθενούς. Ζυγίζει τον ασθενή και τον ρωτά αν έχασε πρόσφατα βάρος και πόσο και αν είναι ευχαριστημένος γενικά με το βάρος που έχει. Ο ασθενής συνήθως δεν αναφέρει την διακοπή της εμμήνου ρύσεως που λαμβάνει χώρα, το παραδέχεται μόνο όταν τον ρωτήσει ο νοσηλευτής/τρια. Ακόμη, ο νοσηλευτής/τρια παροτρύνει τον ασθενή να του μιλήσει για τις δραστηριότητες με τις οποίες ασχολείται, προσπαθώντας να διακρίνει κάποια εμμονή με την φυσική άσκηση, όπως επί τόπου τρέξιμο και κάμψεις πάντα μετά από κάθε γεύμα (Eby&Brown, 2010).

7.10.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Οι συνήθεις νοσηλευτικές διαγνώσεις για ασθενείς με νευρογενή ανορεξία περιλαμβάνουν:

Διάγνωση: μη ισορροπημένη διατροφή: λιγότερη από τις ανάγκες του σώματος, σχετιζόμενη με την άρνηση λήψης τροφής και τον φόβο αύξησης βάρους.

Παρέμβαση

Δημιουργούμε μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή.

Βοηθάμε τον ασθενή να υιοθετήσει ένα καθημερινό πρόγραμμα φαγητού που να καλύπτει τις θρεπτικές του ανάγκες, σε συνεργασία με έναν διαιτολόγο.

Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να κρατά ημερολόγιο με τα συναισθήματά του ώστε να καταλάβει ποιες συνθήκες πυροδοτούν το άγχος και το στρες ου οδηγούν στην υπερφαγία και την κάθαρση.

Αφιερώνουμε χρόνο στον ασθενή μετά τα γεύματα και συζητάμε τα συναισθήματά του. Προσπαθούμε με κάποια δραστηριότητα να του αποσπάσουμε την προσοχή από τα συναισθήματα άγχους και ντροπής που τον κατακλύζουν, όπως επίσης και να τον εμποδίσουμε να πάει στην τουαλέτα μετά το γεύμα και να προβεί σε κάθαρση.

Αποφεύγουμε να είμαστε επικριτικοί κατά τις συναναστροφές μας με τον ασθενή, ακόμα και όταν η συμπεριφορά του δεν είναι η αρμόζουσα. Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αναπτύξει υγιείς συμπεριφορές και όχι να τον τιμωρήσει για τα λάθη του.

Διάγνωση: αναποτελεσματικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης των δυσκολιών, σχετιζόμενοι με έλλειψη δεξιοτήτων.

Παρέμβαση

Ενθαρρύνουμε τον νοσηλευτή να εκφράσει τα συναισθήματα του ώστε να μειώσει το άγχος και να ελαττώσει την ανάγκη για συμπεριφορά κάθαρσης.

Συζητάμε τα συναισθήματα που νιώθει ο ασθενής πριν την υπερφαγία ή την κάθαρση ώστε να αναπτυχθεί εναισθησία εκ μέρους του ασθενή και να μπορέσει στο μέλλον να αποφύγει αυτές τις συμπεριφορές.

Βοηθάμε τον ασθενή να ανακαλύψει εναλλακτικούς τρόπους αντίδρασης στα συναισθήματα καταπίεσης, θυμού ή άγχους, που να μη περιλαμβάνουν το φαγητό. Για παράδειγμα να τηλεφωνήσει σε έναν φίλο ή να πάει έναν περίπατο.

Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να τρώει παρέα με άλλους ώστε να αναπτύξει πρότυπα φυσιολογικής συμπεριφοράς.

Βοηθάμε τον ασθενή να ανακαλύψει τις προσωπικές του δυνάμεις που δεν σχετίζονται με την κατανάλωση τροφής ή την εμφάνιση.

Διάγνωση: χαμηλή αυτοεκτίμηση, σχετιζόμενη με υποκείμενο αίσθημα έλλειψης αυτοελέγχου.

Παρέμβαση

Προτείνουμε στον ασθενή να συμμετάσχει σε κάποια ομάδα αλληλοϋποστήριξης ατόμων με νευρογενή ανορεξία. Η αμοιβαία έκφραση συναισθημάτων και η ανταλλαγή στρατηγικών αντιμετώπισης των δυσκολιών με άλλους που έχουν παρόμοιες εμπειρίες θα αυξήσει την αυτοπεποίθηση του.

Βοηθάμε τον ασθενή να καταρτίσει έναν κατάλογο με τα θετικά στοιχεία του εαυτού του που μπορεί να τον στερεώσει στον καθρέφτη του μπάνιου. Με αυτόν τον τρόπο θα αντικατασταθούν οι αρνητικές σκέψεις του ασθενούς για τον εαυτό του με θετικές.

Επιβραβεύουμε και υποστηρίζουμε κάθε προσπάθεια επίτευξης ενός στόχου.

Τονίζουμε τη βαθιά μας πίστη στις ικανότητες του ασθενούς και την βεβαιότητα μας ότι θα καταφέρει να θεραπευτεί.

Διάγνωση: δυσκοιλιότητα, σχετιζόμενη με χρόνιο υποσιτισμό.

Παρέμβαση

Χορηγούμε κάποιο μαλακτικό κοπράνων.

Αποφεύγουμε τη χρήση υπακτικών λόγω ιστορικού κατάχρησης τους.

Διατροφή πλούσια σε λαχανικά, φρούτα, δημητριακά, ψωμί ολικής αλέσεως και άφθονων υγρών.

Χορηγούμε χυμούς φρούτων επειδή περιέχουν φρουκτόζη, η οποία είναι φυσικό υπακτικό.

Πρόγραμμα με κατάλληλες δραστηριότητες μικρής έντασης.

Διάγνωση: αναποτελεσματικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης της κατάχρησης ουσιών, σχετιζόμενοι με ανεπαρκείς δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων.

Παρέμβαση

Συζητάμε τις συνέπειες της χρήσης ουσιών με τον ασθενή.

Βοηθάμε τον ασθενή να καταρτίσει έναν κατάλογο ευχάριστων ενασχολήσεων και δραστηριοτήτων αναψυχής (περίπατος, μουσική, διάβασμα, ζωγραφική).

Βοηθάμε τους ασθενείς να προσδιορίσουν τις πηγές βοήθειας που έχουν για την αντιμετώπιση διαφόρων προβλημάτων ή στρεσογόνων καταστάσεων.

Διάγνωση: κίνδυνος βίαιης συμπεριφοράς του ασθενούς προς τον εαυτό του.

Παρέμβαση

Εκτιμάμε την ψυχική κατάσταση του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένου του αυτοκτονικού ιδεασμού.

Εάν ο ασθενής έχει αυτοκτονικό ιδεασμό, διερευνάμε εάν έχει σχέδιο γι' αυτό και εάν ο ασθενής διαθέτει τα μέσα για την ολοκλήρωση σχεδίου.

Ενημερώνουμε την ομάδα θεραπείας αναφορικά με τον αυτοκτονικό σχεδιασμό.

Συνάπτουμε «σύμφωνο μη αυτοκτονίας» με τον ασθενή.

Δεν αφήνουμε μόνο τον ασθενή που επιδεικνύει αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

Εκτιμάμε συχνά την ασφάλεια του ασθενή κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Αφαιρούμε δυνητικά επικίνδυνα αντικείμενα από το περιβάλλον του ασθενή (μαχαίρια, ξυραφάκια).

Διάγνωση: διαταραγμένη κοινωνική αλληλεπίδραση.

Παρέμβαση

Προσεγγίζουμε τον ασθενή σε μια στάση αποδοχής. Καλό είναι να είμαστε έντιμοι και ειλικρινής.

Αλληλεπιδρούμε με τον ασθενή σε προσωπική βάση, λειτουργώντας ως πρότυπο πρόσφορης κοινωνικής συμπεριφοράς και παρέχοντας το πρότυπο κοινωνικών δεξιοτήτων.

Επιβραβεύουμε τις εκούσιες αλληλεπιδράσεις του ασθενούς με τρίτους.

Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες στο νοσοκομείο.

Διάγνωση: ψυχολογική υποστήριξη των γονιών για την αντιμετώπιση της ασθένειας του παιδιού τους.

Παρέμβαση

Ενθαρρύνουμε τα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν τους φόβους και τις ανησυχίες τους για την κατάσταση του παιδιού τους. Η έκφραση του φόβου βοηθάει στη μείωση του άγχους.

Πληροφορούμε τους γονείς για τη φύση της νόσου, τα συμπτώματά της, τις επιπλοκές της και τις μεθόδους θεραπείας της, ώστε να τους καλύψουμε όλα τα γνωστικά κενά τους.

Ενημερώνουμε την οικογένεια για τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας σχετικά με την ασθένεια (Eby&Brown, 2010).

7.11 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

Οι νοσηλευτές θα ήταν χρήσιμο να παρέχουν συμβουλευτική υποστήριξη στον ασθενή και την οικογένεια του. Δηλαδή να τους παρέχουν πληροφορίες που αφορούν την νευρογενή ανορεξία ώστε να τους βοηθήσουν να τροποποιήσουν τις διατροφικές συμπεριφορές τους. Η παροχή πληροφοριών θα βοηθήσει τον ασθενή να αντιληφθεί τις εσφαλμένες πεποιθήσεις του και να αυξήσει την κινητοποίηση του για αλλαγή. Ο ασθενής πρέπει να αντιληφθεί ότι για την εμφάνιση της πάθησης δεν ευθύνεται ένα συγκεκριμένος παράγοντας, αλλά ότι η φύση της νόσου είναι πολυπαραγοντική. Είναι σημαντικό ο ασθενής να αναγνωρίσει ότι η πίεση που δέχεται ο άνθρωπος να «συμμορφωθεί» με το προβαλλόμενο ισχνό πρότυπο ομορφιάς είναι σε ορισμένα σημεία υπερβολική και είναι επικίνδυνη για την υγεία. Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει τον φόβο του για την ανεξέλεγκτη αύξηση του βάρους του. Για να το πετύχει αυτό πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή ότι αυξάνοντας σταδιακά την διατροφή του, αυξάνεται παράλληλα και ο μεταβολισμός του, με αποτέλεσμα μετά από λίγες εβδομάδες το βάρος να μην αυξάνεται άλλο, καθώς ο οργανισμός μεταβολίζει τις προσλαμβανόμενες θερμίδες και δεν υπάρχει περαιτέρω αποθήκευση τους με τη μορφή λίπους. Επίσης συζητούνται οι επιπτώσεις του υποσιτισμού και η επικινδυνότητα τους. Ο ασθενής και η οικογένειά ενημερώνονται

