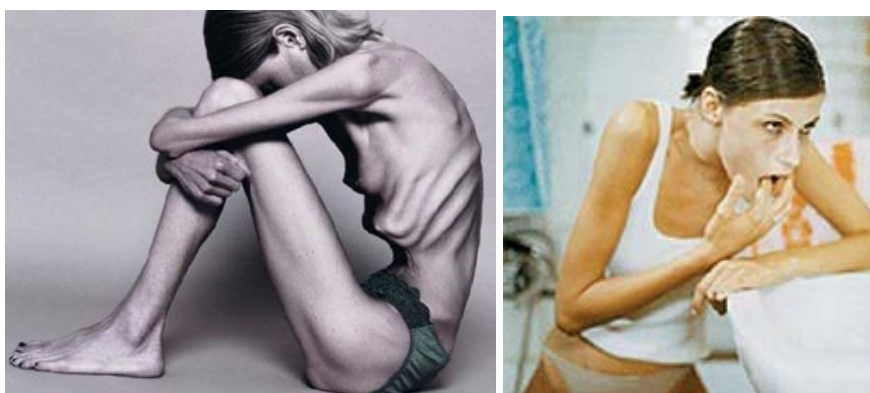


Τ.Ε.Ι. Ηπείρου
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας
Τμήμα Νοσηλευτικής

Πτυχιακή εργασία:

«Νευρική ανορεξία Ο ρόλος του Νοσηλευτή-τριας»



Σπουδάστριες:
Αθανασίου Αθηνά
Βόντα Μαρία
Ζάχου Λαμπρινή

Εισηγήτρια πτυχιακής:
Παπαγιαννοπούλου Ε.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	10
1.1. Ο 17ος αιώνας	10
1.2. Ο 18ος αιώνας	11
1.3. Ο 19ος αιώνας	11
1.4. Ο 20ος αιώνας	12
2. ΟΡΙΣΜΟΣ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	14
3. ΠΟΡΕΙΑ – ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	17
4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	19
4.1. Βιολογικοί παράγοντες	20
4.2. Γενετικοί παράγοντες	21
4.3. Ψυχολογικοί και ψυχοδυναμικοί παράγοντες	21
4.4. Κοινωνικοί-περιβαλλοντικοί παράγοντες	22
5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	24
6. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	28
6.1. Αρχική πρωτογενής πρόληψη	28
6.2. Δευτερογενής πρόληψη	30
6.3. Τριτογενής πρόληψη	32
7. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	33
7.1. Κριτήρια για τη διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας σύμφωνα με το DSM-IV	33
7.2. Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής μη προσδιοριζόμενες αλλιώς, σύμφωνα με το DSM-IV	34
8. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	35
9. ΤΥΠΟΙ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	37
9.1. Περιοριστικός τύπος	37
9.2. Υπερφαγικός / καθαρτικός τύπος	37
10. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	39
10.1. Ψυχιατρικές επιπλοκές	40
10.2. Επιπλοκές στο νευρικό σύστημα	40
10.3. Ορμονικές επιπλοκές	40
10.4. Επιπλοκές στο ενδοκρινικό σύστημα	42
10.5. Μεταβολικές ανωμαλίες	43
10.6. Επιπλοκές στη νεφρική λειτουργία και ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες	44

10.7. Επιπλοκές στο κυκλοφορικό σύστημα	45
10.8. Αιματολογικό και αμυντικό σύστημα	45
10.9. Επιπλοκές στο πεπτικό σύστημα	45
10.10. Επιπλοκές στην εγκυμοσύνη και στην αναπαραγωγική λειτουργία	46
10.11. Δερματολογικές επιπλοκές	47
11. ΠΡΟΓΝΩΣΗ	48
12. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	49
12.1. Νοσηλεία	49
12.2. Ψυχοθεραπεία	51
12.3. Δυναμική ψυχοθεραπεία	51
12.4. Βιολογική θεραπεία	52
12.5. Διατροφική αντιμετώπιση	53
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	56
1. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	57
1.1. Ιστορικό δίαιτας	57
1.2. Μέτρηση βάρους και ύψους	58
1.3. Κλινική αξιολόγηση και παρακολούθηση	58
1.4. Φυσική εξέταση	59
1.5. Ενδείξεις για εισαγωγή σε νοσοκομείο	60
1.6. Εργαστηριακή αξιολόγηση και παρακολούθηση	60
1.7. Συνιστώμενες εξετάσεις κατά την εισαγωγή	62
2. ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	63
3. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	66
3.1. Διαιτολογική παρέμβαση	66
3.2. Βασικοί στόχοι της διαιτολογικής παρέμβασης	66
3.3. Ενεργειακές ανάγκες	68
3.4. Στόχος βάρους	70
3.5. Εντερική σίτιση	71
3.6. Επιπλοκές της επανασίτισης	74
3.7. Διαταραχές ηλεκτρολυτών	74
4. ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	78
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ	80
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	111
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	112

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νευρογενής ανορεξία εμφανίζεται κυρίως στην εφηβική και αναπαραγωγική ηλικία και η συχνότητα της φθάνει το 3,7% του γενικού πληθυσμού. Η νόσος είναι συχνότερη στις γυναίκες και συνδέεται συχνά με κατάθλιψη και άλλες διαταραχές της διάθεσης. Τα κοινωνικά πρότυπα και η έμφαση που δίνεται στην εξωτερική εμφάνιση, ειδικά στην ευαίσθητη εφηβική ηλικία, η ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης και οι δυσλειτουργίες του υποθαλάμου συμβάλλουν στη δημιουργία ανωμαλιών στη διατροφή. Η διάγνωση γίνεται στις ασθενείς που εμφανίζουν άρνηση διατήρησης του βάρους τους στο ελάχιστο φυσιολογικό για ηλικία και ύψος, έντονο φόβο για απόκτηση βάρους, διαστρέβλωση της εικόνας του σώματος, άρνηση της κρισιμότητας του χαμηλού βάρους σώματος, αμηνόρροια και, τέλος, καμιά άλλη πάθηση που να μπορεί να δικαιολογήσει την απώλεια βάρους. Στις επιπλοκές της νόσου περιλαμβάνονται αμηνόρροια, οστεοπόρωση και παθολογικά κατάγματα, διαταραχές στο ισοζύγιο νερού και ηλεκτρολυτών, καρδιακές αρρυθμίες και γαστρεντερικές διαταραχές. Στις γυναίκες αναπαραγωγικής περιόδου, η νευρογενής ανορεξία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αυτόματων εκτρώσεων, πρόωρο τοκετό και χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά. Η αντιμετώπιση της νόσου είναι απαραίτητη και γίνεται αποτελεσματικότερη όταν η έναρξή της είναι έγκαιρη, πριν εμφανιστούν στην ασθενή σοβαρές διαταραχές του σωματικού βάρους. Η εισαγωγή σε νοσοκομείο επιβάλλεται σε περιπτώσεις με σημαντικές μεταβολικές διαταραχές και σε μείωση του βάρους σώματος σε επίπεδα κατώτερα του 85% του ιδανικού. Η θεραπεία περιλαμβάνει θρεπτική αποκατάσταση, ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς και, συχνά, φαρμακευτική αντικαταθλιπτική αγωγή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εξασφάλιση και προετοιμασία της τροφής αποτελεί μια από τις κυριότερες καθημερινές ασχολίες του ανθρώπου. Μελετώντας την ιστορία του ανθρωπίνου είδους αντιλαμβανόμαστε ότι η φροντίδα για τη λήψη τροφής ισχύει τόσο για τον πρωτόγονο τροφοσυλλέκτη όσο και για το σύγχρονο πολίτη μιας προηγμένης χώρας που αγοράζει την τροφή του στο σούπερ μάρκετ πληρώνοντας με την πιστωτική του κάρτα. Στην Ελλάδα, παρά τους διαρκώς αυξανόμενους σε ένταση ρυθμούς ζωής, η ώρα του φαγητού εξακολουθεί να αποτελεί ένα κάλεσμα προς τα μέλη της οικογένειας να συγκεντρωθούν και να επικοινωνήσουν και προς το οποίο συνεχίζουν στην πλειονότητά τους να ανταποκρίνονται.

Όσο σημαντική όμως και αν είναι η τροφή το ίδιο σημαντική γίνεται κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες και η εκούσια στέρησή της. Η εκούσια στέρηση της τροφής (μερική ή ολική) αποτελεί τόσο έναν διαδεδομένο τρόπο πολιτικής διαμαρτυρίας όσο και έναν από τους βασικούς κανόνες προετοιμασίας του πιστού για να επιτευχθεί η επαφή με το Θείο. Αντίθετα με τη στέρηση η ακατάσχετη κατανάλωση τροφής χαρακτηρίστηκε ως ένα από τα επτά θανάσιμα αμαρτήματα (λαιμαργία) και έχει συνδεθεί με την παρακμή των πολιτισμών όπως συνέβη, για παράδειγμα, με τη μετεξέλιξη των εκλεπτυσμένων ελληνικών συμποσίων στα γαστριμαργικά όργανα της περιόδου της ρωμαϊκής παρακμής..

Ο όρος «ανορεξία» αναφέρεται στην απώλεια της όρεξης» και ο όρος «νευρογενής» υποδηλώνει το συναισθηματικό υπόβαθρο. Για πολλούς ο όρος αυτός είναι κατά κάποιο τρόπο «ατυχής» ή «ανακριβής» δεδομένου ότι πολλοί λίγοι πάσχοντες πράγματι χάνουν την όρεξή τους, παρά μόνο όταν η νόσος έχει εγκατασταθεί σταθερά στο άτομο. Μάλλον το αντίθετο συμβαίνει τις περισσότερες φορές, δηλαδή οι ασθενείς αυτοί λιμοκτονούν και πολλές είναι οι φορές που θα πρέπει να επιδείξουν μεγάλη αυτοσυγκράτηση για να υπερνικήσουν το αίσθημα της πείνας που τους διακατέχει.

Η διόρθωση της σύστασης του σώματος είναι ξεκάθαρα ο απόλυτος στόχος της διατροφικής θεραπείας, αλλά μπορεί να συμβεί μόνο εάν υπάρχει

επαρκής κυτταρική λειτουργία. Στους ασθενείς που έχουν σοβαρό υποσιτισμό, δύο ξεχωριστές διαδικασίες που όμως συνδέονται συμβαίνουν:

- Πρώτα, η μη επαρκής πρόσληψη τροφής οδηγεί σε απώλεια μάζας και σε λειτουργικές αλλαγές σε όλους τους ιστούς.
- Έπειτα, η γενική μεταβολική απάντηση σε λοιμώξεις, τραυματισμούς ή άλλο σωματικό στρες οδηγεί σε περαιτέρω απώλειες συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών και κυτταρική καταστροφή.

Τελικά το ζητούμενο της θεραπείας πρέπει να είναι η επανάκτηση μίας φυσιολογικής σύστασης σώματος, αυτό όμως προαπαιτεί ικανό μεταβολικό μηχανισμό. Έτσι το πρώτο βήμα πρέπει να είναι να επιδιορθωθούν οι μηχανισμοί, ενώ σαν δεύτερη σκέψη στο αρχικό μέρος της θεραπείας είναι να αναδομηθούν οι ιστοί. Η διατροφική αντιμετώπιση της σοβαρής νευρικής ανορεξίας μπορεί να θεωρηθεί σε όρους τριών διαδοχικών φάσεων: ανάνηψη, επιδιόρθωση και αναδόμηση.

Η σοβαρός υποσιτισμός αποτελεί ένα ιατρικό επείγον, και υπάρχει επιτακτική ανάγκη να διορθωθεί η υποθερμία, η υπογλυκαιμία και η διαταραχή των ηλεκτρολυτών. Η αφυδάτωση πρέπει να διορθωθεί με προσοχή και η καρδιαγγειακή λειτουργία να σταθεροποιηθεί όσο το δυνατόν περισσότερο όσο αυτό είναι εφικτό. Οι λοιμώξεις (μερικές από τις οποίες μπορεί να μην είναι κλινικά φανερές) πρέπει να αναγνωριστούν και να θεραπευτούν. Η λειτουργία των ιστών δεν μπορεί να επανέλθει εάν ο κυτταρικός μηχανισμός δεν επιδιορθωθεί. Αυτό απαιτεί τη διόρθωση πολλαπλών συγκεκριμένων διατροφικών ελλείψεων, οι οποίες μπορεί να μην είναι εφικτό να ανιχνευθούν από τα κλασικά βιοχημικά τεστ.

ΜΕΡΟΣ Α΄

1. 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 νόσο αυτή παρουσιαζόταν συχνότερα σε άτομα τα οποία προέρχονταν από τις πιο εύπορες κοινωνικές τάξεις. Το γεγονός αυτό οδήγησε τον Laseque στη διατύπωση της

υπόθεσης πως η ελλιπής οικογενειακή συναισθηματική στήριξη (γεγονός το οποίο πίστευε πως είναι πιο σύνηθες στις εύπορες οικογένειες) σχετίζεται με την εκδήλωση της διαταραχής αυτής. Επικράτησε επίσης η άποψη πως οι συγκρούσεις των γονέων με τα παιδιά τους είναι πιθανό 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 οικογένειά του σε συνδυασμό με την επιβολή της υποχρεωτικής σίτισης του παιδιού με οποιονδήποτε τρόπο (Σαραντόγλου, 2001).

1.1.Ο 17ος αιώνας

Το 1689, ένα βιβλίο ιατρικής δημοσιεύτηκε στο Λονδίνο με τίτλο *Phthisiologia, seu Exercitationes de Phthisi*. 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 Consumptions*, ο Μόρτον υπογράμμισε τις πολλές ασθένειες που προκαλούν την απώλεια του

σωματικού βάρους. Όλα τα δεδομένα ήταν βασισμένα στη δική του κλινική παρατήρηση. Ο Μόρτον σήμερα είναι γνωστός ως ο συγγραφέας της πρώτης γαστρικής ραφής που αφορά την νευρική ανορεξία μια κατάσταση στην οποία αναφέρεται ως νευρική κατανάλωση» που το προκαλούσε η λυπημένη διάθεση και αγχοτικές ανησυχίες. Περιέγραψε 2 ασθενείς, μια δεκαοκτάχρονη κοπέλα η οποία ανέπτυξε αμηνόρροια από «ένα πλήθος ανησυχιών και παθών του μυαλού της». Ο δεύτερος ασθενής ήταν ένα δεκαεξάχρονο αγόρι το οποίο «έπεσε σταδιακά σε μια ολοκληρωτική θέληση της όρεξης», πράγμα το οποίο προξένησε το γεγονός ότι μελετούσε πολύ σκληρά (Σαραντόγλου, 2001).

1.2.Ο 18ος αιώνας

Εβδομήντα πέντε χρόνια έπρεπε να περάσουν πριν ένα άλλο σημαντικό αίτιο της λιμοκτονίας εμφανισθεί. Το 1764, ο Robert Whytt, καθηγητής Θεωρίας της Ιατρικής (Theory of Medicine), στο Πανεπιστήμιο του Εδιμβούργου (University of Edinburgh), δημοσίευσε ένα βιβλίο με τίτλο *Observations on the Nature, Causes, and Cures of those Disorders which have been commonly called Nervous, Hypochondriac or Hysterical to which are prefixed some Remarks on the Sympathy of the Nerves*. Ο ασθενής του ήταν ένα δεκατετράχρονο αγόρι χαμηλών τόνων, αρκετά σκεπτόμενο που έχανε την όρεξη του και είχε κακή πέψη. «Καμία συνταγματική ασθένεια δεν είχε ανακαλυφθεί» (Σαραντόγλου, 2001).

1.3.Ο 19ος αιώνας

Σχεδόν 100 έτη θα παρέρχονταν προτού να εμφανισθεί ένας άλλος αληθινά σημαντικός απολογισμός των διατροφικών διαταραχών στην τότε υπάρχουσα βιβλιογραφία. Όταν το 1860, απέτυχε να λάβει την προσοχή που άξιζε, παρά τη σημασία της. Το θέμα ξεχάστηκε γρήγορα και δεν εμφανίστηκε πάλι για περισσότερο από έναν αιώνα. Αυτό το έγγραφο, ίσως η δημιουργική έκθεση του 19^{ου} αιώνα, γράφτηκε από τον Dr. Louis-Victor Marse από το Παρίσι. Ο Marse έγραψε τα εξής: «...μεταξύ των πολυάριθμων και ποικίλων μορφών δυσπεψίας υπάρχουν μερικές που πρέπει να προσελκύσουν την προσοχή των ψυχιάτρων εξαιτίας της ιδιαίτερης διανοητικής κατάστασης η

οποία καθορίζεται με αυτόν τον τρόπο. Βλέπουμε παραδείγματος χάριν ότι τα νέα κορίτσια στην περίοδο της εφηβείας και μετά από μια πρόωρη φυσική ανάπτυξη έγιναν υποκείμενο της κατάστασης της ανορεξίας, η διάρκεια της οποίας ξεπέρασε τα όρια. Πρέπει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της αποχής τους, βίωναν αποστροφή για τα τρόφιμα. Αυτό που προκαλεί μεγάλη εντύπωση είναι η απουσία της όρεξης από την ανησυχία που προκαλείται από την πέψη, αυτοί οι ασθενείς φτάνουν σε μια ξέφρενη πεποίθηση ότι δεν μπορούν ή οφείλουν να μην φάνε. Με μια λέξη η γαστρική αναταραχή γίνεται νευροεγκεφαλική αναταραχή». Τον Απρίλιο του 1873, ο Charles Lasague του Παρισιού δημοσίευσε ένα χειρόγραφο που τιτλοφορήθηκε *De VAnorexie Hysterique*, στο οποίο περιέγραψε 8 ασθενείς ηλικίας μεταξύ 18-32 ετών. Στην έκθεση του υπογράμμισε την συναισθηματική αιτιολογία της ασθένειας. Ο Lasague μεταβίβασε μια αίσθηση του πνεύματος και των συναισθημάτων αυτών των ασθενών, τις αποχρώσεις των διαταραγμένων σχέσεων τους, και τις οξύνειες της ενδοψυχικής διαταραχής τους. Θεώρησε την ασθένεια μια «υστερία η οποία συνδέθηκε με την υποχονδρίαση» (Σαραντόγλου, 2001).

1.4. Ο 20ος αιώνας

Κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα, βασικές ανακαλύψεις που έλαβαν χώρα στη συνέχεια οδήγησαν σε επανάσταση σε ό,τι αφορά την κατανόηση μας σχετικά με την νευρική ανορεξία. Η επανάσταση ήρθε από την πένα της Dr Hilde 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 μια ακούραστη επιστήμονα και παραγωγικότερη συγγραφέα, η οποία βούτηξε μέσα στην ψυχή των ανορεκτικών ασθενών σε μία προσπάθεια να βρει κοινά σημεία στις συναισθηματικές τους παθολογίες. Ανακάλυψε ότι οι ακόλουθοι τρεις τομείς διαταραγμένης λειτουργίας μπορούν να αναγνωριστούν:

«... διαταραχή στην αναλογία της ψευδαίσθησης στην εικόνα για το σώμα αλλά και στην αντίληψη για το σώμα. Δεν δίνεται σημασία στην καχεξία, και υπεραμυνόμεθα αυτής λες και είναι κάτι το φυσιολογικό και το σωστό, αλλά και στο ότι αποτελεί τη μοναδική ασφαλή λύση στην οποία μπορούμε να καταφύγουμε για να καταπολεμήσουμε το λίπος αλλά και το πάχος. Η πραγματική ανορεξική εντοπίζεται από την εμφάνιση της που παραπέμπει σε

σκελετό, από την άρνηση της να παραδεχθεί ότι δεν είναι φυσιολογική, αλλά και από την προσπάθεια της να διατηρηθεί σε αυτή την κατάσταση».

«...διαταραχή στην ακρίβεια την αντίληψης ή της γνωσιακής ερμηνείας των ερεθισμάτων που δημιουργούνται στο σώμα, με αποτυχία αναγνώρισης των σημείων εκείνων της διατροφικής ανάγκης ως το πιο έκδηλο ελάττωμα. Η συνείδηση του αισθήματος της πείνας φαίνεται να απουσιάζει. Το 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 των απαιτήσεων που απορρέουν από άλλους ανθρώπους σε διάφορες καταστάσεις, και όχι επειδή κάνουν τα πράγματα που οι ίδιοι θέλουν».

Έτσι, μόνο κατά τον 20^ο αιώνα αποκτήσαμε κάποια ιδέα για την πραγματική ψυχοπαθολογία των ασθενών αυτών. Κατά τα προηγούμενα 300 χρόνια, αυτή η ασθένεια η οποία είχε 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), «διαστροφή του εγώ» (Gull) (Σαραντόγλου, 2001).

2. ΟΡΙΣΜΟΣ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ



Είναι πολλοί οι ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία και επιδεικνύουν υπερβολική ενασχόληση με το φαγητό. Η ενασχόληση αυτή μπορεί να εκδηλώνεται με συμπεριφορές όπως το να διαβάζουν βιβλία μαγειρικής συνεχώς, να προετοιμάζουν πολύπλοκες συνταγές και εξεζητημένα γεύματα για τις οικογένειές τους κ.α. (Χριστοδούλου και συν. 2004).

Ένα άλλο πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό της Νευρογενούς

Ανορεξίας είναι η έντονη και σοβαρή διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος και η ανυποχώρητη επιδίωξη της λεπτότητάς του. Η βασική αυτή διαταραχή, που θα μπορούσε να γίνει κατανοητή ως «παράλογος φόβος του πάχους», οδηγεί το άτομο σε σκόπιμα αυτοεπιβαλλόμενο περιορισμό στην πρόσληψη τροφής και σε κατανάλωση τροφών μετά από προσεκτική επιλογή τους τόσο σε ό,τι αφορά την ποιότητα όσο και σε ότι αφορά την ποσότητα τους, έτσι ώστε να οδηγείται το άτομο σε σταδιακή απώλεια βάρους και τελικά στην απίσχναση, καθώς προοδευτικά έχει οδηγηθεί σε κατάσταση λιμοκτονίας (Χριστοδούλου και συν. 2004).

Βέβαια η απώλεια βάρους δεν έρχεται χωρίς αρνητικές συνέπειες για τον οργανισμό του ατόμου. Η αποδυνάμωση του οργανισμού καθιστά το άτομο ευάλωτο στις μολύνσεις, αλλά αυτό δεν είναι το μοναδικό σύμπτωμα της σοβαρής στέρησης τροφής. Υπάρχουν σοβαρές περιπτώσεις κατά τις οποίες το άτομο μπορεί ακόμα και να καταλήξει στο θάνατο εξαιτίας της αποδυνάμωσης αυτής. Δεν είναι τυχαίο ότι οι πρωτοπόροι ερευνητές της Νευρογενούς Ανορεξίας την περιέγραψαν ως «την αέναη επιδίωξη του αδυνατίσματος μέσω της στέρησης τροφής, ακόμα και μέχρι το θάνατο» (Χριστοδούλου και συν. 2004).

Η απίσχναση, που παρατηρείται, λοιπόν, στη νόσο αυτή, μπορεί να προκληθεί από την αυστηρή στέρση τροφής, δηλαδή τη νηστεία στην οποία αυτουποβάλλεται το άτομο (Περιοριστικός Τύπος) ή μπορεί να προκληθεί όταν το άτομο επιδίδεται σε καθαρτικές συμπεριφορές μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο ή μετά από ένα κανονικό ή μικρό γεύμα (Υπερφαγικός / Καθαρτικός Τύπος) (Elkin 1999).

Η νευρογενής ανορεξία παρατηρείται κατεξοχήν στις δυτικές πολιτισμικές κοινωνίες, δηλαδή τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα σε βιομηχανικές, πλούσιες, ανεπτυγμένες χώρες σε σύγκριση με αναπτυσσόμενες χώρες, όπου φαίνεται να σπανίζει. Ακόμα και μέσα σ' αυτές τις ανεπτυγμένες χώρες είναι πιο συχνή στα υψηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχόντων είναι γυναίκες της Καυκάσιας φυλής και μέσης ή ανώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξης. Ίσως αυτό να συνδέεται με το γεγονός ότι η Νευρογενής Ανορεξία είναι περισσότερο πιθανό να αναπτυχθεί σε ένα περιβάλλον όπου υπάρχει πληθώρα διαθέσιμου φαγητού αλλά στο οποίο το να είναι οι γυναίκες λεπτές με κάποιο τρόπο εξισώνεται με το υψηλό ή ξεχωριστό επίτευγμα (Χατζηγεωργίου 2004).

Η νευρογενής ανορεξία θεωρείται μια μάλλον σπάνια ασθένεια. Ακόμα και ανάμεσα στις λεγόμενες ομάδες υψηλού κινδύνου (έφηβες κοπέλες και νεαρές ενήλικες γυναίκες) ο επιπολασμός της αυστηρώς ορισμένης Νευρογενούς Ανορεξίας μόλις που αγγίζει το 0,5%. Σε ότι αφορά το γενικό πληθυσμό, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία εκτιμά ότι ο επιπολασμός κυμαίνεται από 0,5%-1%. Υπολογίζεται ότι στην Ευρώπη για κάθε 100.000 κατοίκους αναλογούν 1,5-5 καινούρια περιστατικά Νευρογενούς Ανορεξίας. Το φαινόμενο αυτό συχνά αποδίδεται στις αλλαγές που έχουν σημειωθεί στις νόρμες της κοινωνίας για το ιδανικό – επιθυμητό σωματικό σχήμα και βάρος (Χατζηγεωργίου 2004).

Σε ό,τι αφορά το φύλο, η Νευρογενής Ανορεξία φαίνεται από τις έρευνες ότι πλήττει κυρίως τις γυναίκες, οι οποίες φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην ανάπτυξη Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών, που έχουν διαγνωσθεί με νευρογενή ανορεξία, κυμαίνεται από 1:10 έως 1:20. Οι διαφορές στον επιπολασμό της Νευρογενούς Ανορεξίας μεταξύ του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού μάλλον αντανακλούν τη μεγαλύτερη έμφαση που δίνουν οι γυναίκες στα πρότυπα που προβάλλει η κοινωνία για το τι θεωρείται ελκυστικό – επιθυμητό.

Τα πρότυπα αυτά είναι γνωστό ότι εδώ και δεκαετίες προβάλλουν τη λεπτόσωμη σιλουέτα σαν ιδανικό, και είναι πολλές οι ερευνητικές μελέτες που δείχνουν ότι η υπέρμετρη ενασχόληση με την τροφή και το βάρος είναι εντυπωσιακά συχνή ανάμεσα στο γυναικείο πληθυσμό. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι η Νευρογενής Ανορεξία εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε νεαρές κοπέλες που ασχολούνται με επαγγέλματα που απαιτούν λεπτά σώματα όπως είναι τα μοντέλα, οι χορεύτριες μπαλέτου, οι αθλήτριες ορισμένων αθλημάτων (π.χ. ρυθμικής) κ.α. (Χατζηγεωργίου 2004).

