



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ & ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ
ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ »**

Φοιτήτριες:

**ΠΑΠΑΕΥΘΥΜΙΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ. ΙΡΙΣ ΖΑΜΠΡΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η πτυχιακή εργασία με θέμα «Ψυχογενής Ανορεξία & Βουλμία και ο ρόλος του νοσηλευτή» πραγματοποιήθηκε, στο πλαίσιο της πτυχιακής εργασίας των σπουδών μας στο τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Ηπείρου. Θα θέλαμε στο σημείο αυτό να ευχαριστήσουμε θερμά την εισηγήτρια μας κα. Ίρις Ζαμπίρα. Κυρίως για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε, και την υπομονή που έκανε κατά την διάρκεια υλοποίησης της πτυχιακής εργασίας. Όπως επίσης και την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της, για την επίλυση διάφορων θεμάτων. Θα θέλαμε επίσης να απευθύνουμε τις ευχαριστίες μας στους εξής:

- Σε όλους τους καθηγητές μας στο ΤΕΙ Ιωαννίνων, οι οποίοι με τις γνώσεις και την εμπειρία τους μας βοήθησαν να γίνουμε καλύτεροι επαγγελματίες υγείας.
- Στους φίλους μας που μας βοήθησαν να γίνουμε καλύτεροι άνθρωποι και που ήταν πάντα δίπλα μας και στα δύσκολα και στα εύκολα.
- Στις οικογένειές μας, οι οποίες στήριξαν τις σπουδές μας με κάθε τρόπο, φροντίζοντας για την καλύτερη δυνατή μόρφωσή μας.
- Στην επιτροπή αξιολόγησης αυτής της πτυχιακής εργασίας.

Αφιερώνουμε αυτή την εργασία σε όλους εκείνους τους ανθρώπους που δεν σταμάτησαν να παλεύουν για το καλύτερο και βγήκαν στο τέλος νικητές, αλλά και σε αυτούς που συνεχίζουν να παλεύουν με τους δαίμονές τους.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΟΡΩΝ	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
SUMMARY	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
ΣΚΟΠΟΙ & ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	13
3.1. Διαταραχές πρόσληψης τροφής	13
3.2. Ψυχογενής Ανορεξία	14
3.2.1. Ορισμός.....	14
3.2.2. Ιστορική αναδρομή ψυχογενούς ανορεξίας.....	14
3.2.3. Επιδημιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας.....	16
3.2.4. Αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας	16
3.2.5. Τύποι ψυχογενούς ανορεξίας	18
3.2.6. Κλινική εικόνα	19
3.2.7. Διαγνωστικά κριτήρια.....	21
3.2.8. Διαφορική διάγνωση.....	22
3.2.9. Συννοσηρότητα	22
3.2.10. Επιπλοκές.....	23
3.2.11. Πρόγνωση-Πορεία –Εξέλιξη.....	24
3.2.12. Θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας	25
3.3. Ψυχογενής βουλιμία	28
3.3.1. Ορισμός	28
3.3.2. Ιστορική αναδρομή ψυχογενούς βουλιμίας	29

3.3.3.Επιδημιολογία ψυχογενούς βουλιμίας.....	30
3.3.4.Αιτιολογία ψυχογενούς βουλιμίας.....	30
3.3.5.Διαγνωστικά κριτήρια	31
3.3.6.Τύποι ψυχογενούς βουλιμίας	32
3.3.7.Κλινικές εκδηλώσεις της ψυχογενούς βουλιμίας.....	32
3.3.8. Επιπλοκές της ψυχογενούς βουλιμίας	33
3.3.9.Πορεία-Πρόγνωση	34
3.3.10.Θεραπευτική προσέγγιση ψυχογενούς βουλιμίας	34
3.4.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη ψυχογενή ανορεξία.....	36
3.4.1.Σταδιοποίηση της νόσου.....	36
3.4.2.Νοσηλευτική προσέγγιση του ασθενούς και λήψη ιστορικού	36
3.4.3.Στόχοι νοσηλευτικών παρεμβάσεων	39
3.4.4.Νοσηλευτικές ευθύνες στη χορήγηση φαρμάκων.....	39
3.4.5.Βασικές νοσηλευτικές διεργασίες νοσηλείας ασθενών με ψυχογενή ανορεξία	40
3.4.6.Αποκατάσταση διατροφής / Επανασίτιση-Νοσηλευτικές διεργασίες	41
3.4.7.Σύνδρομο επανασίτισης - Νοσηλευτικές διεργασίες	43
3.5.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη ψυχογενή βουλιμία	44
3.5.1.Προβλήματα του αρρώστου	44
3.5.2.Επιπλοκές του ασθενούς με ψυχογενή βουλιμία.....	45
3.5.3.Νοσηλευτικές Διαγνώσεις στη ψυχογενή βουλιμία	45
3.5.4.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	47
4.1.Το είδος της έρευνας	47
4.2.Μέθοδος συλλογής δεδομένων	47
4.3. Κριτήρια αποδοχής - αποκλεισμού συλλογής δεδομένων	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....48

5.1.Ανάλυση των δεδομένων.....48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ82

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ87

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ89

EYPETHPIO OPΩN

BMI:	Body Mass Index,
Δ.Μ.Σ.	Δείκτης Μάζας Σώματος
Δ.Π.Τ:	Διαταραχή Πρόληψης Τροφής
DSM-IV:	Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders-Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών.
ICD:	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση των Ασθενειών και Συναφών Προβλημάτων Υγείας
M.M.E:	Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.
Ψ.Α:	Ψυχογενής Ανορεξία.
Ψ.Β:	Ψυχογενής Βουλιμία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παρούσα εργασία, αποτελεί μία ανασκόπηση της πρόσφατης ερευνητικής βιβλιογραφίας για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Οι διατροφικές διαταραχές όπως η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία μπορούν να απειλήσουν την ψυχολογική ευημερία, την υγεία και μερικές φορές ακόμη και τη ζωή.

ΣΚΟΠΟΣ: Στόχος της συγκεκριμένης εργασίας, είναι η διερεύνηση των ψυχικών διαταραχών, ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία, και η σχέση της διατροφής-ψυχο-παθολογίας. Η παρούσα μελέτη, αποτελεί μία ανασκόπηση που αφορά τα αίτια, τα στάδια, την θεραπευτική αντιμετώπιση τους, καθώς τονίζεται και ο ρόλος του νοσηλευτή στις διατροφικές διαταραχές.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, σε κεφάλαια βιβλίων και ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, στην ελληνική και αγγλική γλώσσα, δημοσιευμένα κατά τα τελευταία 10 έτη κυρίως. Αξιολογήθηκαν οι ερευνητικές πηγές και χρησιμοποιήθηκε η σχετική βιβλιογραφία για την συγγραφή της εργασίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα δεδομένα, οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν σύνθετες καταστάσεις που αφορούν την ταυτότητα, την εικόνα και την αυτοεκτίμηση του πάσχοντα. Οι διαταραχές αυτές διαπερνούν πολιτιστικά, φυλετικά και κοινωνικοοικονομικά σύνορα και επηρεάζουν τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες. Τα κοινωνικά πρότυπα διαμορφώνουν την εικόνα του σύγχρονου ατόμου και έχουν ρόλο και στη διαμόρφωση της προσωπικής ταυτότητας και στο σύστημα αξιών του ατόμου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι σύνθετες διαταραχές. Η έγκαιρη διάγνωση τους συμβάλει σημαντικά στη θετική θεραπευτική εξέλιξη. Η θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να καλύπτει τις οργανικές, ψυχολογικές και διατροφικές ανάγκες των ατόμων αυτών. Ο νοσηλευτικός ρόλος είναι καθοριστικός στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας και λιγότερο στη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας, καθώς εκεί κύριο λόγο έχει η ψυχοθεραπεία. Όταν η θεραπεία του ασθενούς απαιτεί νοσοκομειακή θεραπεία, ο νοσηλευτής-τρια χτίζει με τον ασθενή μια σχέση εμπιστοσύνης και υποστήριξης γιατί είναι αυτός που τον φροντίζει άμεσα.

Στη ψυχογενή βουλιμία απαιτείται η ίδια σχέση, με σκοπό την τόνωση της αυτοεκτίμησης του ασθενούς, που απαιτείται για την αντιμετώπιση αυτής της διατροφικής διαταραχής.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: διατροφή, ψυχολογία, εφηβεία, ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία, νοσηλευτική φροντίδα, σχέση εμπιστοσύνης, αυτοεκτίμηση

SUMMARY

INTRODUCTION: The present study is a review of the recent research literature on eating disorders. Eating disorders such as anorexia nervosa and bulimia nervosa can threaten psychological well-being, the general state of health and sometimes even life.

PURPOSE: The aim of this thesis is to explore two mental disorders related to eating, anorexia nervosa and bulimia nervosa, and the relationship between diet and psychopathology. This study presents an overview of their causes, stages and treatment, giving emphasis to the role of the nurse.

METHODOLOGY: A review of the international literature was carried out, through chapters of books and electronic databases, in Greek and English, published mostly during the last 10 years..

RESULTS: According to latest data, eating disorders are complex situations concerning the identity, image and self-esteem of the sufferer. These disorders cross cultural, racial and socio-economic boundaries and affect both men and women. Social standards shaping the image of modern man have a role in the formation of personal identity and the person's value system.

CONCLUSIONS: Eating disorders are complex disorders. The prompt diagnosis contributes significantly to positive therapeutic progress. Therapeutic approach must apply on organic, psychological and nutritional needs of these individuals. The nursing role is crucial to the treatment of anorexia nervosa and less in the treatment of anorexia nervosa, as there is mainly psychotherapy. When the treatment of the patient requires hospitalization, the nurse should build a relationship of trust and support with the patient because he/she is the one who looks after him directly. The same connection is required in bulimia nervosa, to boost the patient's self-esteem needed to treat this eating disorder.