για τους τρόπους αποκατάστασης των διατροφικών του συνηθειών. Τέτοιοι τρόποι είναι ο μηχανικός τρόπος λήψης τροφής που μειώνει το άγχος, ο προγραμματισμός της ποσότητας και της ποιότητας των γευμάτων και η καταγραφή των διατροφικών συνηθειών και των συναισθημάτων-σκέψεων που τις συνοδεύουν. Γίνεται ενημέρωση του ασθενούς για τις επιπλοκές τόσο των εμετών, όσο και της κατάχρησης καθαρτικών και διουρητικών. Τέλος, σε περίπτωση που ο ασθενής παρεκκλίνει από την θεραπεία, ο νοσηλευτής βοηθάει τον ασθενή να καταλάβει τους λόγους που δεν τα κατάφερε, και τον αποτρέπει να μέμφεται τον εαυτό του για την αποτυχία του (Γονιδάκης&Βάρσου 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^{ο} - ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Ο σκοπός των προληπτικών παρεμβάσεων στην ιατρική είναι να ελαχιστοποιηθεί η θνησιμότητα και η νοσηρότητα που σχετίζεται με την ασθένεια. Είναι συνηθισμένο να ταξινομούνται αυτές οι παρεμβάσεις σύμφωνα με το στάδιο της εξέλιξης της διαταραχής στην οποία αναφέρονται. Οι παρεμβάσεις μπορεί να είναι εστιασμένες στις διαδικασίες που εμπλέκονται στην ανάπτυξη της διαταραχής, οπότε σε αυτή την περίπτωση ο στόχος είναι να προληφθεί η εμφάνιση νέων περιστατικών (δηλ., για να μειώσει την συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής). Αυτό καλείται «αρχική πρόληψη». Ο ι επεμβάσεις μπορεί να είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να μειώσουν την διάρκεια της διαταραχής ελαττώνοντας τον χρόνο ανάμεσα στην εμφάνιση της ασθένειας και στην παρουσίαση για την θεραπεία. Αυτό καλείται «δευτερεύουσα πρόληψη». Ή ο στόχος μπορεί ν είναι η μείωση των εξασθενίσεων που προκύπτουν από την διαταραχή. Αυτό καλείται «τριτογενής πρόληψη» (Kjelsas et al., 2004).

81 ΑΡΧΙΚΗ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η αρχική πρόληψη είναι το ιδανικό. Απαιτεί την εφαρμογή μιας παρέμβασης ικανής να προλαμβάνει την εμφάνιση της διαταραχής. Γενικά, αλλά όχι απαραίτητα, τέτοια παρέμβαση απαιτεί γνώση των διαδικασιών που εμπλέκονται στην ανάπτυξη της διαταραχής. Αυτή η γνώση απουσιάζει ή στην καλύτερη περίπτωση, είναι ελλιπής όσον αφορά τις διατροφικές διαταραχές. Από τα ευρήματα παλαιότερων μελετών, έχουμε κάποια γνώση για κεφαλαιώδη γεγονότα στην ανάπτυξης των διατροφικών διαταραχών, με την δίαιτα να είναι ο πιο κοινός συμπεριφορικός πρόδρομος, αλλά δεν είναι γνωστό πως ακριβώς και σε ποιο στάδιο της ανάπτυξης αυτών των διαταραχών άλλοι παράγοντες κινδύνου λειτουργούν (Kjelsas et al., 2004).

Λαμβάνοντας υπόψη την τρέχουσα γνώση, η μόνη επιλογή είναι να υιοθετηθούν οι προληπτικές παρεμβάσεις οι οποίες φαίνεται πιθανό να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα και να δοκιμάζεται αν τα αποτελέσματα είναι αυτά που έχουν αρχικά προβλεφθεί. Ως σήμερα, οι ερευνητές έχουν εστιάσει στην προσπάθεια τους στο να τροποποιήσουν τους κοινούς συμπεριφορικούς προδρόμους των διατροφικών διαταραχών ανάμεσα στην πιο ευπαθή ηλιακή ομάδα, δηλαδή τους μαθητές. Ο στόχος είναι να μειωθεί η επικράτηση της δίαιτας και η σχετιζόμενη συμπεριφορά με τον έλεγχο του βάρους όπως ο αυτοπροκαλούμενος εμετός και η κατάχρηση των καθαρτικών. Ποικίλα εκπαιδευτικά προγράμματα έχουν επινοηθεί για τον σκοπό αυτό, πολλά από τα οποία περιλαμβάνουν πολύπλοκους συνδυασμούς από διαδικασίες όπως η απομυθοποίηση της επιρροής των μέσων μαζικής ενημέρωσης και η εκπαίδευση αντιγραφής των συνομηλίκων. Νεότερα δεδομένα προστέθηκαν όσον αφορά στη γνώση για τις διατροφικές διαταραχές, την δίαιτα και τις σχετικές συμπεριφορές και οι ανησυχίες μετριάστηκαν αλλά αυτό δεν συνοδεύτηκε από καμία αλλαγή όσον αφορά τους στόχους συμπεριφοράς. Επειδή οι διατροφικές διαταραχές συνήθως ξεκινούν από τα σχολικά χρόνια, η προτεραιότητα πρέπει να είναι να αναπτυχθούν παρεμβάσεις σχετικές με το σχολείο. Πάντως, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι οι παρεμβάσεις που μειώνουν την επικράτηση της δίαιτας και των σχετικών συμπεριφορών δεν θα επιδράσουν απαραίτητα ώστε να μειωθεί η συχνότητα εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών. Μόνο μια μειοψηφία αυτών που κάνουν δίαιτα αναπτύσσουν μια διατροφική διαταραχή και μπορεί να είναι αυτή η μειοψηφία η οποία θα προβάλλει αντίσταση στα προγράμματα πρόληψης αυτού του τύπου. Ήδη από την πρώτη στιγμή που καθιερώθηκε τελεί υπό

αμφισβήτηση η πρόταση ότι μειώνοντας την επικράτηση της δίαιτας και της σχετιζόμενης συμπεριφοράς, υπάρχει επίδραση στην μείωση της συχνότητας εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών (Kjelsas et al., 2004).

Μπορεί να υποστηριχθεί ότι υπάρχει ανάγκη για μια διαφορετική προληπτική στρατηγική. Από το να αναπτυχθούν παρεμβάσεις με στόχο τους μαθητές γενικά, μπορεί να είναι περισσότερο παραγωγικό να εστιάσουμε σε άτομα που είναι γνωστό ότι βρίσκονται σε ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Αν υποθέσουμε ότι αυτά τα άτομα θα μπορούσαν να έχουν επίγνωση για την υψηλού κινδύνου θέση τους, θα ήταν λοιπόν πολύ πιθανότερο να καταλάβουν την σχετικότητα των σχεδιασμένων επεμβάσεων για να μειώσουν τον κίνδυνο και συνεπώς μπορεί πολύ πιθανότερο να αλλάξουν. Δυστυχώς, υπάρχουν δυο προβλήματα σχετικά με αυτήν την προσέγγιση. Πρώτον, επειδή μερικοί παράγοντες κινδύνου για τις διατροφικές διαταραχές είναι γνωστοί, δεν είναι ακόμα δυνατό να προσδιοριστεί μια τόσο υψηλού κινδύνου ομάδα και δεύτερον, ακόμα και αν ήταν δυνατό να μειωθεί η συχνότητα εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών ανάμεσα στα άτομα υψηλού κινδύνου, αυτή η στρατηγική θα ήταν πιθανό να έχει μικρό αντίκτυπο στην συνολική συχνότητα εμφάνισης τους, επειδή οι ομάδες υψηλού κινδύνου γενικά, αποτελούν μόνο μια μικρή αναλογία των περιπτώσεων στον συνολικό πληθυσμό (Kjelsas et al., 2004).

Μερικοί συγγραφείς έχουν αποκαλύψει μια πολιτική προσέγγιση για την αρχική πρόληψη, δηλαδή, να εστιάζουν στους κοινωνικούς παράγοντες δεδομένης αιτιολογικής σημασίας. Αυτοί οι συγγραφείς, επιμένουν ότι οι κοινωνικό-πολιτιστικοί παράγοντες συμβάλλουν σημαντικά στην αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών και σε αυτή τη βάση υποστηρίζουν ότι η μόδα και οι βιομηχανίες της δίαιτας θα έπρεπε να είναι ο στόχος των προληπτικών επεμβάσεων. Αν και έχει σημειωθεί κάποια πρόοδος σε αυτή την θεώρηση, σύμφωνα με την οποία οι αξιώσεις των βιομηχανιών για την απώλεια βάρους τώρα εξετάζονται πιο προσεχτικά από ότι πριν, είναι αμφισβητήσιμο αν η εξιδανίκευση της λεπτής εικόνας μπορεί τόσο εύκολα να τροποποιηθεί, λαμβάνοντας υπόψη τα συμφέροντα που την υποστηρίζουν (Kjelsas et al., 2004).

8.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Παρά τις δυνατότητές της, δόθηκε εντυπωσιακά λίγη προσοχή στην δευτερογενή πρόληψη των διατροφικών διαταραχών. Είναι γνωστό ότι στις περισσότερες περιπτώσεις περνάει μια ιδιαίτερη περίοδος ανάμεσα στην εγκατάσταση της διαταραχής και στην αναζήτηση βοήθειας, εφόσον πραγματικά αναζητείται βοήθεια. Ο στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι να ελαττώσει το διάστημα ανάμεσα στην εμφάνιση και την λήψη αποτελεσματικής βοήθειας. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, η γνώση η οποία σχετίζεται με τους παράγοντες που προωθούν και επιβραδύνουν την αναζήτηση της βοήθειας αποτελεί ένα θέμα που έχει κατά ένα μεγάλο μέρος αγνοηθεί. Εμπόδια για την αναζήτηση βοήθειας πιθανόν να περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

1. Το άτομο το οποίο υποφέρει από την διαταραχή δεν θεωρεί ότι αυτό είναι πρόβλημα. Αυτή η συμπεριφορά εμφανίζεται να είναι ιδιαίτερα κοινή ανάμεσα στα άτομα με νευρική ανορεξία. Σαν αποτέλεσμα συχνά ανησυχεί άλλους οι οποίοι πείθουν αυτόν που υποφέρει να αναζητήσει βοήθεια.

2. Η ελπίδα ότι το πρόβλημα θα υποχωρήσει από μόνο του. Σε μερικές περιπτώσεις αυτό θα συμβεί στην πραγματικότητα. Λίγα είναι γνωστά για την φυσική ιστορία της νευρογενούς βουλιμίας και της νευρογενούς ανορεξίας και έτσι δεν είναι δυνατόν να εντοπιστούν εκ των προτέρων αυτές οι περιπτώσεις.