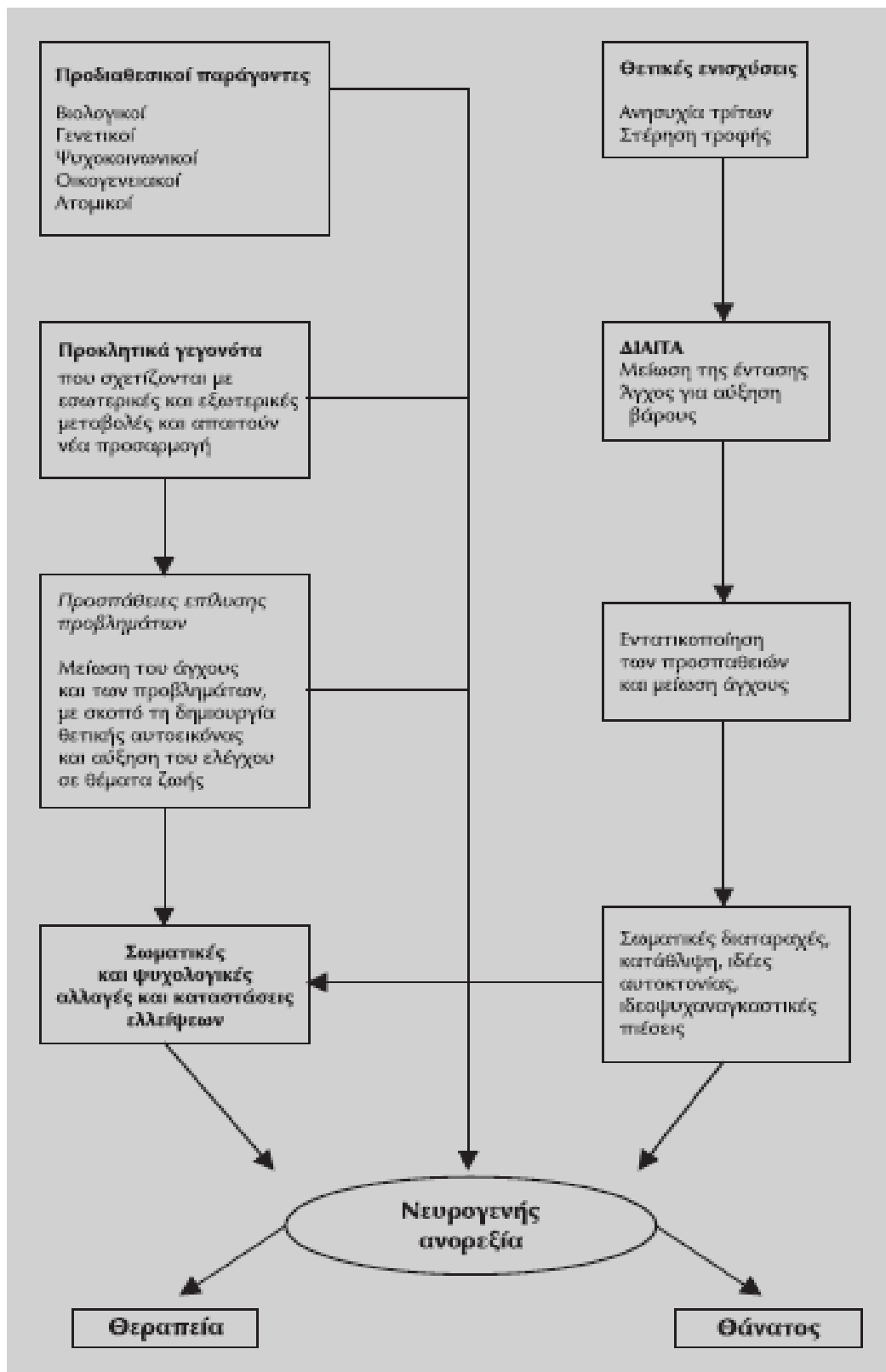
3. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι βιολογικοί παράγοντες που εμπλέκονται στην παθογένεση της νευρικής ανορεξίας έχουν επικεντρωθεί στους νευροδιαβιβαστές (νορεπινεφρίνη και σεροτονίνη), στα επίπεδα της λεπτίνης και στις μεταβολές της αιματικής ροής στον εγκέφαλο (Στρατουδάκης & Τζανάκης, 2004).

Τα κοινωνικά πρότυπα και η έμφαση που δίνεται στην εξωτερική εμφάνιση, ειδικά στην ευαίσθητη εφηβική ηλικία, συμβάλλουν στη δημιουργία ανωμαλιών στη διατροφή. Στους προδιαθεσικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η ηλικία, το φύλο, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η τελειομανία και η δυσκολία στην αντιμετώπιση αντιπαραθέσεων. Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία, σε σύγκριση με τις γυναίκες χωρίς αυτή τη διαταραχή, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό νοσηρές πεπτοιθήσεις για τον εαυτό τους, αισθήματα κοινωνικής απομόνωσης, λειτουργικής εξάρτησης και ευπάθειας στο κακό (Στρατουδάκης & Τζανάκης, 2004).

Οι ασθενείς αυτές είναι πιθανό να έχουν κρίσεις άγχους, που προηγούνται συνήθως της έναρξης της διατροφικής διαταραχής, και μπορεί να κάνουν κατάχρηση φαρμακευτικών ουσιών (κυρίως διουρητικών και καθαρτικών). Ο μεγάλος περιορισμός της τροφής απηχεί την προσπάθεια μείωσης της έντασης από τις σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές, τις καταστάσεις ελλείψεων και τις αποτυχημένες προσπάθειες μείωσης του άγχους και των προβλημάτων, με σκοπό τη δημιουργία θετικής αυτοεικόνας και την αύξηση του ελέγχου σε θέματα ζωής. Ο μεγαλύτερος περιορισμός της τροφής οδηγεί σε πλέον εμφανή διαταραχή της υγείας και της σωματικής εικόνας, γεγονός που έχει ως συνέπεια τον εστιασμό της προσοχής των τρίτων και την αύξηση της προσοχής σχετικά με την επιδείνωση της υγείας. Αλλά και η ίδια η στέρηση της τροφής έχει ψυχοπαθογόνο δράση, ενισχυτική για περαιτέρω μείωση της πρόσληψης τροφής. Παράλληλα, ο συνεχιζόμενος φόβος αύξησης του βάρους με την -έστω και λίγο- αύξηση της λήψης τροφής, που είναι έτσι και αλλιώς ελάχιστη, οδηγεί τελικά στην εντατικοποίηση των προσπαθειών και στην επιδείνωση της ανορεκτικής συμπεριφοράς, που μπορεί να οδηγήσει και στο θάνατο. Η λύση του συνεχώς αυξανόμενου περιορισμού της λήψης τροφής ή και της άρνησης τροφής επαυξάνει τα ψυχολογικά προβλήματα, που επιδρούν αρνητικά στις σωματικές και

ψυχολογικές αλλαγές και στις καταστάσεις ελλείψεων. Όλα τα παραπάνω μπορούν να διακοπούν με την έναρξη της θεραπείας (Στρατουδάκης & Τζανάκης, 2004).



4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ



Οι αλλαγές στη σύγχρονη κοινωνία επιτελούνται πολύ γρήγορα και επηρεάζουν πολύ τον νεαρό πληθυσμό και ειδικότερα τις κοπέλες που προσπαθούν να μιμηθούν τα μοντέλα και την μόδα επηρεαζόμενοι από την τηλεόραση τα περιοδικά τις διαφημίσεις, και που προβάλλονται σαν οι μοναδικές αξίες που πρέπει να έχει κάθε κορίτσι για να θεωρείται πετυχημένο ή για να μπορέσει να πετύχει. Δυστυχώς άλλες αξίες, ηθικές, μορφωτικές, κοινωνικές και άλλα προσόντα, σωματικά ή

πνευματικά δεν γίνονται το ίδιο αποδεκτά και έτσι το πρόβλημα μεγεθύνεται. Η πίεση είναι πολύ μεγάλη ειδικότερα στα κορίτσια και πολύ λιγότερο στα αγόρια που έχουν σαν προτεραιότητα συνήθως την δημιουργία ενός αθλητικού και γυμνασμένου σώματος παρά ενός πολύ λεπτού σώματος. Πολλοί άλλοι παράγοντες παίζουν ρόλο στη εκδήλωση των πιο πάνω ψυχοσωματικών διαταραχών όπως η οικογένεια, η ιδιοσυγκρασία του κοριτσιού, η γενετική προδιάθεση, το περιβάλλον στο οποίο ζει και κινείται το άτομο κ.α. (Βάρσου, 2000).

Τα νοσήματα αυτά είναι συχνότερα σε μονογονεϊκές οικογένειες, σε οικογένειες με αυστηρές αρχές και άκαμπτα πλαίσια συμπεριφοράς, και έλλειψη της δυνατότητας να είσαι ή να συμπεριφέρεσαι διαφορετικά από ότι επιτάσσουν οι οικογενειακές αρχές και αξίες. Πολλές φορές η επικοινωνία με τους γονείς είναι ελλιπή ή απουσιάζει εντελώς ή είναι αυταρχική. Η σύγχρονη δυτικού τύπου κοινωνία αποδυναμώνει τους δεσμούς της οικογένειας, η τηλεόραση, το διαδίκτυο και τα μέσα ενημέρωσης αποτελούν τα κύρια μέσα ενασχόλησης παιδιών και εφήβων. Ο χρόνος που αφιερώνουν οι γονείς στα παιδιά τους μειώθηκε δραστικά, οι οικογένειες είναι ολιγομελείς και το παιδί μεγαλώνει εν πολλοίς μοναχό του και οι προτεραιότητες του διαφέρουν από

αυτές προηγούμενων γενεών ή από εφήβους άλλων χωρών όχι τόσο ανεπτυγμένων και με διαφορετική κουλτούρα (Χατζηγεωργίου, 2004).

Γενετικοί, βιολογικοί, τύποι προσωπικότητας, ψυχολογικοί, οικογενειακοί, κοινωνικό–πολιτισμικοί παράγοντες είναι όλοι πιθανά αίτια πρόκλησης της ψυχογενούς ανορεξίας. Εκτενέστερα, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε το γεγονός ότι μια διατροφική διαταραχή δεν αφορά μόνο μια συγκεκριμένη στιγμή αλλά και μια κατάσταση η οποία θα μπορούσε να είναι εξαιρετικά επείγουσα. Οι διατροφικές διαταραχές οι οποίες εξελίσσονται στο χρόνο θα μπορούσαν να έχουν τις ρίζες τους στην γέννηση του ατόμου ενώ κάποιες άλλες είναι επίκτητες στη διάρκεια της ζωής και κάποιες μπορεί να εμφανιστούν σε προχωρημένη ηλικία (Στρατουδάκης & Τζανάκης, 2004).

4.1. Βιολογικοί παράγοντες

Τα ενδογενή οπιούχα μπορεί να συμβάλουν σε άρνηση της πείνας εκ μέρους ασθενών με ψυχογενή ανορεξία. Προκαταρτικές μελέτες δείχνουν ότι η χορήγηση ουσιών ανταγωνιστικών προς τα οπιούχα επιφέρει δραματική αύξηση στο βάρος ορισμένων ασθενών. Η λιμοκτονία προκαλεί πολλές βιοχημικές μεταβολές, μερικές από τις οποίες είναι επίσης παρούσες στη κατάθλιψη, όπως η υπερκορτιζολαιμία και η μη καταστολή με φεξαμεθαζονη. Η θυρεοειδική λειτουργία επίσης καταστέλλεται. Οι ανωμαλίες αυτές αναστρέφονται με την επαναδιατροφή. Η λιμοκτονία προκαλεί επίσης αμηνόρροια που αντανάκλα χαμηλά επίπεδα ορμονών (προγεστερονικών, θυλακιοτρόπων και γοναδοτρόπων). Ωστόσο, μερικές γυναίκες οι οποίες πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία παρουσιάζουν αμηνόρροια πριν ακόμη σημειωθεί σημαντική απώλεια βάρους. Μερικές μελέτες με αξονική τομογραφία (CT) δείχνουν αυξημένους χώρους ENY (διογκωμένοι αύλακες και κοιλίες) κατά τη διάρκεια της λιμοκτονίας, ένα εύρημα που αναστρέφεται με την αύξηση του βάρους. Σε μια τομογραφική μελέτη εκπομπής ποζιτρονίων (PET), ο μεταβολισμός στον ουραίο πυρήνα ήταν υψηλότερος κατά την ανορεκτική φάση από ότι κατά τη φάση της επαναδιατροφής (Kaplan et al. 2004).

4.2. Γενετικοί παράγοντες

Στις μέρες μας αποτελεί ένα ατράνταχτο στοιχείο το γεγονός ότι οι γενετικοί παράγοντες συνδέονται στενά με τις διατροφικές διαταραχές. Αυτά τα στοιχεία προέρχονται από μελέτες σε οικογένειες και από μελέτες σε δίδυμους. Μια σειρά από πολύ καλά σχεδιασμένες μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει σημαντικός συσχετισμός του γενεαλογικού δένδρου με τις διατροφικές διαταραχές. Η ανορεξία και η βουλιμία διαφαίνεται να συμβαίνουν πολύ πιο συχνά σε συγγενείς πρώτου βαθμού εκείνων που πάσχουν από τέτοιου είδους διαταραχές συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Η εμφάνιση είναι μέχρι και 8 φορές μεγαλύτερη σε σύγκριση με τον μεγαλύτερο αριθμό εμφάνισης τέτοιων περιστατικών σε πληθυσμιακές μελέτες. Μελέτες που αφορούν δίδυμα έχουν μεγαλύτερη σημασία από ότι μελέτες που αφορούν οικογένειες καθώς εστιάζουν αποκλειστικά στο γενετικό στοιχείο ενώ μελέτες που αφορούν το γενεαλογικό δέντρο δεν μπορούν να διαχωρίσουν τόσο καλά το περιβαλλοντικό στοιχείο. Μελέτες που αφορούν δίδυμα εστιάζουν στη διαφορά σε συσχετισμό μεταξύ των μονοζυγωτικών και δυζυγωτικών δίδυμων. Ο συσχετισμός για την νευρική ανορεξία στα μονοζυγωτικά δίδυμα είναι περί τις 10 φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με τα δυζυγωτικά δίδυμα (Γονιδάκης, 2006).

4.3. Ψυχολογικοί και ψυχοδυναμικοί παράγοντες

Η νευρογενής ανορεξία εμφανίζεται συνήθως κατά την εφηβεία ή την πρώτη νεότητα (13-15 έτη ζωής). Η περίοδος της εφηβείας με την ανάπτυξη των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου καθιστά την εφηβεία αυτή καθεαυτή, παράγοντα κινδύνου. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις που προκαλούνται από την ωρίμανση του σώματος και τις αλλαγές στις σχέσεις με τους συνομήλικους ίσως παίζουν ένα ρόλο στην ανάπτυξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Το άγχος επίσης φαίνεται να επηρεάζει, σε κάποιες περιπτώσεις, την έναρξη της διαταραχής ή την υποτροπή της μετά από περιόδους ύφεσης. Η προσωπικότητα των ατόμων που πάσχουν από ανορεξία είναι ιδιαίτερη. Τυπικά, στους ασθενείς λείπει η αίσθηση αυτονομίας και ατομικότητας. Μέσα από πράξεις υπερβολικής αυτοπειθαρχίας προσπαθούν να αποκτήσουν αναγνώριση ως μοναδικά και ιδιαίτερα άτομα. Οι ανορεξικοί είθισται να είναι

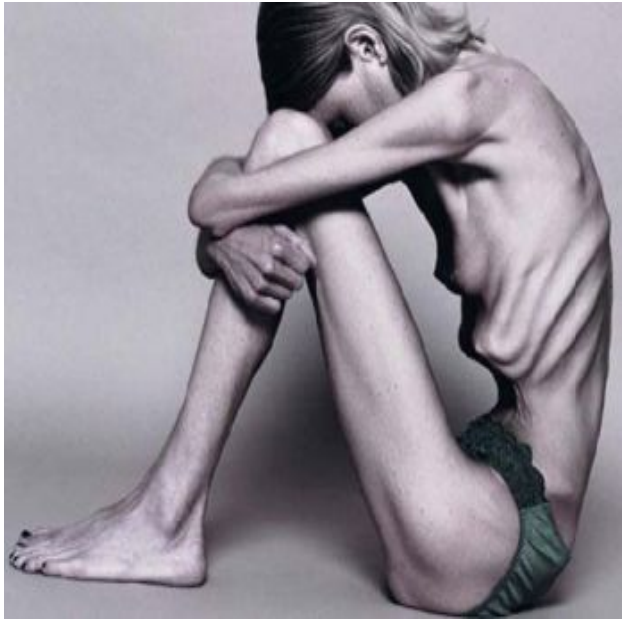
προσεκτικοί, ευσυνείδητοι, επίμονοι και τελειομανείς σε μεγαλύτερο βαθμό από το γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, μεταξύ γυναικών που αναρρώνουν από την ανορεξία εντοπίζεται με μεγάλη συχνότητα τελειομανία και συμπτωματολογία εμμονών. Ένας άλλος παράγοντας που πιθανώς καθιστά κάποια άτομα πιο επιρρεπή στην ανορεξία είναι τα ψυχολογικά τραύματα που έχουν υποστεί στην παιδική τους ηλικία. Αν και δεν έχει βρεθεί κάποια συσχέτιση μεταξύ συναισθηματικής ή σωματικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία και σε συμπεριφορές ελέγχου και κάθαρσης στη μετέπειτα ζωή, έχει εντοπιστεί σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη σεξουαλική κατά την παιδική ηλικία και στην παρουσία συμπεριφορών κάθαρσης στην ενήλικη ζωή. Ακόμα, άτομα που έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης και ως παιδιά και ως ενήλικες εμφανίζουν ευδιάκριτα τη συμπτωματολογία των διαταραχών πρόσληψης τροφής, συγκριτικά με άτομα που έχουν βιώσει κάτι ανάλογο σε μια μόνο περίοδο της ζωής τους (Γονιδάκης, 2006).

4.4. Κοινωνικοί-περιβαλλοντικοί παράγοντες

Εκτός από τους βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες κινδύνου, κοινωνικές και πολιτιστικές επιρροές εμπλέκονται στη νευρογενή ανορεξία και κυρίως στην έναρξη της διαταραγμένης συμπεριφοράς. Η σύγχρονη αντίληψη της ομορφιάς απαιτεί πολύ αδύνατα και γυμνασμένα σώματα. Πρόκειται για ένα ιδεώδες που αντιπροσωπεύει τις αξίες του αυτοελέγχου, της επιτυχίας και της αποδοχής του κοινωνικού συνόλου. Το ανθρώπινο σώμα, λανθασμένα, αντιμετωπίζεται σαν εύπλαστο υλικό, το οποίο με το σωστό συνδυασμό γυμναστικής, δίαιτας και αυτοελέγχου μπορεί πάντα να μετατραπεί στο «τέλειο σώμα», που δεν είναι άλλο από ένα αδύνατο, πολλές φορές, καχεκτικό σώμα. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης καλλιεργούν την ψευδαίσθηση ότι η επίτευξη αυτού του «ανώτερου σκοπού» επιβραβεύεται, ενώ παράλληλα προωθούν, μέσω διαφημίσεων κέντρων αδυνατίσματος και γυμναστηρίων, τρόπους για να καταφέρει το κοινό να επιτύχει τον πολυπόθητο στόχο. Δυστυχώς, όμως, είναι αδύνατο να αποκτήσουν όλοι οι άνθρωποι το ιδανικό αυτό σώμα, καθώς ο σωματότυπος του κάθε ατόμου είναι διαφορετικός, όπως και το ιδανικό του βάρος, και αυτά τα χαρακτηριστικά δέχονται βιολογικές επιρροές, δηλαδή ελέγχονται κυρίως από γονίδια.

Οι έφηβοι που δεν κατανοούν ή δεν αποδέχονται τις ιδιαιτερότητες του σώματός τους, συχνά βιώνουν πολύ αρνητικά συναισθήματα που τους ωθούν σε ακραίες και δραστικές παρεμβολές. Επιπλέον, η νευρογενής ανορεξία αποτελεί σε αρκετές περιπτώσεις αντίδραση κάποιων εφήβων στις απαιτήσεις που προβάλλει απέναντί τους η κοινωνία και που αφορούν περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα. Οι ασθενείς με τη διαταραχή υποκαθιστούν τις άλλες φυσιολογικές εφηβικές επιδιώξεις τους με την ενασχόληση με θέματα διατροφής και βάρους. Τα άτομα που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία δε δυσκολεύονται να βρουν υποστήριξη για την πρακτική τους καθώς είναι γνωστή η αξία που αποδίδει η κοινωνία μας στην ισχύτητα και την άσκηση. Ένας ακόμα παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένων και των διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι η έλλειψη αμοιβαιότητας σε σημαντικές σχέσεις με συγγενείς, φίλους και συντρόφους. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία έχουν στενές μεν, αλλά διαταραγμένες σχέσεις με τους γονείς τους και προσπαθούν, με την ασθένειά τους, να τραβήξουν την προσοχή των συγγενών τους, της οποίας αισθάνονται στερημένοι (Σαραντόγλου, 2001).

5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ



Το άτομο με νευρογενή ανορεξία κυριαρχείται από διάθεση άρνησης για λήψη τροφής προκειμένου να μην πάρει βάρος, παρά το γεγονός ότι το σωματικό του βάρος κυμαίνεται κάτω από τα κατώτερα όρια του φυσιολογικού για την ηλικία, το φύλο και το ύψος (δηλαδή το βάρος του βρίσκεται κάτω από το 85% του φυσιολογικού ή ο

Δείκτης Σωματικής Μάζας είναι κάτω από 17.5). Επίσης, παρά το γεγονός ότι το σωματικό του βάρος είναι κάτω από τα όρια του φυσιολογικού, το άτομο διακατέχεται από έντονο φόβο ότι θα πάρει βάρος. Έτσι, λοιπόν, βρίσκεται συνεχώς στην προσπάθεια να χάσει περισσότερο βάρος. Το άτομο έχει διαταραγμένη εικόνα για το σώμα του και δίνει υπέρμετρη έμφαση στην επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματός του στην αυτοαξιολόγηση. Επίσης, στις περιπτώσεις των γυναικών, υπάρχουν συχνά διαταραχές στον εμμηνορρυσιακό κύκλο ως αποτέλεσμα της υπερβολικής μείωσης του σωματικού τους βάρους (Γονιδάκης, 2006).

Η νευρογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από έντονη και σοβαρή διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος και από την ανυποχώρητη επιδίωξη της ασθενούς να είναι λεπτή. Η διαταραχή μπορεί να γίνει κατανοητή ως ένας παράλογος φόβος για το πάχος, ο οποίος οδηγεί το άτομο σε έναν σκόπιμα αυτοεπιβαλλόμενο περιορισμό της πρόσληψης της τροφής του και σε μία τέτοια επιλογή της ποσότητας και της ποιότητας των τροφών, ώστε εκείνο να οδηγείται σε μία απώλεια βάρους και απίσχνανση, η οποία προοδευτικά μπορεί να φτάσει σε κατάσταση λιμοκτονίας. Η καταναγκαστική σωματική άσκηση διατηρεί το χαμηλό βάρος των ασθενών, ενώ σε μικρό ποσοστό γίνεται χρήση διουρητικών, καθαρικών ή αυτοπροκαλούμενου εμετού. Μόλις η απώλεια βάρους επιτευχθεί, όχι απλά η συμπεριφορά δεν θεωρείται πρόβλημα για την ίδια την ασθενή, αλλά αντίθετα, το χαμηλό της

βάρος το αξιολογεί ως επίτευγμα, με αποτέλεσμα να παρουσιάζει περιορισμένο κίνητρο για αλλαγή. Η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται με την αυστηρή δίαιτα, κατά την οποία τα φαγητά που θεωρεί παχυντικά τα αποκλείει από το διαιτολόγιό της. Οι ασθενείς αναπτύσσουν συμπεριφορές με συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες σε σχέση με τη διατροφή, όπως το να κρύβουν φαγητά σε διάφορα μέρη του σπιτιού. Συνήθως τεμαχίζουν το φαγητό τους σε μικρά κομματάκια και καταναλώνουν πολύ χρόνο στην προσπάθειά τους αναδιατάζουν την τροφή στο πιάτο τους. Όταν οι ασθενείς δέχονται παρατηρήσεις για τη συμπεριφορά τους σε σχέση με το φαγητό, συνήθως δεν αποδέχονται το μη- φυσιολογικό της συμπεριφοράς τους και αρνούνται κάθε συζήτηση για το πρόβλημα (Γονιδάκης, 2006).

Η ύπαρξη δευτερογενών συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης όπως είναι η ευερεθιστότητα, η εναλλαγή της διάθεσης, η διαταραγμένη συγκέντρωση, η κοινωνική απομόνωση, η απώλεια της σεξουαλικής όρεξης και οι έμμονες ιδέες έχουν επίσης επισημανθεί. Τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης επιδεινώνονται με τη μείωση του βάρους και καλυτερεύουν κατά την φυσιολογικοποίησή του (Γονιδάκης, 2006).

Παρά το γεγονός ότι η ετυμολογία του όρου 'ανορεξία' παραπέμπει στην έλλειψη όρεξης για φαγητό, ο όρος είναι παραπλανητικός, αφού το άτομο με νευρογενή ανορεξία μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να μην έχει όρεξη για φαγητό. Συνεπώς η νευρογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνο αργά στην πορεία της νόσου. Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στην ταυτότητα και στην αυτονομία. Η απώλεια σωματικού βάρους είναι αποτέλεσμα της συνειδητής προσπάθειας του ατόμου να χάσει βάρος καταφεύγοντας σε αυστηρή δίαιτα ή άσκηση. Παρά το γεγονός ότι πολλά άτομα ακολουθούν περιστασιακά αυτές τις μεθόδους για να χάσουν βάρος, το άτομο με νευρογενή ανορεξία φοβάται έντονα ότι απειλείται από την παχυσαρκία και επιδιώκει επίμονα το αδυνάτισμα. Ορισμένα άτομα με νευρογενή ανορεξία αισθάνονται συνέχεια ότι είναι υπέρβαρα και άλλα διαπιστώνουν ότι είναι αδύνατα, αλλά πιστεύουν πως από ορισμένα μέρη του σώματος τους θα πρέπει να χάσουν και άλλο βάρος. Μερικές φορές μπορεί να τα κυριαρχεί η εμμονή να μετρούν συνέχεια το βάρος τους για να διαπιστώσουν αν το 'λίπος' έχει περιοριστεί. Κάθε φορά που διαπιστώνουν ότι έχασαν βάρος πιστεύουν πως βελτιώθηκε η εικόνα τους και νιώθουν

καλύτερα. Προκειμένου όμως να διατηρείται αυτό το συναίσθημα και να νιώθουν ασφαλείς έχουν την ανάγκη να χάνουν καθημερινά ολόένα και περισσότερο βάρος και αν κάποια μέρα αυτό δεν συμβεί, τότε κυριαρχούνται από πανικό και εντείνουν ακόμη περισσότερο τις προσπάθειες τους (Γονιδάκης, 2006).