KEYWORDS: nutrition, psychology, adolescence, anorexia nervosa, bulimia nervosa, nursing care, trust, self-esteem

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μέσα από την παρούσα εργασία δίνεται το θεωρητικό πλαίσιο που περιγράφει τις διατροφικές διαταραχές της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας. Η προσέγγιση του θέματος αρχίζει την εισαγωγή στη δομή της εργασίας (πρώτο κεφάλαιο) και την παρουσίαση των στόχων και σκοπών της εργασίας (δεύτερο κεφάλαιο), με κεντρική ιδέα να αναδείξουν το ρόλο του νοσηλευτή στην πρόληψη και θεραπεία αυτών των διαταραχών. Το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τη βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος. Δίνονται βιβλιογραφικά δεδομένα ξεχωριστά για κάθε νοσολογική οντότητα. Αναλυτικότερα παρατίθενται τα βιβλιογραφικά δεδομένα για τον ορισμό της νόσου, την ιστορική αναδρομή, τα επιδημιολογικά δεδομένα, την αιτιολογία της νόσου, την ταξινόμηση της, τα διαγνωστικά κριτήρια, τις θεραπευτικές επιλογές και τις επιπλοκές της νόσου. Στο ίδιο κεφάλαιο, ιδιαίτερα υποκεφάλαια περιγράφουν τη νοσηλευτική προσέγγιση και τις νοσηλευτικές διεργασίες που έχουν σχέση με τα νοσήματα αυτά και αναλύονται με λεπτομέρειες όλες οι πτυχές της νοσηλευτικής φροντίδας. Ακολουθεί το ερευνητικό μέρος της εργασίας, στα κεφάλαια τέσσερα και πέντε, με παράθεση ερευνητικών δεδομένων και ανάλυση αυτών, με τρόπο κριτικό, ώστε να αναδειχθούν οι πτυχές της νοσηλευτικής φροντίδας, όπως αυτές περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Το κεφάλαιο έξι περιλαμβάνει τη συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας και το κεφάλαιο επτά παραθέτει τα εξαγόμενα συμπεράσματα. Τέλος παρατίθεται η χρησιμοποιούμενη βιβλιογραφία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΣΚΟΠΟΙ & ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί μία ανασκόπηση της πρόσφατης ερευνητικής βιβλιογραφίας, όσον αφορά τις διατροφικές διαταραχές. Το κίνητρο για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος, ήταν η ραγδαία αύξηση του φαινομένου που μαστίζει τον εφηβικό πληθυσμό, σε μία σύγχρονη κοινωνία με χιλιάδες ερεθίσματα. Είναι λυπηρό στις μέρες μας να υπάρχουν νέοι άνθρωποι, που αναπτύσσουν τη συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία, κάτω από το πρίσμα παροδικών κοινωνικών παραδόξων, όπως αυτά προβάλλονται από το σύγχρονο τρόπο ζωής.

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας, είναι η μελέτη και η τεκμηρίωση της σχέσης μεταξύ της διατροφής και της ψυχολογίας, αφού αυτά τα νοσήματα σαφώς ανακύπτουν σε ένα ψυχοπαθολογικό περιβάλλον, με έντονη ψυχοπαθολογική συμπεριφορά και συννοσηρότητα. Παράλληλα θα αναδειχθεί η θεραπεία και η αποκατάσταση της σωματικής ισορροπίας, μέσα από το πρίσμα της ψυχο-σωματικής προσέγγισης, αφού τα νοσήματα αυτά θεωρούνται πλέον κατά βάση ψυχιατρικής υπόστασης.

Τέλος, η συγκεκριμένη εργασία αποσκοπεί στην επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Σαν αρχικός στόχος ορίζεται η ανάδειξη του νοσηλευτικού ρόλου στην αντιμετώπιση αυτών των νοσημάτων και οι παρεμβάσεις σε αυτούς τους ασθενείς. Επίσης σε αυτά τα νοσήματα καθοριστικό ρόλο έχει ο νοσηλευτής μέσα στην κοινότητα. Ο κοινοτικός νοσηλευτής έχει σαν ρόλο να αναδείξει τις αξίες της πρόληψης και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με την ενημέρωση του κοινού για έναν υγιεινό τρόπο ζωής και διατροφής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

3.1. Διαταραχές πρόσληψης τροφής

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι ένα θέμα που ενδιαφέρει την επιστημονική κοινότητα, αλλά και την κοινή γνώμη. Η ενασχόληση με το φαινόμενο αυτό κρίθηκε αναγκαία, εξαιτίας της ανησυχητικής αύξησης των ατόμων που πάσχουν από τις εν λόγω διαταραχές, ιδιαίτερα στις δυτικού τύπου αναπτυγμένες κοινωνίες. Η συχνότητα των διαταραχών πρόσληψης τροφής, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα παρουσιάζει μια συνεχή αυξητική τάση, η οποία συνάδει με τις αξίες και τον τρόπο ζωής του δυτικού κόσμου (Γονιδάκης & Βάρσου, 2008).

Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι το 3% του γυναικείου πληθυσμού εμφανίζει κάποια μορφή διαταραχής πρόσληψης τροφής. Γενικά όμως η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών, που έχουν διαγνωσθεί με κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής κυμαίνεται από 1:10 έως 1:20. Τα τελευταία χρόνια, όμως η διαφορά αυτή φαίνεται να μικραίνει. Οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 90% των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με κάποια από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Η διαταραχή βέβαια εμφανίζεται και σε αγόρια εφήβους, αλλά και σε αυτές τις ηλικίες ισχύει ότι τα περιστατικά είναι 15-20 φορές λιγότερο συχνά από ότι στα κορίτσια της εφηβείας (Γονιδάκης & Βάρσου, 2008).

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αφορούν προβλήματα που σχετίζονται με συμπεριφορές πρόσληψης φαγητού. Σύμφωνα με τα επίσημα εργαλεία ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών (DSM-IV- Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders-Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, & ICD-10- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση των Ασθενειών και Συναφών Προβλημάτων Υγείας). Αναγνωρίζονται τρεις κατηγορίες τέτοιων διαταραχών (Γονιδάκης & Βάρσου, 2008):

- Ψυχογενής Ανορεξία
- Ψυχογενής Βουλμία

- Διαταραχές Πρόσληψης μη προσδιοριζόμενες αλλιώς, οι οποίες δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια των προηγούμενων κατηγοριών.

3.2. Ψυχογενής Ανορεξία

3.2.1. Ορισμός

Σύμφωνα με τον Yager (2000), σαν ψυχογενής ανορεξία ορίζεται η διαταραχή σχετική με την πρόσληψη τροφής, που χαρακτηρίζεται από αλλοιώσεις στην αντίληψη της εικόνας του σώματος και από διαρκή κατάσταση άγχους για επικείμενη αύξηση του σωματικού βάρους.

Βασικό γνώρισμα των ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία είναι ότι έχουν μία διαστρεβλωμένη εικόνα για το σώμα τους. Το άτομο, αρχικά, αισθάνεται μία δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματός του. Προσπαθώντας να χάσει βάρος νιώθει μία ικανοποίηση γιατί έχει την αίσθηση ότι αποκτά τον έλεγχο του εαυτού του. Ωστόσο, ενώ είναι ήδη λιποβαρές, αρνείται ότι έχει χαμηλό βάρος. Είναι χαρακτηριστικό ότι όταν στέκεται μπροστά στον καθρέπτη βλέπει μία εικόνα διαφορετική από αυτή που είναι στην πραγματικότητα. Όσο περισσότερο αδυνατίζει τόσο πιο παχύ βλέπει τον εαυτό του. Πρόκειται για μία διαστρεβλωμένη αντανάκλαση, ένα είδος γνωστικής παραμόρφωσης (Zipfel et al., 2014).

3.2.2. Ιστορική αναδρομή ψυχογενούς ανορεξίας

Η πρώτη σύγχρονη περιγραφή της νευρογενούς ανορεξίας, όπως δηλαδή την γνωρίζουμε εμείς σήμερα, δημοσιεύτηκε το 1873 σχεδόν ταυτόχρονα από δύο ιατρούς, τον Charles Lasague στο Παρίσι με τον τίτλο “De l’ Anorexie Hysterique,” και τον sir William Gull στο Λονδίνο με τον τίτλο “Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica”. Τα συμπτώματα της διαταραχής που οι δύο ιατροί περιέγραψαν είναι ίδια με αυτά που και σήμερα θεωρούμε ότι χαρακτηρίζουν την νευρογενή ανορεξία: σημαντική απώλεια σωματικού βάρους, αμηνόρροια, δυσκοιλιότητα, ψυχοκινητική ανησυχία και απουσία οργανικής αιτιολογίας των συμπτωμάτων. Ο Lasague πρότεινε ο θεράπων ιατρός να περιμένει μέχρι ο ίδιος ο ασθενής να ενοχληθεί από την σωματική του κατάσταση και μετά να παρέμβει για να καθοδηγήσει την επανασίτισή

του. Ενώ ο Gull συνιστούσε ως θεραπευτική μέθοδο για την αντιμετώπιση του υποσιτισμού τα υποχρεωτικά πολύ μικρά γεύματα πολλές φορές την ημέρα (Τριανταφύλλου, 2014).

Αν και η νευρογενής ανορεξία, από τις πρόδρομες ακόμα περιγραφές της, θεωρήθηκε ως ψυχική διαταραχή, το 1914 ο Γερμανός παθολογοανατόμος Morris Simmonds ανέφερε ότι διαπίστωσε ανατομικές ανωμαλίες στην υπόφυση ανορεκτικών ασθενών. Τα επόμενα είκοσι έτη κυριάρχησε η υπόθεση ότι η νευρογενής ανορεξία οφειλόταν σε ενδοκρινική δυσλειτουργία, κυρίως της υπόφυσης. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να αντιμετωπίζονται μόνο φαρμακευτικά, με εκχυλίσματα υπόφυσης και άλλα σκευάσματα, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι ψυχολογικοί παράμετροι της διαταραχής. Η ενδοκρινική υπόθεση ανατράπηκε το 1930 με τη δημοσίευση της μελέτης του Bergman σε 117 ασθενείς, η οποία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η υποφυσιακή δυσλειτουργία είναι αποτέλεσμα και όχι αίτιο του υποσιτισμού που συνοδεύει την νευρογενή ανορεξία και αποκαθίσταται πλήρως όταν βελτιωθεί η ανορεκτική συμπτωματολογία με τη συμβολή ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων (Τριανταφύλλου, 2014).

Οι απόπειρες κατά το πρώτο ήμισυ του 20ου αιώνα να εντοπιστεί η αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας, όχι μόνο δεν καρποφόρησαν αλλά εμπόδισαν μάλλον την ψυχοπαθολογική διερεύνηση της διαταραχής. Μόλις τη δεκαετία του '60, μέσα από τις εργασίες της Hilde Bruch επανέρχεται στο προσκήνιο η μελέτη των ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων της διαταραχής ως βάση για τη διερεύνηση της αιτιοπαθογένειας και για την αναζήτηση αποτελεσματικών θεραπειών. Η Bruch προσδιόρισε την ψυχογενή ανορεξία βάσει τριών κλινικών χαρακτηριστικών, τα οποία θεωρούσε διαταραχές της αντίληψης και της σκέψης: τη διαταραχή της εικόνας σώματος, τη διαταραχή στην αντίληψη σωματικών καταστάσεων (όπως της πείνας, της εξάντλησης κ.ά.) και συναισθημάτων και την αίσθηση αναποτελεσματικότητας που διακατέχει τις ασθενείς (Bruch, 1962). Οι εργασίες της Bruch επέδρασαν καταλυτικά στην περαιτέρω μελέτη των διαταραχών πρόσληψης τροφής ενώ παράλληλα συνέβαλαν σημαντικά στην αύξηση ενδιαφέροντος του πλατύτερου κοινού για αυτές.