3. Μερικοί άνθρωποι πιστεύουν ότι το διατροφικό τους πρόβλημα δεν είναι αρκετά σοβαρό ώστε να αξίζει θεραπεία ή ότι αυτοί δεν αξίζουν βοήθεια.

4. Ντροπή, ενοχή, και μυστικότητα είναι κοινά ανάμεσα στους ανθρώπους με νευρογενή βουλιμία. Ψάχνοντας θεραπεία, αυτοί που υποφέρουν, διατρέχουν τον κίνδυνο να ανακαλύψουν οι άλλοι τόσο το πρόβλημα και τα χρόνια της ανικανότητας όσο τα έτη εξαπάτησης και υπεκφυγής που μπορεί να είχαν απαιτηθεί για να κρατήσουν τη διαταραχή κρυφή.

5. Η δυσκολία να τα πουν στους γιατρούς. Προηγούμενα προβλήματα για τα οποία ένας γιατρός συμβούλεψε μπορεί πραγματικά να είχα αποτέλεσμα στο διατροφικό πρόβλημα, ακόμη και αν ο γιατρός δεν ενημερώθηκε για την αληθινή αιτία τους. Μερικοί άνθρωποι πηγαίνουν στο γιατρό τους σχεδιάζοντας να αποκαλύψουν το πρόβλημα αλλά χάνουν το κουράγιο τους την τελευταία στιγμή.

6. Ο φόβος της θεραπείας. Είναι κοινό για τους ανθρώπους με νευρική ανορεξία ή νευρογενή βουλιμία να ανησυχούν ότι η θεραπεία θα περιλάβει την απόκτηση βάρους.

7. Οικονομικά εμπόδια στην επιδίωξη της βοήθειας (Kjelsas et al., 2004).

Η σχετική σημασία αυτών και άλλων εμποδίων στην αναζήτηση βοήθειας χρειάζεται να γίνει γνωστή ώστε μια ορθολογιστική δευτερογενής πρόληψη να μπορεί να σχεδιαστεί. Μια ξεκάθαρη προτεραιότητα πρέπει να αποτελεί το να αυξηθούν οι γενικές γνώσεις για την φύση και τα πρώιμα χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών ώστε όσοι υποφέρουν και άλλοι, να μπορούν να αναγνωρίζουν πότε υπάρχει πρόβλημα. Αυτοί που είναι πολύ πιθανότερο να έρθουν σε επαφή με άτομα που έχουν διατροφικές διαταραχές θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα καλά ενημερωμένοι. Τέτοιες επαφές θα πρέπει να περιλαμβάνουν δασκάλους, προπονητές και γιατρούς. Αυτοί οι επαγγελματίες θα έπρεπε να διδάσκονται τρόπους ανοίγοντας συζητήσεις για το θέμα και βοηθώντας όσους υποφέρουν να παραδεχτούν το διατροφικό τους πρόβλημα. Η βελτίωση της πρόσβασης στην αποτελεσματική βοήθεια είναι επίσης σημαντική. Έρευνα για τη δυνατότητα εφαρμογής και την αποτελεσματικότητα της αυτοβοήθειας είναι σχετική, επειδή έχει τη δυνατότητα να είναι εύκολα προσιτή και επειδή αυτό παρακάμπτει μερικά από τα εμπόδια στην αναζήτηση βοήθειας. Είναι πιθανό ότι τα άτομα τα οποία υποφέρουν από διατροφικές διαταραχές θα ανταποκρίνονταν σε ηχητική εκπαίδευση και συμβουλή η οποία εφαρμόστηκε ως τύπος αυτοβοήθειας (Kjelsas et al., 2004).

8.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η σημασία της τριτογενούς πρόληψης σπάνια λήφθηκε υπόψη σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές. Αναμφίβολα, ο λόγος για αυτήν την παράλειψη είναι η αρνητική έννοια του εστιασμού στην μείωση της εξασθένισης που σχετίζεται με την γνωστή πλέον διαταραχή. Ακόμα είναι γεγονός ότι μερικοί ασθενείς με νευρική ανορεξία ευεργετούνται μερικώς από ην θεραπεία, ενώ 3επίσης είναι κοινός ο υποτροπιασμός. Η μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας που σχετίζεται με τις χρόνιες διατροφικές διαταραχές είναι ένα σημαντικό αντικείμενο μελέτης (Kjelsas et al., 2004).

Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές από τη μεριά 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.

Μερικές στρατηγικές πρόληψης της νευρογενούς ανορεξίας, που μπορούν να συμπεριληφθούν στα προγράμματα αγωγής υγείας των νοσηλευτών, 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 εμφάνισης 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 υτό.

► Ενθαρρύνουμε τους γονείς να μάθουν να αναγνωρίζουν την 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 μη 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).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε με σκοπό να συμβάλλει στην κατανόηση του προβλήματος της νευρικής ανορεξίας, να αποτελέσει ένα μέσο ενημέρωσης και να παρουσιάσει τους τρόπους πρόληψης αλλά και θεραπείας της διαταραχής στο ευρύτερο επιστημονικό και μη κοινό.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Η εργασία πραγματοποιήθηκε με βιβλιογραφική ανασκόπηση κατά την οποία έγινε αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, για ερευνητικά άρθρα που δημοσιεύτηκαν στην Αγγλική και Ελληνική γλώσσα. Οι βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι PubMed, Google Scholar και MEDLINE ενώ η αναζήτηση έγινε με τις εξής λέξεις-κλειδιά: «ανορεξία» «νευρική ανορεξία», «νευρογενής ανορεξία» «anorexia nervosa».

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανασκόπηση κατέληξε στα εξής άρθρα που παρουσιάζονται παρακάτω αυτούσια και με χρονολογική σειρά.

1. Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior (2000)

Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M, Treasure J, Berrettini WH, Kaye WH.

OBJECTIVE: The purpose of this study was to examine the role of perfectionism as a phenotypic trait in anorexia nervosa and its relevance across clinical subtypes of this illness.

METHOD: The Multidimensional Perfectionism Scale and the perfectionism subscale of the Eating Disorder Inventory were administered to 322 women with a history of anorexia nervosa who were participating in an international, multicenter genetic study of anorexia nervosa. All participants were additionally interviewed with the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and the Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale. Mean differences on dependent measures among women with anorexia nervosa and comparison subjects were examined by using generalized estimating equations.

RESULTS: Persons who had had anorexia nervosa had significantly higher total scores on the Multidimensional Perfectionism Scale than did the healthy comparison subjects. In addition, scores of the anorexia subjects on the Eating Disorder Inventory-2 perfectionism subscale exceeded Eating Disorder Inventory-2 normative data. For the anorexia nervosa participants, the total score on the Multidimensional Perfectionism Scale and the Eating Disorder Inventory-2 perfectionism subscale score were highly correlated. Total score on the Multidimensional Perfectionism Scale was also significantly related to the total score and the motivation-for-change subscale score of the Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale.

CONCLUSIONS: These data show that perfectionism is a robust, discriminating characteristic of anorexia nervosa. Perfectionism is likely to be one of a cluster of phenotypic trait variables associated with a genetic diathesis for anorexia nervosa.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξετάσει το ρόλο της τελειομανίας ως φαινοτυπικό γνώρισμα στη νευρική ανορεξία και τη σημασία της σε όλους τους κλινικούς υποτύπους αυτής της ασθένειας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η Πολυδιάστατη Κλίμακα Τελειοθηρίας και η υποκλίμακα τελειομανίας για τη Διατροφική Διαταραχή χρησιμοποιήθηκαν σε 322 γυναίκες με ιστορικό νευρικής ανορεξίας που συμμετείχαν σε μια διεθνή, πολυκεντρική γενετική μελέτη της νευρικής ανορεξίας. Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν επιπλέον συνέντευξη μετην Κλίμακα Yale-BrownObsessiveCompulsive και την Κλίμακα Yale-Brown-CornellEatingDisorder. Οι μέσες διαφορές σε εξαρτώμενα μέτρα μεταξύ των γυναικών με νευρική ανορεξία και η σύγκριση θεμάτων εξετάστηκαν χρησιμοποιώντας γενικευμένες εξισώσεις εκτίμησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα άτομα που είχαν νευρική ανορεξία είχαν σημαντικά υψηλότερη συνολική βαθμολογία στην Πολυδιάστατη Κλίμακα Τελειοθηρίας από ό, τι τα υγιή άτομα. Επιπλέον, τα αποτελέσματα από τα θέματα της ανορεξίας στοEatingDisorder Inventory-2 perfectionismsubscaleυπέρβαιναντα κανονιστικά δεδομένα του EatingDisorder Inventory-2. Για τους συμμετέχοντες με νευρική ανορεξία, η συνολική βαθμολογία της κλίμακας MultidimensionalPerfectionismScaleκαι της υποκλίμακαςEatingDisorder Inventory-2 perfectionismsubscaleσυσχετίζονταν ισχυρά. Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας MultidimensionalPerfectionismσχετίζονταν με τη συνολική βαθμολογία και το σκορ της υποκλίμακα κίνητρο-για-την αλλαγή της Yale-Brown-CornellEatingDisorderScale.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι η τελειομανία είναι ένα ισχυρό χαρακτηριστικό της ψυχογενούς ανορεξίας και είναι πιθανό να είναι ένα σύμπλεγμα των φαινοτυπικώνχαρακτηριστικών μεταβλητών που σχετίζεται με μία γενετική προδιάθεση για την νευρική ανορεξία.

2. Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study (2000)

Zipfel S, Löwe B, Reas DL, Deter HC, Herzog W.

In a prospective long-term follow-up of 84 patients 21 years after first hospitalisation for anorexia nervosa, we found that 50.6% had achieved a full recovery, 10.4% still

met full diagnostic criteria for anorexia nervosa, and 15.6% had died from causes related to anorexia nervosa. Predictorsofoutcomeincludedphysical, social, andpsychologicalvariables.

Σε μια μακροπρόθεσμη παρακολούθηση 84 ασθενών 21 χρόνια μετά την πρώτη τους νοσηλεία για νευρική ανορεξία, διαπιστώσαμε ότι το 50,6% είχε επιτύχει μια πλήρη ανάκαμψη, το 10,4% εξακολουθούσε να πληροί τα πλήρη διαγνωστικά κριτήρια για την νευρική ανορεξία, και το 15,6% πέθανε από αιτίες που σχετίζονταν με την νευρική ανορεξία. Ως προγνωστικοί δείκτες της έκβασης περιλαμβάνονται σωματικές, κοινωνικές, και ψυχολογικές μεταβλητές.

3. The mortality rate from anorexia nervosa (2005)

Birmingham CL, Su J, Hlynsky JA, Goldner EM, Gao M.

OBJECTIVE: We determined the standardized mortality ratio (SMR) in our anorexia nervosa (AN) patient population.