Η χαρακτηριστική κλινική τριάδα συμπτωμάτων εγκαθίσταται με ύπουλο τρόπο σε διάστημα μερικών μηνών: πρόκειται για την τριάδα των τριών «Α»:

- Η **ανορεξία**. Είναι μια συμπεριφορά, συχνά εναρκτήριο της νόσου, που εκδηλώνεται με περιορισμό της τροφής και που έχει λίγο πολύ ταχεία και σφαιρική εξέλιξη. Πρόκειται περισσότερο για μια διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στη τροφή και τη διατροφή, παρά για ανορεξία με τη στενή έννοια της λέξης, αφού είναι εκούσια και θεληματική. Η σημαντική αυτή τροφική αποδιοργάνωση, αντικείμενο πολλαπλών εκλογικεύσεων και προσποιήσεων, εκδηλώνεται με μια ελάττωση των θερμίδων που λαμβάνονται, γεγονός που αποτελεί το χαρακτηριστικό κλινικό σύμπτωμα της ψυχογενούς ανορεξίας (η ημερήσια ποσότητα θερμίδων για τις γυναίκες κυμαίνεται κανονικά ανάμεσα σε 1800-2500 θερμίδες, ενώ, συχνά, είναι χαμηλότερη από 300 θερμίδες στις ανόρεκτες). Ο περιορισμός αυτός αφορά κυρίως τα γλυκίδια και τα λίπη παρά τις πρωτεΐνες.
- Η **αμηνόρροια**, μπορεί και αυτή να είναι εναρκτήριο σύμπτωμα της κλινικής εικόνας, με μια συχνότητα που ποικίλει σημαντικά, ανάλογα με τους συγγραφείς. Όταν είναι αρχικό σύμπτωμα, εντάσσεται πολύ καλά στο φάσμα των ενδοκρινολογικών διαταραχών της ωοθήκης (δυσωορηξία), που είναι γενετικής προέλευσης: δυσμηνόρροιες, σπανιομηνόρροιες, αμηνόρροιες που σίγουρα στο ψυχοπαθολογικό επίπεδο αντιπροσωπεύουν ένα από τα οριακά σημεία των ψυχογενών ανορεξιών. Στη αντίθετη περίπτωση, εκδηλώνεται συνήθως μερικούς μήνες μετά την εμφάνιση των άλλων δυο στοιχείων της τριάδας. Ανάλογα με το πόσο προχωρημένη είναι η εφηβική ανάπτυξη (και η ηλικία της άρρωστης), πρόκειται για πρωτογενή ή δευτερογενή αμηνόρροια (που είναι και η συχνότερη περίπτωση).
- Η **απίσχνανση**. Εμφανίζεται πάντα ως δευτερογενές αποτέλεσμα της ανορεξίας. Εξελίσσεται εξαρτημένη ως προς την κλινική της έκφραση από της συνηθισμένες ιδιομορφίες του διαιτολογίου αυτών των

άρρωστων που διατηρούν για παρά πολύ καιρό τη λήψη πρωτεϊνών, δικαιολογώντας έτσι την τάση να μιλάμε για αδυνάτισμα παρά για απώλεια βάρους. Ο υποσιτισμός και η απίσχναση συνοδεύονται από ένα σύνολο σωματικών, βιολογικών και ενδοκρινολογικών συμπτωμάτων, που, όμως, δεν είναι απόλυτα ειδικά (Halmi, 2003).

6. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ 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». Οι 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 να είναι η μείωση των εξασθενίσεων που προκύπτουν από την διαταραχή. Αυτό καλείται «τριτογενής πρόληψη» (Kjelsas et al. 2004).

6.1. Αρχική πρωτογενής πρόληψη

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 ανάπτυξη 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 ηλικιακή 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 ο 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 υποστηριχτεί ότι υπάρχει ανάγκη για μια διαφορετική προληπτική στρατηγική. Από το να αναπτυχθούν παρεμβάσεις με στόχο τους μαθητές γενικά, μπορεί να είναι περισσότερο παραγωγικό να εστιαστούμε 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 να 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 εμφάνισής τους, επειδή οι ομάδες υψηλού κινδύνου γενικά, αποτελούν μόνο μία 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, επισημαίνουν ότι 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).

6.2. Δευτερογενής πρόληψη

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 είχαν αποτέλεσμα στο διατροφικό πρόβλημα, ακόμα 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 νευρική βουλιμία να ανησυχούν ότι η θεραπεία θα περιλάβει την απόκτηση βάρους.
7. Οικονομικά εμπόδια στην επιδίωξη της βοήθειας (Kjelsas et al. 2004).

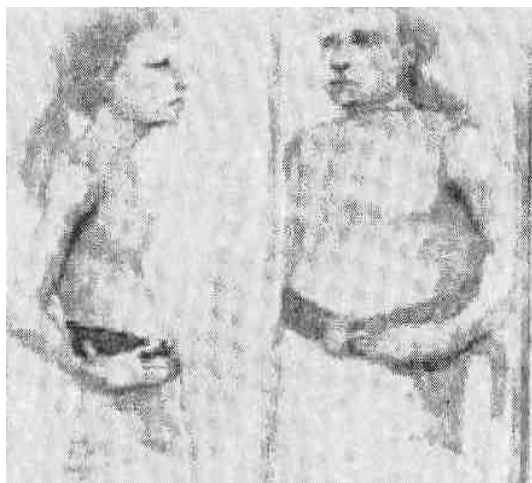
Η σχετική σημασία αυτών και άλλων εμποδίων στην αναζήτηση βοήθειας χρειάζεται να γίνει γνωστή ώστε μια ορθολογιστική δευτερογενής πρόληψη να μπορεί να σχεδιαστεί. Μία ξεκάθαρη προτεραιότητα πρέπει να αποτελεί το να αυξηθούν οι γενικές γνώσεις για την φύση και τα πρώιμα χαρακτηριστικά των διατροφικών 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 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 την δυνατότητα να είναι εύκολα προσιτή και επειδή αυτό παρακάμπτει μερικά από τα εμπόδια στην αναζήτηση βοήθειας. Είναι πιθανό ότι άτομα τα οποία υποφέρουν από διατροφικές διαταραχές θα ανταποκρίνονταν σε ηχητική εκπαίδευση και συμβουλή η οποία εφαρμόστηκε ως τύπος αυτοβοήθειας (Kjelsas et al. 2004).

6.3. Τριτογενής πρόληψη

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 την θεραπεία, ενώ επίσης 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).

7. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ



Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για τις Ψυχικές Διαταραχές-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, DSM-IV), υπάρχουν συγκεκριμένα κριτήρια για τη διάγνωση της ΝΑ. Η διάγνωση γίνεται στις ασθενείς που παρουσιάζουν άρνηση διατήρησης του βάρους τους στο ελάχιστο ιδανικό για ηλικία και ύψος, έντονο φόβο για απόκτηση βάρους, διαστρέβλωση της εικόνας του σώματος, άρνηση της κρισιμότητας του χαμηλού Βάρους σώματος, αμηνόρροια και, τέλος, καμιά άλλη πάθηση που να μπορεί να δικαιολογήσει την απώλεια βάρους. Πολλές ασθενείς μπορούν να εμφανίσουν και συμπτώματα Βουλιμίας στη διάρκεια της νόσου τους. Τέλος, υπάρχει μια κατηγορία που περιλαμβάνει διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, οι οποίες δεν πληρούν όλα τα κριτήρια της νευρικής ανορεξίας.

7.1. Κριτήρια για τη διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας σύμφωνα με το DSM-IV

- Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο επίπεδο -ή πάνω από το επίπεδο- του ελάχιστου φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που έχει ως αποτέλεσμα τη διατήρηση του βάρους <85% του αναμενομένου ή αποτυχία επίτευξης της αναμενόμενης αύξησης βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης, που έχει ως αποτέλεσμα βάρος σώματος <85% του αναμενομένου).
- Έντονος φόβος του ατόμου για αύξηση του βάρους του ή ότι θα γίνει παχύ, ακόμη και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
- Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα του σώματος, υπέρμετρη επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματος στην αυτοαξιολόγηση ή άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού βάρους του σώματος.

- Σε γυναίκες μετά την εμμηνарχή, εμφάνιση αμηνόρροιας, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων.
- Απουσία άλλης νόσου που μπορεί να δικαιολογήσει την απώλεια βάρους (Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV, 2004).

7.2. Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής μη προσδιοριζόμενες αλλιώς, σύμφωνα με το DSM-IV

- Γυναίκες που πληρούν όλα τα κριτήρια της νευρογενούς ανορεξίας, εκτός του ότι έχουν κανονικούς εμμηνορρυσιακούς κύκλους.
- Γυναίκες που πληρούν όλα τα κριτήρια της νευρογενούς ανορεξίας, εκτός του ότι, παρά τη σημαντική απώλεια βάρους, το βάρος τους παραμένει εντός των φυσιολογικών ορίων.
- Γυναίκες που πληρούν όλα τα κριτήρια της νευρογενούς βουλιμίας, εκτός του ότι τα επεισόδια υπερφαγίας και οι απρόσφοροι αντισταθμιστικοί μηχανισμοί εμφανίζονται σε συχνότητα μικρότερη από δύο φορές την εβδομάδα ή σε διάρκεια <3 μήνες.
- Τακτική υιοθέτηση απρόσφορης αντισταθμιστικής συμπεριφοράς από ένα άτομο φυσιολογικού βάρους σώματος μετά από κατανάλωση μικρών ποσοτήτων τροφής (π.χ. αυτοπροκαλούμενοι έμετοι μετά από κατανάλωση δύο γλυκών).
- Κατ' επανάληψη μάσηση και απόπτυση, αλλά χωρίς κατάποση μεγάλων ποσοτήτων τροφής.
- Διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας: επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας σε απουσία τακτικής υιοθέτησης απρόσφορων αντισταθμιστικών συμπεριφορών, χαρακτηριστικών της νευρογενούς βουλιμίας (Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV, 2004).

8. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ



Η διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας καθίσταται ιδιαίτερα δυσχερής εξαιτίας της άρνησης του πάσχοντος να συζητήσει για τα συμπτώματά του, της μυστικοπάθειας που επιδεικνύει γύρω από τις τελετουργίες στη συμπεριφορά τη σχετική με το φαγητό και τη γενικότερη αντίστασή του στην οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση. Όλα τα παραπάνω

καθιστούν ιδιαίτερα δύσκολο εγχείρημα τον προσδιορισμό του μηχανισμού απώλειας βάρους και την εκμείυση από τον ασθενή των δυσλειτουργικών σκέψεων για την εικόνα του σώματός του (Βάρσου, 2000).

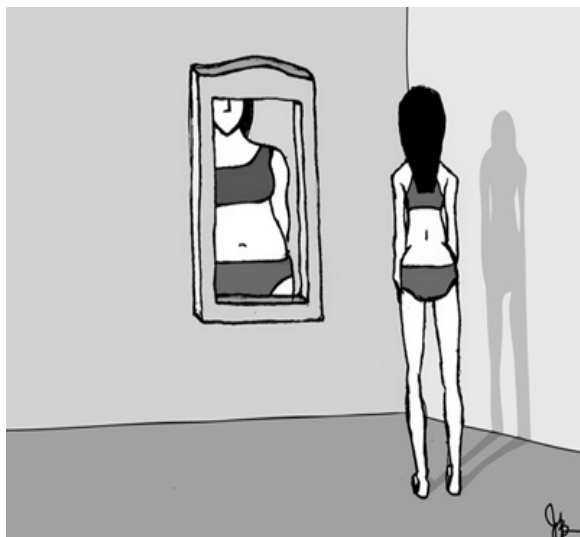
Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ασθενειών που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή απώλεια βάρους σε νέους ανθρώπους και είναι δυνατό να συγχέονται με τη νευρογενή ανορεξία. Παραδείγματα τέτοιων προβλημάτων είναι το σύνδρομο Crohn, οι όγκοι στον εγκέφαλο, ο καρκίνος και το σύνδρομο δυσαπορρόφησης. Τα άτομα που υφίστανται απώλεια βάρους εξαιτίας μιας γενικής ιατρικής κατάστασης συνήθως δεν έχουν κίνητρο για να χάσουν βάρος, δεν εκδηλώνουν φόβο του πάχους και δεν επιδιώκουν την αυξημένη σωματική δραστηριότητα, στοιχεία που είναι χαρακτηριστικά στη νευρογενή ανορεξία. Ο ειδικός που καλείται να διαγνώσει την πιθανή ύπαρξη Νευρογενούς Ανορεξίας θα πρέπει πρωτίστως να αποκλείσει την πιθανότητα ύπαρξης σωματικής νόσου που μπορεί να είναι υπεύθυνη για την απώλεια βάρους στον ασθενή (Βάρσου, 2000).

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

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

Σε ό,τι αφορά τη διαφοροδιάγνωση από τη σχιζοφρένεια, ο ειδικός θα πρέπει να λάβει υπόψη του ότι οι σχετιζόμενες με το φαγητό παραληρητικές ιδέες στη Σχιζοφρένεια σπάνια αναφέρονται στη θερμοδική αξία των τροφών. Επίσης, το άτομο, που πάσχει από Σχιζοφρένεια, είναι απίθανο να εμφανίζει την υπερβολική ενασχόληση με το φόβο του πάχους και την υπερκινητικότητα, έτσι όπως αυτά εκδηλώνονται σε άτομα που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία. Η διαφοροδιάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας, και πιο συγκεκριμένα του Υπερφαγικού / Καθαρτικού Τύπου αυτής, από τη νευρογενή βουλιμία θα βασιστεί στο γεγονός ότι τα επεισόδια υπερφαγίας στην τελευταία συνοδεύονται από έντονο καταθλιπτικό συναίσθημα, σκέψεις αυτουποτίμησης και αισθήματα ντροπής. Επίσης, το βάρος του ατόμου, που πάσχει από νευρογενή βουλιμία, διατηρείται τις περισσότερες φορές σ' ένα φυσιολογικό επίπεδο και πολύ σπάνια θα σημειώσει απώλεια μεγαλύτερη από το 15% του αναμενόμενου για την ηλικία, το φύλο και το ύψος του (Βάρσου, 2000).

9. ΤΥΠΟΙ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ



9.1. Περιοριστικός τύπος

Στον Περιοριστικό Τύπο η απώλεια βάρους είναι αποτέλεσμα του αυστηρού περιορισμού στην πρόσληψη τροφής. Στο άτομο, που εμφανίζει αυτόν τον Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας και αυτοαξίας συνδέεται άρρηκτα με το

βαθμό στον οποίο μπορεί να ελέγξει το σωματικό βάρος και σχήμα. Το άτομο αισθάνεται περήφανο και αποκτά την αίσθηση της αυτοκυριαρχίας όταν το βάρος του αρχίζει να μειώνεται, ενώ αντίθετα όταν το βάρος του αυξάνεται το άτομο κατακλύζεται από συναισθήματα αποτυχίας και την εντύπωση ότι δεν είναι πλέον αποδεκτό από τους οικείους και το κοινωνικό σύνολο. Στα άτομα, που εμφανίζουν τον Περιοριστικό Τύπο, είναι σπάνιο να εκδηλωθούν επεισόδια υπερφαγίας ή καθαρτικών συμπεριφορών, και σε σύγκριση με τα άτομα, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο, δεν είναι πολύ επιρρεπείς στη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, εμφανίζουν όμως μικρότερη συναισθηματική αστάθεια και είναι λιγότερο ενεργοί σεξουαλικά. Υπάρχουν ακόμα ενδείξεις ότι οι δύο αυτοί υποτύποι μπορεί να διαφέρουν στον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή (Σαραντόγλου, 1987).

9.2. Υπερφαγικός / καθαρτικός τύπος

Στον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο το άτομο παρουσιάζει τακτικά υπερφαγικά επεισόδια και συνακόλουθες καθαρτικές συμπεριφορές. Οι βουλιμικοί ανορεκτικοί ξεκινούν συχνά ως περιοριστικοί και τελικά προχωρούν προς τα υπερφαγικά επεισόδια και τις καθαρτικές συμπεριφορές, όταν στα μεσοδιαστήματα της πλήρους αποστέρησης τροφής αισθάνονται ανίκανοι πλέον να διατηρήσουν απόλυτο έλεγχο της τροφής που καταναλώνουν. Υπάρχουν αρκετά χαρακτηριστικά βάσει των οποίων διακρίνεται ο Τύπος

αυτός της νευρογενούς ανορεξίας από τον Περιοριστικό Τύπο. Οι ασθενείς, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο της νευρογενούς ανορεξίας, είναι πιθανότερο να νοσούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, απαιτούν μεγαλύτερη συχνότητα στις θεραπευτικές συναντήσεις, βιώνουν υψηλότερο βαθμό συναισθηματικής δυσφορίας και έχουν λιγότερο καλή πρόγνωση. Τα άτομα αυτά έχουν περισσότερο αποδιοργανωμένη προσωπική ζωή και περισσότερο διαταραγμένο οικογενειακό ιστορικό, ασθενούν με μεγαλύτερη συχνότητα και εν γένει εκδηλώνουν εντονότερη ψυχοπαθολογία (Σαραντόγλου, 1987).

Επιπροσθέτως, εμφανίζονται λιγότερο ικανοί να διατηρήσουν με επιτυχία αυστηρό έλεγχο σε ό,τι αφορά τη συμπεριφορά τους και τις παρορμήσεις τους και είναι περισσότερο ευάλωτοι να αναπτύξουν διαταραχές που σχετίζονται με τον έλεγχο των παρορμήσεων όπως η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, ο αλκοολισμός, η ψυχαναγκαστική αγοραστική συμπεριφορά, η κλεπτομανία και η ασύδοτη, αχαλίνωτη σεξουαλική συμπεριφορά. Οι ασθενείς, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο, εμφανίζουν επίσης ισχυρές τάσεις προς το σωματικό αυτοτραυματισμό (π.χ. χτύπημα – κόψιμο κ.α.) και συχνά σημειώνεται σ' αυτούς κοινωνική απόσυρση, καθώς και αυτοκτονική συμπεριφορά (π.χ. απόπειρες αυτοκτονίας) (Σαραντόγλου, 1987).

10. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Anorexia Nervosa

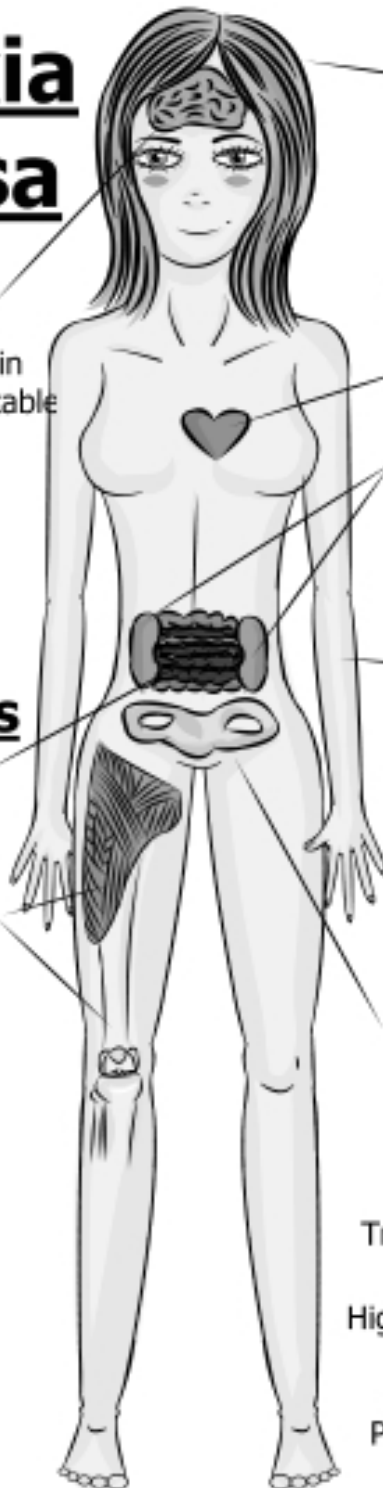
Brain
Cant Think Right
Fear Of Weight Gain
Mood/Depressed/Irritable
Bad Memory
Fainting

Blood
Anemia

Intestines
Bloating
Constipation

**Muscles
& Joints**
Weak Muscles
Swollen Joints
Fractures
Osteoporosis

Fluids
Low Potassium
Low Magnesium
Low Sodium



Hair
Thins
Becomes Brittle

Heart
Low Blood Pressure
Slower Heart Rate
Palpitations

Kidneys
Failure
Kidney Stones

Skin
Bruise Easily
Dry Skin
Growth of Fine Hair
All Over Body
Cold Easily
Yellow Skin
Nails Get Brittle

Hormones
Bone Loss
Problems Growing
In Women:
Periods Stop
Trouble Getting Pregnant
Pregnancy:
Higher Risk For Miscarriage
C-section
Low Birthweight Baby
Post-Partum Depression

10.1. Ψυχιατρικές επιπλοκές

Πέρα από τις φοβίες, τις εμμονές και τη διαταραχή αντίληψης του σώματος που αναπτύσσουν οι ανορεξικοί συχνά εμφανίζουν και ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά, άγχος, θυμό και επιθετικότητα, διαταραχές διάθεσης, διαταραχές άγχους, μείζονα κατάθλιψη, ακόμα και τάσεις αυτοκτονίας (Βάρσου, 2000).

10.2. Επιπλοκές στο νευρικό σύστημα

Η διαθεσιμότητα των νέων τεχνικών απεικόνισης του εγκεφάλου έχουν στρέψει το ενδιαφέρον στον προσδιορισμό ανωμαλιών στο κεντρικό νευρικό σύστημα των ασθενών αυτών. Πρόκειται για δομικές και λειτουργικές αλλαγές, οι οποίες επηρεάζουν και τη μεταβολική λειτουργία του νευρικού συστήματος και σχετίζονται με σοβαρή ιατρική νοσηρότητα. Έτσι, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία μπορεί να έχουν μεγεθυμένες κοιλίες και εξωτερικό χώρο εγκεφαλονωτιαίου υγρού, ευρήματα που ονομάζονται ψευδοατροφία. Αυτές οι ανωμαλίες τείνουν να εξαλείφονται με την επαναπρόσληψη βάρους και η παθογόνος σημασία τους είναι ακόμα ασαφής. Πάραυτα, κάποιες μελέτες υποδηλώνουν την ύπαρξη μόνιμων μεταβολών, με αυξημένες πιθανότητες μόνιμων βλαβών. Τέλος, απεικονίσεις προκλητών δυναμικών (PET: Positron Emission Tomography) που χρησιμοποιήθηκαν για τη μελέτη της εγκεφαλικής λειτουργίας έχουν εμφανίσει μεταβολές στο μεταβολισμό της γλυκόζης σε ανορεξικούς ασθενείς (Βάρσου, 2000).

10.3. Ορμονικές επιπλοκές

- Φλοιοτρόπος Ορμόνη ή Κορτικοτροπίνη (ACTH): Αυξημένα επίπεδα φλοιοτρόπου ορμόνης παρατηρούνται στη νευρογενή ανορεξία. Καθώς η φλοιοτρόπος θεωρείται μια δυνητικά ανορεξιογόνος ορμόνη, η αύξησή της ίσως να παίζει κάποιο ρόλο στη διατήρηση των ανορεκτικών συμπεριφορών και να ενθαρρύνει τις υποτροπές. Η αυξημένη δραστηριότητα της φλοιοτρόπου ορμόνης έχει ιδιαίτερο θεωρητικό ενδιαφέρον, καθώς η ενδοεγκεφαλοκοιλιακή διαχείρισή της ευθύνεται για πολλές φυσιολογικές και συμπεριφορικές μεταβολές

σχετικές με την διαταραχή, περιλαμβανομένων του υποθαλάμιου, υπογοναδισμού, της μειωμένης σεξουαλικής δραστηριότητας, της μειωμένης πρόσληψης τροφής και της υπερδραστηριότητας.

- Κορτιζόλη: Αυξημένη έκκριση κορτιζόλης πλάσματος, η οποία συνοδεύεται από αύξηση του ρυθμού διούρησης, εμφανίζεται σε ελλιποβαρείς ανορεξικούς ασθενείς και θεωρείται αποτέλεσμα της υπερέκκρισης ενδογενούς φλοιοτρόπου ορμόνης (ACTH).
- Νευροπεπτιδίο Υ: Οι ελλιποβαρείς ανορεξικοί έχουν αυξημένα επίπεδα του νευροπεπτιδίου Υ, ενός ισχυρού διεγερτικού της όρεξης, στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, τα οποία μπορεί να είναι αντισταθμιστική σωματική απάντηση στη λιμοκτονία. Τα υψηλά ποσοστά νευροπεπτιδίου Υ ευθύνονται για τη μεταβολή της έκκρισης της γοναδικής ορμόνης, τη μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα, την υψηλή ACTH και κορτιζόλη του πλάσματος και την υπόταση.
- Λεπτίνη: Εκκρίνεται κυρίως από τα κύτταρα του λιπώδους ιστού και θεωρείται ότι συνεισφέρει στη ρύθμιση του σωματικού λίπους και ότι μπορεί να μειώσει την πρόσληψη φαγητού και το σωματικό βάρος, μειώνοντας τη δραστηριότητα του νευροπεπτιδίου Υ. Η ακριβής συσχέτιση μεταξύ λεπτίνης και σωματικού βάρους σε ανορεξικούς ασθενείς δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί πλήρως. Οι υποσιτιζόμενοι και ελλιποβαρείς ασθενείς έχει βρεθεί ότι έχουν σημαντικά μειωμένες συγκεντρώσεις λεπτίνης πλάσματος αλλά και εγκεφαλονωτιαίου υγρού.
- Σεροτονίνη: Έχει παρουσιαστεί μεγάλο ενδιαφέρον για το ρόλο που μπορεί να παίζει η σεροτονίνη στη νευρογενή ανορεξία, αφού το νευρικό σύστημα συμβάλει στη ρύθμιση της σίτισης και της διάθεσης και στον έλεγχο των παρορμήσεων. Η πιο βάσιμη απόδειξη της διαταραχής της δραστηριότητας των μονοαμίνων είναι η θετική ανταπόκριση στις φαρμακευτικές αγωγές που περιλαμβάνουν αντικαταθλιπτικά (Βάρσου, 2000).

10.4. Επιπλοκές στο ενδοκρινικό σύστημα

Εκτεταμένες διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος χαρακτηρίζουν την νευρογενή Ανορεξία. Οι ανωμαλίες ίσως να αντικατοπτρίζουν

δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου – υπόφυσης, περιλαμβανομένων των συστημάτων υποθάλαμος-υπόφυση-γοναδοτροπίνη, υποθάλαμος-υπόφυση-αδρεναλίνη και υποθάλαμος-υπόφυση-θυρεοειδής, καθώς επίσης και της αυξητικής ορμόνης, της ινσουλίνης, των ενδογενών οπιοειδών (Βάρσου, 2000).

Η αμηνόρροια είναι ένα από τα διαγνωστικά κριτήρια και ταυτόχρονα κύριο κλινικό χαρακτηριστικό της νευρογενούς ανορεξίας. Παραμένει ασαφές αν η απουσία έμμηνης ρύσης σε αυτές τις ασθενείς είναι απλώς ένα δευτερεύον αποτέλεσμα του περιορισμού της θερμιδικής πρόσληψης. Σε ελλιποβαρείς ασθενείς, τα βασικά επίπεδα της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH), της θυλακοτρόπου ορμόνης (FSH) και των οιστρογόνων είναι μειωμένα. Η εικοσιτετράωρη έκκριση ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) είναι μη φυσιολογική και παρόμοια με εκείνη προεμμηνορρυσιακών κοριτσιών. Με την αποκατάσταση του βάρους, επανέρχεται και η φυσιολογική έκκριση ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) στις περισσότερες ασθενείς. Η επαναφορά του φυσιολογικού έμμηνου κύκλου καθυστερεί και συνήθως έπεται της ψυχολογικής βελτίωσης και της παύσης του περιορισμού της διαιτητικής πρόσληψης (Βάρσου, 2000).

Οι εξετάσεις που ελέγχουν τη θυρεοειδική λειτουργία μπορεί να μην είναι φυσιολογικές στους ανορεξικούς ασθενείς, αλλά συχνά αυτό αντιπροσωπεύει μια φυσιολογική προσαρμογή στη λιμοκτονία και όχι δυσλειτουργία του θυρεοειδούς αδένου. Η ινσουλίνη και τα επίπεδα γλυκόζης του αίματος μετά από νηστεία φαίνονται μειωμένα ή στο κατώτατο φυσιολογικό όριο. Η ανοχή της γλυκόζης είναι πολύ συχνά εξασθενημένη και πιθανότατα αντικατοπτρίζει την κατάσταση λιμοκτονίας. Η ντοπαμίνη και τα οπιοειδή παίζουν κάποιο ρόλο στη ρύθμιση της διατροφικής συμπεριφοράς και στις αντιδράσεις ευχαρίστησης που προκαλεί η τροφή. Οι αντιδράσεις των ανορεξικών και βουλιμικών ασθενών απέχουν από τις φυσιολογικές και ίσως αυτό να οφείλεται σε εξασθένηση αυτού του συστήματος. Ανωμαλίες της οπιοειδούς δράσης φαίνεται να σχετίζονται ενεργά με τα περιστατικά υπερφαγίας και κάθαρσης και με το σοβαρό περιορισμό της τροφής (Βάρσου, 2000).