3.2.3.Επιδημιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας

Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι μία συχνή πάθηση. Σε επιδημιολογικές μελέτες από διάφορες χώρες ο επιπολασμός της διαταραχής κυμαίνεται από 0,9% έως 2,2% στο γυναικείο πληθυσμό. Ωστόσο, η διαταραχή είναι πολύ συχνότερη στην εφηβική και νεαρά ενήλικη ζωή. Η επίπτωσή της (νεοεμφανιζόμενες περιπτώσεις ανά έτος) στην εφηβική ηλικία βρέθηκε από 270 έως 1204 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες ανά έτος σε μελέτες στη Φιλανδία. Η συχνότητα εμφάνισης της ψυχογενούς ανορεξίας στον ανδρικό πληθυσμό είναι τουλάχιστον 10 φορές μικρότερη από αυτή που βρίσκεται στις γυναίκες, πρόκειται δηλαδή για σχεδόν αποκλειστικά γυναικεία πάθηση. Παρότι λίγες μελέτες έχουν διενεργηθεί σε μη-δυτικές κοινωνίες, αυτές βρίσκουν μικρότερο επιπολασμό σε αναπτυσσόμενες χώρες και σε πληθυσμιακές ομάδες της μαύρης φυλής έναντι ομάδων της λευκής που διαβιούν στις ίδιες χώρες (Κωνσταντακόπουλος & Γεραρχάκη, 2015).

3.2.4.Αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας

Η παθογένεση της ψυχογενούς ανορεξίας δεν είναι πλήρως γνωστή, αλλά σίγουρα είναι πολυπαραγοντική και περιλαμβάνει ψυχολογικούς, βιολογικούς, οικογενείς, περιβαλλοντικούς, γενετικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν την ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης για την ανάπτυξη ψυχογενούς ανορεξίας, καθώς ασθενείς που έχουν αδελφό ή αδελφή με το σύνδρομο ανορεξίας διατρέχουν 10-20 φορές υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (Στρατουδάκης & Τζανάκης, 2004).

Οι βιολογικοί παράγοντες που εμπλέκονται στην παθογένεση της ψυχογενούς ανορεξίας έχουν επικεντρωθεί στους νευροδιαβιβαστές (νορεπινεφρίνη και σεροτονίνη), στα επίπεδα της λεπτίνης και στις μεταβολές της αιματικής ροής στον εγκέφαλο. Πράγματι, έχει βρεθεί ότι τα επίπεδα λεπτίνης στις γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία και αμηνόρροια είναι χαμηλά και επανέρχονται στο φυσιολογικό με την αποκατάσταση του βάρους σώματος και του εμμηνορρυσιακού κύκλου (Hebebrand et al., 2007).

Οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία σε σύγκριση με τις γυναίκες χωρίς αυτή τη διαταραχή, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό νοσηρές πεποιθήσεις για τον εαυτό τους,

αισθήματα κοινωνικής απομόνωσης, λειτουργικής εξάρτησης και ευπάθειας στο κακό. Ένα ποσοστό 50% των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία πάσχει από κατάθλιψη, ενώ 20-30% των ασθενών αναφέρουν στο ιστορικό τους σεξουαλική κακοποίηση. 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) (Στρατουδάκης & Τζανάκης, 2004).

Αναλύοντας περισσότερο τους ψυχολογικούς λόγους εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας, όπως αναφέρουν οι Σπανού και Μωρόγιαννης (2010), οι γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία εμφανίζουν ελλειμματική μητρική φροντίδα αναπτύσσουν την πεποίθηση ότι είναι ελλειμματικές οι ίδιες (θέτοντας μη ρεαλιστικά πρότυπα για τον εαυτό τους), ότι οι συναισθηματικές τους ανάγκες δε θα καλυφθούν ποτέ και ότι δεν πρέπει να εκφράζουν τα συναισθήματά τους. Επίσης οι ίδιοι συγγραφείς αναφέρουν και άλλους παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη αυτής της διατροφικής διαταραχής. Έτσι αναφέρουν ότι η υπερπροστασία φαίνεται να είναι μια γονεϊκή συμπεριφορά που σχετίζεται με την εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής, καθώς οι μητέρες των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία τείνουν να είναι πιο αγχώδεις και υπερπροστατευτικές και αναπτύσσουν εξαιρετικά έντονες συμπεριφορές υποταγής με τις κόρες τους. Επίσης αναφέρουν ότι η τελειοθηρία είναι ένα χαρακτηριστικό που συχνά έχει βρεθεί να σχετίζεται με την ψυχογενή ανορεξία, με την προσδοκία της τελειότητας του ασθενή από τους άλλους. Η τελειοθηρία είναι ένα προεξάρχον χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των ατόμων που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία.

Διάφορα δυσάρεστα γεγονότα της ζωής συνδέθηκαν με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Έτσι γεγονότα όπως θάνατος συγγενών πρώτου βαθμού στις οικογένειες των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία συνδέεται με την εμφάνιση της νόσου. Το διαζύγιο επίσης αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα, καθώς οι κόρες χωρισμένων γονιών είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών πρόσληψης τροφής, γεγονός που συνδέεται με τη χαμηλότερη αυτοεκτίμηση που παρουσιάζουν τα παιδιά μετά από ένα διαζύγιο (Σπανού & Μωρόγιαννης, 2010),

Τέλος 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. 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 (Στρατουδάκης & Τζανάκης, 2004).

Ο Garner στη δεκαετία του 1990 πρότεινε ένα αιτιολογικό μοντέλο για την ψυχογενή ανορεξία, σύμφωνα με το οποίο η επίδραση των Μέσων Μαζικής Επικοινωνίας (ΜΜΕ) μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους προδιαθεσικούς παράγοντες.

Το ιδανικό της «ισχνης ομορφιάς», όπως διαμορφώθηκε τις τελευταίες δεκαετίες, και προβάλλεται ακόμα και σήμερα από τα ΜΜΕ, το διαδίκτυο και τον έντυπο τύπο, επηρεάζει σημαντικά τους νέους ανθρώπους και ιδιαίτερα τους εφήβους. Το αποτέλεσμα είναι ένα σημαντικό ποσοστό των εφήβων να νιώθει έντονη δυσαρέσκεια για το σώμα του και να διαμορφώνει στερητικές διατροφικές συνήθειες που πολλές φορές είναι ο προπομπός της ψυχογενούς ανορεξίας. Κατά τα φαινόμενα, το «ιδανικό σώμα», όπως προβάλλεται, διαφέρει πολύ από τα φυσιολογικά κριτήρια, που καθορίζονται από επιστημονικά κριτήρια. Συγκεκριμένα, μια υγιής γυναίκα έχει ποσοστό λίπους στο σώμα της το οποίο κυμαίνεται περίπου από 22% έως 25%. Ωστόσο, το εντυπωσιακό σώμα των φωτομοντέλων, των διασημοτήτων κ.λπ., εκτιμάται ότι έχει ποσοστό λίπους που κυμαίνεται μόλις από 10 έως 15% (Περουτσή, Γονιδάκης, 2011).

3.2.5. Τύποι ψυχογενούς ανορεξίας

Βάσει της ύπαρξης ή μη υπερφαγικών επεισοδίων και καθαρτικών συμπεριφορών στην κλινική εικόνα, διακρίνονται δύο τύποι της διαταραχής: ο περιοριστικός τύπος (μόνο περιορισμός της διατροφής, χωρίς υπερφαγικά επεισόδια ή καθαρτικές συμπεριφορές) και ο υπερφαγικός/καθαρτικός τύπος (καθαρτικές συμπεριφορές σε υπερφαγικά επεισόδια ή σε περιπτώσεις παρέκκλισης από το διαιτητικό πρόγραμμα διατροφής), οι οποίοι φαίνεται να έχουν θεραπευτική και προγνωστική σημασία. Στο σύνολό τους οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία υιοθετούν επίσης διάφορες συμπεριφορές που οδηγούν σε απώλεια βάρους, με πλέον συνήθη

την υπερβολική και καταναγκαστικού τύπου σωματική άσκηση, αλλά ενίοτε και λήψη διουρητικών φαρμάκων ή θυρεοειδικών ορμονών (Κωνσταντακόπουλος & Γεραρχάκη, 2015).

Στον περιοριστικό τύπο η απώλεια βάρους είναι αποτέλεσμα του αυστηρού περιορισμού στην πρόσληψη τροφής. 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 επιρρεπή στη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, εμφανίζουν όμως μικρότερη συναισθηματική αστάθεια και είναι λιγότερο ενεργά σεξουαλικά (Καζάνη και συν., 2014).

Στον υπερφαγικό / καθαρτικό τύπο το άτομο παρουσιάζει τακτικά υπερφαγικά επεισόδια και συνακόλουθες καθαρτικές συμπεριφορές. Στον υπερφαγικό τύπο της νόσου οι ασθενείς προσπαθούν να περιορίσουν τις προσλαμβανόμενες θερμίδες με διάφορους τρόπους και τεχνάσματα. Έτσι καταφεύγουν στον περιορισμό της ποσότητας του φαγητού, ή στην απόλυτη αποφυγή παχυντικών (λιπών, υδατανθράκων). Επιπλέον κάνουν χρήση αποκλειστικά «διαιτητικών» τροφών και σε ορισμένες περιπτώσεις κάνουν λήψη αντι-ορεξιογόνων φαρμάκων. Ωστόσο, ορισμένες ασθενείς χάνουν περιοδικά τον έλεγχο στην προσπάθεια να διατηρήσουν αυστηρά δίαιτα και εκδηλώνουν υπερφαγικά επεισόδια (Τριανταφύλλου, 2014).

Αυτοί οι ασθενείς καθώς και όσοι εμφανίζουν παρεκκλίσεις από τον αυστηρό διαιτητικό τους πρόγραμμα, καταφεύγουν σε καθαρτικές συμπεριφορές, όπως προκλητούς εμετούς (που προκαλούν με μηχανικό τρόπο ή λήψη εμετικών ουσιών) ή λήψη καθαρτικών σκευασμάτων σε μεγάλες ποσότητες (Κωνσταντακόπουλος & Γεραρχάκη, 2015).

3.2.6.Κλινική εικόνα

Παρά το όνομά της η διαταραχή δεν εκδηλώνεται με απώλεια της όρεξης αυτής καθ' αυτήν, αλλά με εκούσιο περιορισμό και επιλογή της προσλαμβανόμενης τροφής. Αφορά κατ' εξοχήν το θήλυ φύλο και εμφανίζεται συνηθέστερα κατά την

εφηβεία, συνήθως σε κορίτσια έξυπνα, υπάκουα και ιδιαίτερα πειθαρχημένα, που επιτυγχάνουν πολύ καλές επιδόσεις στις σπουδές τους και σε άλλες δραστηριότητες όπως αθλητισμός, χορός, μουσική κλπ. Παρόλα αυτά έχουν κατά κανόνα χαμηλή αυτοεκτίμηση, αγχώνονται εύκολα, διακρίνονται από τελειοθρία και διάθεση αυτοελέγχου (Βάρσου, 2008).