METHOD: We used a cross-sectional design to study an inception cohort (1981-2000) drawn from the provincial tertiary care eating disorders program at St. Paul's Hospital (British Columbia, Canada). All patients who completed their initial assessment for an eating disorder were included in the study. Vital status, date and cause of death from British Columbia Vital Statistics Agency, date of assessment, date of birth, and diagnosis at the time of assessment were collected for each patient.

RESULTS: Of 954 patients, 326 diagnosed with AN completed an assessment over the 20 years. The SMR was 10.5 (95% confidence interval [CI] = 5.5-15.5) for AN.

DISCUSSION: Some studies in the literature report that AN has the highest mortality rate of any psychiatric disorder in young females. However, others dispute this fact and report an SMR lower than the normal population mortality (SMR = 0.71). Contrary to some reports in the literature, our study confirms a high mortality rate within the AN population.

ΣΚΟΠΌΣ: Έχουμε καθορίσει το ποσοστό της πάγιας θνησιμότητας (SMR) από νευρική ανορεξία (NA) στον πληθυσμό των ασθενών μας που πάσχουν από αυτή.

ΜΈΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιήσαμε ένα σχέδιο διατομής για να μελετήσουμε μια ομάδα (1981-2000) που προερχόταν από ένα επαρχιακό τριτοβάθμιο πρόγραμμα περίθαλψης

για διατροφικές διαταραχές στο Νοσοκομείο του Αγίου Παύλου (BritishColumbia, Καναδάς). Όλοι οι ασθενείς που ολοκλήρωσαν την αρχική τους εκτίμηση για μια διατροφική διαταραχή συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Συλλέχθηκαν για κάθε ασθενή από τον Οργανισμό BritishColumbiaVitalStatisticsη ζωτική τους κατάσταση, η ημερομηνία και η αιτία θανάτου, η ημερομηνία αξιολόγησης, η ημερομηνία γέννησης και η διάγνωση κατά τη στιγμή της αξιολόγησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 954 ασθενείς οι 326 που είχαν διαγνωστεί με ΝΑ ολοκλήρωσαν την αξιολόγηση για τα 20 χρόνια. Ο ΑΣΑ ήταν 10,5 (95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI] = 5,5 έως 15,5) για ΝΑ.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Μερικές μελέτες στη βιβλιογραφία αναφέρουν ότι η ΝΑ έχει το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από οποιαδήποτε ψυχιατρική διαταραχή σε νεαρά κορίτσια. Ωστόσο, άλλοι αμφισβητούν αυτό το γεγονός και αναφέρουν μια SMR χαμηλότερη από την κανονική θνησιμότητας του πληθυσμού (SMR = 0,71). Σε αντίθεση με ορισμένες αναφορές στη βιβλιογραφία, η μελέτη μας επιβεβαιώνει ένα υψηλό ποσοστό θνησιμότητας του πληθυσμού με ΝΑ.

4. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community (2007)

Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, Bulik CM, Kaprio J,Rissanen A.

OBJECTIVE: Most previous studies of the prevalence, incidence, and outcome of anorexia nervosa have been limited to cases detected through the health care system, which may bias our understanding of the disorder's incidence and natural course. The authors sought to describe the onset and outcomes of anorexia nervosa in the general population.

METHOD: Lifetime prevalences, incidence rates, and 5-year recovery rates of anorexia nervosa were calculated on the basis of data from 2,881 women from the 1975-1979 birth cohorts of Finnish twins. Women who screened positive for eating disorder symptoms (N=292), their screen-negative female co-twins (N=134), and 210 randomly selected screen-negative women were assessed for lifetime eating disorders by telephone by experienced clinicians. To assess outcomes after clinical recovery and to detect residua of illness, women who had recovered were compared with their unaffected co-twins and healthy unrelated women on multiple outcome measures.

RESULTS: The lifetime prevalence of DSM-IV anorexia nervosa was 2.2%, and half of the cases had not been detected in the health care system. The incidence of anorexia nervosa in women between 15 and 19 years of age was 270 per 100,000 person-years. The 5-year clinical recovery rate was 66.8%. Outcomes did not differ between detected and undetected cases. After clinical recovery, the residua of illness steadily receded. By 5 years after clinical recovery, most probands had reached complete or nearly complete psychological recovery and closely resembled their unaffected co-twins and healthy women in weight and most psychological and social measures.

CONCLUSIONS: The authors found a substantially higher lifetime prevalence and incidence of anorexia nervosa than reported in previous studies, most of which were based on treated cases. Most women recovered clinically within 5 years, and thereafter usually progressed toward full recovery.

ΣΤΟΧΟΣ: Οι περισσότερες προηγούμενες μελέτεςεπιπολασμού, επίπτωσης, και τα αποτελέσματα της νευρική ανορεξία έχουν εντοπιστεί σε περιορισμένες περιπτώσεις μέσω του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο μπορεί να δημιουργήσει προκατάληψη στην κατανόηση της εμφάνισης της διαταραχής και τη φυσική της πορεία. Οι συγγραφείς προσπάθησαν να περιγράψουν την εμφάνιση και τα αποτελέσματα της νευρικής ανορεξίας στο γενικό πληθυσμό.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Ο ισόβιος επιπολασμός, τα ποσοστά εμφάνισης και τα ποσοστά ανάκτησης 5 ετών νευρικής ανορεξίας υπολογίστηκαν με βάση τα στοιχεία από 2.881 γυναίκες από τη γέννησης διδύμων στη Φινλανδία κατά το 1975-1979. Οι γυναίκες που εξετάστηκαν θετικά για συμπτώματα διατροφικής διαταραχής (N = 292), τα δίδυμα τους που έδωσαν αρνητικά αποτελέσματα (N = 134), και 210 τυχαία επιλεγμένες γυναίκες με αρνητικά αποτελέσματα, αξιολογήθηκαν για τις διατροφικές διαταραχές που μπορεί να είχαν στη διάρκεια της ζωής τους μέσω τηλεφώνου από έμπειρους κλινικούς γιατρούς. Για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων μετά από την κλινική ανάκαμψη και για την ανίχνευση υπολειμματικής ασθένειας, οι γυναίκες που είχαν ανακτηθεί συγκρίθηκαν με τις ανεπηρέαστες δίδυμές τους και οι υγιείς μεμονωμένες γυναίκες συγκρίθηκαν με πολλαπλές ανεξάρτητες μετρήσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός του DSM-IV για τη νευρική ανορεξία ήταν 2,2%, και το ήμισυ των περιπτώσεων δεν είχε εντοπιστεί στο σύστημα υγειονομικής

περίθαλψης. Η συχνότητα εμφάνισης της ψυχογενούς ανορεξίας στις γυναίκες μεταξύ 15 και 19 ετών ήταν 270 ανά 100.000 άτομα-έτη. Το ποσοστό της 5ετούς κλινικής ανάρρωσης ήταν 66,8%. Τα αποτελέσματα δεν διέφεραν μεταξύ των παρατηρημένων και μη περιπτώσεων. Μετά την κλινική ανάρρωση, η ασθένειας σταθερά υποχώρησε. 5 έτη μετά την κλινική ανάρρωση, οι περισσότερες ασθενείς είχαν φτάσει σε πλήρη ή σχεδόν πλήρη ψυχολογική ανάρρωση σχεδόν όμοια με την ανεπηρέαστη τους δίδυμη και οι υγιείς γυναίκες ανάκαμψη σε βάρος και σε ψυχολογικά και κοινωνικά μέτρα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ένα σημαντικά υψηλότερο επιπολασμό ζωής και συχνότητα εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας από ό, τι έχουν αναφερθεί σε προηγούμενες μελέτες, οι περισσότερες εκ των οποίων βασίστηκαν σε ήδη θεραπευμένες περιπτώσεις. Οι περισσότερες γυναίκες ανέκαμψαν κλινικά εντός 5 ετών, και στη συνέχεια συνήθως προχώρησαν προς την πλήρη ανάκαμψη.

5. Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa (2009)

Harrison A1, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J.

It is recognized that emotional problems lie at the core of eating disorders (EDs) but scant attention has been paid to specific aspects such as emotional recognition, regulation and expression. This study aimed to investigate emotion recognition using the Reading the Mind in the Eyes (RME) task and emotion regulation using the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) in 20 women with anorexia nervosa (AN) and 20 female healthy controls (HCs). Women with AN had significantly lower scores on RME and reported significantly more difficulties with emotion regulation than HCs. There was a significant negative correlation between total DERS score and correct answers from the RME. These results suggest that women with AN have difficulties with emotional recognition and regulation. It is uncertain whether these deficits result from starvation and to what extent they might be reversed by weight gain alone. Thesedeficitsmayneedtobetargetedintreatment.

Αναγνωρίζεται ότι τα συναισθηματικά προβλήματα αποτελούν τον πυρήνα των διατροφικών διαταραχών, αλλά ελάχιστη προσοχή έχει δοθεί σε συγκεκριμένες πτυχές, όπως τη συναισθηματική αναγνώριση, τη ρύθμιση και την έκφραση. Η παρούσα μελέτη στοχεύει να διερευνήσει την αναγνώριση των συναισθημάτων χρησιμοποιώντας την κλίμακα ReadingtheMindintheEyes RME) και να εντοπίσει τη

διαχείρηση των συναισθημάτων με την Κλίμακα DifficultiesinEmotionRegulationScale(DERS) σε 20 γυναίκες με νευρική ανορεξία (ΝΑ) και 20 υγιείς γυναίκες. Οι γυναίκες με ΝΑ είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες σε RME και αναφέρθηκαν σημαντικά περισσότερο δυσκολίες με την ρύθμιση των συναισθημάτων από ότι οι υγιείς. Υπήρξε μια σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ολικής βαθμολογίας DERS και των σωστών απαντήσεων από το RME. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι γυναίκες με ΝΑ έχουν δυσκολίες με τη συναισθηματική αναγνώριση και ρύθμιση. Είναι αβέβαιο αν τα ελλείμματα αυτά προκύπτουν από την πείνα και σε ποιο βαθμό θα μπορούσαν να αντιστραφούν με την αύξηση του σωματικού βάρους και μόνο. Αυτά τα ελλείμματα μπορεί να χρειαστεί να στοχεύσουν στη θεραπεία.

6. Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: initial test of a functional model (2010)

Wildes JE, Ringham RM, Marcus MD.

OBJECTIVE: This study aimed to evaluate emotion avoidance in patients with anorexia nervosa (AN) and to examine whether emotion avoidance helps to explain (i.e., mediates) the relation between depressive and anxiety symptoms and eating disorder (ED) psychopathology in this group.

METHOD: Seventy-five patients with AN completed questionnaires to assess study variables. Rates of emotion avoidance were compared to published data, and regression models were used to test the hypothesis that emotion avoidance mediates the relation between depressive and anxiety symptoms and ED psychopathology in AN.