10.5. Μεταβολικές ανωμαλίες

10.5.1. Οστεοπενία-Οστεοπόρωση

Η αυξημένη διαθεσιμότητα νέων διαγνωστικών τεχνικών όπως η οστική πυκνομετρία έχει επιτρέψει την αναγνώριση της υψηλής συχνότητας εμφάνισης της οστεοπενίας. Η οστεοπενία είναι συχνή και σοβαρή επιπλοκή, που πολλές φορές είναι αποτέλεσμα της αμηνόρροιας και άπαξ και εγκατασταθεί, είναι δύσκολο να θεραπευτεί και θεωρείται μερικώς αναστρέψιμη. Η μειωμένη οστική πυκνότητα (οστεοπενία) μπορεί να είναι εξίσου σοβαρή με εκείνη που παρατηρείται σε γυναίκες με οστεοπόρωση μετά την εμμηνόπαυση και καταλήγει σε αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων. Η έκταση της αφαλάτωσης έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με το δείκτη μάζας σώματος, το ελάχιστο σωματικό βάρος και τη χρονική διάρκεια της ασθένειας. Η παθογένεια της οστεοπενίας στην ανορεξία είναι πολύπλοκη και επί πλέον έρευνες είναι απαραίτητες ώστε να διευκρινιστεί πλήρως η αιτιολογία. Η οστεοπενία φαίνεται να αντικατοπτρίζει μια κατάσταση χαμηλής αποκατάστασης με αυξημένη οστική αναρρόφηση χωρίς ακόλουθο σχηματισμό οστών, μια διαδικασία που διαφέρει από αυτή στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Τα χαμηλά επίπεδα των οιστρογόνων είναι η κύρια αιτία πρόκλησης οστεοπενίας, αλλά και επιπρόσθετοι διατροφικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο (Βάρσου, 2000).

10.5.2. Άλλες Μεταβολικές Ανωμαλίες

Στις περισσότερες, αν και όχι σε όλες, μελέτες η υπερχοληστεριναιμία έχει αναφερθεί ως συχνή επιπλοκή. Υψηλά επίπεδα καροτενίου του όρου εντοπίζονται σχεδόν στο 75% των ανορεξικών ασθενών και μάλλον συσχετίζονται με την καροτενοδερμία. Ελλείψεις ψευδαργύρου, άλλων ιχνοστοιχείων και βιταμινών έχουν αναφερθεί σε λιγιστούς ασθενείς. Η αύξηση της συγκέντρωσης των ενζύμων του ορού, που εμφανίζεται σε απισχνασμένους ανορεξικούς ασθενείς κατά τη διάρκεια της επανασίτισης τους, ίσως να αντικατοπτρίζει το λιπώδη εκφυλισμό του ήπατος. Επίσης, στους ίδιους ασθενείς έχει παρατηρηθεί εξασθενημένη ρύθμιση της

θερμοκρασίας με μια αυτόνομη, αφύσικη ανταπόκριση στο κρύο (Βάρσου, 2000).

10.6. Επιπλοκές στη νεφρική λειτουργία και ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες

Η μειωμένη πρόσληψη τροφής στους ανορεξικούς περιοριστικού τύπου, καθώς και η πρόκληση εμετών και η χρήση καθαρτικών στους ανορεξικούς καθαρτικού τύπου μπορεί να προκαλέσει διαταραχή της ομοιόστασης υγρών και ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες που μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και σε θάνατο (Βάρσου, 2000).

10.6.1.Υποκαλιαιμία

Μπορεί να καταλήξει σε καρδιακή αρρυθμία, μια από τις κύριες αιτίες θανάτου, μειωμένη κινητικότητα του εντέρου και μυοσκελετική μυοπάθεια. Η χρόνια υποκαλιαιμία μπορεί να προκαλέσει νεφροπάθεια, με υψηλά ποσοστά κρεατινίνης ορού και τελικά να καταλήξει σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, αρκετά σοβαρή ώστε να απαιτείται αιμοκάθαρση (Βάρσου, 2000).

10.6.2.Υπομαγνησραιμία

Είναι συνήθης στους ανορεξικούς ασθενείς και μπορεί να σχετίζεται με την υπασβασταιμία ή την υποκαλιαιμία ή οποία μπορεί να αποκατασταθεί μόνο ταυτόχρονα με την αποκατάσταση του μαγνησίου (Βάρσου, 2000).

10.6.3.Υποφωσφαταιμία

Μπορεί να εμφανιστεί σε ανορεξικούς ασθενείς λόγω μειωμένης διαιτητικής πρόσληψης ή ως επιπλοκή της επανασίτισης. Στη δεύτερη περίπτωση, η κατάσταση μπορεί να γίνει επικίνδυνη καθώς τα ανόργανα φωσφορικά άλατα εισέρχονται στα κύτταρα, όπου είναι απαραίτητα για τη σύνθεση των πρωτεϊνών, προκαλώντας έτσι απότομη μείωση των επιπέδων φωσφατάσης του πλάσματος η οποία μπορεί να καταλήξει σε ήπια καρδιακή δυσλειτουργία (Βάρσου, 2000).

10.7. Επιπλοκές στο κυκλοφορικό σύστημα

Η βραδυκαρδία και η ορθοστατική υπόταση είναι συχνά ευρήματα σε ολιγοβαρείς ασθενείς, οι οποίοι έχουν καρδιακό ρυθμό ανάπαυσης 60 παλμούς ανά λεπτό και διαστολική αρτηριακή πίεση χαμηλότερη από 60 mmHg. Η χαμηλή αρτηριακή πίεση, η κοιλιακή βραδυκαρδία και η κοιλιακή αρρυθμία αποτελούν μια φυσιολογική προσαρμογή στην περιορισμένη πρόσληψη τροφής και τη λιμοκτονία. Οι ίλιγγοι και η λιποθυμία δεν είναι ασυνήθιστοι, ενώ οι συχνές μεταβολές στα καρδιογραφήματα συνήθως αντανακλούν τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές αυτών των ασθενών (Βάρσου, 2000).

10.8. Αιματολογικό και αμυντικό σύστημα

Οι ανορεκτικοί ασθενείς έχει αναφερθεί ότι εμφανίζουν προβλήματα αιματοποίησης, όπως λευκοπενία, αναιμία και θρομβοκυτοπενία και σπανίως νέκρωση του μυελού των οστών. Η λευκοπενία συνήθως αντικατοπτρίζει μειωμένο αριθμό ουδετερόφιλων συνοδευόμενο από μια σχετική λεμφοκυττάρωση. Οι απόψεις τώρα για το πώς επηρεάζει η λευκοπενία τον κίνδυνο μόλυνσης συγκρούονται. Ενώ κάποιες μελέτες αναφέρουν αυξημένο κίνδυνο βακτηριακών μολύνσεων, άλλες μελέτες αναφέρουν φυσιολογικό κίνδυνο, πιθανόν εξαιτίας των φυσιολογικών αποθεμάτων ουδετερόφιλων του μυελού των οστών. Είθισται κατά περιόδους λιμοκτονίας, οι ασθενείς να είναι σχετικά προστατευμένοι έναντι των ιογενών ασθενειών, ή πιθανόν να μην εκδηλώνουν τα συμπτώματα των μολύνσεων (Βάρσου, 2000).

10.9. Επιπλοκές στο πεπτικό σύστημα

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

της κινητικότητας μπορεί να προκαλέσει δυσκοιλιότητα και να αυξήσει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που οφείλονται στην αφυδάτωση και την υποκαλιαιμία. Κοιλιακοί πόνοι μπορούν επίσης να οφείλονται και σε σύνδρομο της μεσεντέριας αρτηρίας, ενώ κατά τη διάρκεια της διαδικασίας επανασίτισης υπάρχει πιθανότητα ο ανορεξικός ασθενής να πάθει οξεία γαστρική διάταση. Η ιατρική αντιμετώπιση του φαινομένου περιλαμβάνει ρινογαστρική αναρρόφηση και αποκατάσταση των υγρών και ηλεκτρολυτών. Τέλος, ένα ακόμη σύμπτωμα της διαδικασίας επανασίτισης των ανορεξικών ασθενών είναι η οξεία παγκρεατίτιδα (Βάρσου, 2000).

10.10. Επιπλοκές στην εγκυμοσύνη και στην αναπαραγωγική λειτουργία

Η εγκυμοσύνη μπορεί να είναι πρόκληση για ασθενείς που πάσχουν από ανορεξία. Υψηλότερα ποσοστά αποβολών, επιπλοκών στην τοκετό και επιλόχειας κατάθλιψης έχουν αναφερθεί σε γυναίκες με ιστορικό νευρογενούς ανορεξίας. Επίσης, οι γυναίκες αυτές δείχνουν να έχουν πρόβλημα με την εικόνα του σώματός τους και τις -φυσιολογικές κατά τ' άλλα- αλλαγές που επιδέχεται λόγω εγκυμοσύνης. Οι μαιευτήρες πρέπει να παρακολουθούν στενά αυτές τις γυναίκες και να βεβαιώνονται ότι η θερμιδική πρόσληψή τους είναι επαρκής. Σε περιπτώσεις γυναικών με ανορεξία ενδείκνυται να αναβάλλεται η εγκυμοσύνη μέχρις ότου να αντιμετωπιστεί η διατροφική διαταραχή. Σε περίπτωση όμως που μια γυναίκα μείνει έγκυος, τότε είναι απαραίτητη η συνεργασία διαιτολόγου, ψυχολόγου και μαιευτήρα κατά τη διάρκεια της κύησης, ενώ μετά τον τοκετό στην παραπάνω ομάδα πρέπει να προστεθεί και παιδίατρος, ώστε να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή υγεία του βρέφους (Βάρσου, 2000).

10.11. Δερματολογικές επιπλοκές

Οι δερματολογικές εκδηλώσεις της λιμοκτονίας περιλαμβάνουν τριχόπτωση, ξηροδερμία και εύθραυστα νύχια. Σχεδόν το ένα τρίτο των ανορεξικών αναπτύσσουν χνούδι στο πρόσωπο, που ονομάζεται "lanugo hair" (lanugo: πυκνό μαλακό χνούδι). Αντίθετα με ασθενείς με άλλες μορφές

λιμοκτονίας, οι ανορεκτικοί ίσως να αναπτύξουν έναν πορτοκαλί αποχρωματισμό στο δέρμα τους εξαιτίας της υψηλής συγκέντρωσης καροτένιου στο αίμα τους (καροτενοδερμία) (Βάρσου, 2000).

11. ΠΡΟΓΝΩΣΗ



Γενικά, η πρόγνωση δεν είναι καλή. Μόνο το 50% των ασθενών επανέρχονται πλήρως. Το να αλλάξει κανείς τη διαστρεβλωμένη εικόνα που έχει ο πάσχων από νευρογενή ανορεξία, για τον εαυτό του είναι πάρα πολύ δύσκολο, ίσως είναι ακόμα δυσκολότερο στις κοινωνίες που προάγουν το να είναι κανείς αδύνατος ως ιδανικό. Ωστόσο, η βραχυπρόθεσμη απάντηση των ασθενών σε ενδονοσοκομειακή νοσηλεία είναι συνήθως θετική (Σαραντόγλου, 2001).

Παράγοντες που σχετίζονται με κακή πρόγνωση

είναι:

- η έναρξη σε μεγάλη ηλικία (όσο μικρότερης ηλικίας είναι η ασθενής, τόσο λιγότερες και ευκολότερα αντιμετωπίσιμες είναι οι ψυχιατρικές δυσκολίες),
- η μακρά ασθένεια,
- οι αυτοπροκαλούμενοι έμετοι,
- η χρήση καθαρτικών,
- η άρνηση της ασθενούς να τρώει παρουσία άλλων,
- η πτωχή κοινωνική προσαρμογή κατά την παιδική ηλικία και
- οι κακές σχέσεις με τους γονείς (Walcott et al. 2003).

12. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ



12.1. Νοσηλεία

Το πρώτο που λαμβάνεται υπόψη στη θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας είναι η διόρθωση της κατάστασης θρέψης του άρρωστου, επειδή η αφυδάτωση, η λιμοκτονία και οι διαταραχές ηλεκτρολυτών μπορεί να προκαλέσουν σοβαρό κίνδυνο στην υγεία και, σε μερικές περιπτώσεις, το θάνατο. Η

απόφαση για νοσηλεία του άρρωστου βασίζεται στη σωματική του κατάσταση και στο βαθμό της απαιτούμενης δομής που θα εξασφαλίσει την συνεργασία του. Γενικά, σε άρρωστους με νευρογενή ανορεξία, που έχουν κάτω από 20% του αναμενόμενου βάρους σε σχέση με το ύψος τους, συνιστάται νοσηλεία, ενώ σε άρρωστους με κάτω από 30% του αναμενόμενου βάρους, απαιτείται ψυχιατρική νοσηλεία που κυμαίνεται από 2–6 μήνες (Karlan et al. 2000).

Τα προγράμματα ψυχιατρικής νοσηλείας για ασθενείς με νευρογενή ανορεξία χρησιμοποιούν γενικά ένα συνδυασμό συμπεριφορικής θεραπευτικής προσέγγισης, ατομικής ψυχοθεραπείας, εκπαίδευσης και θεραπείας οικογένειας και, σε μερικές περιπτώσεις, ψυχοτρόπων σκευασμάτων. Η επιτυχής θεραπεία εξαρτάται από την ικανότητα των μελών του προσωπικού να διατηρήσουν με τον ασθενή μια σταθερή αλλά υποστηρικτική προσέγγιση, συχνά μέσα από συνδυασμό θετικών (έπαινος) και αρνητικών (περιορισμός της άσκησης και της χρήσης υπακτικών) ενισχυτών (Karlan et al. 2000).

Ωστόσο, απαιτείται κάποια ευελιξία στο πρόγραμμα ώστε η θεραπεία να εξατομικεύεται και να ταιριάζει με τις ανάγκες και τις γνωσιακές ικανότητες του άρρωστου. Τελικά, για να πετύχει η θεραπεία μακροπρόθεσμα θα πρέπει ο άρρωστος να συμμετέχει σε αυτήν εκούσια. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι αδιάφοροι ή αντιστέκονται στην ψυχιατρική θεραπεία. Τους φέρουν στο ιατρείο χωρίς τη θέληση τους, συγγενείς και φίλοι που αγωνιούν. Σπάνια

αποδέχονται τις συστάσεις για νοσηλεία χωρίς διαφωνίες και κρητική για το προσφερόμενο πρόγραμμα. Η έμφαση στα οφέλη, όπως η ανακούφιση από την αϋπνία και τα συμπτώματα και σημεία της κατάθλιψης, βοηθούν τον άρρωστο να εισαχθεί στο νοσοκομείο οικιοθελώς. Η υποστήριξη και η εμπιστοσύνη των συγγενών στο γιατρό και τη θεραπευτική ομάδα είναι ουσιαστικές όταν πρέπει να εκτελεστούν αυστηρές οδηγίες. Οι οικογένειες των αρρώστων πρέπει να προειδοποιούνται ότι ο άρρωστος θα αντισταθεί στη θεραπεία και από τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας θα επιχειρήσει πολλές δραματικές εκκλήσεις για υποστήριξη από την οικογένεια, για να αποφύγει το πρόγραμμα νοσηλείας. Μόνο όταν είναι πιθανός ο κίνδυνος θανάτου από τις επιπλοκές της κακής θρέψης θα πρέπει να εφαρμόζεται αναγκαστική νοσηλεία ή εγκλεισμός. Σε σπάνιες περιπτώσεις οι άρρωστοι αποδεικνύουν ότι ήταν λάθος τα λεγόμενα του γιατρού για αποτυχία της θεραπείας, σε εξωτερικό ιατρείο. Αυτοί μπορεί να αποκτούν ένα συγκεκριμένο βάρος σε κάθε επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία. Ωστόσο, αυτή η συμπεριφορά είναι ασυνήθης και κατά κανόνα είναι απαραίτητη μια περίοδος νοσηλείας (Kaplan et al. 2000).

Η γενική αντιμετώπιση των άρρωστων με νευρογενή ανορεξία στη διάρκεια ενός προγράμματος νοσηλείας πρέπει να συνεκτιμά τα ακόλουθα: οι άρρωστοι πρέπει να ζυγίζονται κάθε πρωί, αφού προηγουμένως έχει αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Επίσης, θα πρέπει να καταγράφεται η ημερήσια πρόσληψη υγρών όπως και η αποβολή των ούρων. Εάν παρουσιαστούν εμετοί, θα πρέπει να εκτιμώνται οι ηλεκτρολύτες και να παρακολουθείται η τυχών εμφάνιση της υπογλυκαιμίας. Επειδή παρατηρείται συχνά αναγωγή τροφής μετά τα γεύματα, το ιατρικό ιστορικό θα πρέπει να είναι σε θέση να ελέγξει τον εμετό με το να μην επιτρέπει τη χρήση τουαλέτας για τουλάχιστον 2 ώρες μετά τα γεύματα ή με το να υπάρχει συνοδός στο μπάνιο που δεν θα επιτρέψει τον εμετό. Η δυσκοιλιότητα υποχωρεί στους ανθρώπους με νευρογενή ανορεξία όταν αρχίζουν να τρέφονται κανονικά. Χορηγούνται σποραδικά μαλακτικά των κοπράνων, αλλά ποτέ υπακτικά. Εάν εμφανιστεί διάρροια υποδηλώνει συνήθως ότι ο άρρωστος παίρνει υπακτικά κρυφά. Λόγω της σπάνιας επιπλοκής της διάτασης του στόμαχου και τις πιθανότητες κυκλοφοριακής υπερφόρτωσης, εάν ο άρρωστος αρχίσει απότομα να λαμβάνει μεγάλες ποσότητες θερμίδων, το προσωπικό θα πρέπει να ξεκινάει με χορήγηση περίπου 500 θερμίδων πάνω από το απαιτούμενο για τη

συντήρηση του υπάρχοντος βάρους (συνήθως 1500–2000 θερμίδες την ημέρα). Αυτές οι θερμίδες καλό είναι να δίνονται σε 6 ισόποσα γεύματα ημερησίως έτσι ώστε να μην χρειάζεται να παίρνουν οι άρρωστοι μεγάλες ποσότητες σε κάθε γεύμα. Συνιστάται η χορήγηση υγρών συμπληρωμάτων τροφής επειδή οι ασθενείς μπορεί να γίνονται λιγότερο αγχώδεις μήπως αποκτήσουν σιγά βάρος με την αγωγή παρά με το να τρώνε φαγητό. Μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο, ο κλινικός ιατρός συνήθως θεωρεί απαραίτητο να συνεχίσει κάποιου τύπου εξωνοσοκομειακή επίβλεψη για οποιοδήποτε πρόβλημα συμβεί στους ασθενείς και στις οικογένειές τους (Kaplan et al. 2000).

12.2. Ψυχοθεραπεία

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 άρρωστους η νόσος έχει έναρξη στην εφηβεία, η οικογενειακή θεραπεία είναι μέρος ενός ολοκληρωμένου θεραπευτικού σχεδίου. Αν και η κλασική ψυχοδυναμικά προσανατολισμένη θεραπεία δεν βοηθάει στα αρχικά στάδια της θεραπείας, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε φάση λιμοκτονίας, οι αναισθητικού τύπου θεραπείες έχουν βοηθήσει τους ανορεκτικούς άρρωστους κατά την περίοδο σταθεροποίησης τους (Kaplan et al. 2000).

12.3. Δυναμική ψυχοθεραπεία

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 συμπτώματά τους αποτελούν τον πυρήνα της ιδιαιτερότητας τους, οι θεραπευτές πρέπει να αποφεύγουν την υπερβολική επένδυση σε προσπάθειες μεταβολής των συνηθειών διατροφής τους. Η διαδικασία της εναρκτήριας φάσης της ψυχοθεραπείας πρέπει να προσβλέπει στην εγκατάσταση θεραπευτικής συμμαχίας. Οι άρρωστοι μπορεί να βιώνουν τις πρώιμες ερμηνείες σαν κάποιος άλλος να προσπαθεί να τους

λέει τι πραγματικά αισθάνονται ενώ οι δικές τους εμπειρίες ελαχιστοποιούνται και ακυρώνονται. Αντίθετα, θεραπευτές που συναισθάνονται τις απόψεις του ασθενούς και εμφανίζουν ενεργό ενδιαφέρον σε οτιδήποτε αυτός σκέπτεται και αισθάνεται, δείχνουν ότι η αυτονομία τους είναι σεβαστή. Υπεράνω όλων, οι ψυχοθεραπευτές πρέπει να είναι ευέλικτοι, επίμονοι και ανθεκτικοί στο να παράσχουν βοήθεια στις τάσεις των ασθενών να υπερνικήσουν τις προσπάθειές τους (Karlan et al. 2000).

Πολλοί κλινικοί ιατροί προτιμούν τις γνωσιακές–συμπεριφορικές προσεγγίσεις για να παρακολουθούν την απόκτηση και διατήρηση του βάρους και να επικεντρώσουν στις συμπεριφορές διατροφής. Συνιστώνται επίσης, γνωσιακές και διαπροσωπικές στρατηγικές, ώστε να διερευνηθούν άλλα θέματα που σχετίζονται με τη διαταραχή. 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 (Karlan et al. 2000).

12.4. Βιολογική θεραπεία

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 αμιτριπυλίνη (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) και η χλωροπρομαζίνη (Largactil), δεν έχουν θετικά αποτελέσματα. Άλλα αντικαταθλιπτικά έχουν δοκιμαστεί σε ανορεκτικούς αρρώστους με συνυπάρχουσες καταθλιπτικές διαταραχές, με ελάχιστα αποτελέσματα. Υπάρχει μια κάποια ανησυχία σχετικά με τη χρήση τρικυκλικών φαρμάκων σε χαμηλού βάρους 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 της φυσιολογικής θρέψης. Υφίστανται ορισμένες ενδείξεις ότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) ωφελεί σε μερικές περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Karlan et al. 2000).

12.5. Διατροφική αντιμετώπιση

Όλο και περισσότεροι ασθενείς θεραπεύονται στα εξωτερικά ιατρικά ή με ραντεβού σε οποιαδήποτε θεραπευτήρια. Οι αρχές της θρεπτικής διαχείρισης είναι παρόμοιες, ανεξάρτητα από τη ρύθμιση. Η θρεπτική αποκατάσταση συνεπάγεται την αποκατάσταση ενός κανονικού βάρους σώματος. Για τους ενήλικους αυτό μπορεί να οριστεί ως το βάρος στο οποίο κάποιος είναι οργανικά υγιής και που κάποιος μπορεί να διατηρήσει με την κατανάλωση μιας κανονικής, υγιεινής διατροφής χωρίς περιορισμούς. Αυτό το βάρος πρέπει να διατηρείται στα όρια του δείκτη μάζας σώματος (BMI = βάρος σε χιλιόγραμμα δια ύψος στο τετράγωνο) μεταξύ 20 και 25. Για τα παιδιά ή τους νεότερους εφήβους, το βάρος στόχος είναι αυτό το οποίο οι ασθενείς θα συνεχίσουν να αναπτύσσονται με φυσιολογικούς ρυθμούς. Μια καθορισμένη αξία BMI δεν είναι κατάλληλη για τα παιδιά αντί αυτού οι παιδιατρικοί πίνακες ανάπτυξης πρέπει να ελεγχθούν. Εντούτοις, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι η ανάπτυξη του ασθενή μπορεί ήδη να είχε σταματήσει από την ασθένεια, έτσι ο νοσοκομειακός γιατρός δεν πρέπει να δεχτεί ένα βάρος στόχο που απεικονίζει μόνο την κατάσταση αυτή (της ασθένειας) (Brownele & Fairburn, 1995).

Ένα πρόγραμμα κατανάλωσης για να επέλθει το απαραίτητο κέρδος βάρους συντάσσεται από το διαιτολόγο, αλλά η ευθύνη για την εφαρμογή του βαραινεί τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Ειδικά τρόφιμα δεν απαιτούνται: μάλλον, κανονικά γεύματα πρέπει να προγραμματιστούν. Ο στόχος είναι να κερδίσουμε βάρος 1 έως 1,5 χιλιόγραμμα εβδομαδιαίως. Αρχικά, ορίζεται μια καθημερινή εισαγωγή λίγων θερμίδων όπως π.χ. 1.500 kilocalories (6000 kilojoules) επειδή τα μεγαλύτερα ποσά μπορούν να προκαλέσουν τλαιπωρία μετά από τον παρατεταμένο περιορισμό τον οποίο αυτοί οι ασθενείς έχει υποστεί. Οι ποσότητες τροφίμων αυξάνονται μόνο όταν κατορθώνει να ολοκληρώσει ο ασθενής κάθε γεύμα. Η λήψη ενέργειας που απαιτείται για να επιφέρει την πλήρη αποκατάσταση βάρους μπορεί τελικά να φτάσει τις 3.500

kilocalories ανά ημέρα, ανάλογα με το πόσο ενεργός είναι ο ασθενής. Σε αυτά τα υψηλά επίπεδα, κάποια ενέργεια μπορεί να παρασχεθεί υπό μορφή συγκέντρωσης, υπερθερμιδικών προϊόντων, αλλά η έμφαση είναι πάντα στην επανάληψη της κανονικής κατανάλωσης φαγητού (Brownele & Fairburn, 1995).

Τα διαιτητικά συμπληρώματα απαιτούνται σπάνια και η σίτιση σωλήνων ή η παρεντερική διατροφή πρέπει να αποφευχθούν εκτός αν είναι απολύτως απαραίτητη. Τέτοιες διαδικασίες θεωρούνται εισβολή, ενέχουν φυσικό κίνδυνο, και δεν βοηθούν τους ασθενείς να αναλάβουν την ευθύνη για την υγεία τους. Παρόμοιες κριτικές αφορούν και τις, υψηλής ενέργειας, υδαρείς δίαιτες (Brownele & Fairburn, 1995).

Πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στην διαιτητική συμπεριφορά. Η προηγούμενη πρακτική της απομόνωσης των ασθενών με νευρική ανορεξία κατά τη διάρκεια των γευμάτων τους ήταν ανεπαρκής, δεδομένου ότι ενίσχυσε μόνο τις ανωμαλίες της συμπεριφοράς κατανάλωσής τους. Είναι πολύ καλύτερο οι ασθενείς να τρώνε σε μια ομάδα έτσι ώστε άλλοι ασθενείς και προσωπικό να μπορούν να παρέχουν σε αυτούς τα κατάλληλα πρότυπα. Η πραγματική διαιτητική συμπεριφορά τους πρέπει να παρακολουθηθεί προσεκτικά και η κλίμακα εκτίμησης συμπεριφοράς κατανάλωσής μας παρέχει με αυτόν τον τρόπο αρκετά αντικειμενικά μέσα. Είναι σημαντικό να παρέχεται ενθάρρυνση και η παροχή συμβουλών για να διορθωθούν οι ανώμαλες πρακτικές κατανάλωσης ενός ασθενή, παρά να επαναληφθούν οι συγκρούσεις που μπορεί να είχαν υπάρξει μεταξύ του ασθενή και της οικογένειάς του πριν από την παραδοχή. Η αντιμετώπιση του θυμού πρέπει να αποφευχθεί κατά τη διάρκεια των γευμάτων και οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρυνθούν για να αλληλεπιδράσουν κοινωνικά με έναν κατάλληλο τρόπο. Οι συγκεκριμένες δυσκολίες κατανάλωσης εξετάζονται αργότερα στις μεμονωμένες συνόδους παροχής συμβουλών με μια νοσηλεύτρια ή έναν διαιτολόγο. Σε μερικές περιπτώσεις, είναι χρήσιμο να βιντεοσκοποούνται οι ασθενείς κατά τη διάρκεια των γευμάτων και να χρησιμοποιηθεί έπειτα η ταινία στις εκπαιδευτικές συνεδρίες. Εάν οι λόγοι για την χρήση τέτοιων ταινιών εξηγούνται προσεκτικά στον ασθενή, η διαδικασία είναι συνήθως αρκετά αποδεκτή (Brownele & Fairburn, 1995).