Στα αρχικά στάδια ο ασθενής περιορίζει είτε σταδιακά είτε απότομα την πρόσληψη τροφής. Ο περιορισμός γίνεται συνήθως με γνώμονα ποια τροφή θεωρείται διαιτητική, επομένως και «υγιεινή» και ποια μη διαιτητική άρα «απαγορευμένη». Σε γενικές γραμμές αποφεύγονται τα λίπη και οι υδατάνθρακες. Ο ασθενής αρκετά συχνά μετράει με ιδιαίτερη επιμέλεια τις θερμίδες που προσλαμβάνει και προσπαθεί η ημερήσια κατανάλωση να είναι η μικρότερη δυνατή. Η ιδιαίτερη σημασία του σωματικού σχήματος και βάρους για την αποτίμηση της προσωπικής αξίας σε συνδυασμό με τη μειωμένη, λόγω του υποσιτισμού, γαστρική κένωση συμμετέχουν στην διαίωσιση της διαταραχής καθώς ο ασθενής λόγω της δυσπεψίας και του «φουσκώματος» που νιώθει περιορίζει περαιτέρω τα γεύματά του (Βάρσου, 2008).

Ο ασθενής προτιμά να προετοιμάζει μόνος του το φαγητό του έτσι ώστε να είναι σίγουρος ότι είναι διαιτητικός ο τρόπος μαγειρέματός του. Κόβει το φαγητό σε μικρά κομματάκια και πολλές φορές χρειάζεται ιδιαίτερα μεγάλο χρονικό διάστημα για να το καταναλώσει. Κάποιες φορές μασά το φαγητό ώστε να υπάρχει η γευστική απόλαυση και στη συνέχεια το φτύνει ώστε να μην υπάρχει πρόσληψη θερμίδων. Οι μερίδες είναι συνήθως μικρές, τα γεύματα αραιά και στα μεσοδιαστήματα καταναλώνονται ροφήματα χωρίς θερμίδες ή/και τσίχλες σε μεγάλη ποσότητα. Πολλές φορές παρατηρείται υπερενασχόληση της ασθενούς με την μαγειρική χωρίς όμως εκείνη να δοκιμάζει τα φαγητά που ετοιμάζει (Βάρσου, 2008).

Όταν η απώλεια βάρους γίνει εμφανής και οι γονείς ή άλλοι συγγενείς αρχίσουν την πίεση για πλουσιότερη διατροφή και τα σχόλια για την αδυναμία, διαπιστώνεται η άρνηση στην αναγνώριση της απίσχνασης και των αρνητικών συνεπειών του υποσιτισμού στην υγεία. Το αποτέλεσμα είναι συχνότατα ξεσπάσματα θυμού από την ασθενή και συγκρούσεις που ξαφνιάζουν την οικογένεια, καθώς "δεν συνήθιζε η κόρη τους να δημιουργεί προβλήματα" (Βάρσου, 2008).

Η ανορεκτική ασθενής σταδιακά αποσύρεται και απομονώνεται από την υπόλοιπη οικογένεια, περιορίζει γενικότερα τις κοινωνικές της επαφές και τις

εξόδους, ενώ πολλές από τις καθημερινές ασχολίες της έχουν τελετουργικό χαρακτήρα και συχνά μπορεί να αναπτύξει ψυχαναγκασμούς καθαριότητας και τάξης. Αυτό το τελευταίο συμβαίνει κυρίως στην περιοριστικού τύπου διαταραχή (Κωνσταντακόπουλος & Γεραρχάκη, 2015).

Στον καθαρτικό/υπερφαγικό τύπο, ο περιορισμός της πρόσληψης τροφής διακόπτεται περιστασιακά από επεισόδια με κατανάλωση "απαγορευμένων" τροφών τα οποία ο ασθενής θεωρεί υπερφαγίες -ή μπορεί αντικειμενικά και να είναι- και απόρροια της απώλειας ελέγχου. Ακολουθεί προκλητός έμετος ή άλλη καθαρτική συμπεριφορά ή συχνότερα συνδυασμός τους. Το σχήμα διατροφής χαρακτηρίζεται από εναλλαγές αυστηρής νηστείας ή και αφαγίας με υπερφαγικά επεισόδια (Τριανταφύλλου, 2014).

3.2.7. Διαγνωστικά κριτήρια

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για τις Ψυχικές Διαταραχές-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, DSM-IV, 2000), υπάρχουν συγκεκριμένα κριτήρια για τη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας. Η διάγνωση γίνεται στους 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 στις γυναίκες και τέλος καμιά άλλη πάθηση που να μπορεί να δικαιολογήσει την απώλεια βάρους.

Οι Kaplan & Sadock (2007) αναλύουν τα παραπάνω διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας και αναφέρουν ότι το άτομο που πάσχει από τη νόσο παρουσιάζει άρνηση να διατηρήσει το σωματικό του βάρος στο κατώτερο ή πάνω από το κατώτερο όριο του φυσιολογικού σωματικού βάρους που αντιστοιχεί στην ηλικία και το ύψος του ή παρουσιάζει απουσία της αναμενόμενης αύξησης βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης, που οδηγεί σε σωματικό βάρος λιγότερο από το 85% του αναμενόμενου. Επίσης το άτομο αυτό παρουσιάζει έντονο φόβο ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα γίνει παχύσαρκο, μολονότι το βάρος του είναι μικρότερο από το κανονικό. Οι ίδιοι συγγραφείς αναφέρουν ότι η γυναίκα που παρουσιάζει αυτή τη διαταραχή, παρουσιάζει αμηνόρροια, δηλ. απουσία τουλάχιστον

τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων. Μία γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια και όταν η έμμηνος ρύση εμφανίζεται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών.

3.2.8. Διαφορική διάγνωση

Σε αυτούς τους ασθενείς θα πρέπει να διερευνηθεί αρχικά η πιθανότητα ύπαρξης σωματικών παθήσεων που μπορούν να προκαλέσουν ανορεξία ή/και αδικαιολόγητη απώλεια βάρους. Τέτοιες παθήσεις είναι οι όγκοι του εγκεφάλου, ο καρκίνος, η φυματίωση, το AIDS, ο υπερθυροειδισμός, η νόσος του Addison και διάφορες παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος (π.χ. το σύνδρομο δυσαπορρόφησης, η νόσος του Crohn). Σε αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται να διενεργηθεί κατάλληλος κλινικός και παρακλινικός έλεγχος για να αποκλειστούν τα οργανικά αίτια των συμπτωμάτων. Πρέπει ωστόσο να ληφθεί υπόψη ότι συνυπάρχουσες σωματικές νόσοι που έχουν ρυθμιστεί (π.χ. υποθυροειδισμός υπό αγωγή) ή απαιτούν προγραμματισμό της διατροφής και διαίτα (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης), μπορεί να χρησιμοποιούνται από τον ασθενή ως δικαιολογία για τα συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας (Κωνσταντακόπουλος & Γεραρχάκη, 2015).

Η διαφορική διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας περιλαμβάνει άλλες ψυχικές διαταραχές, στις οποίες εμφανίζεται ως σύμπτωμα η ανορεξία και η απώλεια βάρους, όπως οι καταθλιπτικές διαταραχές, ή μπορεί να υπάρχει περιορισμός της πρόσληψης τροφής για άλλους λόγους, όπως στις φοβίες (π.χ. φοβία κατάποσης ή εμέτου), στις σωματοποιητικές διαταραχές (λόγω ενασχόλησης με γαστρεντερικές ενοχλήσεις) και τη σχιζοφρένεια (συνέπεια ψυχωσικών βιωμάτων, π.χ. παραληρητικές ιδέες δηλητηρίασης) (Κωνσταντακόπουλος & Γεραρχάκη, 2015).

3.2.9. Συννοσηρότητα

Η ψυχογενής ανορεξία σχετίζεται με την παρουσία αγχώδων διαταραχών, μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, διαταραχών της διάθεσης καθώς και διαταραχών χρήσης ουσιών, ελέγχου των παρορμήσεων και διαταραχών διαγωγής στην εφηβεία. Αναφέρεται ότι σε περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις να έχουν τουλάχιστον μία συννοσηρή ψυχιατρική κατάσταση. Η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας συνήθως προηγείται στις περιπτώσεις συννοσηρότητας με διαταραχές της διάθεσης ή χρήσης ουσιών, αν

και μεγάλο μέρος της συννοσηρότητας μπορεί να εξηγηθεί από την παρουσία κοινών αιτιολογικών παραγόντων (Μπέλλος και συν., 2014).

Επίσης η συννοσηρότητα παρουσιάζεται με δυσλειτουργικά χαρακτηριστικά (τελειοθηρία, καταναγκαστικότητα, ναρκισσισμός) ή διαταραχές της προσωπικότητας με πιο συχνές την ιδεοψυχαναγκαστική και αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας και λιγότερο συχνές την εξαρτητική, την ναρκισσιστική, την παρανοειδή και την μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας (Μπέλλος και συν., 2014).

3.2.10.Επιπλοκές

Οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία μπορούν να παρουσιάσουν οξείες και χρόνιες επιπλοκές. Οι οξείες επιπλοκές περιλαμβάνουν υποκαλιαμία και αλκάλωση, που συνδέονται συχνά με αυτοπροκαλούμενο έμετο, διαταραχές στο ισοζύγιο του νερού, καρδιακές αρρυθμίες, γαστρεντερικές διαταραχές (Γονιδάκης & Βάρσου, 2008).

Άλλα προβλήματα που συνδέονται με τη ψυχογενή ανορεξία περιλαμβάνουν αμηνόρροια, οστεοπόρωση, αναστολή της σεξουαλικής ανάπτυξης, οίδημα και μυϊκή ατροφία. Παράλληλα, παρατηρούνται ορμονικές διαταραχές, με αύξηση της κορτιζόλης, της προλακτίνης και της αυξητικής ορμόνης, ενώ μειώνονται τα επίπεδα τριωδοθυρονίνης, θυροξίνης, οιστραδιόλης, τεστοστερόνης, θυλακιοτρόπου και ωχρινοτρόπου ορμόνης (Τριανταφύλλου, 2014).