RESULTS: Patients with AN endorsed levels of emotion avoidance that were comparable to or higher than other psychiatric populations and exceeded community controls. As predicted, emotion avoidance significantly explained the relations of depressive and anxiety symptoms to ED psychopathology.

DISCUSSION: Findings confirm that emotion avoidance is present in patients with AN and provide initial support for the idea that anorexic symptoms function, in part, to help individuals avoid aversive emotional states.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα μελέτη στοχεύει να αξιολογήσει την αποφυγή της συγκίνησης σε ασθενείς με νευρική ανορεξία (ΝΑ) και να εξεταστεί κατά πόσον η αποφυγή της συγκίνησης βοηθά να εξηγήσουμε (δηλαδή, μεσολαβεί) τη σχέση μεταξύ συμπτωμάτων κατάθλιψης και του άγχους και την ψυχοπαθολογία στις διατροφικές διαταραχές (ED) σε αυτή την ομάδα.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Εβδομήντα πέντε ασθενείς με συμπληρωμένα ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση των μεταβλητών της μελέτης. Τα ποσοστά αποφυγής της συγκίνησης συγκρίθηκαν με τα δημοσιευμένα στοιχεία, και τα μοντέλα παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν για να ελεγχθεί η υπόθεση ότι η αποφυγή της συγκίνησης διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και συμπτωμάτων άγχους και της ψυχοπαθολογίας στη ΝΑ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με ΝΑ σημείωσαν υψηλά επίπεδα αποφυγής της συγκίνησης που ήταν συγκρίσιμα ή υψηλότερα από ό, τι σε άλλους ψυχιατρικούς πληθυσμούς. Όπως είχε προβλεφθεί, η αποφυγή της συγκίνησης εξήγησε σημαντικά τις σχέσεις της κατάθλιψης και του άγχους στα συμπτώματα της ψυχοπαθολογίας ατόμων με διατροφικές διαταραχές.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν ότι η αποφυγή των συναισθημάτων είναι παρούσα σε ασθενείς με ΝΑ και υποστηρίζεται η ιδέα ότι λειτουργεί στα συμπτώματα ανορεξίας, εν μέρει, για να βοηθήσει τα άτομα να αποφύγουν δύσκολες συναισθηματικές καταστάσεις.

7. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa (2010)

Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B.

CONTEXT: Evidence-based treatment trials for adolescents with anorexia nervosa are few.

OBJECTIVE: To evaluate the relative efficacy of family-based treatment (FBT) and adolescent-focused individual therapy (AFT) for adolescents with anorexia nervosa in full remission.

DESIGN: Randomized controlled trial.

SETTING: Stanford University and The University of Chicago (April 2005 until March 2009).

PARTICIPANTS: One hundred twenty-one participants, aged 12 through 18 years, with DSM-IV diagnosis of anorexia nervosa excluding the amenorrhea requirement. Intervention Twenty-four outpatient hours of treatment over 12 months of FBT or AFT. Participants were assessed at baseline, end of treatment (EOT), and 6 months' and 12 months' follow-up posttreatment.

MAIN OUTCOME MEASURES: Full remission from anorexia nervosa defined as normal weight (≥95% of expected for sex, age, and height) and mean global Eating Disorder Examination score within 1 SD of published means. Secondary outcome measures included partial remission rates (>85% of expected weight for height plus those who were in full remission) and changes in body mass index percentile and eating-related psychopathology.

RESULTS: There were no differences in full remission between treatments at EOT. However, at both the 6- and 12-month follow-up, FBT was significantly superior to AFT on this measure. Family-based treatment was significantly superior for partial remission at EOT but not at follow-up. In addition, body mass index percentile at EOT was significantly superior for FBT, but this effect was not found at follow-up. Participants in FBT also had greater changes in Eating Disorder Examination score at EOT than those in AFT, but there were no differences at follow-up.

CONCLUSION: Although both treatments led to considerable improvement and were similarly effective in producing full remission at EOT, FBT was more effective in facilitating full remission at both follow-up points.

ΠΛΑΙΣΙΟ: Οι δοκιμές θεραπείας βάσει αποδεικτικών στοιχείων για εφήβους με νευρική ανορεξία είναι λίγες.

ΣΚΟΠΟΣ: Να αξιολογηθεί η σχετική αποτελεσματικότητα της θεραπείας βασισμένης στην οικογένεια (FBT) και της ατομικής θεραπείας (AFT) σε εφήβους με νευρική ανορεξία σε πλήρη ύφεση.

Μέθοδος: Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή στο Πανεπιστήμιο του Stanford και το Πανεπιστήμιο του Σικάγου (Απρίλιος 2005 έως το Μάρτιο του 2009).

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ: 121 συμμετέχοντες, ηλικίας 12 έως 18 ετών, με το διαγνωσμένη ψυχογενή ανορεξία (DSM-IV) με εξαίρεση την αμηνόρροια. Παρέμβαση: 24 ώρες θεραπείας σε εξωτερικά ιατρεία για πάνω από 12 μήνες FBT ή AFT. Οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν κατά την έναρξη, το τέλος της θεραπείας (EOT), 6 και 12 μήνες μετά τη θεραπεία.

ΚΥΡΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ: Πλήρης ύφεση από τη νευρική ανορεξία ορίστηκε ως το φυσιολογικό βάρος (≥95% του αναμενόμενου για το φύλο, την ηλικία και το ύψος) και η μέση παγκόσμια βαθμολογία Εξέτασης διατροφικής διαταραχής μέσα σε 1 SD των δημοσιευμένων μέσων. Δευτερογενή μέτρα αποτελεσμάτων συμπεριέλαβαν μερικά ποσοστά ύφεσης (> 85% του αναμενόμενου βάρους για το ύψος συν εκείνους που ήταν σε πλήρη ύφεση) και τις αλλαγές στο εκατοστημόριο δείκτη μάζας σώματος και την ψυχοπαθολογία που σχετιζόταν με διατροφική διαταραχή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των θεραπειών σε EOT. Ωστόσο, μετά από τους 6 και 12 μήνες, η FBT ήταν σημαντικά ανώτερη από την AFT σε αυτό το μέτρο.Η θεραπεία βασισμένη στην οικογένεια ήταν σημαντικά ανώτερη για μερική ύφεση κατά EOT, αλλά όχι κατά την παρακολούθηση. Επιπλέον, εκατοστημόριο του δείκτη μάζας σώματος σε EOT ήταν σημαντικά ανώτερο για την FBT, αλλά αυτό το αποτέλεσμα δεν βρέθηκε κατά την παρακολούθηση. Οι συμμετέχοντες στην FBT είχαν επίσης μεγαλύτερες αλλαγές στις διατροφικές βαθμολογία EatingDisorderExaminationσε EOT από αυτούς της AFT, αλλά δεν υπήρχαν διαφορές κατά την παρακολούθηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Αν και οι δύο θεραπείες οδήγησαν σε σημαντική βελτίωση και ήταν εξίσου αποτελεσματικές στην πλήρη ύφεση κατά EOT, η FBT ήταν πιο αποτελεσματική στη διευκόλυνση της πλήρους ύφεσης και στα δύο σημεία παρακολούθησης.

8. Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: a dissemination study (2010)

Couturier J, Isserlin L, Lock J.

This open trial of Family-Based Treatment for Anorexia Nervosa was completed in order to assess the dissemination of this treatment, including effectiveness, fidelity, and acceptability. Fourteen adolescents with Anorexia Nervosa were recruited with

mean age 14.0+1.5 years (range 12-17 years). Therapists were trained using a workshop, manual and weekly supervision. Sessions were videotaped and rated for treatment fidelity. Pre- and post- treatment assessments were compared. Weight was significantly increased by an average of 7.8 kg. Dietary restraint showed significant improvement, as did interoceptive deficits and maturity fears. Of the 9 participants who had secondary amenorrhea at baseline, 8 had regained menstrual function. Treatment fidelity was rated as at least considerable 72% of the time in phase I of the treatment. Adolescents and parents found the treatment to be acceptable. This preliminary investigation of the dissemination of Family-Based Treatment for adolescents with Anorexia Nervosa indicates that this treatment is effective not only for weight restoration, but also in improving some psychological symptoms including dietary restraint, interoceptive deficits, and maturity fears. In addition, this treatment was adopted with considerable fidelity and was acceptable to adolescents and parents.

Αυτή η ανοιχτή δοκιμή της Family-Based Θεραπείας για την νευρική ανορεξία ολοκληρώθηκε, προκειμένου να εκτιμηθεί η διάδοση αυτής της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της αποτελεσματικότητας, της αφοσίωσης και της αποδοχής. Δεκατέσσερις έφηβοι με νευρική ανορεξία είχαν προσληφθεί με μέσο όρο ηλικίας 14,0 + 1,5 χρόνια (εύρος 12-17 έτη). Οι θεραπευτές είχαν εκπαιδευτεί χρησιμοποιώντας ένα εργαστήριο, οδηγίες και εβδομαδιαία παρακολούθηση. Οι συνεδρίες βιντεοσκοπήθηκαν και βαθμολογήθηκαν για την πιστότητα της θεραπείας. Πριν και μετά τη θεραπεία οι εκτιμήσεις συγκρίθηκαν. Το βάρος αυξήθηκε σημαντικά κατά μέσο όρο 7,8 κιλά. Οι διατροφικοί περιορισμοί παρουσίασαν σημαντική βελτίωση, όπως και τα εσωτερικά ελλείμματα και οι φόβοι για την ωριμότητα. Από τους 9 συμμετέχοντες που είχαν δευτερογενή αμηνόρροια κατά την έναρξη, 8 ανέκτησαν την έμμηνο λειτουργία. Η πιστότητα της θεραπείας αξιολογήθηκε ως τουλάχιστον σημαντική 72% του χρόνου κατά τη φάση Ι της θεραπείας. Οι έφηβοι και οι γονείς βρήκαν την θεραπεία να είναι αποδεκτή. Αυτή η προκαταρκτική έρευνα της διάδοσης των οικογενειακών θεραπειών για εφήβους με νευρική ανορεξία δείχνει ότι αυτή η θεραπεία είναι αποτελεσματική όχι μόνο για την αποκατάσταση του βάρους, αλλά και στη βελτίωση κάποιων ψυχολογικών συμπτωμάτων, όπως διατροφική συγκράτηση, εσωτερικά ελλείμματα, και φόβοι ωριμότητας. Επιπλέον, αυτή η θεραπεία εγκρίθηκε με μεγάλη πιστότητα και ήταν αποδεκτή τόσο από τους εφήβους όσο και τους γονείς.

9. Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: a case series(2011)

Wildes JE, Marcus MD.