Η διαχείριση της νευρικής ανορεξίας δεν είναι πλήρης μόνο από την επίτευξη ενός υγιούς βάρους. Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς και οι εξωτερικοί

ασθενείς χρειάζονται τη διαρκή διαιτητική καθοδήγηση για να τους βοηθήσει στην προσαρμογή σε μια κατάλληλη λήψη ενέργειας για τη σταθεροποίηση του βάρους τους, διατηρώντας την φυσιολογική συμπεριφορά κατανάλωσης τροφής. Η περίοδος συντήρησης είναι συχνά ένας συνταρακτικός χρόνος, δεδομένου ότι η ασφάλεια ενός δομημένου προγράμματος κέρδους βάρους δεν είναι πλέον σε ισχύ και μια αναβίωση των ανορεξικών συμπεριφορών κατανάλωσης δεν είναι αυτή τη στιγμή ασυνήθιστη. Είναι σημαντικό ότι οι ασθενείς ενισχύονται για να αναπτύξουν έναν αυθόρμητο, χαλαρό τρόπο διατροφής, έτσι ώστε η συντήρηση βάρους να μην εξαρτάται από την εμμονή σε μια αυστηρή "θεραπευτική" δίαιτα που οποιαδήποτε επιστροφή στις περιοριστικές πρακτικές πρέπει να αποφευχθεί, δεδομένου ότι ο ασθενής θα ξανακυλήσει. Όλα τα τρόφιμα, όπως τα τεχνητά γλυκά, ποτά ή τα υπερθερμιδικά τρόφιμα, πρέπει να αποφευχθούν. Είναι περιττά εάν ο ασθενής τρώει φυσιολογικά, καθώς επίσης ενθαρρύνουν την επιστροφή μιας ανορεξικής στάσης απέναντι στα τρόφιμα (Brownele & Fairburn, 1995).

Είναι συχνά ευεργετικό για τους ασθενείς να εισάγονται στο νοσοκομείο για 2-3 εβδομάδες στην φάση συντήρησης, κατά τη διάρκεια της οποίας τους δίνονται μικρές χρονικές περιόδους άδειας να επισκέπτονται το σπίτι τους. Αυτό τους παρέχει την ευκαιρία να κάνουν μια πρακτική στο σπίτι τους πριν από την απαλλαγή. Τα περιστασιακά γεύματα στα εστιατόρια είναι επίσης χρήσιμα στην άδεια των ασθενών για να προσαρμοστούν στην κατανάλωση φαγητού έξω από το προστατευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου (Brownele & Fairburn, 1995).

ΜΕΡΟΣ Β '

1. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ



1.1. Ιστορικό δίαιτας

Ένα διατροφικό ιστορικό αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση των διατροφικών συνηθειών σε ασθενείς με νευρική ανορεξία. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αναγνωριστούν συγκεκριμένες ελλείψεις σε πρωτεΐνες, λιπαρά οξέα και μικροθρεπτικά συστατικά. Παρότι οι ασθενείς υπερεκτιμούν χαρακτηριστικά την ενεργειακή τους πρόσληψη, το σωματικό βάρος είναι ένας εύκολα μετρήσιμος δείκτης για την έλλειψη ενέργειας. Μαζί με τις πληροφορίες για την πρόσληψη τροφών, το διατροφικό ιστορικό θα πρέπει να εμπεριέχει πληροφορίες για τους παρακάτω παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν τη διατροφική αντιμετώπιση (Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων, 2005).

Πρόσληψη υγρών: Είναι συχνή η υπερκατανάλωση υγρών και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διευκολύνει τον εμετό ή να επηρεάζει το σωματικό βάρος. Ο περιορισμός των υγρών μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μείωση βάρους.

Κατανάλωση καφεΐνης: Είναι συχνή η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων καφεΐνης στη μορφή του καφέ, του τσαγιού και των χαμηλών σε ενέργεια αεριούχων-ανθρακούχων ποτών στη νευρική ανορεξία, διότι η καφεΐνη έχει ανορεξιογόνο και απισχναντική δράση. Μειώνοντας την πρόσβαση σε αυτά τα ποτά μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα συμπτώματα από τη στέρηση της καφεΐνης.

Κατανάλωση αλκοόλ: Η βαριά κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τις ανάγκες για βιταμίνες της ομάδας Β, οι οποίες πρέπει να παρέχονται σαν συμπλήρωμα.

Κάπνισμα: Το κάπνισμα αυξάνει τις ανάγκες για αντιοξειδωτικές βιταμίνες, και ιδιαίτερα σε βιταμίνη C. Πρέπει να παρέχονται συμβουλές για τα τρόφιμα που περιέχουν βιταμίνη C.

Χρήση βιταμινούχων συμπληρωμάτων: Πρέπει να υπάρχει φροντίδα να προληφθεί ο κίνδυνος τοξικότητας λόγω υπερβολικής χρήσης συμπληρωμάτων βιταμινών A και D (Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων, 2005).

1.2. Μέτρηση βάρους και ύψους

Το βάρος και το ύψος πρέπει να μετριοούνται (σε κιλά και μέτρα αντίστοιχα), και ο ΔΜΣ (σε kg/m^2) να υπολογίζεται σαν δείκτης για τη σοβαρότητα της αστίας. Η μέτρηση βάρους πρέπει να είναι όσο πιο συνεπής γίνεται, να γίνεται την ίδια ώρα της ημέρας κάτω από τις ίδιες συνθήκες (Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων 2005).

1.3. Κλινική αξιολόγηση και παρακολούθηση

Η φυσική εξέταση των ασθενών πρέπει να είναι πλήρης και εκτενής. Η εξέταση πρέπει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή στο βαθμό ενυδάτωσης του ασθενή, τη καρδιαγγειακή κατάσταση, την υποθρεψία των μυών και την ακεραιότητα του δέρματος. Η ορθοστατική υπόταση είναι συχνή: είναι συνήθως δευτερεύουσα στο χαμηλό όγκο αίματος και σε μερικές περιπτώσεις και στο κλάσμα εξώθησης καρδιάς. Η θερμοκρασία σώματος (για παράδειγμα με θερμόμετρο τύμπανου) πρέπει να καταγραφεί, διότι η υποθερμία είναι συχνή στις σοβαρές περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας. Το τεστ – σηκώνομαι, κάθομαι οκλαδόν, στέκομαι δίνει μία κλινική ένδειξη της δύναμης των μυών και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη παρακολούθηση της προόδου. Η πρόκληση εμετού από το ίδιο το άτομο για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να διαβρώσει το σμάλτο των δοντιών, οδηγώντας σε πόνο, και μπορεί να συνδέεται με τερηδόνα και ακόμα και αποστήματα. Οι εμετοί μπορεί να προκαλέσουν ερεθισμό στο στόμα και στο λαιμό. Η σοβαρή αστία μπορεί να οδηγήσει σε συρρίκνωση των ούλων και χαλαρότητα των δοντιών. Η έλλειψη ριβοφλαβίνης μπορεί να προκαλέσει σχισμές στα χείλια, ιδιαίτερα στις γωνίες

του στόματος, και οι ελλείψεις σε σίδηρο και ψευδάργυρο μπορεί να προκαλέσουν γλωσσίτιδα και να χαθεί επίσης η αίσθηση της γεύσης. Η έλλειψη βιταμίνης C μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία στα ούλα. Αυτά τα προβλήματα μπορεί να χρειαστούν συγκεκριμένα διατροφικά συμπληρώματα (Newton & Travess, 2000).

1.4. Φυσική εξέταση

Μετά τη λήψη ιστορικού ακολουθεί πλήρης φυσική εξέταση:

- Η γενική εμφάνιση και τα προσωπικά σχόλια, που περιγράφουν τα σημεία υποσιτισμού και χαμηλού σωματικού βάρους, τα συναισθήματα της ασθενούς και οποιαδήποτε γνωστική, καταθλιπτική ή οξύθυμη διαταραχή της διάθεσης, πρέπει να καταγράφονται.
- Το μυοσκελετικό σύστημα μπορεί να παρουσιάσει σημεία μυϊκής ατροφίας ή πόνου κατά την πίεση σε συγκεκριμένες περιοχές, που πιθανόν να συνδέονται με κατάγματα.
- Το κεφάλι και ο αυχένας εξετάζονται για ενδεχόμενη διάβρωση του οδοντικού σμάλτου ή και διόγκωση της παρωτίδας, δύο στοιχεία που υποδηλώνουν αυτοαποκαλούμενο έμετο, καθώς και για την παρουσία μαζών ή πιθανής διόγκωσης του θυρεοειδούς.
- Η καρδιολογική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει ακανόνιστο, αδύναμο, βραδύ σφυγμό και ορθοστατική υπόταση.
- Η εξέταση της κοιλιακής χώρας μπορεί να αναδείξει κοιλιακή διάταση ή μη φυσιολογικούς εντερικούς ήχους.
- Η εξέταση του ουρογεννητικού συστήματος είναι συνήθως φυσιολογική, ενώ πρέπει να ελεγχθεί η παρουσία ή απουσία των δευτερογενών σεξουαλικών χαρακτηριστικών.
- Η εξέταση του δέρματος ενδέχεται να αποκαλύψει σημεία αφυδάτωσης, με ασθενή υπεραιμία, ουλές στην οπίσθια πλευρά του χεριού (σημείο Russell) και πιθανή υπερτρίχωση.
- Χρήσιμη κρίνεται και η υπερηχογραφική απεικόνιση των ωοθηκών, που παρουσιάζονται μικρότερες του φυσιολογικού για την ηλικία της ασθενούς και συνήθως χωρίς ωοθυλάκια (Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων, 2005).

Τα δύο τρίτα των ασθενών με ανορεξία θα εισαχθούν στο νοσοκομείο για παρακολούθηση και αντιμετώπιση, σε κάποια χρονική στιγμή της ζωής τους. Η απόφαση για εισαγωγή μιας ασθενούς εξαρτάται από τη γενική κατάσταση της υγείας της, καθώς και από το αρχικό σωματικό βάρος. Οι ασθενείς με βάρος σώματος 25-30% κάτω από το ιδανικό πιθανότατα δεν θα το αυξήσουν αρκετά με την εξωνοσοκομειακή θεραπεία και θα πρέπει να εισαχθούν σε νοσοκομείο. Το βάρος της ασθενούς κατά τη διάγνωση αποτελεί σημαντικό παράγοντα καθορισμού του χρόνου εισαγωγής στο νοσοκομείο και προγνωστικό δείκτη αποτελεσματικότητας της θεραπείας που θα εφαρμοστεί (Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων, 2005).

1.5. Ενδείξεις για εισαγωγή σε νοσοκομείο

- Ακραία απώλεια βάρους, με δείκτη μάζας σώματος (body mass index, BMI) <15% για την ηλικία, απώλεια βάρους >30% του ιδανικού βάρους σώματος (ideal body weight, IBW)
- Ασταθή ζωτικά σημεία (βραδυκαρδία <40 bpm, ορθοστατική υπόταση, ταχυκαρδία >110 bpm)
- Αδυναμία διατήρησης θερμοκρασίας σώματος >36,1 °C
- Αφυδάτωση ή ηλεκτρολυτικές διαταραχές εμμένουσες παρά την εξωνοσοκομειακή αγωγή
- Συμπτώματα κατάθλιψης με ιδέες αυτοκαταστροφής ή αυτοκτονίας
- Αποτυχία εξωνοσοκομειακής θεραπείας (Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων, 2005).

1.6. Εργαστηριακή αξιολόγηση και παρακολούθηση

Συνιστάται μία λεπτομερής εργαστηριακή αξιολόγηση κατά την αρχική αξιολόγηση και ξανά με την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Εάν παρατηρηθούν σημαντικές ανωμαλίες μπορεί να χρειαστούν οι συμβουλές ενός ειδικού.

- Σε ιδιαίτερο κίνδυνο βρίσκονται ασθενείς με ιδιαίτερα χαμηλό βάρος, με προηγούμενες βιοχημικές ανωμαλίες και εκείνοι που χρησιμοποιούν καθαρτικά.

- Μία χαμηλή συγκέντρωση αιμοσφαιρίνης μπορεί να υποδηλώνει έλλειψη σιδήρου. Όμως τα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης μπορεί να είναι ανεβασμένα τεχνητά σαν αποτέλεσμα της αφυδάτωσης, και μία φαινομενική αναιμία στην αρχή της θεραπείας μπορεί να οφείλεται στην κατακράτηση υγρών και στην αραίωση του αίματος. Άρα τα αποτελέσματα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή. Επιπρόσθετα όσο μειώνεται η μη λιπώδης μάζα υπάρχει συσχέτιση με την πτώση της μάζας των ερυθρών κυττάρων.
- Ο σίδηρος ο οποίος προέρχεται από το μειωμένο όγκο των ερυθρών κυττάρων δεν μπορεί να αποβληθεί και έτσι αποθηκεύεται δεσμευμένος στη φερριτίνη. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αδέσμευτου σιδήρου, ο οποίος δρα ως κέντρο για τη δημιουργία ελεύθερων ριζών και κατά συνέπεια κυτταρικής βλάβης. Έτσι, σε σοβαρές περιπτώσεις υποθρεψίας υπάρχει αποτελεσματικός φραγμός στη χρησιμοποίηση του σιδήρου και οποιοδήποτε συμπλήρωμα δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί με θετικό αποτέλεσμα σε αυτή την περίπτωση
- Επίσης παρατηρείται έλλειψη φολικού οξέος και μάλιστα σε εκείνους που απέφευγαν τα ζωικά προϊόντα μπορεί να παρουσιαστεί έλλειψη βιταμίνης B₁₂.
- Συχνά ο εξαναγκασμός εμετού και/ή χρήση καθαρτικών έχει σαν αποτέλεσμα την υποκαλιαιμία. Μπορεί πιθανότατα να χρειαστεί χορήγηση συμπληρώματος αν και συμβουλές όσον αφορά τρόφιμα υψηλά σε κάλιο (για παράδειγμα, όλα τα φρούτα και τα λαχανικά, το γάλα και ο καφές) μπορεί να είναι επαρκείς σε ορισμένες περιπτώσεις. Η επίμονη υποκαλιαιμία μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μίας υποβόσκουσας υπομαγνησιαϊμίας ή υποασβεστιαϊμίας.
- Η υπονατρίαϊμία μπορεί να είναι αποτέλεσμα της διάρροιας ή των εμετών, κακής χρήσης διουρητικών ή υπερβολικής κατανάλωσης νερού. Μπορεί έτσι να προκαλέσει σύγχυτικά επεισόδια και σε εξεζητημένες περιπτώσεις, εγκεφαλικό οίδημα και σπασμούς. Η αντιμετώπιση της υπονατρίαϊμίας έχει να κάνει με το αίτιο: μπορεί να είναι αναγκαία νερό και αλάτι σε περιπτώσεις αφυδάτωσης, ενώ στη διαλυτική υπονατρίαϊμία πρέπει να αντιμετωπιστεί με περιορισμό υγρών. Πρέπει να αναζητηθούν ιατρικές και βιοχημικές συμβουλές. Η γρήγορη

διόρθωση της υπονατριαιμίας και χρήση υπερτονικών υγρών είναι επικίνδυνα λόγω κινδύνου για καρδιακή κάμψη και κεντρικής γεφυρικής μυελινόλυσης.

- Τα λευκώματα ορού επηρεάζονται περισσότερο από άλλους παράγοντες πέρα από την πρόσληψη πρωτεϊνών και έτσι πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή (Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων 2005).

1.7. Συνιστώμενες εξετάσεις κατά την εισαγωγή

Απαραίτητες εξετάσεις:

- Γενική αίματος
- Ουρία και ηλεκτρολύτες
- Ασβέστιο
- Μαγνήσιο
- Φώσφορο
- Γλυκόζη
- Πρωτεΐνες ορού
- Ηπατικά ένζυμα
- ηλεκτροκαρδιογράφημα
- βιταμίνη B₁₂, φολικό οξύ
- θυρεοειδικός έλεγχος

Επιπρόσθετες εξετάσεις

- Κινάση κρεατινίνης
- Τρανσκετολάση ερυθρών κυττάρων/θειαμίνη ορού
- Η μέτρηση απορρόφησης ακτίνων Χ διπλής ενέργειας (DEXA)
- Ψευδάργυρος ορού (Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων, 2005).

2. ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

- Ασθενείς με νευρική ανορεξία πρέπει να έχουν διατροφική αξιολόγηση
- Μία επίσημη αξιολόγηση του διατροφικού επιπέδου συνιστάται με την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Οι μονάδες πρέπει να έχουν ξεκάθαρο πρωτόκολλο όσον αφορά το ποιος θα διεξάγει αυτή την αξιολόγηση.
- Οι ασθενείς πρέπει να περάσουν γενική φυσική εξέταση
- Μία λεπτομερής εργαστηριακή αξιολόγηση πρέπει να γίνει με την αρχική φυσική εξέταση και ξανά με την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Εάν βρεθούν σοβαρές ανωμαλίες τότε πρέπει ένας ειδικός να δώσει τις συμβουλές του.
- Η ποσότητα φαγητού που θα δίνεται θα είναι περιορισμένη στην αρχή και έπειτα θα αυξάνεται με αργό ρυθμό.
- Η σύσταση σε γενικές γραμμές για την αύξηση βάρους είναι της τάξης 0.5 – 1.0 kg την εβδομάδα.
- Ασθενείς στα πρώτα στάδια της επανασίτισης πρέπει να παρακολουθούνται στενά για όποια σημεία βιοχημικών διαταραχών, καρδιαγγειακών διαταραχών και διαταραχών της ισορροπίας των υγρών. Η ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση συνιστάται ακόμη περισσότερο όταν συντρέχει και διαταραχή ηλεκτρολυτών και κατά τη διάρκεια ενδοφλέβιας αντικατάστασής τους.
- Η χρήση συμπληρωμάτων μικροθρεπτικών συστατικών συνιστάται και στους ασθενείς εντός αλλά και εκτός (εξωτερικά ιατρεία) νοσοκομείου.
- Η χρήση συμπληρώματος θειαμίνης από το στόμα συνιστάται στους εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς που υποβάλλονται σε ταχεία αύξηση βάρους.

- Η εντερική σίτιση πρέπει να εφαρμόζεται από ειδική κλινική ομάδα με εμπειρία και επιδεξιότητα στη χρήση της.
- Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε εντερική σίτιση πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά, οι ηλεκτρολύτες ορού πρέπει να παρακολουθούνται στενά και οι ελλείψεις να διορθώνονται αμέσως.
- Η εντερική σίτιση πρέπει να αρχίζει αργά, χρησιμοποιώντας μία ισοτονική τυποποιημένη τροφή 1 kcal/ml (4.2 kJ/ml) που θα διανέμεται μέσω ενός μικρής διαμέτρου ρινογαστρικού σωλήνα.
- Παρεντερική χορήγηση βιταμινών Β και C πρέπει να δίνεται πριν ξεκινήσει η εντερική σίτιση και εάν είναι δυνατό και έπειτα.
- Συμπληρώματα φωσφόρου συνιστώνται πριν την έναρξη της εντερικής σίτισης, ένα συμπληρωματικό συμπλήρωμα μετάλλου μπορεί επίσης να χρειαστεί.
- Όταν χρησιμοποιείται η εντερική σίτιση η διαιτολογική συμβουλή πάντα πρέπει να αναζητείται και επίσης συνιστάται οι μονάδες να έχουν γραπτό πρωτόκολλο για τη χρήση της.
- Για τους εξωτερικούς ασθενείς δεν συνιστάται η αύξηση βάρους άνω του 0.5 kg ανά εβδομάδα.
- Για τους εξωτερικούς ασθενείς που αυξάνουν το βάρος τους 0.3 kg την εβδομάδα ή παραπάνω, οι ηλεκτρολύτες ορού πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά.
- Όσον αφορά ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, μπορεί να είναι σωστό να στοχεύεται ένα χαμηλό αλλά ασφαλές βάρος έτσι ώστε να προληφθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο και να μεγιστοποιηθεί η ποιότητα ζωής.

- Οι διατροφικοί περιορισμοί λόγω θρησκείας πρέπει να είναι σεβαστοί εκτός και αν αποτελούν απειλή για την ανάρρωση. Πρέπει να υπάρχει φροντίδα έτσι ώστε να είναι σίγουρο πως τα φάρμακα και τα διατροφικά συμπληρώματα είναι σε σύμπνοια με τις θρησκευτικές ή πολιτισμικές πρακτικές του ασθενούς.
- Παιδιά και έφηβοι πρέπει να θεραπεύονται σε μία υπηρεσία που είναι κατάλληλη για την ηλικία τους και το κλινικό προσωπικό που θα στελεχώνει την υπηρεσία να είναι έμπειρο στη συνεργασία με την ομάδα αυτή.
- Ο ΔΜΣ πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή στα παιδιά και τους εφήβους και προτιμότερο να συσχετίζεται με τις καμπύλες αναφοράς για το ΔΜΣ.
- Η αξιολόγηση του αναμενόμενου βάρους στα παιδιά και τους εφήβους πρέπει να λάβει υπ' όψιν της προ της νόσου εκατοστιαίες θέσεις βάρους και ύψους, το γονεϊκό βάρος και ύψος, και το φυσιολογικό βάρος για την εκατοστιαία θέση ύψους.
- Ο στόχος του βάρους πρέπει να επανεξετάζεται τακτικά κατά τη διάρκεια της επανασίτισης των παιδιών και των εφήβων ώστε να λαμβάνεται υπόψη η ανάπτυξη.
- Η εφηβική ανάπτυξη πρέπει να διατηρείται, όπου δυνατό, ανάμεσα σε δύο σταθερές απόκλισης των καμπύλων αναφοράς (Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων 2005).

3. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ



3.1. Διαιτολογική παρέμβαση

Ο ρόλος της διαιτολογικής παρέμβασης στη νευρική ανορεξία είναι εξαιρετικής σημασίας όταν γίνεται σε στενή συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας (γιατρός, ψυχοθεραπευτής). Ωστόσο, απαιτείται βαθιά επίγνωση της ψυχοπαθολογίας των συγκεκριμένων ασθενών, αλλά και της αναγκαιότητας για υπέρβαση της επαγγελματικής συνήθειας εκ μέρους των διαιτολόγων – διατροφολόγων: ο καθορισμός αυστηρών πλαισίων διατροφής και διαίτας στους ασθενείς μπορεί να προκαλέσει υποτροπές. Κύριος στόχος της διαιτολογικής παρέμβασης είναι η αποκατάσταση των μεταβολικών διαταραχών που προκύπτουν από τις ανάρμοστες διατροφικές συμπεριφορές που υιοθετούν αυτοί οι ασθενείς, η εκπαίδευσή τους σε σωστές διατροφικές συμπεριφορές και η εξάλειψη του φόβου αύξησης βάρους, με στόχο την επίτευξη και διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους. Παράλληλα με την επίτευξη του ιδανικού βάρους και τη διόρθωση των διατροφικών συμπεριφορών πρέπει να αντιμετωπιστούν, πάντα με τη βοήθεια και τη συνεργασία γιατρού, και οι ιατρικές επιπλοκές της διαταραχής (Κωνσταντινίδου, 2000).

3.2. Βασικοί στόχοι της διαιτολογικής παρέμβασης

1) Η επίτευξη υγιούς σωματικού βάρους και καλής θρεπτικής κατάστασης

Σε περίπτωση ταχείας και σοβαρής απώλειας βάρους (το σωματικό βάρος να είναι μικρότερο από το 75% του επιθυμητού) και παρουσία καταστάσεων σύνοδης νοσηρότητας, όπως αρρυθμία, βραδυκαρδία, υποκαλιαιμία, κρίνεται απαραίτητη η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο. Στην ενδονοσοκομειακή θεραπεία, αν ο ασθενής δε δύναται να σιτιστεί από το

στόμα, εφαρμόζεται εντερική σίτιση μέσω καθετήρα ή σπανιότερα παρεντερική σίτιση (δεν προτιμάται λόγω αυξημένου κινδύνου λοίμωξης), κεντρική ή περιφερική. Οι δύο τελευταίοι τρόποι σίτισης δεν εξασφαλίζουν ιδιαίτερη επιτυχία στην επανασίτιση των ανορεξικών ασθενών, οι οποίοι αφενός νιώθουν ότι παραβιάζεται το σώμα τους και αφετέρου δεν εξοικειώνονται με τη διαχείριση των διατροφικών τους αναγκών. Αν η απώλεια βάρους είναι τέτοια που δεν απειλεί άμεσα τη ζωή του, ο ασθενής παρακολουθείται σε εξωνοσοκομειακή βάση (Κωνσταντινίδου, 2000).

Και στις δυο περιπτώσεις, στόχος είναι η επίτευξη, τουλάχιστον του 90% του επιθυμητού βάρους ή του σωματικού βάρους στο οποίο εμφανίζεται η έμμηνος ρύση στις γυναίκες. Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι για να επιτευχθεί έμμηνος ρύση, παράλληλα με την αύξηση του σωματικού βάρους, είναι απαραίτητο να συνυπάρχει αύξηση σωματικού λίπους στο 20-25% του σωματικού βάρους. Το πρόγραμμα διατροφής θα πρέπει να εξασφαλίζει μέτρια πρόσληψη πρωτεΐνης (20%), χαμηλή πρόσληψη λιπαρών (30%) και υψηλή πρόσληψη υδατανθράκων (50%). Παρόλα αυτά, δε συστήνεται υψηλή πρόσληψη φυτικών ινών, λόγω του ότι προκαλούν γρήγορο αίσθημα κορεσμού και μειώνουν τη θερμιδική πυκνότητα της διατροφής. Κατά το σχεδιασμό του διατροφικού προγράμματος, είναι απαραίτητο να γίνεται τακτικός έλεγχος του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών, κυρίως του καλίου, του νατρίου, του φωσφόρου, του ασβεστίου και του μαγνησίου, και να συστήνεται, εάν είναι απαραίτητο, η συμπληρωματική τους πρόσληψη. Εκτός από τη βελτίωση της κλινικής εικόνας του ασθενούς, η αύξηση του σωματικού βάρους φαίνεται να επηρεάζει θετικά τις πνευματικές λειτουργίες και την ψυχική διάθεση του ασθενούς, γεγονός σημαντικό για τη συνεργασία του στην όλη θεραπεία (Κωνσταντινίδου, 2000).

2) Τροποποίηση διατροφικής συμπεριφοράς

Αποτελεί το μεγαλύτερο και πιο επίπονο κομμάτι της θεραπείας και βασίζεται στη σταδιακή αλλά και διαρκή εκπαίδευση του ασθενούς, με στόχο την ελάττωση του φόβου απέναντι στην αύξηση της κατανάλωσης τροφής και την αύξηση του βάρους. Αν και οι ανορεξικοί ασθενείς δείχνουν να γνωρίζουν πολλά γύρω από τη διατροφή, στην πραγματικότητα, το μόνο που γνωρίζουν είναι η θερμιδική αξία των τροφών, διαχωρίζοντάς τις κυρίως σε παχυντικές

και μη παχυντικές. Έτσι απορρίπτονται τα γλυκά, τα λίπη, τα κρέατα, τα τυριά, αλλά και τους υδατάνθρακες (ψωμί, ζυμαρικά, πατάτες) και περιορίζονται στην κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, άπαχων γαλακτοκομικών και γενικά τροφών που θεωρούν ασφαλή, κι αυτά πάλι σε περιορισμένες ποσότητες (Κωνσταντινίδου, 2000).