Αναλυτικότερα οι ιατρικές επιπλοκές της ψυχογενούς ανορεξίας σχετίζονται κυρίως με τον υποσιτισμό. Από το καρδιαγγειακό μπορεί να εκδηλωθούν υπόταση, βραδυκαρδία και ακροκυάνωση. Από το ΚΝΣ παρατηρούνται δυσκολίες στην συγκέντρωση, την προσοχή, την μνήμη, οργανικό ψυχοσύνδρομο και σπανιότερα επιληπτικές κρίσεις όπως και εικόνα ατροφίας του εγκεφάλου. Από το περιφερικό νευρικό σύστημα παρατηρούνται μυοπάθεια λόγω έλλειψης μαγνησίου, ασβεστίου και φωσφόρου. Επίσης λόγω της μείωσης του λιπώδους ιστού διακόπτεται ο μεταβολικός κύκλος των οιστρογόνων με αποτέλεσμα ο ρυθμός έκκρισης των γοναδοτροπινών από την υπόφυση να επιστρέφει στα προεφηβικά επίπεδα και έτσι να εμφανίζεται αμηνόρροια. Επίσης παρατηρείται μείωση της μάζας του μαστού, μείωση των επιπέδων των θυρεοειδικών ορμονών, υπογλυκαιμία, υπερχοληστεριναιμία, υποθερμία και τέλος μείωση των επιπέδων της λεπτίνης. Στις νεαρές εφήβους

παρεμποδίζεται η ανάπτυξη των οστών με αποτέλεσμα αναστολή της αύξησης του ύψους και στις ενήλικες γυναίκες εμφανίζεται πρόωμη οστεοπόρωση με συνέπεια αυτόματα κατάγματα, μείωση του ύψους καθώς και χρόνια οσφυαλγία. Από το αιμοποιητικό παρατηρούνται αναιμία, λευκοπενία και θρομβοκυτοπενία (Τριανταφύλλου, 2014).

Ο θάνατος από ψυχογενή ανορεξία οφείλεται συχνά σε καρδιακή ανακοπή, που προκαλείται από αρρυθμίες λόγω της αυστηρής και παρατεταμένης ασιτίας, ή σε αυτοκτονία. Γενικά, οι έφηβες εμφανίζουν μικρότερο ποσοστό θνητότητας από τη νόσο τους σε σχέση με τις ενήλικες, αλλά ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου (Γονιδάκης & Βάρσου, 2008).

3.2.11. Πρόγνωση-Πορεία -Εξέλιξη

Η ψυχογενής ανορεξία τυπικά εμφανίζεται στην εφηβική ηλικία, αρχίζοντας ως περιορισμός της προσλαμβανόμενης τροφής που βαθμιαία τίθεται εκτός ελέγχου. Σε ορισμένες περιπτώσεις η διαταραχή διαρκεί λίγο χρονικό διάστημα (μήνες έως ένα έτος) και υποχωρεί αυτόματα ή με ήπια και βραχεία παρέμβαση. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η διαταραχή εδραιώνεται και παρατείνεται για χρόνια, απαιτώντας εντατική θεραπεία με άλλοτε άλλα αποτελέσματα. Υπολογίζεται ότι σχεδόν το 50% των περιπτώσεων μετά από επανασίτιση και εντατική θεραπευτική παρέμβαση αναρρώνει, το 33% εμφανίζει μερική ύφεση διατηρώντας την ενασχόληση ως προς το βάρος, το σχήμα του σώματος και το φαγητό, ενώ ποσοστό περίπου 20% μεταπίπτει στην χρονιότητα, επιδεικνύοντας αντίσταση σε κάθε θεραπευτική παρέμβαση. Συχνή εξέλιξη της περιοριστικής μορφής είναι η ανάπτυξη υπερφαγικών/καθαρτικών επεισοδίων και από αυτές το 50% περίπου καταλήγουν να πληρούν τα κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας. Θετικοί προγνωστικοί δείκτες θεωρούνται η μικρή ηλικία έναρξης και το βραχύ ιστορικό, ενώ επιβαρυντικοί είναι το μακροχρόνιο ιστορικό, η πολύ σοβαρή απώλεια βάρους και η παρουσία κρίσεων υπερφαγίας με εμέτους (Βάρσου, 2008).

Η ψυχογενής ανορεξία συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά θνητότητας, εμφανίζοντας το υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών. Το ποσοστό θανάτων υπολογίζεται στο 5-6% για κάθε δεκαετία μετά από την

εγκατάσταση της νόσου. Οι περισσότεροι από τους θανάτους είναι αποτέλεσμα των ιατρικών επιπλοκών ή οφείλονται σε αυτοκτονία (Βάρσου, 2008).

Παρόλο που το 70-80% των ασθενών επανακτούν το βάρος τους εντός 6μήνου από την έναρξη της θεραπείας, το 20-40% αυτών αναμένεται να υποτροπιάσουν εντός της επόμενης 2ετίας. Για τις ασθενείς εκείνες που μπαίνουν σε θεραπεία υπολογίζεται ότι πάνω από τα 3/4 περίπου δεν πληρούν τα κριτήρια μετά από μια 5ετία παρακολούθησης. Σε γενικές γραμμές, περίπου οι μισές ασθενείς εμφανίζουν καλή πρόγνωση (αποκατάσταση βάρους και γευμάτων, επαναφορά εμμηνορρυσίας), το 1/3 έχει μέτρια πρόγνωση και οι υπόλοιπες κακή (Μπέλλος και συν., 2014).

Παράγοντες καλής έκβασης θεωρούνται η απουσία σοβαρής απίσχνασης ($\Delta\text{ΜΣ}<17$) και σοβαρών επιπλοκών σωματικής υγείας, το ισχυρό κίνητρο αλλαγής της συμπεριφοράς και το καλό υποστηρικτικό περιβάλλον που δεν παραβλέπει τις παθολογικές συμπεριφορές. Αντίθετα η πτωχή πρόγνωση έχει σχετισθεί με την συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές και ειδικά την χρήση ουσιών, την σχετικά απότομη έναρξη στην ενήλικη ζωή, την παρουσία οικογενειακών προβλημάτων και τη μεγάλη διάρκεια νόσου (Μπέλλος και συν., 2014).

3.2.12. Θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας

3.2.12.1. Φαρμακολογικές θεραπείες

Κατά τους Zipfel et al., (2015), συστηματικές ανασκοπήσεις συμπεράνουν ότι η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά ούτε βελτιώνει την απώλεια βάρους, ούτε μειώνει τη διατροφική διαταραχή ή άλλα ψυχολογικά συμπτώματα. Επίσης η χρησιμότητα των αντικαταθλιπτικών για την πρόληψη της υποτροπής κατά τη φάση της αποκατάστασης παραμένει αβέβαιη.

3.2.12.2. Διατροφικές θεραπείες

Οι ασθενείς οι οποίοι είναι ελλιποβαρείς και υποσιτισμένοι θα πρέπει να εισαχθούν σε ειδική νοσοκομειακή μονάδα ή μονάδα ημερήσιας νοσηλείας ειδική για διατροφικές διαταραχές, για ένα συνδυασμένο πρόγραμμα επανασίτισης και ψυχοθεραπείας (Zipfel et al., 2015).

Ανάλογα με την απώλεια βάρους και το στάδιο του υποσιτισμού, την ηλικία του ασθενούς και τη σωματική συννοσηρότητα συνίσταται αύξηση του βάρους που κυμαίνεται από 500 g έως 1400 g ανά εβδομάδα. Υπάρχουν στοιχεία ότι η ουσιαστική αύξηση του σωματικού βάρους επιτυγχάνεται καλύτερα σε κέντρα εσωτερικής νοσηλείας και παραμονής, ιδιαίτερα σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών. Το σύνδρομο επανασίτισης είναι μια σοβαρή και δυνητικά θανατηφόρα ιατρική επιπλοκή, ιδιαίτερα κατά τα πρώτα στάδια της επανασίτισης σε αυτούς τους ασθενείς. Έτσι λόγω της διακοπής της γλυκονεογένεσης από τη νηστεία, η σίτιση με υδατάνθρακες, προκαλεί μια ταχεία απελευθέρωση της ινσουλίνης, με αποτέλεσμα ταχεία ενδοκυτταρική πρόσληψη καλίου, φωσφορικών και μαγνησίου, με συνέπεια μιας ταχείας εμφάνιση υποφωσφαταιμίας, υπομαγνησιαιμίας και υποκαλιαιμίας και εμφάνιση επιπλοκών, ακόμα και θανατηφόρων, από τις προηγούμενες ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η διατροφική θεραπεία περιλαμβάνει εποπτευόμενη χορήγηση γευμάτων. Σε σοβαρά ελλιποβαρείς ασθενείς υψηλού ιατρικού κίνδυνου, συνίσταται διατροφή μέσω ρινογαστρικού καθετήρα (Zipfel et al., 2015).

3.2.12.3. Ψυχοθεραπεία

Μεταξύ των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων που εφαρμόζονται στην ψυχογενή ανορεξία περιλαμβάνονται η γνωσιακή- συμπεριφορική ψυχοθεραπεία ειδικά προσαρμοσμένη για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής (οδηγεί σε γρηγορότερη αποκατάσταση βάρους), οι εστιασμένες ψυχοδυναμικές παρεμβάσεις (οδηγούν σε καλύτερα μακροχρόνια αποτελέσματα), η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, ενώ ιδιαίτερη θέση έχουν οι θεραπείες οικογένειας κυρίως για νεότερης ηλικίας ασθενείς που ζουν με τις οικογένειές τους (Μπέλλος και συν., 2014). Καμία από τις παραπάνω μορφές ψυχοθεραπείας δεν έχει τεκμηριώσει την σαφή υπεροχή της σε ότι αφορά την αποτελεσματικότητά της έναντι των υπολοίπων (Zipfel et al., 2015):

- Οικογενειακή ψυχοθεραπεία: Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι μια θεραπεία τριών φάσεων για ασθενείς με νευρική ανορεξία και τις οικογένειές τους και εφαρμόζεται για μια περίοδο 9 μηνών σε 16 συνεδρίες. Στην πρώτη φάση, η θεραπεία χαρακτηρίζεται από τις προσπάθειες να απαλλάξει τους γονείς από την ευθύνη ότι προκάλεσαν τη διαταραχή και να τους επαινέσει για τις θετικές πτυχές τους ως γονείς. Σε αυτή τη φάση οι οικογένειες ενθαρρύνονται να εργαστούν για τον εαυτό τους με τον καλύτερο τρόπο για

να βοηθήσουν στην αποκατάσταση του βάρους του παιδιού τους, που πάσχει από νευρική ανορεξία. Στη δεύτερη φάση, οι γονείς βοηθούνται στην ομαλή μετάβαση της διατροφής και του βάρους του παιδιού τους στα φυσιολογικά για την ηλικία του πρότυπα. Στην τρίτη φάση η θεραπεία επικεντρώνεται στη δημιουργία μιας υγιούς σχέσης μεταξύ του παιδιού και των γονέων.