This case series describes the development of a novel psychotherapeutic intervention for older adolescents and adults with anorexia nervosa (AN). Emotion acceptance behavior therapy (EABT) is based on a model that emphasizes the role of anorexic symptoms in facilitating avoidance of emotions. EABT combines standard behavioral interventions that are central to the clinical management of AN with psychotherapeutic techniques designed to increase emotion awareness, decrease emotion avoidance, and encourage resumption of valued activities and relationships outside the eating disorder. Five patients with AN aged 17-43 years were offered a 24-session manualized version of EABT. Four patients completed at least 90% of the therapy sessions, and three showed modest weight gains without return to intensive treatment. Improvements in depressive and anxiety symptoms, emotion avoidance, and quality of life also were observed. These results offer preliminary support for the potential utility of EABT in the treatment of older adolescents and adults with AN.

Αυτή η περίπτωση περιγράφει την ανάπτυξη μιας νέας ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες με νευρική ανορεξία (ΝΑ). Η συμπεριφορική θεραπεία αποδοχήςσυναισθημάτων (EABT) βασίζεται σε ένα μοντέλο που δίνει έμφαση στο ρόλο των συμπτωμάτων της ανορεξίας στη διευκόλυνση της αποφυγής των συναισθημάτων. Η EABT συνδυάζει συμπεριφορικές παρεμβάσεις που έχουν κεντρική σημασία για την κλινική διαχείριση της ΝΑ με ψυχοθεραπευτικές τεχνικές που αποσκοπούν στην αύξηση της επίγνωσηςτου συναισθήματος, στημείωση της αποφυγήςτης συγκίνησης, και στηνενθάρρυνση της επανέναρξης των δραστηριοτήτων και των σχέσεων έξω από τη διατροφική διαταραχή. Πέντε ασθενείς με ΝΑ ηλικίας 17-43 ετών έκαναν θεραπεία 24-συνεδριών EABT. Τέσσερις ασθενείς ολοκλήρωσαν τουλάχιστον το 90% των συνεδριών της θεραπείας, και τρεις έδειξαν μέτρια αύξηση βάρους χωρίς επιστροφή στην εντατική θεραπεία. Επίσης παρατηρήθηκαν βελτιώσεις σε καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα, στην αποφυγή της συγκίνησης, και την ποιότητα ζωής. Τα αποτελέσματα αυτά προσφέρουν

προκαταρκτική στήριξη για την πιθανή χρησιμότητα της ΕΑΒΤ στη θεραπεία των μεγαλύτερων εφήβων και ενήλικων με ΝΑ.

10. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies (2011)

Arcelus J, Mitchell A, Wales J, Nielsen S.

CONTEXT: Morbidity and mortality rates in patients with eating disorders are thought to be high, but exact rates remain to be clarified.

OBJECTIVE: To systematically compile and analyze the mortality rates in individuals with anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), and eating disorder not otherwise specified (EDNOS).

DATA SOURCES:A systematic literature search, appraisal, and meta-analysis were conducted of the MEDLINE/PubMed, PsycINFO, and Embase databases and 4 full-text collections (ie, ScienceDirect, Ingenta Select, Ovid, and Wiley-Blackwell Interscience).

STUDY SELECTION: English-language, peer-reviewed articles published between January 1, 1966, and September 30, 2010, that reported mortality rates in patients with eating disorders.

DATA EXTRACTION: Primary data were extracted as raw numbers or confidence intervals and corrected for years of observation and sample size (ie, person-years of observation). Weighted proportion meta-analysis was used to adjust for study size using the DerSimonian-Laird model to allow for heterogeneity inclusion in the analysis.

DATA SYNTHESIS: From 143 potentially relevant articles, we found 36 quantitative studies with sufficient data for extraction. The studies reported outcomes of AN during 166 642 person-years, BN during 32 798 person-years, and EDNOS during 22 644 person-years. The weighted mortality rates (ie, deaths per 1000 person-years) were 5.1 for AN, 1.7 for BN, and 3.3 for EDNOS. The standardized mortality ratios were 5.86 for AN, 1.93 for BN, and 1.92 for EDNOS. One in 5 individuals with AN who died had committed suicide.

CONCLUSIONS: Individuals with eating disorders have significantly elevated mortality rates, with the highest rates occurring in those with AN. The mortality rates for BN and EDNOS are similar. The study found age at assessment to be a significant predictor of mortality for patients with AN. Further research is needed to identify predictors of mortality in patients with BN and EDNOS.

Πλαίσιο: Τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές πιστεύεται ότι είναι υψηλά, αλλά τα ακριβή ποσοστά αναμένεται ακόμη να διευκρινιστούν.

Στόχος: Να συγκεντρωθούν συστηματικά και να αναλυθούν τα ποσοστά θνησιμότητας σε άτομα με νευρική ανορεξία (NA), νευρική βουλιμία (NB), και διατροφική διαταραχή που δεν ορίζεται διαφορετικά (EDNOS).

Πηγές δεδομένων: Μια συστηματική βιβλιογραφική έρευνα, αξιολόγηση, και μετα-ανάλυση διεξήχθησαν από τις βάσεις δεδομένων MEDLINE / PubMed, PsycINFO και Embase και 4 συλλογές πλήρες κείμενου (δηλαδή, ScienceDirect, IngentaSelect, Ovid, και Wiley-BlackwellInterscience).

Επιλογή Μελέτης: Στην αγγλική γλώσσα, έγκριτα άρθρα που δημοσιεύτηκαν μεταξύ 1ης Ιανουαρίου 1966, και στις 30 Σεπτεμβρίου, 2010, που ανέφεραν τα ποσοστά θνησιμότητας σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές.

Εξόρυξη δεδομένων: Πρωτογενή δεδομένα εξήχθησαν ως πρώτοι αριθμοί ή διαστήματα εμπιστοσύνης και διορθώθηκαν με χρόνια παρατήρησης και μέγεθος δείγματος (δηλαδή, πρόσωπο-έτη παρατήρησης). Σταθμισμένο ποσοστό μετα-ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε για τη ρύθμιση του μέγεθος της μελέτης χρησιμοποιώντας το μοντέλο Dersimonian-Laird για να καταστεί δυνατή να συμπεριληφθεί η ετερογένεια στην ανάλυση.

Σύνθεση Των Δεδομένων: Από 143 δυνητικά σχετικά άρθρα, βρήκαμε 36 ποσοτικές μελέτες με επαρκή δεδομένα για την εξαγωγή. Οι μελέτες που αναφέρονται αποτελέσματα της NA κατά 166 642 άτομα-έτη, NB κατά τη διάρκεια των 32 798 άτομα-έτη, και κατά τη διάρκεια της EDNOS 22 644 άτομα-έτη. Τα σταθμισμένα ποσοστά θνησιμότητας (δηλαδή, θάνατοι ανά 1000 άτομα-έτη) ήταν 5.1 για NA, 1,7 για NB, και 3,3 για EDNOS. Οι τυποποιημένες αναλογίες θνησιμότητας ήταν 5,86 για το NA, 1,93 για NB, και 1,92 για EDNOS. Ένα στα 5 άτομα που πέθανε είχε αυτοκτονήσει.

Συμπεράσματα: Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές έχουν σημαντικά αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας, με τα υψηλότερα ποσοστά να εμφανίζονται σε άτομα με ΝΑ. Τα ποσοστά θνησιμότητας για ΝΒ και EDNOS είναι παρόμοια. Η μελέτη διαπίστωσε πως η ηλικία κατά την αξιολόγηση είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας θνησιμότητας για τους ασθενείς με ΝΑ. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να προσδιοριστούν οι προγνωστικοί παράγοντες της θνησιμότητας σε ασθενείς με ΝΒ και EDNOS.

11. Contribution of social and family factors in anorexia nervosa (2012)

Greta Wozniak, Maria Rekleiti , Zoe Roupa

Background: Anorexia nervosa is probably the most substantial eating disorder, with basically unknown causes, centered on psychological factors and affected by many social, biological and cultural ones. The aim of this study was to emerge the complex issues regarding the treatment, the early intervention and the prevention of the anorexia nervosa. The method of this study included a search of the literature in several databases (Medline, EMBASE and CINAHL) to identify articles related to anorexia nervosa. Results: Patients with anorexia nervosa develop a refusal in ingestion of food, maintaining a distorted self-perception of their body, considering themselves as overweighed. The diagnosis even though is made according international established criteria, varies among the patients taking into consideration additional factors like family and social environment. As the patients refuse to admit the seriousness of their condition, they seek for medical assistance when disorders appear in vital organs, due to de-nutrition. In most cases hospitalization is necessary and includes a suitable diet program and medication treatment. Conclusions: Psychological therapy is a basic part of the treatment, in long-term basis and is employed by behavior therapy and the patient's support. Advising the public and especially parents with children in adolescence, where usually anorexia nervosa occurs, is necessary as the prevention and the early diagnosis is the best treatment.

Ιστορικό: Η νευρική ανορεξία είναι ίσως η πιο σημαντική διατροφική διαταραχή, με άγνωστες αιτίες, που επικεντρώνεται σε ψυχολογικούς παράγοντες και επηρεάζεται από πολλές κοινωνικές, βιολογικές και πολιτιστικού χαρακτήρα αιτίες. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να παρουσιάσει τα πολύπλοκα ζητήματα που αφορούν τη

θεραπεία, την έγκαιρη παρέμβαση και την πρόληψη της νευρικής ανορεξίας. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε περιελάμβανε αναζήτηση της βιβλιογραφίας σε διάφορες βάσεις δεδομένων (Medline, EMBASE και CINAHL) για τον εντοπισμό άρθρων που σχετίζονται με τη νευρική ανορεξία. Αποτελέσματα: Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία έχουν αναπτύξει μια άρνηση στην κατάποση της τροφής, διατηρώντας μια διαστρεβλωμένη αυτο-αντίληψη του σώματος τους, θεωρώντας τους εαυτούς τους ως υπέρβαρους. Η διάγνωση ακόμη και αν γίνεται σύμφωνα με διεθνή καθιερωμένα κριτήρια, διαφέρει μεταξύ των ασθενών, λαμβάνοντας υπόψη επιπλέον παράγοντες όπως η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον. Καθώς οι ασθενείς αρνούνται να παραδεχθούν τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, αναζητούν ιατρική βοήθεια όταν εμφανίζονται διαταραχές σε ζωτικά όργανα, λόγω της ασιτίας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η νοσηλεία είναι απαραίτητη και περιλαμβάνει ένα πρόγραμμα διατροφής και κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Συμπεράσματα: Η ψυχολογική θεραπεία είναι ένα βασικό μέρος της θεραπείας, σε μακροπρόθεσμη βάση και γίνεται με συμπεριφορική θεραπεία και υποστήριξη του ασθενούς. Προς το κοινό και ιδιαίτερα τους γονείς με παιδιά στην εφηβεία, όπου εμφανίζεται συνήθως νευρική ανορεξία, είναι απαραίτητη η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση καθώς αυτή είναι η καλύτερη θεραπεία.