Ο διαιτολόγος οφείλει να λάβει σοβαρά υπόψη του τους φόβους του ασθενούς για απώλεια ελέγχου και αύξηση του βάρους του. Έτσι, αρχικά, η διαιτητική παρέμβαση πρέπει να στοχεύει περισσότερο σε ποιοτικές, παρά σε ποσοτικές αλλαγές. Είναι χρήσιμο λοιπόν να διδάξει τον ασθενή, με απλά λόγια, καταρχήν τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί ο οργανισμός του, πώς χειρίζεται τις τροφές και πώς επιτυγχάνεται η ρύθμιση του σωματικού βάρους. Ο διαιτολόγος θα πρέπει να σχεδιάσει το πρόγραμμα διατροφής μαζί με τον ασθενή, θέτοντας, παρόλα αυτά, συγκεκριμένες προϋποθέσεις, αλλά και παρέχοντας τη δυνατότητα επιλογών, όπως πίνακες ανταλλαγών ισοδυνάμων, πυραμίδα διατροφής, έτσι ώστε ο ασθενής να νιώσει ότι έχει τη δυνατότητα ελέγχου της διατροφής του. Η ρύθμιση της πρόσληψης υγρών είναι επίσης σημαντική, καθώς πολλοί ασθενείς περιορίζουν και την πρόσληψη νερού, ενώ είναι απαραίτητο να αντιμετωπιστεί η πιθανώς υπάρχουσα δυσκοιλιότητα. Σημαντικός είναι επίσης ο έλεγχος της οστικής μάζας και ο καθορισμός συμπλήρωσης της διατροφής με βιταμίνη D και ασβέστιο. Εξαιρετικά σημαντική είναι και η συμμετοχή της οικογένειας κατά τη διάρκεια διατροφικής εκπαίδευσης του ασθενούς, με πρώτο πρακτικό βήμα την παρουσία τους κατά τη διάρκεια των γευμάτων του ασθενούς, περισσότερο με την έννοια της συμπαράστασης παρά του εκφοβισμού (Κωνσταντινίδου 2000).

3.3. Ενεργειακές ανάγκες

Η πρόσληψη ενέργειας κατά την επανασίτιση πρέπει να πετύχει ένα συμβιβασμό μεταξύ της ανάγκης για επανάκτηση φυσιολογικής διατροφής όσο το δυνατόν γρηγορότερα και της μειωμένης φυσικής και ψυχολογικής ικανότητας αντοχής της βρώσης. Στη χρόνια ασιτία η ενεργειακές ανάγκες καταστέλλονται διότι εξαντλείται η κυτταρική μάζα του σώματος και υπάρχει συντηρητική μεταβολική απάντηση στην πείνα. Είναι επομένως δυνατό να προωθηθεί η αύξηση βάρους με σχετικά μικρή ποσότητα ενέργειας στην αρχή και να την αυξήσουμε σταδιακά. Στις εξειδικευμένες μονάδες υπάρχει

τυποποιημένο πρόγραμμα αλλά με την κατάλληλη ελαστικότητα για εξατομικευμένες ανάγκες. Εάν η οδοντική αρρώστια είναι σοβαρή, μπορεί να χρειαστεί διαφοροποίηση της διατροφής: αρχικές τροφές μπορεί να πρέπει να είναι σε υγρή μορφή και να υπάρξει αντικατάσταση με μαλακές τροφές έως ότου το στόμα είναι έτοιμο. Χυμοί και άλλα όξινα ποτά μπορούν να αραιωθούν, το ξύδι, αλμυρά φαγητά και φαγητά σε υψηλές θερμοκρασίες πρέπει να αποφεύγονται (Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων, 2005).

Η ποσότητα του φαγητού καλό είναι να είναι περιορισμένη στην αρχή και να αυξάνεται αργά. Η αρχική πρόσληψη όμως πρέπει να παρέχει αρκετά ώστε να μην υπάρξει περαιτέρω μείωση βάρους. Για τους περισσότερους ασθενείς που ζυγίζουν λιγότερο από 45 kg, με απουσία υπερβολικής άσκησης, 1400 kcal (5900kJ) την ημέρα θα το πετύχουν. Αυτό είναι ένα λογικό επίπεδο για νοσοκομειακή επανασίτιση. Αυτό το επίπεδο καλό είναι να διατηρηθεί μέχρι να πιστοποιηθεί η λειτουργία του εντέρου (π.χ. υπάρχουν εντερικοί ήχοι) και εάν υπάρχει υπερφόρτωση νερού αρχίζει να υποχωρεί. Το τελευταίο διαφαίνεται με τη σταθεροποίηση του βάρους που φυσιολογικά συμβαίνει μέσα σε 7-10 ημέρες. Έπειτα η πρόσληψη τροφής μπορεί να αυξηθεί ανάλογα με το βαθμό παρακολούθησης και υποστήριξης (Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων, 2005).

Η αύξηση της τάξης του 0.5 – 1.0 kg ανά εβδομάδα θεωρείται η καλύτερη. Υπάρχει μία προκαταρκτική έρευνα που δείχνει πως με αύξηση 0.5 kg έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη αύξηση βάρους συνολικά μέχρι την ημέρα του εξιτηρίου παρά η χρήση μεγαλύτερης αύξησης βάρους (Herzog et al. 2004).

Η αύξηση βάρους του 1 kg την εβδομάδα χρειάζεται θερμιδική πρόσληψη 1000 kcal (4200 kJ) την ημέρα πάνω από τις ανάγκες διατήρησης. Θερμιδική πρόσληψη περίπου 2200-2500 kcal (9200-10500 kJ) την ημέρα θα βοηθήσει στην αύξηση βάρους περίπου 0.5 – 1.0 kg την εβδομάδα στους περισσότερους ασθενείς. Ο ρυθμός αύξησης βάρους θα μειωθεί, λόγω της αύξησης του μεταβολικού ρυθμού και της φυσικής δραστηριότητας. Μπορεί να είναι σωστό να αυξηθεί η ενεργειακή πρόσληψη για να τον καλύψει ή να αφήσουμε με τον αργότερο ρυθμό αύξησης βάρους να διευκολυνθεί η παύση στο συμφωνημένο σημείο συντήρησης (Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων, 2005).

3.4. Στόχος βάρους

Είναι συνηθισμένη πρακτική σε πολλές μονάδες να τίθεται ένα βάρος ως στόχος στην αρχή της θεραπείας. Αυτό δίνει τις κατευθυντήριες γραμμές στο θεραπευτικό πρόγραμμα και μπορεί να καθησυχάσει το άγχος του ασθενή ότι θα τους αφήσουν να γίνουν υπέρβαροι. Δεν υπάρχει ξεκάθαρη συναίνεση για το πώς πρέπει να καθοριστεί ο στόχος του βάρους. Αυτό μπορεί να πρέπει να διαμορφωθεί σύμφωνα με τις εξατομικευμένες καταστάσεις, για παράδειγμα εάν το βάρος του ασθενούς πριν νοσήσει ήταν ιδιαίτερα υψηλότερο ή χαμηλότερο από αυτό του στόχου. Μπορεί ορισμένες φορές να πρέπει να συμφωνήσουμε σε ένα χαμηλότερο βάρος, για παράδειγμα σαν μέρος ενός ιδιαίτερου θεραπευτικού πλάνου ή σε ανυπάκουες περιπτώσεις όπου ο ασθενής έχει επανειλημμένα αποτύχει να κρατήσει ένα φυσιολογικό βάρος. Σε ορισμένες μονάδες ο στόχος του βάρους είναι ένα εύρος τιμών βάρους παρά ένα συγκεκριμένο βάρος (Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων, 2005).

Η κλινική εμπειρία αναφέρει πως οι γυναίκες Ασιατικής προέλευσης μπορεί να επανακτήσουν την έμμηνο ρύση σε χαμηλότερα σωματικά βάρη από ότι γυναίκες που κατάγονται από την Ευρώπη και τη Βόρειο Αμερική. Πρέπει να σημειωθεί πως, αν και η έμμηνο ρύση θεωρείται ως δείκτης για την επαρκή αύξηση βάρους, δεν δείχνει απαραίτητα το ιδανικό βάρος για μακρόχρονη υγεία. Προς το παρόν δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία να βασιστούν συστάσεις για υγιή βάρη σε συγκεκριμένες ομάδες εθνικοτήτων. Η επιστροφή της έμμηνο ρύσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν φυσιολογικός δείκτης για την επαρκή επανάκτηση βάρους, αν και οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται πως μπορεί να καθυστερήσει η έμμηνο ρύση αρκετούς μήνες μετά που θα έχουν επιτύχει ένα κανονικό βάρος. Μία διαφορετική προσέγγιση είναι να ζητήσουμε από τον ασθενή να φτάσει το ΔΜΣ 19 kg/m^2 και έπειτα να ξεκινήσει διαδοχικές εξετάσεις υπερήχων στις ωοθήκες. Έπειτα η αύξηση βάρους συνεχίζεται έως ότου παρατηρηθεί ένα επικρατές ωοθυλάκιο. Αυτή η προσέγγιση μπορεί να αποφύγει διφωνίες με τους ασθενείς που συχνά συμβαίνουν όταν οι επαγγελματίες προσδιορίζουν το “υγιές” βάρος. Η κλινική εμπειρία αναφέρει πως οι γυναίκες Ασιατικής προέλευσης μπορεί να επανακτήσουν την έμμηνο ρύση σε χαμηλότερα σωματικά βάρη από ότι γυναίκες που κατάγονται από την Ευρώπη και τη Βόρειο Αμερική. Πρέπει να σημειωθεί πως, αν και η έμμηνο ρύση θεωρείται ως δείκτης για την επαρκή

αύξηση βάρους, δεν δείχνει απαραίτητα το ιδανικό βάρος για μακρόχρονη υγεία. Προς το παρόν δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία να βασιστούν συστάσεις για υγιή βάρη σε συγκεκριμένες ομάδες εθνικοτήτων (Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων, 2005).

3.5. Εντερική σίτιση

Η εντερική σίτιση έχει περιορισμένο ρόλο στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας, παρ' όλα αυτά υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις στις οποίες μπορεί να χρειαστεί. Εάν κριθεί αναγκαία, συνήθως προτιμάται η ρινογαστρική οδός. Αυτή ενισχύει την άποψη ότι η εντερική σίτιση πρόκειται για μέτρο μικρής χρονικής διάρκειας, και υπάρχει μικρότερο ιατρικό ρίσκο από άλλες μεθόδους. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις η γαστροστομία ή η νησιδοστομία μπορεί να εξετασθούν σαν επιλογές αλλά αυτές οι διαδικασίες είναι πιο επεμβατικές και η στομία πρέπει να γίνει με μεγάλη προσοχή ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος λοίμωξης (Neiderman et al. 2000).

Η σίτιση από ρινονησιδικό σωλήνα είναι λιγότερο επεμβατική εναλλακτική λύση που μπορεί να ξεπεράσει προβλήματα όπως η καθυστερημένη γαστρική κένωση και η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Εντούτοις, η εισαγωγή ρινονησιδικού σωλήνα είναι πιο περίπλοκη απ' ότι του ρινογαστρικού και θα πρέπει να εκτελείται από γαστρεντερολόγο. Η χρήση της εντερικής σίτισης απαιτεί έμπειρο κλινικό προσωπικό με ικανότητα στη χρήση της. Όταν χρησιμοποιείται η εντερική σίτιση πρέπει να υπάρχει και διαιτολογική συμβουλή, και συνιστάται οι μονάδες να έχουν γραπτό πρωτόκολλο σε ισχύ για το θέμα αυτό (Neiderman et al. 2000).

Η απόφαση για την εγκατάσταση εντερικής σίτισης είναι δύσκολη και περίπλοκη και πρέπει πάντοτε να εξετάζεται προσεκτικά. Μπορεί να χρειάζεται σαν μέτρο για να σωθεί μία ζωή αλλά πρέπει να χρησιμοποιείται για το ελάχιστο χρονικό διάστημα. Περιστασιακά, οι ασθενείς βρίσκουν τα τεχνητά μέσα σίτισης προτιμότερα μιας και φεύγει από τους ίδιους η αίσθηση ευθύνης για σίτιση (Niederma et al, 2000).

Σε κρίσιμα άρρωστους ασθενείς, η εντερική σίτιση μπορεί να προσδώσει μεγαλύτερο βαθμό ελέγχου πάνω στη διατροφική πρόσληψη του ασθενούς. Η ρινογαστρική σίτιση, όμως, είναι ενοχλητική για τον ασθενή και μπορεί να ξυπνήσει συναισθήματα σεξουαλικής παρενόχλησης. Αν και η

εντερική σίτιση μπορεί να βοηθά στην επανάκτηση βάρους βραχυπρόθεσμα, δεν προαπαιτεί από τον ασθενή να έχει ενεργό ρόλο στη διαδικασία της ανάρρωσης και έτσι έχει περιορισμένο ρόλο μακροπρόθεσμα. Για το λόγο αυτό είναι προτιμότερο να χρησιμοποιείται έως ότου ο ασθενής είναι ιατρικώς ασφαλής σε λογικά πλαίσια (π.χ. να έχει ΔΜΣ 14 kg/m^2), παρά να συνεχιστεί μέχρι να επιτευχθεί ένα κανονικό βάρος (Niederman et al, 2000).

Οι ασθενείς που υπόκεινται σε εντερική σίτιση χρειάζονται προσεκτική ιατρική παρακολούθηση διότι υπάρχουν ενδεχόμενοι κίνδυνοι, και κυρίως όσον αφορά τις διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών. Για να ελαχιστοποιηθούν οι επιπλοκές, συνιστάται η εντερική σίτιση να ξεκινήσει με αργό ρυθμό. Οι διαταραχές ηλεκτρολυτών συνήθως εμφανίζονται κατά τις πρώτες 1-2 εβδομάδες εντερικής σίτισης. Οι ηλεκτρολύτες ορού πρέπει να παρακολουθούνται το λιγότερο καθημερινά και οι ελλείψεις να διορθώνονται άμεσα. Οι εξετάσεις για ηπατικών ενζύμων και η γενική αίματος πρέπει να γίνονται εβδομαδιαία μέχρι να σταθεροποιηθεί ο ασθενής. Η συγκέντρωση γλυκόζης στο αίμα πρέπει να ελέγχεται αρχικά κάθε 4-6 ώρες. Η ισορροπία των υγρών πρέπει να καταγράφεται προσεκτικά (Niederman et al, 2000).

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

Η εντερική σίτιση πρέπει να παρέχεται μέσω ενός λεπτού ρινογαστρικού σωλήνα (5-8 G). Οι ρινογαστρικοί και ρινονηστιδικοί σωλήνες που χρησιμοποιούνται για μεγάλο διάστημα πρέπει να αλλάζονται ανά 4-6 εβδομάδες και να γίνεται και τοποθέτηση στο άλλο ρουθούνι. Η θέση του σωλήνα πρέπει να ελέγχεται κάθε φορά που χρησιμοποιείται με αναφορά στο εξωτερικό μήκος και με επιβεβαίωση με μέτρηση του pH ή με ακτινογραφία. Πρέπει να χρησιμοποιείται μία ισοτονική τυποποιημένη τροφή 1 kcal/ml (4.2 kJ/ml). Οι συμπυκνωμένες τροφές δεν είναι αναγκαίες, προσθέτουν υπερβολικό οσμωτικό φορτίο στο έντερο και υπερβολικό φορτίο διαλυμένης ουσίας στα νεφρά. Διάφορες θεραπευτικές αγωγές είναι δυνατές. Η εντερική

σίτιση μπορεί να γίνεται για 20 ώρες συνεχόμενα μέσα σε ένα 24ωρο, με 4 ώρες ξεκούρασης κατά τη διάρκεια της νύχτας. Εναλλακτικά, η σίτιση μπορεί να σταματά κατά τα γεύματα ώστε να μπορεί ο ασθενής να συνεχίσει να τρώει. Περιστασιακή, συμπληρωματική σίτιση μπορεί να χρησιμοποιείται μόνο κατά τη διάρκεια της νύχτας (Stroud et al. 2003).

Είναι σημαντικό να ενθαρρύνεται ο ασθενής να τρώει παρά τη ρινογαστρική σίτιση, εάν είναι φυσιολογικώς ανεκτό. Το προσωπικό πρέπει να βεβαιώνεται ότι τα συστατικά της τροφής είναι αποδεκτά σε σχέση με τις εδραιωμένες για μεγάλο χρονικό διάστημα διαιτητικές επιλογές (για παράδειγμα, χορτοφαγία) και θρησκευτικούς ή πολιτισμικούς περιορισμούς. Κατά την αρχική φάση της εντερικής σίτισης, οι ασθενείς θα αισθανθούν χειρότερα παρά καλύτερα. Θα ήταν χρήσιμο να δοθούν στον ασθενή εξηγήσεις και να τον καθησυχάσουν όσον αφορά την ταλαιπωρία (π.χ. φούσκωμα στομαχιού, κατακράτηση υγρών, γρήγορη αύξηση βάρους) που μπορεί να υποστεί. Πληροφορίες όσον αφορά τη διαιτητική αγωγή και πότε θα γίνουν αυξήσεις της, ώστε να υπάρξει κατανόηση πως η εντερική σίτιση θα μειωθεί όπως θα αυξάνεται το βάρος, μπορούν να δώσουν ένα κίνητρο στον ασθενή για να αυξήσει την πρόσληψη τροφής από το στόμα. Με την εγκαθίδρυση της εντερικής σίτισης πρέπει να υπάρξει πλάνο για την επαναφορά της κατανάλωσης τροφών. Το πλάνο αυτό είναι σημαντικό να εξηγηθεί στον ασθενή, και εάν κριθεί κατάλληλο, και στην οικογένεια. Κατά την μετάβαση σε μία δίαιτα από του στόματος, είναι προτιμότερο να μειωθεί η εντερική σίτιση σταδιακά για να αποφευχθούν απότομες μειώσεις βάρους και να δοθεί η δυνατότητα στον ασθενή να ανταποκριθεί στις αυξήσεις κατανάλωσης τροφής (Stroud et al. 2003).

3.6. Επιπλοκές της επανασίτισης

Ένας μεγάλος αριθμός επιπλοκών μπορεί να συμβούν κατά τη διάρκεια της επανασίτισης, μερικές από τις οποίες είναι σοβαρές, και συνιστάται ιατρική παρακολούθηση. Η κλινική εμπειρία συνιστά ότι πολλές από τις ανεπιθύμητες συνέπειες της επανασίτισης μπορούν να ελαχιστοποιηθούν ή να αποφευχθούν με το να αρχίσει ο ασθενής με σχετικά μικρές ποσότητες τροφής και προοδευτική αύξησή τους. Μία ξαφνική αύξηση

του μεταβολικού φορτίου μπορεί να επισπεύσει βιοχημικές ανεπάρκειες, και υπερβολική πρόσληψη πρωτεΐνης μπορεί να είναι επικίνδυνη σε ασθενείς με υποβόσκουσα νεφρική ή ηπατική δυσλειτουργία (Stroud et al. 2003).

3.7. Διαταραχές ηλεκτρολυτών

Κατά τη διάρκεια της επανασίτισης μπορεί να συμβεί πλήθος διαταραχών στους ηλεκτρολύτες, που συνολικά αναφέρονται συχνά ως “σύνδρομο επανασίτισης”. Πρέπει να λαμβάνεται υπ’ όψιν ότι οι μετρήσεις των ηλεκτρολυτών ορού μπορεί να είναι παραπλανητικές, μιας και μπορεί να κρύβουν μία σημαντική έλλειψη ολόκληρου του σώματος. Η ενδοφλέβια αντικατάσταση πρέπει να γίνεται κάτω από την επίβλεψη ιατρού. Συνιστάται η ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση σε όλες τις διαταραχές ηλεκτρολυτών και κατά τη διάρκεια της ενδοφλέβιας αντικατάστασης (Stroud et al. 2003).

Υποκαλιαιμία

Η υποκαλιαιμία μπορεί να οφείλεται σε απώλεια καλίου δευτερεύουσα στην κακή χρήση καθαρτικών ή στη μεταβολική αλκάλωση δευτερογενής των εμετών. Μία καλή πρόσληψη καλίου (ελάχιστο 65 mmol την ημέρα) είναι απαραίτητη από την αρχή της επανασίτισης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την εισαγωγή στη διατροφή το λιγότερο 600 ml γάλακτος την ημέρα, αραιωμένο χυμό φρούτων, πατάτες και λαχανικά. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να έπιναν υπερβολικές ποσότητες καφέ, ο οποίος περιέχει υψηλά επίπεδα καλίου. Επιβάλλεται η μείωση της καθαρτικής συμπεριφοράς και παρέχοντας διαιτητικό κάλιο από άλλες πηγές (Stroud et al. 2003).

Υποφωσφαταιμία

Η υποφωσφαταιμία μπορεί να εξελιχθεί γρήγορα κατά την επανασίτιση. Εάν είναι σοβαρή, μπορεί να προκαλέσει καρδιακή ή αναπνευστική ανεπάρκεια, παραλήρημα και κρίση επιληψίας. Υποθρεπτικοί ασθενείς είναι πιθανότερο να έχουν έλλειψη σε φώσφορο. Όταν αρχίζει η επανασίτιση, αυξάνεται ο μεταβολισμός των υδατανθράκων και τα αποθέματα φωσφόρου μπορεί να εξαντληθούν (Stroud et al. 2003).

Υπομαγνησισαιμία και υποασβεστιαίμία

Η υπομαγνησισαιμία μπορεί να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια της επανασίτισης και μπορεί να είναι αναγκαία τα από του στόματος συμπληρώματα. Παρ' όλα αυτά πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή διότι υπάρχει κίνδυνος να προκληθεί διάρροια, που μπορεί να επιφέρει επιπλέον προβλήματα στα υγρά και τους ηλεκτρολύτες. Η υποασβεστιαίμία δεν είναι συνήθης αλλά έχει αναφερθεί (Stroud et al. 2003).

Ηπατική δυσλειτουργία

Κατά την παρουσίαση του ασθενή ή κατά τη διάρκεια της επανασίτισης μπορούν να παρατηρηθούν ανωμαλίες της ηπατικής λειτουργίας, μέσα από τον έλεγχο των ηπατικών ενζύμων με ιδιαίτερα υψηλά τα επίπεδα της ασπαραγινικής τρανσαμινάσης (Stroud et al. 2003).

Καθυστερημένη γαστρική κένωση

Η καθυστερημένη γαστρική κένωση είναι αποτέλεσμα του γρήγορου αισθήματος κορεσμού και του αισθήματος πληρότητας στην κοιλιά ή σε φούσκωμα σε ένα σημαντικό αριθμό ασθενών. Σπάνια, μπορεί να προκληθεί από γαστρική διάταση ή ακόμη και ρήξη, ειδικά εάν το γαστρικό τοίχωμα είναι λεπτό ή πρωτίτερα έχει τραυματιστεί. Είναι επίσης πιο βολικό για τον ασθενή να διαιρέσει το φαγητό της ημέρας σε 6 γεύματα και σνακ παρά σε λιγότερα και μεγαλύτερα γεύματα (Stroud et al. 2003).

Δυσκοιλιότητα

Η δυσκοιλιότητα μπορεί να είναι πρόβλημα σε μερικούς ασθενείς, και ειδικά σε εκείνους που έχουν κάνει κακή χρήση καθαρτικών. Αυτό συνήθως αντιμετωπίζεται με συνδυασμό ικανοποιητικής ποσότητας υγρών και διαιτητικών ινών, σε συνδυασμό (εάν είναι απαραίτητο) με χρήση μαλακτικών των κοπράνων ή καθαρτικών που αυξάνουν τον όγκο των κοπράνων. Η ανάλογη διατροφική αντιμετώπιση μπορεί να βοηθήσει, πιο συγκεκριμένα άφθονες ποσότητες υγρών, τακτικό φαγητό και (όταν είναι πλέον ασφαλές)

επαρκείς διαιτητικές ίνες. Η χρήση καθαρτικών που διεγείρουν την εντερική κινητικότητα δεν συνιστάται (Stroud et al. 2003).

Οσμωτικό στρες

Η σοβαρή ασπία θεωρείται ότι καταστρέφει την ακεραιότητα του εντερικού τοιχώματος και επιτρέπει την αυξημένη οσμωτική κίνηση του νερού μέσα στο έντερο μετά τη βρώση. Αυτό μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα όπως η ναυτία, το φούσκωμα, η διάρροια και η τάση για λιποθυμία, ιδιαίτερα εάν δίνονται στον ασθενή μεγάλες ποσότητες υδατανθράκων. Περιορίζοντας το οσμωτικό φορτίο του φαγητού μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο των συμπτωμάτων. Η ποσότητα του νατρίου στη διατροφή μπορεί να περιοριστεί με τη χρήση μίας δίαιτας “χωρίς πρόσθετο αλάτι” (60-70 mmol νατρίου την ημέρα). Οι χυμοί φρούτων πρέπει να αραιώνονται με 50% νερό, και άλλα υψηλής περιεκτικότητας σε ζάχαρη ποτά πρέπει να αποφεύγονται ή να αραιώνονται καλά. Η χρήση μεγάλων ποσοτήτων ζάχαρης ή τεχνητών γλυκαντικών ουσιών πρέπει να αποφεύγεται και όποια διατροφικά συμπληρώματα πρέπει να είναι ισοτονικά (Stroud et al. 2003).

Οίδημα επανασίτισης

Ορισμένοι ασθενείς αναπτύσσουν περιφερικό οίδημα στα αρχικά στάδια της επανασίτισης. Φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σύνηθες για όσους έχουν κάνει κακή χρήση καθαρτικών ή προκαλούσαν εμετούς πριν την εισαγωγή τους. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε γρήγορη αύξηση βάρους πολλών κιλών, αλλά συνήθως αρχίζει να υποχωρεί στις 7-10 ημέρες. Το οίδημα της επανασίτισης πρέπει να διακριθεί από εκείνο της καρδιακής ανεπάρκειας, της οποίας άλλες ενδείξεις είναι απύσες (Stroud et al. 2003).

4. ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ



Τα παιδιά διαφέρουν από τους ενήλικες τόσο στη φυσιολογία όσο και στην ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη. Ο διατροφικός τους χειρισμός δεν μπορεί να διαχωριστεί από τις άλλες πτυχές της θεραπείας. Οι υπηρεσίες προς τα παιδιά και τους εφήβους θα πρέπει να είναι κατάλληλες και ανάλογες με την ηλικία των ασθενών και να είναι στελεχωμένες με κλινικό προσωπικό με εμπειρία στη συνεργασία με νέους ανθρώπους. Προεφηβικά παιδιά και μεγαλύτεροι έφηβοι θα πρέπει ιδανικά να κουράρονται σε ξεχωριστές υπηρεσίες (Leonard et al. 2003).