- Υποστηρικτική θεραπεία και κλινική διαχείριση: Αυτή η θεραπεία θα πρέπει να εφαρμόζεται από τους θεραπευτές που ειδικεύονται στην θεραπεία των διατροφικών διαταραχών. Οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία θα συναντηθούν με το θεραπευτή τους σε 30 εβδομαδιαίες ατομικές συνεδρίες, που ακολουθείται από μια περίοδο επιτήρησης 4 μηνών. Η θεραπεία αυτή συνδυάζει κλινική διαχείριση (δηλαδή, παροχή πληροφοριών, συμβουλών και ενθάρρυνσης) σε ένα υποστηρικτικό θεραπευτικό περιβάλλον, με σκοπό να οικοδομηθεί μια θετική θεραπευτική σχέση και να προωθήσει την αλλαγή. Η θεραπεία περιλαμβάνει αξιολόγηση και τακτική επανεξέταση του στόχου, αξιολόγηση των συμπτωμάτων, ψυχοεκπαίδευση, παρακολούθηση της φυσικής κατάστασης, στόχευση σε συγκεκριμένο σωματικό βάρος κάθε φορά, διατροφική εκπαίδευση και συμβουλές. Ο στόχος είναι να βοηθήσει τους ασθενείς να κάνουν μια σύνδεση μεταξύ των κλινικών συμπτωμάτων και της μη φυσιολογικής διατροφικής συμπεριφοράς τους και υποστήριξη των ασθενών σε μια σταδιακή επιστροφή στην κανονική διατροφική συμπεριφορά και βάρος.
- Ενισχυμένη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία: Ως θεραπεία στα εξωτερικά ιατρεία ενισχυμένη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία έχει τέσσερα στάδια και είναι διαθέσιμη σε 20 συνεδρίες. Στο πρώτο στάδιο η θεραπεία εστιάζεται στην απόκτηση μιας αμοιβαίας κατανόηση του προβλήματος διατροφής του ατόμου και στη βοήθεια της τροποποίησης της διατροφής. Στο δεύτερο στάδιο εξετάζεται συστηματικά η πρόοδος. Το τρίτο στάδιο επικεντρώνεται στις ανησυχίες του ατόμου (π.χ. σχετικά με το σχήμα του σώματος και το φαγητό). Στο τελευταίο στάδιο, η έμφαση μετατοπίζεται στο μέλλον.

3.3. Ψυχογενής βουλιμία

3.3.1. Ορισμός

Σύμφωνα με την Εμμανουηλίδου (2011) στην περίπτωση της βουλιμίας, η διαταραχή δεν εμφανίζεται στην εφηβεία αλλά, συνήθως, αργότερα. Χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια καταβρόχθισης τροφών πλούσιων σε θερμίδες. Κατά τα επεισόδια αυτά της υπερφαγίας, το άτομο αισθάνεται ότι χάνει τον έλεγχο του εαυτού του (σε αντίθεση με την ανορεξία που το άτομο νιώθει ότι ελέγχοντας το φαγητό του ελέγχει και τον εαυτό του) με αποτέλεσμα να αισθάνεται δυσβάσταχτες τύψεις και ενοχές που οδηγούν στον αυτοπροκαλούμενο ή με χρήση καθαρτικών χαπιών εμετό ώστε να γλιτώσει την πρόσληψη βάρους. Πρόκειται για ένα φαύλο κύκλο καθώς το άτομο νιώθει ανήμπορο να αποτρέψει τόσο τις βουλιμικές κρίσεις όσο και τις τεχνητές εκκενώσεις του στομάχου

Τα υπερφαγικά επεισόδια εμφανίζονται δύο φορές την εβδομάδα και για να χαρακτηριστεί κάποιος βουλιμικός πρέπει να επαναλαμβάνονται για διάστημα τριών μηνών τουλάχιστον. Οι θερμίδες που λαμβάνει το άτομο σε κάθε επεισόδιο ισοδυναμούν με τις θερμίδες που πρέπει να καταναλωθούν στη διάρκεια μίας ολόκληρης ημέρας. Για να αντισταθμίσει την υπερφαγία, το άτομο γυμνάζεται εντατικά και υποσιτίζεται. Όλη η ζωή του ατόμου περιστρέφεται γύρω από την προσπάθεια να ελέγξει το βάρος του. Πάντως, σε αντίθεση με την ανορεξία που είναι μία εμφανής διαταραχή λόγω της υπερβολικής απώλειας βάρους, η βουλιμία δύσκολα μπορεί να εντοπιστεί γιατί η συμπεριφορά που ακολουθεί το άτομο μετά το υπερφαγικό επεισόδιο οδηγεί στη διατήρηση του σωματικού του βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα (Εμμανουηλίδου, 2011).

Κατά τους Kaplan & Sadock (2007) ως ψυχογενής βουλιμία ορίζεται η κατάσταση, η οποία εκδηλώνεται με επεισόδια ανεξέλεγκτης, παρορμητικής και ταχείας πρόσληψης μεγάλων ποσοτήτων τροφής μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα (κρίσεις υπερφαγίας), που ακολουθούνται από αυτοπροκαλούμενους εμετούς, λήψη καθαρτικών ή διουρητικών, νηστεία ή εργώδη σωματική άσκηση, που αποσκοπούν στην αποτροπή της αύξησης του βάρους καταναγκαστική υπερφαγία και κάθαρση.

3.3.2. Ιστορική αναδρομή ψυχογενούς βουλιμίας

Αναφορές για τις διαταραχές στην πρόσληψη τροφής βρίσκουμε και στην σκοτεινή εποχή του Μεσαίωνα όπου επικρατούσαν δύο αντίθετες αντιλήψεις. Από την μια ο όρος βουλιμία εμφανίζεται με παραλλαγή της λέξης ως «κυνορεξία» ή «κυνοειδής όρεξη» σε χειρόγραφα του 14ου αιώνα για να εκφράσει την κατάσταση της λαιμαργίας ως νοσηρή πείνα. Με τον όρο αυτό υπονοούσαν την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής και την πρόκληση εμετικών κενώσεων. Ο όρος εισήχθη το 1979 από τον βρετανό ψυχίατρο Τζέραλντ Ράσελ. Πλησιάζοντας προς την σύγχρονη εποχή τα περιστατικά αυτά αυξάνονται ραγδαία κυρίως από τα μέσα του 20ου αιώνα και σήμερα αποτελούν μια κοινωνική μάστιγα. Είναι πραγματικά αξιοπερίεργο σε μια εποχή όπως η σημερινή, όπου η τροφή δεν είναι άμεσα συνυφασμένη με την επιβίωση σε διαταραγμένες ψυχικές καταστάσεις, όπως είναι οι διατροφικές διαταραχές, να αποτελεί απειλή για την ίδια την επιβίωση (Palmer, 2000).

Ο όρος Βουλιμία, συναντάται στην αρχαιότητα σε αναφορές που αφορούν στον ανδρικό πληθυσμό και όσον αφορά την ετυμολογία της αποτελεί συνένωση δύο λέξεων «βούς» (βόδι) και «λιμός» (πείνα), σήμαινε υπερβολική πείνα (πείνα βοδιού). Υποδήλωνε μια παθολογική κατάσταση κατά την οποία κάποιος μπορούσε να καταναλώσει ένα ολόκληρο βόδι. Ο Ιπποκράτης και ο Αριστοφάνης έχουν αναφερθεί στον «βουλιμό» ως μια παθολογική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από μια νοσηρή μορφή πείνας. Με τον όρο αυτόν περιέγραφαν το αίσθημα πείνας, αδυναμίας και λιποθυμίας ως συναισθήματα που μπορεί να προκαλέσει η υπερβολική κατανάλωση τροφής. Επίσης ο σπουδαίος γιατρός της αρχαιότητας Γαληνός (129 μ.Χ.-199 μ.Χ.) αναφέρθηκε στα συναισθήματα της απληστίας για το φαγητό και της λιποθυμίας ως αποτελέσματα του «βουλιμού». Αναφορές για την βουλιμία συναντάμε και στο έργο του Ξενοφώντα «Κύρου Ανάβασις» (428-354 π.Χ.) όπου αναφέρεται ότι στρατιώτες στα ελληνικά στρατεύματα είχαν συμπτώματα λιποθυμίας, αδυναμίας, σωματικής κατάρρευσης τα οποία προκαλούνταν μετά από κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού (Palmer, 2000).

Τον 20ο αιώνα ο γιατρός Osler αναγνωρίζει τη βουλιμία ως ανωμαλία της αίσθησης της πείνας ή του κορεσμού και διαπιστώνει ότι η ασθένεια αυτή εκδηλώνεται συνήθως σε ασθενείς με υστερία ή ψυχική ασθένεια. Το 1930 η βουλιμία αναφέρεται επίσης ως ένα σύμπτωμα της συναισθηματικής στέρησης και

της μη ικανοποιητικής κοινωνικής αποδοχής. Οι αναφορές σε επεισόδια αδηφαγίας, στα πλαίσια της ασθένειας της ψυχογενούς ανορεξίας αυξάνονται σημαντικά μετά το 1900. Πριν το 1900, η πρώτη αναφορά σε επεισόδια υπερφαγίας στα πλαίσια της ψυχογενούς ανορεξίας πραγματοποιείται το 1866 από τον Gull. Τα πιο πρόσφατα βουλιμικά περιστατικά που συμφωνούν με τα σύμφωνα διαγνωστικά κριτήρια αναφέρονται στη δεκαετία του '30, κυρίως σε γερμανικές πηγές και παρατηρείται σημαντική αύξηση της εμφάνισης και εκδήλωσής του, κυρίως κατά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '60, τα επεισόδια αδηφαγίας και αυτοπροκαλούμενων εμετών, εξετάζονταν κυρίως μέσα στα περιστατικά της ψυχογενούς ανορεξίας. Τα περισσότερα περιστατικά της βουλιμίας στη δεκαετία του '70 τελικά είχαν ως αποτέλεσμα να αναγνωρισθεί η ασθένεια ως μία ξεχωριστή διαταραχή λήψης τροφής, το 1979 (Russel, 1979).

3.3.3.Επιδημιολογία ψυχογενούς βουλιμίας

Ο δια βίου επιπολασμός της ψυχογενούς βουλιμίας στο γυναικείο πληθυσμό υπολογίζεται στο 1,5-2,3%. Από αυτό το ποσοστό μόλις το 1/3 διαγιγνώσκεται από υπηρεσίες υγείας ακόμα και στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες. Η συνολική ετήσια επίπτωση της διαταραχής εκτιμάται ότι είναι περίπου 12 νέα περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους, φτάνει ωστόσο σε 300 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους όταν υπολογίζεται μόνο στην ηλικιακή ομάδα μέγιστου κινδύνου (16-20 ετών) (Keski-Rahkonen et al., 2009).

Όπως και η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία είναι μία διαταραχή που εμφανίζεται κυρίως στις γυναίκες, με αναλογία γυναικών-ανδρών 10:1. Παρουσιάζεται συνήθως στην όψιμη εφηβεία και τη νεαρή ενήλικη ζωή, σε ηλικία 16-24 ετών (μέση τιμή ηλικίας έναρξης τα 18 έτη). Γι' αυτό ο επιπολασμός της κατά τη διάρκεια της εφηβείας (0,9%) είναι μικρότερος του επιπολασμού σε όλες της ηλικίες, αν και μεγαλύτερος της ψυχογενούς ανορεξίας στην εφηβεία (0,3%) (Swanson et al., 2011).