12. Enhanced cognitive behavior therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study (2013)

Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Palmer RL, Dalle Grave R.

Anorexia nervosa is difficult to treat and no treatment is supported by robust evidence. As it is uncommon, it has been recommended that new treatments should undergo extensive preliminary testing before being evaluated in randomized controlled trials. The aim of the present study was to establish the immediate and longer-term outcome following "enhanced" cognitive behavior therapy (CBT-E). Ninety-nine adult patients with marked anorexia nervosa (body mass index ≤ 17.5) were recruited from consecutive referrals to clinics in the UK and Italy. Each was offered 40 sessions of CBT-E over 40 weeks with no concurrent treatment. Sixty-four percent of the patients were able to complete this outpatient treatment and in these patients there was a substantial increase in weight (7.47 kg, SD 4.93) and BMI (2.77,

SD 1.81). Eating disorder features also improved markedly. Over the 60-week follow-up period there was little deterioration despite minimal additional treatment. These findings provide strong preliminary support for this use of CBT-E and justify its further evaluation in randomized controlled trials. As CBT-E has already been established as a treatment for bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified, the findings also confirm that CBT-E is trans diagnostic in its scope.

Η νευρική ανορεξία είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί και καμία θεραπεία δεν υποστηρίζεται από τεκμηριωμένα στοιχεία. Όπως συνηθίζεται, έχει προταθεί ότι οι νέες θεραπείες θα πρέπει να υποβάλλονται σε εκτεταμένες προκαταρκτικές δοκιμές πριν εφαρμοστούν σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καθοριστεί η άμεση και μακροπρόθεσμη έκβαση της "ενισχυμένης" γνωστικήςσυμπεριφορικής θεραπείας (CBT-E). Ενενήντα εννέα ενήλικες ασθενείς με έντονη νευρική ανορεξία (δείκτης μάζας σώματος ≤ 17,5) είχαν επιλεχθεί από διαδοχικές παραπομπές σε κλινικές στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιταλία. Στον κάθε ένα προσφέρθηκαν 40 συνεδρίες του CBT-E για πάνω από 40 εβδομάδες χωρίς ταυτόχρονη θεραπεία. Το 64% των ασθενών ήταν σε θέση να ολοκληρώσει αυτή τη θεραπεία στα εξωτερικά ιατρεία και σε αυτούς τους ασθενείς υπήρξε μια σημαντική αύξηση βάρους (7,47 kg, SD 4,93) και ΔΜΣ (2.77, SD 1,81). Τα χαρακτηριστικά της διατροφικής διαταραχής βελτιώθηκαν επίσης σημαντικά. Κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης των 60 επόμενων εβδομάδων υπήρξε μικρή επιδείνωση παρά την ελάχιστη πρόσθετη θεραπεία. Αυτά τα ευρήματα παρέχουν ισχυρή προκαταρκτική υποστήριξη για τη χρήση της CBT-E και δικαιολογούν την περαιτέρω αξιολόγησή της σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες. Η CBT-E έχει ήδη καθιερωθεί ως θεραπεία για την νευρική βουλιμία και τη διατροφική διαταραχή που δεν ορίζεται διαφορετικά, και τα ευρήματα επιβεβαιώνουν επίσης ότι η CBT-E είναι πολύ-διαγνωστική στο πεδίο εφαρμογής της.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι εμφανές πως η νευρική ανορεξία αποτελεί μια πάθηση που έχει αποτελέσει αντικείμενο ενασχόλησης χιλιάδων ερευνητών από όλο τον κόσμο, καθώς ενδιαφέρονται να μελετήσουν τα αίτια που την προκαλούν, τους παράγοντες με τους οποίους σχετίζεται και κυρίως να εντοπίσουν τις αποτελεσματικότερες λύσεις που μπορούν να δοθούν ώστε να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο και να αποφευχθεί η απώλεια χιλιάδων ανθρώπινων ζωών, και συγκεκριμένα των νέων ατόμων.

Από βιβλιογραφική ανασκόπηση ξενόγλωσσων ερευνών των Wozniak, Rekleiti, Roupa (2012) που έγινε για τον εντοπισμό της καταλληλότερης θεραπείας, την επισήμανση της έγκαιρης παρέμβασης και την πρόληψη της νευρικής ανορεξίας, παρατηρήθηκε πως οι ασθενείς που πάσχουν από τη διαταραχή, αρνούνται να φάνε κυρίως γιατί έχουν δημιουργήσει μια αυτοεικόνα που απέχει από την πραγματικότητα καθώς θεωρούν πως είναι υπέρβαροι, ενώ δεν είναι. Είναι γεγονός πως λόγω της μη αποδοχής της κατάστασής τους, όσοι πάσχουν από νευρική ανορεξία φτάνουν σε προχωρημένο επίπεδο ασιτίας και αναζητούν ιατρική στήριξη μόνο όταν πλέον έχουν αρχίσει να πλήττονται ζωτικά όργανα. Από τη μελέτη του συνόλου των ερευνών κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τις περισσότερες φορές το άτομο πρέπει να νοσηλευτεί έγκαιρα ενώ ένα βασικό μέρος της θεραπείας του θα πρέπει να είναι η ψυχολογική υποστήριξη μέσω ενός κατάλληλα δομημένου προγράμματος, η εφαρμογή ενός προγράμματος διατροφής και η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.

Είναι εμφανές από πολλές μελέτες ότι πολλοί ασθενείς που βιώνουν τη διαταραχή δυστυχώς δεν είναι σε θέση να επανακάμψουν. Αυτό όμως που τονίζουν οι ερευνητές είναι πως η έκβαση εξαρτάται πλήρως από διάφορες σωματικές και ψυχοκοινωνικές μεταβλητές και προτείνουν πως αυτό είναι κάτι που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ώστε η θεραπεία να προσεγγίζεται σε όλα τα επίπεδα και πάντα από μια έμπειρη και εξειδικευμένη διεπιστημονική ομάδα καθώς τα ποσοστά που προέκυψαν από τις μετρήσεις αποδεικνύουν μια αρκετά μεγάλη συχνότητα θνησιμότητας σε ασθενείς με νευρική ανορεξία.

Επίσης, τα άτομα με διατροφικές διαταραχές έχουν γενικότερα συναισθηματικά προβλήματα. Οι μελέτες κατέληξαν ότι η αποφυγή της συγκίνησης όξυνε τα αισθήματα άγχους και φάνηκε να είναι ιδιαίτερα συχνή στους ασθενείς. Με την επισήμανση αυτή προτείνεται η αντιμετώπιση της συγκεκριμένης κατάστασης έτσι ώστε να βοηθηθούν τα άτομα ως προς την έκφραση των συναισθημάτων τους και να

δοθεί μια λύση για την βελτίωση της συναισθηματικής τους κατάστασης. Αναγνωρίζοντας λοιπόν τη σημασία που έχει η αποδοχή και η έκφραση των συναισθημάτων, δοκιμάστηκε για το λόγο αυτό ένα νέο ψυχοθεραπευτικό μοντέλο βασιζόμενο στη συμπεριφοριστική θεραπεία (Emotion accept ance behavior therapy (EABT)), (Wildes, Marcus, 2011) με αποτέλεσμα αξιοσημείωτη αύξηση του βάρους και θετικές αλλαγές ως προς την βελτίωση της ποιότητας ζωής και της γενικότερης συναισθηματικής κατάστασης, θέτοντας έτσι τη μέθοδο αυτή ως μια αισιόδοξη τεχνική για τη συμπεριφοριστική προσέγγιση της θεραπείας της νευρικής ανορεξίας.

Όπως είναι αναμενόμενο, και εμφανές από τις παραπάνω προσπάθειες, η επιστημονική κοινότητα εκτός από τη μελέτη της θνησιμότητας και των παραγόντων που ωθούν ένα άτομο στη μείωση και τελικά τη διακοπή της σίτισης, ενδιαφέρεται κυρίως να συμβάλλει στην εύρεση τρόπων για την επανάκαμψη και την πλήρη θεραπεία. Για το λόγο αυτό έχουν δοκιμαστεί μέθοδοι –όπως αυτή που προαναφέρθηκε- ώστε να βρεθεί η πλέον κατάλληλη και πιο αποτελεσματική.

Η συμβολή της ψυχολογικής υποστήριξης είναι πολύ σημαντική σε όλα τα προγράμματα και θεωρείται ως βασική προϋπόθεση για το ξεκίνημα κάθε θεραπείας όπως φάνηκε και από τα πρωτόκολλα των παραπάνω ερευνών. Για το λόγο αυτό δίνεται έμφαση και γίνονται προσπάθειες να βρεθεί ο καλύτερος τρόπος προσέγγισης του προβλήματος από ψυχολογικής σκοπιάς. Αυτό υποστηρίζουν και οι Fairburn, Cooper, Doll, O'Connor, Palmer, Dalle-Grave(2013) εφαρμόζοντας ένα «ενισχυμένο» -όπως αναφέρεται- πρόγραμμα γνωστικής θεραπείας σύμφωνα με τους οποίους είναι σημαντικό, όπως και στην παρούσα δοκιμή έτσι και σε όσες πρόκειται να εφαρμοστούν, να γίνονται πάντα επιτυχημένες δοκιμές σε κάθε μέθοδο πριν προβεί οποιοσδήποτε στην εφαρμογή τους ώστε να διασφαλιστεί η ασφάλεια των ασθενών αλλά και η επιτυχία του προγράμματος.

Το συμπέρασμα που προκύπτει από την αρθογραφία είναι πως η νευρική ανορεξία είναι μια διαταραχή που πλήττει πολλούς ανθρώπους κάθε χρόνο και πολλές φορές η πρόγνωση δεν είναι ιδιαίτερα ευοίωνη. Παρά το γεγονός αυτό, όμως, υπάρχουν θετικές ενδείξεις για την αντιμετώπισή της και αυτό γίνεται εμφανές από τις προσπάθειες που γίνονται σε παγκόσμιο επίπεδο για την κατάλληλη στήριξη των πασχόντων. Σημαντική προϋπόθεση είναι οι θεραπευτικές προσεγγίσεις να είναι έγκυρες και επαληθευμένες ενώ θα πρέπει να δοθεί προσοχή στην ενημέρωση για το τι πραγματικά είναι η νευρική ανορεξία και πως θα πρέπει να αντιμετωπίζεται. Σε

αυτό οφείλουν να συμβάλλουν εκπαιδευτικοί φορείς και όλος ο χώρος της υγείας καθώς είναι πολύ εύκολο τα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία να γίνουν θύματα τόσο του ίδιου τους του εαυτού όσο και διαφόρων επιτήδειων κυρίως διαδικτυακών που παρουσιάζουν τη νευρική ανορεξία σε διαφόρους ιστότοπους ως «επιλογή» και «τρόπο ζωής» και όχι ως διαταραχή (Dias, 2003). Με αυτή την εικόνα, τα άτομα ωθούνται όλο και περισσότερο μέσω συμβουλών να ελέγχουν το βάρος τους, να γίνουν «τέλεια» και να επιτύχουν τη μεγαλύτερη απώλεια βάρους (Norris, Boydell, Pinhas, Katzman, 2006). Για την αποφυγή λοιπόν εμπλοκής των ασθενών σε υποστηρικτικές θεωρίες περί «υγιούς ανορεξίας», καλούνται όλοι οι ειδικοί να είναι ενήμεροι και να αγωνίζονται ώστε να προστατεύουν όσους παλεύουν καθημερινά με το αληθινό και αδιάψευστα σκοτεινό πρόσωπο της νευρικής ανορεξίας.