Οι νεότεροι ασθενείς τείνουν να προκαλούν μεγαλύτερη ιατρική έγνοια από τους ενήλικες. Οι ενεργειακές αποθήκες τους είναι χαμηλές και η κατίσχνανση μπορεί να συμβεί γρηγορότερα, τα παιδιά αφυδατώνονται πιο γρήγορα από τους ενήλικες. Ο ΔΜΣ πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή στα παιδιά και στους εφήβους. Παρότι είναι αξιόλογος δείκτης στο πόσο λεπτός είναι κάποιος, αποτελεί φτωχό αντικατοπτρισμό των αποθεμάτων λίπους ενός παιδιού. Στους εφήβους, μία αλλαγή του ΔΜΣ δεν είναι αξιόπιστη ένδειξη αλλαγής στις αποθήκες λίπους, πρωτεϊνών και υδατανθράκων. Όταν αναπτύσσεται η νευρική ανορεξία πριν να ολοκληρωθεί η ανάπτυξη τότε θα αναστείλει την ανάπτυξη και θα μειώσει το ύψος, η μείωση του βάρους θα υποτιμηθεί εάν η εξέταση βασιστεί μόνο στο ΔΜΣ. Η νευρική ανορεξία μπορεί να εμφανιστεί στους εφήβους χωρίς μείωση βάρους εάν το βάρος παραμένει σταθερό κατά τη διάρκεια ενός σταδίου αναμενόμενης ανάπτυξης. Οι σταθερές του δείκτη μάζας σώματος ποικίλουν με την ηλικία και η αξιολόγηση του ΔΜΣ σε αυτή την ηλικιακή ομάδα πρέπει να συσχετίζεται με τις καμπύλες αναφοράς ΔΜΣ. Δύσκολη είναι επίσης και η αξιολόγηση του βάρους σε αυτή

την ηλικιακή ομάδα. Η εντερική σίτιση μπορεί να θεωρηθεί αναγκαία για τη θεραπεία των παιδιών και των εφήβων όταν ο ασθενής έχει χειροτερεύσει ιατρικά σε τέτοιο βαθμό που να διατρέχει σοβαρό κίνδυνο θανάτου. Οι παραπάνω θεωρίες που περιγράφηκαν σε σχέση με τους ενήλικες ισχύουν το ίδιο σε νεότερους ασθενείς (Leonard et al. 2003).

ΜΕΡΟΣ Γ΄

NEA ΔΕΔΟΜΕΝΑ

1. Arch Pediatr. 2010

Rapid malnutrition in patient with anorexia nervosa: experience of a general pediatric department

Cros G, Sznajder M, Meuric S, Mignot C, Chevallier B, Stheneur C.

OBJECTIVE: Rapid undernutrition in patients with anorexia nervosa can compromise vital functions, notably due to cardiac complications. The aim of this study was to analyze the clinical parameters of anorexic patients, hospitalized for substantial weight loss, in a general pediatric inpatient unit, in order to determine which parameters should be tested by the medical doctor. **POPULATION AND METHODS:** We performed a retrospective study on 20 consecutive patients (18 girls), median age of 13.75 (+/-2.3) years, admitted for the first time in our pediatric inpatient unit for anorexia nervosa. **RESULTS:** Symptoms evolved for a median duration of 11.5 (+/-10.2) months before admittance and was shorter for the youngest patients ($r = 0.42$, $p = 0.067$). The mean BMI was 13.3 (+/-0.6) kg/m² (-3.0 +/-1.2 Z-score) and was inversely correlated with serum creatinine levels (74 +/-15 micromol/l) ($r = 0.44$, $p < 0.05$). The mean BMI variation between the beginning of the disease and hospitalization (Delta BMI) was -3.5 Z-score and was correlated to low systolic blood pressure ($r = 0.45$, $p < 0.05$) and the presence of a pericardial effusion at admittance ($r = 0.45$, $p < 0.05$). Complete blood count, electrolyte balance and the serum phosphorus levels were normal except in 1 case. Mean serum glucose was 3.5 +/-1.2 mmol/l. At admittance, an electrocardiogram, performed for 16 patients, showed sinus bradycardia without conduction impairment. Enteral nutrition was necessary for 14 patients (70%) for a mean duration of 18.1 days (range, 6-56 days). The mean weight gain was 3.1 +/-2 kg and was inversely correlated to the BMI at admittance ($r = 0.49$, $p < 0.05$). **CONCLUSION:** Medical supervision of undernutrition tolerance during anorexia nervosa is above all clinical, as hematological and biological parameters remain normal for a long time. The cardiac

complications found in our study appeared to be more related to the rapid rate of weight loss than to the amount of weight loss itself.

Ταχεία επανασίτιση ασθενών με νευρική ανορεξία: εμπειρία ενός γενικού παιδιατρικού τμήματος

ΣΚΟΠΟΣ: Ο γρήγορος υποσιτισμός στους ασθενείς με το νευρική ανορεξία μπορεί να υποβιβάσει τις ζωτικής σημασίας λειτουργίες, ειδικότερα με την εμφάνιση καρδιακών επιπλοκών. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αναλυθούν οι κλινικές παράμετροι των ανορεκτικών ασθενών, που νοσηλεύθηκαν για σημαντική απώλεια βάρους, σε μια γενική παιδιατρική μονάδα ασθενών, προκειμένου να καθοριστεί ποιος παράμετροι πρέπει να εξεταστούν από τον ιατρό. **ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Διεξαγάγαμε μια αναδρομική μελέτη σε 20 διαδοχικούς ασθενείς (18 κορίτσια), μέση ηλικία 13.75 (+/2.3) ετών, που εισήχθηκαν για πρώτη φορά στην παιδιατρική μονάδα για νευρική ανορεξία. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα συμπτώματα εξελίχθηκαν κατά μέση διάρκεια 11.5 (+/10.2) μηνών πριν από την εισαγωγή και ήταν πιο σύντομα για τους νεώτερους ασθενείς ($r = 0.42$, $p = 0.067$). Το μέσο BMI ήταν 13.3 (+/0.6) kg/m² (- 3.0+/1.2 Z-score) και συσχετίστηκε αντιστρόφως με τα επίπεδα κρεατινίνης ορού (74+/15 micromol/l) ($r = 0.44$, $p < 0.05$). Η μέση διακύμανση BMI μεταξύ της αρχής της ασθένειας και της εισαγωγής στο νοσοκομείο (του δέλτα BMI) ήταν -3.5 Z-score και συσχετίστηκε στη χαμηλή συστολική πίεση του αίματος ($r = 0.45$, $p < 0.05$) και η παρουσία μιας περικαρδιακής συλλογής κατά την εισαγωγή ($r = 0.45$, $p < 0.05$). Η γενικής αίματος, η ισορροπία ηλεκτρολυτών και τα επίπεδα φωσφόρου ορού ήταν κανονικές εκτός από 1 περίπτωση. Τη μέση τιμής γλυκόζης ορού ήταν 3.5+/1.2 mmol/l. Κατά την εισαγωγή, το ηλεκτροκαρδιογράφημα, που εκτελέστηκε σε 16 ασθενείς, παρουσίασε κοιλιακή βραδυκαρδία. Η εντερική διατροφή ήταν απαραίτητη σε 14 ασθενείς (70%) κατά μέση διάρκεια 18.1 ημερών (διακύμανση, 6-56 ημέρες). Το μέσο κέρδος βάρους ήταν 3.1+/2 kg και συσχετίστηκε αντιστρόφως στο BMI εισαγωγής ($r = 0.49$, $p < 0.05$). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η ιατρική επίβλεψη υποσιτισμού κατά τη διάρκεια της νευρικής ανορεξίας είναι προ πάντων κλινική, όταν οι αιματολογικές και βιολογικές παράμετροι παραμένουν φυσιολογικές για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι καρδιακές επιπλοκές που

βρέθηκαν στη μελέτη μας αφορούν περισσότερο τη ταχεία απώλεια βάρους, παρά την ίδια την απώλεια βάρους .

2. Neuropsychopharmacology. 2010

A Season-of-Birth/DRD4 Interaction Predicts Maximal Body Mass Index in Women with Bulimia Nervosa.

Levitan RD, Kaplan AS, Davis C, Lam RW, Kennedy JL.

We have earlier reported that season of birth interacts with the hypo functional 7-repeat (7R) allele of the dopamine-4 receptor gene (DRD4) to promote weight gain and obesity in women with seasonal affective disorder (SAD). This study examined whether this gene-environment interaction influences body weight regulation in women with bulimia nervosa (BN). In 188 female probands with BN, we performed an analysis of covariance predicting maximum lifetime body mass index (BMI) using season-of-birth, DRD4 genotype (7R present/absent), and past history of anorexia nervosa (yes/no) as independent variables, and age at maximum weight as the co-variate. Consistent with our SAD study, the birth-season x DRD4 interaction was a significant predictor of maximal BMI. Although in SAD, the spring-birth/7R+ group had markedly elevated maximal BMIs and high rates of obesity, in this BN sample, the fall-birth/7R+ group exhibited the highest BMI values (N=17: mean maximal BMI=28.2 kg/m²) (SE 0.9) vs. 25.2 kg/ m²) (SE 0.3) for all other probands combined (N=171); p=0.002). The lifetime rate of obesity (BMI>30) was also higher in the fall-birth/7R+ vs. 'other' group (29.9 vs. 8.8%, respectively, p=0.008). These data offer further evidence that season of birth interacts with the 7R allele of DRD4 to influence body weight regulation in female overeating populations.

Μια Εποχή-Γέννησης/DRD4 Αλληλεπίδρασης δημιουργεί προβλήματα στο μέγιστο Δείκτη Μάζας Σώματος σε γυναίκες με νευρική βουλιμία.

Έχουμε νωρίτερα αναφέρει ότι εποχή της γέννησης αλληλεπιδρά με το hypofunctional 7-επαναλαμβάνω (7R) αλληλόμορφο του γονιδίου της ντοπαμίνης-4 υποδοχέα (DRD4) για την προώθηση του σωματικού βάρους και της παχυσαρκίας σε γυναίκες με εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (ΕΔΕ). Αυτή η μελέτη εξέτασε κατά πόσο αυτό το γονίδιο-περιβάλλοντος

αλληλεπίδρασης επηρεάζει τη ρύθμιση του βάρους του σώματος σε γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία (BN). Σε 188 γυναίκες probands με BN, πραγματοποιήσαμε μια ανάλυση συνδιασποράς για την πρόβλεψη της μέγιστης διάρκειας ζωής του δείκτη μάζας σώματος (BMI), χρησιμοποιώντας την εποχή του κύκλου γέννησης, DRD4 γονότυπο (7R παρουσίας / απουσίας), καθώς και το ιστορικό της νευρικής ανορεξίας (ναι / όχι), ως ανεξάρτητες μεταβλητές, και η ηλικία κατά μέγιστο βάρος ως συν-μεταβλητών. Σύμφωνα με την ΕΔΕ μελέτη μας, η εποχή-γέννησης x αλληλεπίδρασης DRD4 ήταν ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας μέγιστης ΔΜΣ. Παρά το γεγονός ότι στην ΕΔΕ, η spring-birth/7R + ομάδα είχε σημαντικά αυξημένα μέγιστο ΔΜΣ και τα υψηλά ποσοστά της παχυσαρκίας, σε αυτό το δείγμα BN, το fall-birth/7R + όμιλος παρουσίασε τις μεγαλύτερες τιμές ΔΜΣ (N = 17: μέση μέγιστη ΔΜΣ = 28,2 kg / m (2) (SE 0,9) έναντι 25,2 kg / m (2) (SE 0,3) σε όλες τις άλλες probands (N = 171)? $p = 0,002$). Το ποσοστό διάρκεια ζωής της παχυσαρκίας (ΔΜΣ > 30) ήταν επίσης υψηλότερο στην fall-birth/7R + vs «άλλη» ομάδα (29,9 έναντι 8,8%, αντίστοιχα, $p = 0,008$). Τα δεδομένα αυτά προσφέρουν επιπλέον απόδειξη ότι η εποχή της γέννησης αλληλεπιδρά με την 7R αλληλόμορφο του DRD4 και επηρεάζουν στο σώμα τη ρύθμιση του βάρους σε γυναικείους πληθυσμούς που τρώνε παραπάνω .

3. Turk J Pediatr. 2009

Edema can be a handicap in treatment of anorexia nervosa.

Derman O, Kiliç EZ.

Anorexia and bulimia nervosa are common in western civilized countries. They are among the psychiatric disorders in that they are often accompanied by a variety of life-threatening physical abnormalities. These patients need a close follow-up of the pediatrician in collaboration with the psychiatrist since the changes in bodily functions affect the psychiatric therapy. The challenge to the physician is to use the traditional tools of medicine to diagnose and treat these physical abnormalities using careful medical history, a complete physical examination and appropriate laboratory testing. Peripheral edema is seen as a physical finding in anorexia nervosa (AN) and it is not rare. The estimated frequency is up to 20% among adolescent patients. Peripheral edema in this setting can be easily confused as weight gain. There are five possible mechanisms for its occurrence: hypoproteinemia, electrolyte imbalance, hormonal changes, rapid refeedings, and abuse of laxative, diuretics and diet pills. Patients with eating disorders may ingest a large number of drugs in an attempt to control their weight. We present a case of a female adolescent with AN and peripheral edema who terminated her psychiatric treatment during the refeeding phase because of the unbearable anxiety caused by this edema that affected her body image dramatically. With this case study, we point out the importance of assessing peripheral edema and discriminating it from true weight gain.

Το οίδημα μπορεί να είναι ένα μειονέκτημα σε θεραπεία της νευρικής ανορεξίας.

Η ανορεξία και η νευρική βουλιμία είναι κοινές στις δυτικές πολιτισμένες χώρες. Είναι μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών, στο μέτρο που συχνά συνοδεύονται από μια ποικιλία από απειλητικές για τη ζωή φυσικές ανωμαλίες. Αυτοί οι ασθενείς χρειάζονται στενή παρακολούθηση του παιδίατρου, σε συνεργασία με τον ψυχίατρο καθώς οι αλλαγές των

λειτουργιών του σώματος επηρεάζουν την ψυχιατρική θεραπεία. Η πρόκληση για τον γιατρό είναι να χρησιμοποιεί τα παραδοσιακά εργαλεία της ιατρικής για τη διάγνωση και θεραπεία αυτών των φυσικών ανωμαλιών χρησιμοποιώντας προσεκτικά ιατρικό ιστορικό, την πλήρη φυσική εξέταση και κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις. Περιφερικό οίδημα αντιμετωπίζεται ως φυσικό εύρημα σε ψυχογενή ανορεξία (NA) και δεν είναι σπάνιο. Η εκτιμώμενη συχνότητα είναι έως 20% των εφήβων ασθενών. Περιφερικό οίδημα στην παρούσα ρύθμιση μπορεί να συγχέεται εύκολα, όπως αύξηση του σωματικού βάρους. Υπάρχουν πέντε πιθανοί μηχανισμοί για την εμφάνισή του: υποπρωτεϊνέμια, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ορμονικές αλλαγές, η ταχεία πρόσληψη τροφής, και η κατάχρηση των καθαρτικών, διουρητικών και των χαπιών διαίτης. Οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές μπορούν να καταναλώσουν μεγάλο αριθμό φαρμάκων, σε μια προσπάθεια να ελέγξουν το βάρος τους. Παρουσιάζουμε μια περίπτωση γυναίκας εφήβου με AN και περιφερικό οίδημα το οποίο τερματίζει την ψυχιατρική αγωγή της κατά τη διάρκεια της φάσης επανατροφοδότησης, λόγω του αφόρητου άγχους που προκαλείται από το οίδημα που έπληξαν την εικόνα του σώματος της δραματικά. Με αυτή τη μελέτη περίπτωσης, επισημαίνουμε τη σοβαρότητα του περιφερικού οιδήματος και πως διακρίνεται από την πραγματική αύξηση του σωματικού βάρους.

4. Int J Eat Disord. 2010

Aripiprazole in anorexia nervosa and low-weight bulimia nervosa: Case reports.

Trunko ME, Schwartz TA, Duvvuri V, Kaye WH.

There has been much interest in the use of atypical antipsychotics in anorexia nervosa (AN). However, newer, more weight-neutral medications have not been studied in AN, and there are no reports of the use of antipsychotics in bulimia nervosa (BN). **METHOD:** We report on the treatment of eight patients (five with AN and three with BN) with aripiprazole for time periods of four months to more than three years. **RESULTS:** All individuals had reduced distress around eating, fewer obsessional thoughts about food, weight and body image, significant lessening of eating-disordered behaviours, and gradual weight restoration where appropriate. Depression, generalized anxiety, and cognitive flexibility improved as well. **DISCUSSION:** In summary, these findings support the need to perform controlled trials of aripiprazole in AN and BN.

Αριπιπραζόλη σε νευρική ανορεξία και χαμηλό βάρος νευρογενούς βουλιμίας: εκθέσεις υπόθεση.

Υπήρξε μεγάλο ενδιαφέρον για τη χρήση των άτυπα αντιψυχωσικών σε ψυχογενή ανορεξία (NA). Ωστόσο, νεότερα, φάρμακα ουδέτερα με περισσότερη βαρύτητα δεν έχουν μελετηθεί σε NA, και δεν υπάρχουν αναφορές για τη χρήση αντιψυχωσικών σε ψυχογενή βουλιμία (BN). **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εμείς σχετικά με τη θεραπεία εκθέσαμε οκτώ ασθενείς (πέντε με AN και τρεις με BN) με αριπιπραζόλη για χρονικές περιόδους από τέσσερις μήνες έως και περισσότερα από τρία έτη. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Όλα τα άτομα είχαν μειωμένη αγωνία γύρω από το φαγητό, λιγότερες ιδεοληπτικές σκέψεις για το φαγητό, το βάρος και την εικόνα του σώματος, σημαντική μείωση της κατανάλωσης-διαταραγμένης συμπεριφοράς, καθώς και σταδιακή αποκατάσταση του βάρους ανάλογα με την περίπτωση. Κατάθλιψη, γενικευμένη αγχώδη, και γνωστικής ευελιξίας βελτιώθηκαν

επίσης. ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Συνοπτικά, τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν την ανάγκη να εκτελούνται ελεγχόμενες δοκιμές της αριτιπραζόλης στη ΝΑ και ΒΝ.

5. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2010

The anorectic and obese adolescent.

Bruni V, Dei M, Peruzzi E, Seravalli V.

In view of the menstrual disturbances involved, gynaecologists frequently come into contact with girls suffering from eating disorders that can rapidly evolve into anorexia nervosa. The ability to make a precocious diagnosis of the severity of both physical and psychopathological involvement, to offer clear explanations of the links between reproductive function and energy availability and to motivate psychotherapy can be of paramount importance for the prognosis. Similarly, obese adolescents might require counselling for menstrual disorders or alleged endocrine dysfunction. Knowledge of the markers of metabolic impairment and of the possible therapeutic approaches to essential obesity is a necessary complement to the management of the more usual conditions related to overweight, such as polycystic ovary syndrome. Presented here is an overview of recent evidence on the pathogenesis, endocrine profile, short- and long-term health repercussions, therapeutic strategies and clinical trials regarding these two opposing pathologies, both related to unhealthy eating behaviour and also to psycho-relational problems.

Ο ανορεκτικός και ο παχύσαρκος έφηβος

Λαμβάνοντας υπόψη τις εμμηνορροϊκές διαταραχές, οι γυναικολόγοι έρχονται συχνά σε επαφή με κορίτσια που πάσχουν από τις διατροφικές διαταραχές που μπορούν γρήγορα να εξελιχθούν σε νευρική ανορεξία. Η δυνατότητα να γίνει μια πρόωρη διάγνωση της δριμύτητας και της φυσικής και ψυχοπαθολογικής διαταραχής, να προσφερθούν οι σαφείς συσχετίσεις μεταξύ της αναπαραγωγικών λειτουργίας και της διατροφικής κατάστασης και να παρακινηθεί η ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι ύψιστης σημασίας για την πρόγνωση. Ομοίως, οι παχύσαρκοι έφηβοι μπορεί να απαιτήσουν συμβολές για εμμηνορροϊκές αναταραχές ή την υποτιθέμενη ενδοκρινή δυσλειτουργία. Η γνώση των δεικτών της μεταβολικής εξασθένησης και των πιθανών

θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι ένα απαραίτητο συμπλήρωμα στη διαχείριση των πιο συνηθισμένων όρων σχετικών με το υπερβολικό βάρος, όπως το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Παρουσιάζουμε μια επισκόπηση των πρόσφατων στοιχείων στην παθογένεση, στο ενδοκρινικό προφίλ, στις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες διαταραχές της υγείας, στις θεραπευτικές στρατηγικές και στις κλινικές δοκιμές σχετικά με αυτές τις δύο αντιτιθέμενες παθολογίες, σχετικές με την ανθυγειινή συμπεριφορά διατροφής και επίσης με τα ψυχο-συγγενικά προβλήματα.

6.Obstet Gynecol. 2009 Dec;114(6):1353-67.

Eating disorders in the obstetric and gynecologic patient population.

Andersen AE, Ryan GL.

The eating disorders anorexia nervosa and bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified disproportionately affect women, have profound effects on the overall well-being of women and their children, and can have mortality rates as high as those found with major depression. These disorders may present to obstetrician-gynecologists (ob-gyns) clinically as menstrual dysfunction, low bone density, sexual dysfunction, miscarriage, preterm delivery, or low birth weight in offspring. Ninety percent of eating disorders develop before the age of 25 in otherwise healthy young women, a group that characteristically seeks the majority of their health care from ob-gyns. For all of these reasons, ob-gyns must have a greater awareness of these disorders and a lower index of suspicion for screening their patients than they currently do. Otherwise, they may miss life-threatening illness, treat characteristic amenorrhea inappropriately, or inadvertently intervene to help these women conceive, contributing to maternal and fetal risks. As providers of both primary and specialty care for women, ob-gyns have the opportunity to play a vital role in prevention and diagnosis of eating disorders and in the multidisciplinary management required to effectively manage these disorders.

Διατροφικές διαταραχές σε γυναικολογικό και μαιευτικό πληθυσμό

Οι διατροφικές διαταραχές όπως η νευρική ανορεξία και βουλιμία και οι διατροφικές διαταραχές που δεν ορίζονται σαφώς, έχουν επιπτώσεις στις γυναίκες, επηρεάζουν τη γενική ευημερία των γυναικών και των παιδιών τους, και μπορούν να παρουσιάσουν δείκτες θνησιμότητας τόσο υψηλούς όσο εκείνοι που αφορούν την κατάθλιψη. Αυτές οι διαταραχές μπορούν να παρουσιάσουν γυναικολογικά – μαιευτικά περιστατικά, παρουσιαζόμενα κλινικά ως εμμηνορροϊκή δυσλειτουργία, χαμηλή οστική πυκνότητα, σεξουαλική δυσλειτουργία, αποβολή, πρόωρο τοκετό, ή χαμηλό βάρος γέννησης στο έμβryo. Ενενήντα τοις εκατό των διατροφικών διαταραχών

αναπτύσσονται πριν από την ηλικία 25 στις ειδήλλως υγιείς νέες γυναίκες, μια ομάδα που επιδιώκει χαρακτηριστικά την υγειονομική περίθαλψή τους από τους γυναικολόγους. Για όλους αυτούς τους λόγους, οι γυναικολόγοι πρέπει να έχουν μια μεγαλύτερη συναίσθηση αυτών των διαταραχών. Διαφορετικά, μπορεί να τους διαφύγει η απειλητική για τη ζωή ασθένεια, να θεραπεύσουν τη χαρακτηριστική αμηνόρροια άπρεπα, ή να επέμβουν ακούσια για να βοηθήσουν αυτές τις γυναίκες να συλλάβουν, συμβάλλοντας σε μαιευτικούς και εμβρυϊκούς κινδύνους. Σαν μοναδικοί φροντιστές των γυναικών, οι γυναικολόγοι έχουν την ευκαιρία να διαδραματίσουν έναν ζωτικής σημασίας ρόλο στην πρόληψη και τη διάγνωση των διατροφικών διαταραχών και στη διεπιστημονική διαχείριση που απαιτείται για να διαχειριστεί αποτελεσματικά αυτές τις διαταραχές.

7. Annu Rev Med. 2010;61:425-35.

Anorexia nervosa: current status and future directions.

Attia E.

Anorexia nervosa (AN) is a serious mental illness categorized by a failure to maintain a minimally normal weight, a fear of gaining weight or becoming fat, and preoccupations about body shape or weight. AN is associated with significant morbidity and a mortality rate as high as that seen in any psychiatric illness. Biological factors, including genetic predisposition, appear to play a role in the development of AN. Preliminary studies suggest that family-based treatment may be useful for younger patients with AN. Treatment development for adults with AN and pursuit of neurobiological correlates of AN remain high-priority research areas.

Νευρική ανορεξία: τρέχουσα κατάσταση και μελλοντικές προοπτικές

Η νευρική ανορεξίας είναι μια σοβαρή ψυχική ασθένεια που ταξινομείται από την αποτυχία να διατηρηθεί ένα ελάχιστο κανονικό βάρος, ένας φόβος για το βάρος ή το πάχος, και από ανησυχίες για τη μορφή ή το βάρος του σώματος. Συνδέεται με σημαντική νοσηρότητα και έναν δείκτη θνησιμότητας τόσο υψηλό όσο αυτός που αφορά οποιαδήποτε ψυχιατρική ασθένεια. Οι βιολογικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της γενετικής προδιάθεσης, εμφανίζονται να διαδραματίζουν έναν ρόλο στην ανάπτυξη. Οι προκαταρκτικές μελέτες προτείνουν ότι η βασισμένη οικογενειακή θεραπεία μπορεί να είναι χρήσιμη για τους νεώτερους ασθενείς. Η ανάπτυξη θεραπείας για τους ενήλικους και η αναζήτηση των νευροβιολογικών συστατικών παραμένουν ερευνητικοί τομείς προτεραιότητας.

8. Eat Disord. 2010

Interpreting the complete blood count in anorexia nervosa.

Cleary BS, Gaudiani JL, Mehler PS.

Anemia, leukopenia and thrombocytopenia are frequent complications of anorexia nervosa. The complete blood count provides useful information to diagnose and characterize these findings. Anemia tends to be normocytic and normochromic. Leukopenia manifests as a deficiency of lymphocytes or neutrophils. Thrombocytopenia, if severe, may confer a bleeding risk. A careful history and physical examination should be performed to evaluate for other possible etiologies of cytopenias. Cell line deficiencies related solely to anorexia nervosa often resolve with nutritional rehabilitation. Knowledge of these potential findings and their expected outcomes may help avoid costly and potentially invasive procedures in patients with anorexia nervosa.

Ερμηνεύοντας τη γενική αίματος στη νευρική ανορεξία

Η αναιμία, η λευκοπενία και η θρομβοκυτοπενία είναι συχνές επιπλοκές της νευρικής ανορεξίας. Η πλήρης γενική αίματος παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για να εντοπίσει και να χαρακτηρίσει αυτά τα συμπεράσματα. Η αναιμία τείνει να είναι ορθοχρωμική. Η λευκοπενία φανερώνεται ως ανεπάρκεια των λεμφοκυττάρων ή των ουδετερόφιλων. Η θρομβοκυτοπενία, αν είναι σοβαρή, μπορεί να παρέχει έναν κίνδυνο αιμορραγίας. Μια προσεκτική λήψη ιστορικού και φυσική εξέταση πρέπει να εκτελεσθούν για να αξιολογήσουν για άλλες πιθανές αιτιολογίες των διαταραχών. Οι παραπάνω διαταραχές πολλές φορές διορθώνονται με τη θρεπτική αποκατάσταση. Η γνώση αυτών των πιθανών συμπερασμάτων και των αναμενόμενων εκβάσεων τους μπορεί να βοηθήσει να αποφευχθούν δαπανηρές και επεμβατικές διαδικασίες στους ασθενείς με νευρική ανορεξία.

Anorexia nervosa and estrogen: current status of the hypothesis.

Young JK.

Anorexia nervosa occurs predominantly in young women. Also, recent data suggest that a heritable, genetic defect may contribute to this feeding disorder. These observations support the hypothesis that an inherited, abnormal response of the brain to rising levels of estrogens at puberty may contribute to the symptoms of weight loss in anorexia. To evaluate the merits of this hypothesis, the current literature on feeding depression by estrogens in anorexic patients and possible genetic or developmental mechanisms that could alter brain responsiveness to estrogens are reviewed. It is concluded that a number of specific biochemical or developmental pathways-abnormalities in the classical or membrane-bound forms of estrogen receptors, in co-activators for estrogen, in thyroxine receptors, in steroid metabolizing enzymes, in quantitative trait loci, and in processes of puberty-could converge to produce an abnormal response to estrogen and the onset of anorexia nervosa.