3.3.4.Αιτιολογία ψυχογενούς βουλιμίας

Στην αιτιολογία της ψυχογενούς βουλιμίας κατά τους Kaplan και Sadock (2007) εμπλέκονται βιολογικοί παράγοντες, καθώς σχετικές μελέτες του

μεταβολισμού αναδεικνύουν ελάττωση της δραστηριότητας της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης. Σε κάποιους ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, η συγκέντρωση των ενδορφινών στο πλάσμα αυξάνεται μετά τους εμετούς, πράγμα που πιθανώς ενισχύει αυτή τη συμπεριφορά. Σε κοινωνικό επίπεδο η διαταραχή απηχεί τη μεγάλη αξία που δίνει η κοινωνία στη λεπτοσωμία. Οι ασθενείς αυτοί έχουν να αντιμετωπίσουν το πρότυπο της κοινωνίας, που θεωρεί το «λεπτό σώμα» σαν το ιδεώδες. Είναι ενδεικτικό ότι η διαταραχή δεν παρουσιάζεται σε πληθυσμούς με πολιτισμικά χαρακτηριστικά διαφορετικά από αυτά των δυτικού τύπου κοινωνιών. Τέλος σε ψυχολογικό επίπεδο οι ασθενείς αυτοί δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της εφηβείας, αλλά έχουν περισσότερες κοινωνικές συναναστροφές και είναι περισσότερο ευέξαπτοι και παρορμητικοί απ' ό,τι οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία. Συχνά εμφανίζουν άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ πάντα υπάρχει ο κίνδυνος αυτοκτονίας. Παρατηρείται επίσης κατάχρηση οινοπνεύματος, και περίπου το ένα τρίτο των ασθενών κάνουν μικροκλοπές (ειδών διατροφής) από καταστήματα.

3.3.5. Διαγνωστικά κριτήρια

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για τις Ψυχικές Διαταραχές-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, DSM-IV, 2000), η ψυχογενής βουλιμία εκδηλώνεται με επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από λήψη, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε δύο ώρες), μιας ποσότητας τροφής, η οποία είναι σαφώς μεγαλύτερη απ' αυτήν που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και υπό παρόμοιες συνθήκες. Επίσης χαρακτηρίζεται από αίσθημα έλλειψης ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (δηλ. αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει). Μετά από αυτά το άτομο ακολουθεί μια συμπεριφορά με σκοπό να αποτραπεί η αύξηση του βάρους, όπως: αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων ή υπέρμετρη σωματική άσκηση. Επίσης αναφέρεται ότι τα επεισόδια υπερφαγίας όσο και η υπερβολική αντισταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζονται κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για διάστημα τουλάχιστον τριών μηνών. Όλα αυτά επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση του ατόμου.

3.3.6. Τύποι ψυχογενούς βουλιμίας

Υπάρχουν δύο τύποι βουλιμίας, ο καθαρτικός και ο μη καθαρτικός τύπος. Στον καθαρτικό τύπο ο πάσχων κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών σκευασμάτων ή υποκλυσμών. Στον μη καθαρτικό τύπο, ο πάσχων καταφεύγει σε άλλες υπερβολικές αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως νηστεία ή υπέρμετρη σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών (Kaplan & Sadock, 2007).

3.3.7. Κλινικές εκδηλώσεις της ψυχογενούς βουλιμίας

Τα επεισόδια υπερφαγίας εμφανίζονται αρχικά μετά από μία περίοδο περιορισμού της διατροφής με σκοπό την απώλεια βάρους και σηματοδοτούν την κάμψη της αντίστασης στις «απαγορευμένες» τροφές, είτε λόγω πείνας είτε υπό το καθεστώς συναισθηματικής φόρτισης. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, οι ασθενείς έχουν αυξημένη ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος, το οποίο καταλαμβάνει κεντρική θέση στην αυτο-αξιολόγησή τους και μάλιστα όχι μόνο όσον αφορά στενά την εξωτερική τους εμφάνιση αλλά συνολικά την αξία του εαυτού τους. Με αυτό τον τρόπο, τόσο η απόκλιση τους από «ιδανικό» πρότυπο εμφάνισης, το οποίο συνήθως ορίζεται με απόλυτο και άκαμπτο τρόπο, όσο και η αδυναμία τους να το επιτύχουν με αυστηρή δίαιτα και φυσική άσκηση, εκλαμβάνονται ως σημαντικά πλήγματα στην αυτο-εκτίμησή τους. Κατά συνέπεια, τα βουλιμικά επεισόδια προκαλούν στο άτομο έντονο φόβο πάχυνσης και την καταφυγή του σε αντιρροπιστικές συμπεριφορές, που συνιστούν μία αγωνιώδη προσπάθεια να επανακτηθεί ο αυστηρός έλεγχος επί της διατροφής. Η προσπάθεια αυτή οδηγεί σε νέο κύκλο δίαιτας – βουλιμίας και έτσι προκύπτει ο φαύλος κύκλος που συντηρεί τη διαταραχή (Κωνσταντακόπουλος & Γεραρχάκη, 2015).

Η συνηθέστερη αντιρροπιστική συμπεριφορά (περίπου στα 3/4 των περιπτώσεων) είναι η πρόκληση εμετού αμέσως μετά την υπερφαγία, η οποία γίνεται συνήθως με ερεθισμό της υπερώας και υποβοηθείται με τη λήψη μεγάλης ποσότητας υγρών, ορισμένες φορές με χρήση ουσιών (ιπεκακουάνας). Άλλες καθαρτικές

συμπεριφορές είναι η λήψη καθαρτικών, διουρητικών ή διαιτητικών σκευασμάτων. Οι συμπεριφορές αυτές προσφέρουν την παροδικά ανακουφιστική, πλην όμως ανακριβή, εντύπωση αποβολής της τροφής. Οι μη καθαρτικές συμπεριφορές όπως νηστεία ή εντατική άσκηση μεταξύ των επεισοδίων έχουν στόχο την κατανάλωση της περίσσειας θερμίδων από την υπερφαγία (Κωνσταντακόπουλος & Γεραρχάκη, 2015).

Στη χρόνια φάση της διαταραχής, τα βουλιμικά επεισόδια μπορεί να χάνουν τον αιφνίδιο και αγωνιώδη χαρακτήρα που είχαν αρχικά, και να γίνονται περισσότερο προγραμματισμένα. Οι έμετοι συχνά προκαλούνται ευκολότερα λόγω χαλάρωσης του γαστρο-οισοφαγικού σφιγκτήρα. Σε αυτήν την περίπτωση, πολλοί ασθενείς αναφέρονται τότε στα επεισόδια με θετικό τρόπο, ως διαφυγή από τα αρνητικά συναισθήματα. Ωστόσο ο έντονος φόβος του πάχους συνεχίζει να επιβάλλει την καταφυγή στους εμέτους και η ντροπή συνεχίζει να οδηγεί στην απόκρυψη του προβλήματος, σε ορισμένες περιπτώσεις για πολλά χρόνια (Cooper & Fairburn, 2009).

3.3.8. Επιπλοκές της ψυχογενούς βουλιμίας

Οι συχνότερες σωματικές επιπλοκές της ψυχογενούς βουλιμίας προέρχονται από τους εμέτους και άλλες καθαρτικές συμπεριφορές λόγω επίδρασής τους στο γαστρεντερικό και την πρόκληση ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Άμεσος κίνδυνος για τη ζωή των ασθενών προκύπτει από τις καρδιολογικές επιπλοκές και γι' αυτό επιβάλλεται, εφόσον προκύψουν ηλεκτρολυτικές διαταραχές, τακτική παρακολούθηση των επιπέδων καλίου και νατρίου και καρδιολογική παρακολούθηση (Mitchell & Crow, 2006).

Έτσι οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν ηλεκτρολυτικές διαταραχές (λόγω των εμέτων), οισοφαγίτιδα (λόγω της επίδρασης των γαστρικών υγρών στο βλεννογόνο του οισοφάγου), ρήξη του οισοφάγου, οισοφάγο Barrett, γαστρίτιδα, γαστρικό έλκος, γαστρορραγία, δυσκοιλιότητα (λόγω αφυδάτωσης και χρόνιας χρήσης καθαρτικών). Από το καρδιαγγειακό παρουσιάζουν καρδιακή ανακοπή λόγω της υποκαλιαιμίας, ενώ η αφυδάτωση λόγω των εμέτων προκαλεί ταχυκαρδία, υπόταση και ορθοστατική υπόταση. Από το νευρικό σύστημα δυσκολία συγκέντρωσης, νοητικές δυσλειτουργίες, επιληπτικές κρίσεις (από ηλεκτρολυτικές διαταραχές). Στο ουροποιο-

γεννητικό εμφανίζουν νεφροπάθεια, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (από χρόνια υποκαλιαμία), διαταραχές στην έμμηνο ρύση (συνήθως αραιομηνόρροια, σπανιότερα αμηνόρροια). Τέλος παρουσιάζουν διάβρωση της οδοντικής επιφάνειας και προοδευτική απασβέστωση (λόγω της επίδρασης των γαστρικών υγρών) (Mehler & Rylander, 2015).

3.3.9. Πορεία-Πρόγνωση

Η πρόγνωση των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία είναι καλύτερη από αυτή των ασθενών με ανορεξία, αν και παρουσιάζουν ετήσια θνητότητα που κυμαίνεται γύρω στο 0.2%, σημαντικό μέρος της οποίας μπορεί να οφείλεται στις απόπειρες αυτοκτονίας και στην μετάπτωση σε δεύτερο χρόνο σε ψυχογενή ανορεξία. Οι μισοί περίπου ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία αναμένεται να ξεπεράσουν πλήρως το πρόβλημα σε βάθος 5ετίας, το ¼ αναμένεται να παρουσιάσει σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων, ενώ το υπόλοιπο ¼ θα παρουσιάσει πολλαπλές υποτροπές και ετήσια θνητότητα που υπολογίζεται στο 0.32%. Η συννοσηρότητα με ψυχιατρικές διαταραχές ή διαταραχές χρήσης ουσιών, η παχυσαρκία κατά την διάρκεια της εφηβείας, η μετάπτωση σε ψυχογενή ανορεξία και η βαρύτητα του προβλήματος είναι βασικοί παράγοντες κακής πρόγνωσης (Μπέλλος και συν., 2014).

3.3.10. Θεραπευτική προσέγγιση ψυχογενούς βουλιμίας

3.3.10.1. Φαρμακοθεραπεία

Ως αρχικό βήμα στη θεραπεία, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή. Τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα παρουσιάζουν «αντιβουλαιμικά» φαινόμενα, με αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση της συχνότητας υπερφαγίας και εμέτου. Η επίδραση αυτής της αγωγής γίνεται εμφανής γρήγορα. Το φάρμακο που χρησιμοποιείται συνήθως είναι η φλουοξετίνη των 60 mg και λαμβάνεται το πρωί. Αυτή η φαρμακευτική ουσία είναι καλά ανεκτή από τους ασθενείς. Αντικαταθλιπτικά όπως φλουοξετίνη μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία μιας συννοσηρή καταθλιπτική διαταραχή. Ωστόσο λίγοι άνθρωποι με βουλιμία παρουσιάζουν μια πλήρη ανταπόκριση στη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά

φάρμακα και στις περισσότερες περιπτώσεις η νόσος θα επανεμφανιστεί ακόμα και αν το άτομο συνεχίζει τη λήψη του φαρμάκου. Έτσι, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα σπάνια έχουν αποτέλεσμα σαν μονοθεραπεία κατά της ψυχογενούς βουλιμίας (Cooper & Fairburn, 2009).