Από την παρούσα εργασία λοιπόν προκύπτει πως η νευρική ανορεξία και γενικά οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι σύνθετες και πολύ-παραγοντικής αιτιολογίας διαταραχές, που προσβάλλουν κατά βάση έφηβες κοπέλες και νεαρές ενήλικες γυναίκες. Οι γενικοί ιατροί διαδραματίζουν έναν κριτικής σημασίας ρόλο στην αναγνώριση και θεραπεία αυτών των διαταραχών. Η έγκαιρη διάγνωση αυτών των διαταραχών συμβάλλει σημαντικά στην θετική θεραπευτική εξέλιξη αλλά παρεμποδίζεται συχνά από τα ισχυρά συναισθήματα μυστικοπάθειας, άρνησης και ντροπής από μέρους του ασθενούς. Αν και τα άτομα που πάσχουν από τέτοιες διαταραχές μπορεί να αρνούνται τη θεραπεία, η γεμάτη κατανόηση προσέγγιση μιας διεπιστημονικής ομάδας που θα εστιάζει στις ιατρικές, ψυχολογικές αλλά και διατροφικές ανάγκες των ατόμων αυτών θα μπορούσε να ενισχύσει σε σημαντικό βαθμό την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (J. Yager, 1993).

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Eby, L. &Brown, N., (2010). Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

Gelder, M.G., (2008)b. Σύγχρονη Ψυχιατρική, Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.

Kaplan et al., (2000). Ψυχιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Lemperiere, T., Feline, A., (1995). Μεταφρασμένο από τον Π. Σακελλαρόπουλο 'Ψυχογενής Ανορεξία'. Εγχειρίδιο ψυχιατρικής Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογής στην Ελλάδα. Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα 1995, σελ. 253-259.

Palmer, B., (2006). Διατροφικές διαταραχές και η αντιμετώπιση τους, Αθήνα: Παρισιάνου.

William, M. Et al., (2010)a. Σύγχρονη Παιδιατρική Διάγνωση και Θεραπεία Τόμος 1, Π.Χ. Πασχαλίδης.

William, M. Et al., (2010)b. Σύγχρονη Παιδιατρική Διάγνωση και Θεραπεία Τόμος 1, Π.Χ. Πασχαλίδης.

Βάρσου, Ε., (1997). Πολιτισμικοί παράγοντες. In Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Αθήνα. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών. pp. 78-90.

Γκοτζαμάνης, Κ., (2004). 'Διαταραχές της πρόσληψης τροφής'. Διαγνωστικό κριτήριο DSM-IVΕκδ. Ιατρική Λίτσας, Αθήνα 2004, σελ. 253-259.

Γονιδάκης&Βάρσου, Ε., (2008). ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ Αυτοφυλακισμένες κοπέλες & το μονοπάτι προς την έξοδο. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.

Καραγιώργου, Δ., (2010). Έξαρση διατροφικών διαταραχών. Available at: http://www.hcfed.gr/?p= 1859 [Accessed October 19, 2014].

Μπουρδούκης, Σ., (2006). 'Νευρική ανορεξία' Μια ύπουλη αρρώστια όπου αντιμετωπίζεται με ψυχοθεραπεία. Περ. Αρμονία 29/8/2006, σελ. 1-3.

Σαραντόγλου, Γ., Maurice. JM. (2001). Η ψυχογενή ανορεξία. Εκδόσεις Χατζηνικολή.

Στεφάνης, Κ., Σολδάτος, Κ., (1997). 'F. 50 Διαταραχές στη λήψη τροφής'. Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς. Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση. Εκδ. ΒΗΤΑ Αθήνα 1997, σελ.220-226.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anderson, L. (2009). Wintergirls. Viking books for young readers. Pp. 18: 130.

Arcelus, J., Mitchell, A., Wales, J., Nielsen, S. (2011). *Mortality Rates in Patients with Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies.* Archives of General Psychiatry. Vol 68, No. 7

Beaumont, P., (2002). Clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In Eating disorders and obesity. London: Guilford Press, pp. 162-170.

Beck, D., (1996). Truly late on sate of eating disorders: a study of II cases aneraging 60 years of age at presentation. International Journal of Eating Disorders, pp. 20: 389-395.

Birmingham, C.,(2007). The mortality rate from anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, pp. 38: 143-146. Birmingham, C.L., Su, J., Hlynsky, J., Goldner, E., Gao, M. (2005). *The mortality rate from anorexia nervosa.International Journal of Eating Disorders.* Volume 38, Issue 2, 143–146

Birmingham, C.L., Su, J., Hlynsky, J., Goldner, E., Gao, M. (2005). *The mortality rate from anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders.* Volume 38, Issue 2, 143–146

Bryant-Waugl, R. et al., (2006). Misuse of laxatives among adult out patients with eating disorders: prevalence and profiles. International Journal of Eating Disorders pp. 39: 404-409.

Bulik, C. et al., (2006). Prevalence, heritability and prospective risk factors for anorexia nervosa. Archives of General Psychiatry, pp. 63: 305-312.

Couturier,J., Isserlin, L., Lock, J. (2010).*Family-Based Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa: A Dissemination Study.* Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention. 18:3, 199-209

Crago, M., (1996). Eating disturbances among American minority groups. International Journal of eating disorders, pp. 19: 239-248.

Davis, C. (1997). Eating disorders and hyperactivity a psychobiological perspective. Canadian Journal of Psychiatry, pp. 42: 168-175.

Dias, K. (2003)*The Ana Sanctuary: Women's Pro-Anorexia Narratives in Cyberspace.* Journal of International Women's Studies, 4(2), 31-45

Doyle, P., Le Grange, D., Loeb, K., Celio-Doyle, A., Crosby, R. (2010).*Early response to family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders.* Volume 43, Issue 7, 659–662

Fairburn, C. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: 'a trans diagnostic' theory and treatment. Behaviour Research and Therapy, pp. 43: 691-701.

Gowers, S. (1991). Premenarcheal anorexia nervosa. Journal of Child Psychology

Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., O'Connor, M., Palmer, R., Dalle-Grave, R. (2013). *Enhanced cognitive behavior therapy for adults with anorexia nervosa: A UK–Italy study* .Behavior Research and Therapy. Volume 51, Issue 1, R2–R8

Halmi, K., Sunday, S., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D.B., Fichter,M., Treasure, J., Berrettini, W., Kaye, W. (2000). *Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior.* Am J Psychiatry 2000; 157:1799–1805)

Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., Treasure, J. (2009).*Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa* .Clinical Psychology &Psychotherapy. Volume 16, Issue 4. Pages 348–356

Hoek, H. &Hoeken, D., (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. International Journal of Eating Disorders, pp. 34: 383-386.

Hoek, H. et al., (1996). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. American Journal of Psychiatry, pp. 152: 1272-1278.

Hoek, H., (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. Current opinion in Psychiatry, pp. 19: 389-394.

Keski-Rahkonen, A. et al., (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. American Journal of Psychiatry, pp. 164: 1259-1265.Keski-Rahkonen, A., Hoek, H.,Susser, E., Linna, M., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C., Kaprio, J., Rissanen, A. (2007). *Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community.* The American Journal of Psychiatry. Volume 164. 1259-1265

Kjeslsas E., (2004). Prevalence of Eating Disorders in Female and Male Eating Behaviours. Eating Behaviour, pp. 13-25.

Kuboki, T. et al., (1996). Epidemiological data on anorexia nervosa in Japan. Psychiatry Research, pp. 62: 11-16.

Lock, J., Le Grange, D., Agras, W.S., Moye, A., Bryson, S.W., Jo, B. (2010).*Randomized Clinical Trial Comparing Family-Based Treatment With*

Adolescent-Focused Individual Therapy for Adolescents With Anorexia Nervosa. Arch Gen Psychiatry. 67(10), 1025-1032

Lucas, A. et al., 1991. 50-years trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: a population based study. American Journal of Psychiatry, pp. 148: 917-922.

Makino, M., (2004). Prevalence of eating disorders: a comparison of western and non western countries. Med scape General Medicine, pp. 6: 49-61.

Norris, M., Boydell, K., Pinhas, L., Katzman, D. (2006).*Ana and the Internet: A review of pro-anorexia websites.* International Journal of Eating Disorders. Volume 39, Issue 6. Pages 443–447

Pryor, T. (1996). Laxative abuse among women with eating disorders: an indication of psychopathology. International Journal of Eating Disorders, pp. 20: 13-18.

Shafran, R. et al., (2004). Body checking and its avoid once in eating disorders. International Journal of Eating Disorders, pp. 35: 93-101.

Steffen, K. et al.,(2007). The eating disorders medicine cabinet revisited: a clinician's quide to ipecac and laxatives. International Journal of Eating Disorders, pp. 40: 360-368.

Sullivan, P., (1995). Mortality in anorexia nervosa. American Journal of Psychiatry, pp. 152: 1073 1074.

Tsai, G., (2000). Eating disorders in the far East. Eating Weight Disorders, pp. 5: 183- 197.

Wildes, J., Marcus, M. (2011). *Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: A case series* .International Journal of Eating Disorders. Volume 44, Issue 5. Pages 421–427

Wildes, J., Ringham, R., Marcus, M. (2010).*Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model.* International Journal of Eating Disorders. Volume 43, Issue 5. Pages 398–404

Wozniak, G., Rekleiti, M. Roupa, Z. (2012). *Contribution of social and family factors in anorexia nervosa.* Health Science Journal. Volume 6, Issue 2

Yager , J., (1993). *American Psychiatric Association practice guidelines for eating disorders. Work Group on Eating Disorders.* USA: Appleton and Lange.

Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D., Deter, H-C., Herzog, W. (2000). *Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study*. Research Letters The Lancet. Vol 355. 721-722