Νευρική ανορεξία και οιστρογόνα: τρέχουσα κατάσταση και υποθέσεις

Η νευρική ανορεξία εμφανίζεται κυρίως στις νέες γυναίκες. Επίσης, τα πρόσφατα στοιχεία προτείνουν ότι μια κληρονομήσιμη, γενετική ατέλεια μπορεί να συμβάλει σε αυτήν την διαταραχή σίτισης. Αυτές οι παρατηρήσεις υποστηρίζουν την υπόθεση μια κληρονομημένη, ανώμαλη απάντηση του εγκεφάλου στα αυξανόμενα επίπεδα οιστρογόνων στην εφηβεία μπορεί να συμβάλει στα συμπτώματα της απώλειας βάρους και στην ανορεξία. Για να αξιολογήσει τις αξίες αυτής της υπόθεσης, η τρέχουσα βιβλιογραφία ανασκοπείται με σκοπό την αναζήτηση στους ανορεκτικούς των πιθανών γενετικών ή αναπτυξιακών μηχανισμών που θα μπορούσαν να αλλάξουν την ανταπόκριση εγκεφάλου στα οιστρογόνα. Συνάγεται το συμπέρασμα ότι διάφορες συγκεκριμένες βιοχημικές ή αναπτυξιακές ανωμαλίες στις κλασσικές ή συνδεδεμένες μορφές δεκτών οιστρογόνου, στους ενεργοποιητές των

οιστρογόνων, στους υποδοχείς θυροξίνης, στο στεροειδές που μεταβολίζει τα ένζυμα, στους ποσοτικούς γεωμετρικούς τόπους γνωρίσματος, και στις διαδικασίες εφηβείας-μπορεί να συγκλίνουν για να παραγάγουν μια ανώμαλη απάντηση στο οιστρογόνο και την έναρξη της νευρικής ανορεξίας.

10. Anaesthetist. 2010

Anesthesia in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa

Zenker J, Hagenah U, Rossaint R.

Eating disorders are typical diseases of adolescence and early adulthood. About 1-3% of female juveniles suffer from anorexia nervosa (AN) or bulimia nervosa (BN). Today AN is still the psychiatric disease with the highest mortality rate. The peri-operative mortality rate of patients suffering from AN is in the range up to 15%. The beginning of AN is a lingering process and the majority of patients show increasingly restrictive eating habits ending in cachexia. Patients are obsessed by the predominant idea of being obese in spite of having a significant underweight. Patients suffering from bulimia break the strict regimen by eating enormous amounts of high calorie food. Such eating attacks are followed by weight reducing measures, mostly vomiting. Most of the physical changes caused by AN are due to starvation and loss of weight. The most significant medical complications are alterations of the cardiovascular system accompanied by decreasing contractility of the heart, bradycardia, electrocardiographic changes as well as disequilibrium of electrolytic and water balance. Most of these symptoms can be reversed by putting on weight.

Αναισθησία σε ασθενείς με νευρική ανορεξία και βουλιμία

Οι διατροφικές διαταραχές είναι χαρακτηριστικές ασθένειες της εφηβείας και της πρόωρης ενηλικίωσης. Περίπου 1-3% των θηλυκών νεαρών πάσχει από νευρική ανορεξία ή βουλιμία. Σήμερα η νευρική ανορεξία είναι ακόμα μια ψυχιατρική ασθένεια με υψηλό δείκτη θνησιμότητας. Ο περι-εγχειρητικός δείκτης θνησιμότητας των ασθενών που πάσχουν νευρική ανορεξία κυμαίνεται μέχρι 15%. Κατά την έναρξη της νευρικής ανορεξίας η πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάζει όλο και περισσότερο περιοριστικές συνήθειες κατανάλωσης που καταλήγουν στην καχεξία. Οι ασθενείς που πάσχουν από τη βουλιμία σπάζουν την ακριβή θεραπευτική αγωγή με την κατανάλωση των τεράστιων ποσών υψηλών τροφίμων θερμίδας. Τέτοιες εκρήξεις

κατανάλωσης ακολουθούνται από μέτρα μείωσης του βάρους, κυρίως κάνοντας εμετό. Οι περισσότερες από τις φυσικές αλλαγές που προκαλούνται οφείλονται στο λιμό και την απώλεια βάρους. Οι σημαντικότερες ιατρικές επιπλοκές είναι αλλαγές του καρδιαγγειακού συστήματος που συνοδεύεται από τη μειωμένη συσταλτικότητα της καρδιάς, της βραδυκαρδίας, των ηλεκτροκαρδιογραφικών αλλαγών καθώς επίσης και της ηλεκτρολυτικής ανισορροπίας και της ισορροπίας νερού. Τα περισσότερα από αυτά τα συμπτώματα μπορούν να αντιστραφούν με την αύξηση βάρους.

11. Psychiatry Research 2008

Eating disorders among professional fashion models

Antonio Preti , Ambra Usai , Paola Miotto , Donatella Rita Petretto , Carmelo Masala

Fashion models are thought to be at an elevated risk for eating disorders, but few methodologically rigorous studies have explored this assumption. We have investigated the prevalence of eating disorders in a group of 55 fashion models born in Sardinia, Italy, comparing them with a group of 110 girls of the same age and of comparable social and cultural backgrounds. The study was based on questionnaires and face-to-face interviews, to reduce the bias due to symptom under-reporting and to social desirability responding. When compared on three well-validated self-report questionnaires (the EAT, BITE, BAT), the models and controls did not differ significantly. However, in a detailed interview (the Eating Disorder Examination), models reported significantly more symptoms of eating disorders than controls, and a higher prevalence of partial syndromes of eating disorders was found in models than in controls. A body mass index below 18 was found for 34 models (54.5%) as compared with 14 controls (12.7%). Three models (5%) and no controls reported an earlier clinical diagnosis of anorexia nervosa. Further studies will be necessary to establish whether the slight excess of partial syndromes of eating disorders among fashion models was a consequence of the requirement in the profession to maintain a slim figure or if the fashion modeling profession is preferably chosen by girls already oriented towards symptoms of eating disorders, since the pressure to be thin imposed by this profession can be more easily accepted by people predisposed to eating disorders.

Διαταραχές τροφής σε επαγγελματίες μοντέλα

Τα μοντέλα μόδας διατρέχουν πιθανά έναν υψηλότερο κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές, αλλά λίγες μεθοδολογικά αυστηρές μελέτες έχουν

ερευνήσει αυτήν την υπόθεση. Έχουμε ερευνήσει την επικράτηση των διατροφικών διαταραχών σε μια ομάδα 55 μοντέλων μόδας γεννημένων στη Σαρδηνία, Ιταλία, που συγκρίνει αυτή την ομάδα με μια ομάδα 110 κοριτσιών της ίδιας ηλικίας, με παρόμοια κοινωνικά και πολιτιστικά υποβάθρα. Η μελέτη βασίστηκε στα ερωτηματολόγια και τις πρόσωπο με πρόσωπο συνεντεύξεις, για να μειώσει την προκατάληψη, λόγω της ψευδούς δήλωσης συμπτώματος της κοινωνικά επιθυμητής απάντησης. Όταν συγκρίνονται σε τρία καλά-επικυρωμένα ερωτηματολόγια άμεσης απάντησης (EAT, BITE, BAT), τα μοντέλα και η ομάδα ελέγχου δεν διέφεραν σημαντικά. Εντούτοις, σε μια λεπτομερή συνέντευξη (Eating Disorder Examination), τα μοντέλα εξέθεσαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών από την ομάδα ελέγχου και μια υψηλότερη επικράτηση των μερικών συνδρόμων των διατροφικών διαταραχών βρέθηκε στα μοντέλα από ότι στην ομάδα ελέγχου. Ένας δείκτης μάζας σώματος κάτω από 18 βρέθηκε για 34 μοντέλα (54.5%) και σε 14 άτομα της ομάδας ελέγχου (12.7%). Τρία μοντέλα (5%) και κανένα άτομο της ομάδας ελέγχου ανέφεραν ότι είχαν διαγνωσθεί με νευρική ανορεξία. Οι περαιτέρω μελέτες θα είναι απαραίτητες για να τεκμηριώσουν εάν η μικρή υπεροχή των μερικών συνδρόμων των διατροφικών διαταραχών μεταξύ των μοντέλων μόδας ήταν μια συνέπεια της απαίτησης στο επάγγελμα να διατηρηθεί λεπτή γραμμή σώματος ή εάν το επάγγελμα μόδας επιλέγεται κατά προτίμηση από τα κορίτσια που προσανατολίστηκαν ήδη προς τα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών, δεδομένου ότι η πίεση που επιβάλλεται για λεπτή γραμμή σώματος μπορεί να γίνει αποδεκτή ευκολότερα από τους ανθρώπους που προδιαθέτονται στις διατροφικές διαταραχές.

12. Am J Psychiatry 2007

Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community

Anna Keski-Rahkonen, Hans W. Ezra S. Susser, Milla S. Linna, Elina Sihvola, Anu Raevuori, Cynthia M. Bulik, Jaakko Kaprio, Aila Rissanen.

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 screennegative 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 DSMIV 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.

Επιδημιολογία και πορεία της νευρικής ανορεξίας στην κοινότητα

Σκοπός: Οι περισσότερες προηγούμενες μελέτες της επικράτησης, της επίπτωσης, και της έκβασης της νευρικής ανορεξίας έχουν περιοριστεί στις περιπτώσεις που ανιχνεύονται μέσω του υγειονομικού συστήματος, το οποίο μπορεί να προκαταλάβει την κατανόησή μας σχετικά με την επίπτωση της νόσου και την φυσική πορεία της. Οι συγγραφείς επιδίωξαν να περιγράψουν την αρχή και τις εκβάσεις της νευρικής ανορεξίας στο γενικό πληθυσμό. Μέθοδος: οι επικρατούσες απόψεις, τα ποσοστά επίπτωσης, και τα ποσοστά αποκατάστασης 5 ετών της νευρικής ανορεξίας υπολογίστηκαν βάσει των στοιχείων από 2.881 γυναίκες από τις ομάδες γέννησης του 1975-1979 των φινλανδικών διδύμων. Οι γυναίκες που διαγνώστηκαν θετικές για διατροφική διαταραχή (N=292), τα δίδυμα αρνητικά για διαταραχή (N=134), και 210 τυχαία επιλεγμένες αρνητικές για διαταραχή γυναίκες, αξιολογήθηκαν για τις διατροφικές διαταραχές τηλεφωνικώς από πεπειραμένους κλινικούς. Για να αξιολογήσουν τις εκβάσεις μετά από την κλινική αποκατάσταση και για να ανιχνεύσουν υπολειμματική νόσο, οι γυναίκες που είχαν αναρρώσει, συγκρίθηκαν με τα απρόσβλητα δίδυμα και τις υγιείς ανεξάρτητες γυναίκες με τη χρήση πολλαπλών μέτρων. Αποτελέσματα : Η επικράτηση της νευρικής ανορεξίας κατά DSM-IV ήταν 2.2%, και οι μισές από τις περιπτώσεις δεν είχαν ανιχνευθεί από το υγειονομικό σύστημα. Η επίπτωση της νευρικής ανορεξίας στις γυναίκες μεταξύ 15 και 19 ηλικιών ήταν 270 ανά 100.000. Η πενταετής κλινική αποκατάστασης ήταν 66.8%. Οι εκβάσεις δεν διέφεραν μεταξύ των ανιχνευμένων και μη ανιχνευθεισών περιπτώσεων. Μετά από την κλινική αποκατάσταση, υπολειμματική ασθένεια υποχώρησε σταδιακά. Μέχρι 5 έτη μετά από την κλινική αποκατάσταση, οι περισσότεροι εξεταζόμενοι είχαν φθάσει στην πλήρη ή σχεδόν πλήρη ψυχολογική αποκατάσταση και πολλές είχαν μοιάσει με τα απρόσβλητα δίδυμα και τις υγιείς γυναίκες, σε βάρος και στα περισσότερα ψυχολογικά και κοινωνικά δεδομένα. Συμπεράσματα: Οι συγγραφείς βρήκαν ουσιαστικά υψηλότερη επικράτηση και συχνότητα της νευρικής ανορεξίας από τις αναφερόμενες προηγούμενες μελέτες, οι περισσότερες από τις οποίες βασίστηκαν σε θεραπευμένες περιπτώσεις. Οι περισσότερες γυναίκες ανάρρωσαν κλινικά μέσα σε 5 έτη, και έκτοτε συνήθως προχώρησαν προς την πλήρη αποκατάσταση.

13. Int J Eat Disord. 2010

Estimation of renal function in patients with eating disorders.

Fabbian F, Pala M, Scanelli G, Manzato E, Longhini C, Portaluppi F.

BACKGROUND: Renal function could be evaluated with different equations such as Cockcroft-Gault formula (C-G), Mayo Clinic Quadratic (MAYO) and four MDRD variables. Clinical application of different formulae in conditions with severe energy restriction or in obese subjects is still a matter of investigation. **METHOD:** Renal function of 55 anorexia nervosa (AN) and 44 bulimia nervosa (BN) patients was evaluated with C-G formula for creatinine clearance calculation, and glomerular filtration rate (GFR) was estimated with MAYO and MDRD equations.

RESULTS: BN group was older and had higher weight, body mass index (BMI), body surface area than AN subjects; however, their mean BMI was in the normal range. AN group had better renal function than BN one when it was evaluated with MAYO and MDRD; on the contrary, it was worse when it was calculated with C-G. The results obtained from the three formulae were poorly correlated and Bland-Altman analysis confirmed that the results of the three formulae were not in agreement. **DISCUSSION:** C-G is inaccurate when it is applied to obese or cachectic subjects. MDRD underestimates renal function in normal-high GFR. MAYO seems to be a good alternative to the other equations leading to correct classification of patients. Therefore, it should be used to diagnose eating disorder subjects as renal insufficient.

Εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Η νεφρική λειτουργία θα μπορούσε να υπολογιστεί με διαφορετικές εξισώσεις, όπως Cockcroft-Gault τύπο (CG), Mayo Clinic Τετραγωνικός (MAYO) και τέσσερις MDRD μεταβλητές. Κλινική εφαρμογή των διαφορετικών τύπων σε συνθήκες με τον αυστηρό περιορισμό της ενέργειας ή σε παχύσαρκα άτομα είναι ακόμα ένα θέμα έρευνας. **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η νεφρική λειτουργία των 55 νευρική ανορεξία (NA) και 44 νευρογενούς βουλιμίας (BN)

ασθενών αξιολογήθηκε με CG τύπο για κάθαρση κρεατινίνης υπολογισμού, και ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR) εκτιμήθηκε με MAYO και MDRD εξισώσεις. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: BN ομάδας ήταν μεγάλα και είχαν μεγαλύτερο βάρος, δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), επιφάνειας σώματος από ένα άτομο. Ωστόσο, τους οδηγεί ότι ο ΔΜΣ ήταν στην κανονική περιοχή. Μια ομάδα είχε καλύτερη νεφρική λειτουργία από ένα BN, όταν αξιολογήθηκε με MAYO και MDRD. Αντίθετα, ήταν χειρότερα όταν υπολογιζόταν με CG. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τους τρεις τύπους ήταν ελάχιστα μεταξύ τους και Bland-Altman ανάλυση επιβεβαίωσε ότι τα αποτελέσματα των τριών τύπων δεν ήταν σε συμφωνία. ΣΥΖΗΤΗΣΗ: CG είναι ανακριβής, όταν εφαρμόζεται σε παχύσαρκους ή καχεκτικούς ασθενείς. MDRD υποτιμά νεφρικής λειτουργίας σε κανονική υψηλής GFR. MAYO φαίνεται να είναι μια καλή εναλλακτική λύση για τις άλλες εξισώσεις που οδηγεί στην ορθή κατάταξη των ασθενών. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να χρησιμοποιείται για τη διάγνωση θεμάτων των διατροφικών διαταραχών όπως η νεφρική ανεπάρκεια.

14. J Neural Transm. 2010

Elevation of homocysteine levels is only partially reversed after therapy in females with eating disorders.

Wilhelm J, Müller E, de Zwaan M, Fischer J, Hillemacher T, Kornhuber J, Bleich S, Frieling H.

Recent studies have shown elevated homocysteine levels in patients with eating disorders. In a prospective, longitudinal study, we investigated differences of homocysteine plasma levels in patients with anorexia nervosa (N = 12) and bulimia nervosa (N = 17) compared to healthy controls (N = 20) and alteration of homocysteine levels in patients during specific in-patient treatment. We found significantly elevated homocysteine levels in both patient groups (anorexia nervosa and bulimia nervosa) and a non-significant decrease of homocysteine during the 12-week treatment period. Furthermore, we found a significant association between low homocysteine levels and cognitive deficits, pointing toward a beneficial effect of elevated homocysteine levels on cognition in this patient group. We suppose that during effective treatment with significant increase of the body mass index, the observed hyperhomocysteinemia in patients with eating disorders is partially reversible. These findings add further evidence to the hypothesis that homocysteine might be involved in the pathophysiology of anorexia and bulimia nervosa.

Υψόμετρο επιπέδων ομοκυστεΐνης έχουν αναστραφεί εν μέρει μόνο μετά τη θεραπεία σε γυναίκες με διατροφικές διαταραχές.

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Σε μια προοπτική, διαχρονική μελέτη, διερευνήθηκαν διαφορές στα επίπεδα της ομοκυστεΐνης στο πλάσμα σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία (N = 12) και νευρική βουλιμία (N = 17) συγκριτικά με υγιείς μάρτυρες (N = 20) και μεταβολές στα επίπεδα της ομοκυστεΐνης των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής τους περίθαλψης. Βρήκαμε σημαντικά αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης στις δύο ομάδες ασθενών (ανορεξία και η νευρική βουλιμία) και μια μη σημαντική

μείωση της ομοκυστεΐνης κατά τη διάρκεια της θεραπείας των 12 εβδομάδων. Επιπλέον, βρήκαμε μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ των χαμηλών επιπέδων ομοκυστεΐνης και γνωστικά ελλείμματα, που να υποδηλώνουν την ευεργετική επίδραση των αυξημένων επιπέδων ομοκυστεΐνης στη γνωστική λειτουργία αυτής της κατηγορίας ασθενών. Υποθέτουμε ότι κατά τη διάρκεια της αποτελεσματικής θεραπείας με σημαντική αύξηση του δείκτη μάζας σώματος, η παρατηρούμενη υπερομοκυστεΐναιμία σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές είναι μερικώς αναστρέψιμη. Τα ευρήματα αυτά προσθέτουν περαιτέρω στοιχεία στην υπόθεση ότι η ομοκυστεΐνη μπορεί να συμμετέχει στην παθοφυσιολογία της ανορεξίας και νευρογενούς βουλιμίας.

15.Int J Eat Disord. 2010

Update on course and outcome in eating disorders.

Keel PK, Brown TA.

OBJECTIVE: To review recent studies describing eating disorder course and outcome. METHOD: Electronic and manual searches were conducted to identify relevant articles published since 2004. RESULTS: Twenty-six articles were identified. For anorexia nervosa (AN), most patients ascertained through outpatient settings achieved remission by 5-year follow-up. Inpatient treatment predicted poor prognosis as inpatient samples demonstrated lower remission rates. Outcome differed between bulimia nervosa (BN) and eating disorders not otherwise specified (EDNOS), including binge eating disorder (BED), for shorter follow-up durations; however, outcomes appeared similar between BN and related EDNOS by 5-year follow-up. Greater psychiatric comorbidity emerged as a significant predictor of poor prognosis in BN, whereas few prognostic indicators were identified for BED or other EDNOS. DISCUSSION: Results support optimism for most patients with eating disorders. However, more effective treatments are needed for adult AN inpatients and approximately 30% of patients with BN and related EDNOS who remain ill 10-20 years following presentation.

Ενημέρωση σχετικά με την πορεία και την έκβαση των διατροφικών διαταραχών.

ΣΤΟΧΟΣ: Για να δείτε τις πρόσφατες μελέτες που περιγράφουν διατροφικές διαταραχές πορεία και την έκβαση. ΜΕΘΟΔΟΣ: Ηλεκτρονικές και χειροκίνητες έρευνες διεξήχθησαν για τον εντοπισμό των άρθρων που δημοσιεύονται από το 2004. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Είκοσι έξι άρθρα που εντοπίστηκαν. Για νευρογενής ανορεξία (NA), οι περισσότεροι ασθενείς έχει εξακριβωθεί ότι, μέσω των ρυθμίσεων εξωτερικής παραμονής επιτεύχθηκε ύφεση με 5-ετή παρακολούθηση. Ενδονοσοκομειακή θεραπεία προβλεπόμενη κακή πρόγνωση, όπως ενδονοσοκομειακή δείγματα έδειξε χαμηλότερα ποσοστά

ύφεσης. Αποτελέσματα διέφεραν μεταξύ νευρογενούς βουλιμίας (BN) και τις διατροφικές διαταραχές που δεν προσδιορίζονται αλλιώς (EDNOS), συμπεριλαμβανομένων των binge διατροφική διαταραχή (κρεβάτι), για μικρότερες συνέχεια διάρκειες. Ωστόσο, τα αποτελέσματα φάνηκαν παρόμοια μεταξύ BN και συναφείς EDNOS με 5-ετή παρακολούθησης . Μεγαλύτερη ψυχιατρική συννοσηρότητα αναδείχθηκε ως ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας κακής πρόγνωσης σε BN, ενώ λίγοι προγνωστικοί δείκτες εντοπίστηκαν για BED ή άλλων EDNOS. ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Αποτελέσματα: αισιοδοξία και υποστήριξη για τους περισσότερους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Ωστόσο, οι πιο αποτελεσματικές θεραπείες που χρειάζονται για ενήλικες AN νοσηλευθέντες και περίπου το 30% των ασθενών με BN και συναφείς EDNOS που παραμένουν άρρωστοι 10-20 ετών μετά την παρουσίαση.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βάρσου Ε. (2000). Ψυχογενής Ανορεξία και Ψυχογενής Βουλιμία. Γ. Χριστοδούλου και Συνεργάτες (εκδ.) *Ψυχιατρική*, 1ος τόμος, σελ. 482-496. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων. (2005). *Οδηγίες για τη διατροφική αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας*.
- Γονιδάκης Φ. (2006). Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Σολδάτος Κ, Λύκουρας Λ (Εκδ.) *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*, πρώτος τόμος, σελ. 377-398, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις
- Κωνσταντινίδου Μ. (2000). Διαταραχές της Θρέψης. Ο ρόλος του διαιτολόγου στη θεραπευτική αντιμετώπιση. Πανελλήνιο Συνέδριο Διατροφής Διαιτολογίας; 93-98
- Μαδιανός Μ. (2005). *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*. Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Σαραντόγλου Γ., Maurice. JM. (2001). *Η ψυχογενής ανορεξία*. Εκδόσεις Χατζηνικολή.
- Στρατουδάκης Γ., Τζανάκης Ε. (2004). Η νευρογενής ανορεξία στη γυναίκα ασθενή. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(5):413-421
- Χριστοδούλου, Γ.Ν. & συνεργάτες (2004). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις. σελ. 482-496
- Χατζηγεωργίου Χ. (2004). Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλιμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων. *Παιδιατρική Ενημέρωση*; 8: 12-18

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Andersen AE, Ryan GL. (2009). Eating disorders in the obstetric and gynecologic patient population. *Obstet Gynecol.*
- Antonio Preti , Ambra Usai , Paola Miotto , Donatella Rita Petretto , Carmelo Masala. (2008). Eating disorders among professional fashion models. *Psychiatry Research*
- Attia E. (2010). Anorexia nervosa: current status and future directions. *Annu Rev Med.*
- Brownele K., Fairburn C . (1995). *Eating Disorders and Obesity A Comprehensive Handbook*, Guilford Press.
- Bruni V, Dei M, Peruzzi E, Seravalli V. (2010). The anorectic and obese adolescent. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*
- Cleary BS, Gaudiani JL, Mehler PS. (2010). Interpreting the complete blood count in anorexia nervosa. . *Eat Disord.*
- Cros G, Sznajder M, Meuric S, Mignot C, Chevallier B, Stheneur C. (2010). Rapid malnutrition in patient with anorexia nervosa: experience of a general pediatric department. *Arch Pediatr.*
- Derman O, Kiliç EZ. (2009). Edema can be a handicap in treatment of anorexia nervosa. *Turk J Pediatr.*
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV (DSM) (Vol. IV) (2004). Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Elkin, G.D. (1999). *Introduction to Clinical Psychiatry*. USA: Appleton & Lange. p.p. 183-192
- Fabbian F, Pala M, Scanelli G, Manzato E, Longhini C, Portaluppi F. (2010). Estimation of renal function in patients with eating disorders. *Int J Eat Disord.*
- Halmi KA. (2003). Classification, diagnosis and comorbidities of eating disorders: A review. In: Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor IJ, Sartorius N. (eds). *Eating Disorders*, p. 1-13, Wiley
- Herzog, T., Zeeck, A., Hartmann, A., *et al* (2004). Lower targets for weekly weight gain lead to better results in in-patient treatment of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 164– 168.
- Kaplan Harold I. - Sadock Benjamin J.- Grebb Jack A., (2000)."KAPLAN AND SADOCK'S" Ψυχιατρική, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

- Keel PK, Brown TA. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *Int J Eat Disord*.
- Kjelsas E., Bjornstrom C., Gotestam K G. . (2004). Prevalence of Eating Disorders in Female and Male Eating Behaviours. *Eating Behaviour*, p. 13-25.
- Keski-Rahkonen A., Hoek H., Susser E., Linna M., Sihvola E., Raevuori A., Bulik C., Kaprio G., Rissanen A. (2007). Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. *Am J Psychiatry*; 164:1259–1265)
- Leonard S., Steiger H., Kao A. (2003). Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: prevalences and psychological correlates. *Int-J-Eat-Disord*; 33(4): 397-405
- Levitan RD, Kaplan AS, Davis C, Lam RW, Kennedy JL. (2010). A Season-of-Birth/DRD4 Interaction Predicts Maximal Body Mass Index in Women with Bulimia Nervosa. *Neuropsychopharmacology*.
- Meunier V. (2003). Στο *Λαβύρινθο της Ανορεξίας*, Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής, εκδόσεις Θυμάρι
- Neiderman, M., Zarody, M., Tattersall, M., et al (2000) Enteral feeding in severe adolescent anorexia nervosa: a report of four cases. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 471–475.
- Newton T., Travess C. (2000) *Oral complications. European Eating Disorders Review*, 8, 83–87.
- Stroud, M., Duncan, H. & Nightingale, J. (2003) Guidelines for enteral feeding in adults. *Gut*, 52 (suppl. 7), vii1–vii12.
- Trunko ME, Schwartz TA, Duvvuri V, Kaye WH. (2010). Aripiprazole in anorexia nervosa and low-weight bulimia nervosa: Case reports. *Int J Eat Disord*.
- Young JK. (2010). Anorexia nervosa and estrogen: current status of the hypothesis. *Neurosci Biobehav Rev*.
- Walcott DD, Pratt HD, Patel DR. (2003). Adolescents and eating disorders: Gender, racial, ethnic, sociocultural, and socioeconomic issues. *J Adolescent Res*; 18(3): 223-243
- Wilhelm J, Müller E, de Zwaan M, Fischer J, Hillemacher T, Kornhuber J, Bleich S, Frieling H. (2010). Elevation of homocysteine levels is only partially reversed after therapy in females with eating disorders. *J Neural Transm*.
- Zenker J, Hagenah U, Rossaint R. (2010). Anesthesia in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. . *Anaesthetist*