3.3.10.2. Ψυχοθεραπεία

Οι ασθενείς πρέπει καταρχάς να ενθαρρύνονται και να υποστηρίζονται ενεργά από τους επαγγελματίες υγείας για την εφαρμογή τεκμηριωμένων για την αποτελεσματικότητα τους μεθόδων αυτοβοηθείας, οι οποίες μπορεί να αποτελούν επαρκή θεραπεία για σημαντικό αριθμό ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία. Πιο προχωρημένες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις πρέπει να επιλέγονται μετά από διεξοδική αξιολόγηση των γνωσιακών και ψυχοδυναμικών παραμέτρων του προβλήματος, της πιθανής ψυχιατρικής συννοσηρότητας και αφού ληφθεί υπόψη η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και το περιβάλλον του ασθενούς (Μπέλλος και συν., 2014).

Αναλυτικότερα η γνωσιακή –συμπεριφορική θεραπεία προσαρμοσμένη για την ψυχογενή βουλιμία μπορεί να προσφέρεται ως ψυχοθεραπεία πρώτης επιλογής για διάρκεια περίπου 5 μηνών (16-20 συνεδρίες) και αποτελεί την πιο αποτελεσματική προσέγγιση σε περιόδους υποτροπής των προβλημάτων. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί εναλλακτικά σε ασθενείς με ανεπαρκή ανταπόκριση στην γνωσιακή –συμπεριφορική θεραπεία. Συμπεριφορικές παρεμβάσεις με στόχο τον περιορισμό της έκθεσης σε παρατεταμένη νηστεία ή σε καταναγκαστική/υπερβολική φυσική άσκηση μειώνουν την πιθανότητα εκδήλωσης επεισοδίων υπερφαγίας. Οι ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις βοηθούν ιδιαίτερα σε περιπτώσεις συννοσηρότητας με προβλήματα προσωπικότητας (Μπέλλος και συν., 2014).

3.4.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη ψυχογενή ανορεξία

3.4.1.Σταδιοποίηση της νόσου

Η εξέλιξη της νόσου παρουσιάζει μια πορεία με 4 στάδια, τα οποία πρέπει να έχει γνώση ο νοσηλευτής –τρια, που ασχολείται με αυτούς τους ασθενείς. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής-τρια να γνωρίζει την πορεία της νόσου και να ξέρει τι να περιμένει σε κάθε στάδιο. Τα στάδια αυτά είναι (Λαγούδης & Μποζίκας, 2009):

1. Η αρχική ανταπόκριση στη θεραπεία. Σε αυτό το στάδιο τα σωματικά-ιατρικά προβλήματα από την απίσχναση υποχωρούν, το βάρος αυξάνεται τόσο ώστε ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) να είναι κατ' ελάχιστο 20, επέρχεται φανερή ελάττωση της ανησυχίας για την αύξηση του βάρους ή για το σχήμα του σώματος και η έμμηνος ρύση επανεμφανίζεται.

2. Η υποτροπή. Ως υποτροπή θεωρείται η κατάσταση όπου –μετά φυσικά από μια αρχική, ανεξαρτήτως χρονικού διαστήματος, ανταπόκριση στη θεραπεία– επανεμφανίζονται τα σωματικά-ιατρικά προβλήματα εκ της απίσχνασης, το βάρος πέφτει ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) είναι κάτω από 18,5, η ανησυχία τόσο για το βάρος, όσο και για το σχήμα του σώματος φανερά αυξάνει σε σχέση με την περίοδο ανταπόκρισης στη θεραπεία και η αμηνόρροια επανεγκαθίσταται.

3. Η ύφεση της νόσου. Ως ύφεση θεωρείται η κατάσταση κατά την οποία τα σωματικά-ιατρικά προβλήματα έχουν σταθερά υποχωρήσει, το βάρος αυξάνει και ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) είναι τουλάχιστον 20, η λειτουργικότητα του ασθενούς έχει αξιόπιστη βελτίωση και τέλος έχει ομαλοποιηθεί στο φυσιολογικό η έμμηνος ρύση.

4. Η ανάρρωση-ίαση. Ως ανάρρωση-ίαση θεωρείται η κατάσταση κατά την οποία ισχύουν τα κριτήρια της ύφεσης για έναν ελάχιστο χρονικό ορίζοντα 8 εβδομάδων.

3.4.2.Νοσηλευτική προσέγγιση του ασθενούς και λήψη ιστορικού

Η αρχική προσέγγιση του ασθενούς με διαταραχές πρόσληψης τροφής περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με τις συνήθειες διατροφής και άσκησης, τη χρήση διαιτητικών βοηθημάτων ή καθαρτικών και της γενικής αντίληψης για το σώμα και το βάρος (Στρατουδάκης & Τζανάκης, 2004).

Ο νοσηλευτής –τρια πρέπει δεν πρέπει να απορήσει από την στάση της ασθενούς με πρόβλημα πρόσληψης διατροφής, καθώς ακόμα και αν υπάρχουν έντονα συμπτώματα υποσιτισμού ή ασιτίας, πολλές ασθενείς θα αρνηθούν την παρουσία οποιουδήποτε προβλήματος. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ότι η άρνηση της ύπαρξης της νόσου δεν πρέπει να αποτρέπει από την πραγματοποίηση των κατάλληλων εξετάσεων ή και την αναζήτηση βοήθειας από άλλες ειδικότητες (Στρατουδάκης & Τζανάκης, 2004).

Η προσέγγιση του ασθενούς και η λήψη του ιστορικού μπορεί να αρχίσει με έναν κύκλο ερωτημάτων σχετικά με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο της ασθενούς, επειδή η αμηνόρροια αποτελεί ένα από τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας. Οι ασθενείς πρέπει να ερωτηθούν για συμπτώματα κατάθλιψης ή άγχους, επειδή τα συμπτώματα αυτά συχνά συνυπάρχουν με διατροφικές διαταραχές. Ακόμα, πρέπει να ερωτηθούν για τα συναισθήματα που τους προκαλεί η κατανάλωση τροφής και ιδιαίτερα των τροφίμων με αυξημένες ποσότητες θερμίδων ή λίπους (Στρατουδάκης & Τζανάκης, 2004).

Το βάρος της ασθενούς πρέπει να αξιολογείται κατά τη διάρκεια κάθε επίσκεψης. Τόσο το ιδανικό βάρος σώματος, όσο και ο δείκτης μάζας σώματος (Body Mass Index, BMI) χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό του αν ένας ασθενής είναι ελλιποβαρής ή όχι. Στην κλινική πράξη, συχνότερα χρησιμοποιείται ο BMI, ο οποίος υπολογίζεται με τη διαίρεση του βάρους σε kg διά του τετραγώνου του ύψους σε m. Οι φυσιολογικές τιμές για τον BMI κυμαίνονται μεταξύ 18,5 – 25. Για τιμές κάτω του 18,5 το άτομο θεωρείται λιποβαρές, ενώ για τιμές άνω του 25 θεωρείται υπέρβαρο. Στους πάσχοντες από νευρογενή ανορεξία οι τιμές του BMI είναι εξαιρετικά χαμηλές (κάτω από 17,5) και στα δύο φύλα καθώς επηρεάζονται άμεσα από το βάρος του σώματος το οποίο μειώνεται κάτω από το 85% του ύψους (Τάλλιου & Παπαχρήστου, 2014).

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 αυτο-προκαλούμενο 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 (Στρατουδάκης & Τζανάκης, 2004).

Αφού ολοκληρωθεί η λήψη ιστορικού και η φυσική εξέταση, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν οι βασικές εργαστηριακές εξετάσεις, να σχεδιαστεί στενή παρακολούθηση για τον έλεγχο της μείωσης ή της αύξησης βάρους και ενδεχομένως να ζητηθούν και οι συμβουλές ενός διαιτολόγου ειδικευμένου σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη ότι η ψυχογενής ανορεξία μπορεί να συνυπάρχει με άλλες παθήσεις που προκαλούν απώλεια βάρους, οπότε είναι δυνατό η νόσος να διαλάβει. Έτσι, θα πρέπει να αποκλειστεί η παρουσία άλλων ψυχιατρικών παθήσεων (αγχώδεις και φοβικές νευρώσεις, βασανιστικές ψυχαναγκαστικές νευρώσεις, κατάθλιψη, σχιζοφρένεια) και οργανικών δυσλειτουργιών (υπολειτουργία της υπόφυσης, θυρεο-τοξίκωση, σακχαρώδης διαβήτης, δυσαπορρόφηση, νεοπλασίες, νόσοι του συνδετικού ιστού) (Στρατουδάκης & Τζανάκης, 2004).

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που συστήνονται για όλους τους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία ή και άλλη διατροφική διαταραχή περιλαμβάνουν γενική αίματος, έλεγχο ηλεκτρολυτών, αζώτου, ουρίας και κρεατινίνης αίματος, δοκιμασίες λειτουργίας θυρεοειδούς και γενική ούρων. Στους υποσιτιζόμενους ασθενείς πρέπει να πραγματοποιηθούν πρόσθετες εξετάσεις, όπως επίπεδα ασβεστίου, μαγνησίου και φωσφόρου, δοκιμασίες ηπατικής λειτουργίας και ηλεκτροκαρδιογράφημα με καρδιολογική εξέταση. Αν ο ασθενής είναι ελλιποβαρής για τουλάχιστον 6 μήνες, θα πρέπει να γίνει μέτρηση της οστικής πυκνότητας της οσφυϊκής μοίρας της

σπονδυλικής στήλης, για να ελεγχθεί το ενδεχόμενο οστεοπόρωσης (Στρατουδάκης & Τζανάκης, 2004).

3.4.3.Στόχοι νοσηλευτικών παρεμβάσεων

Πρώτος, και ίσως σημαντικότερος, στόχος της θεραπευτικής προσέγγισης πρέπει να είναι η συνειδητοποίηση εκ μέρους των ασθενών του προβλήματος, η κατανόηση ότι χρειάζονται βοήθεια και η διατήρηση του κινήτρου για αντιμετώπιση του προβλήματος. Το τελευταίο καθόλου δεν στερείται δυσκολίας, δεδομένης της ήδη παγιωμένης αντίληψής τους ότι στην ουσία δεν υπάρχει πρόβλημα ή δεν είναι και τόσο σοβαρό. Σε περίπτωση που καταστεί αδύνατον να αντιληφθούν την κρισιμότητα της κατάστασής τους και απειλείται άμεσα αυτή η ίδια η ζωή τους, η ακούσια νοσηλεία των ασθενών είναι μονόδρομος (Γονιδάκης & Βάρσου, 2008).

Δεύτερος σε προτεραιότητα έρχεται ο στόχος της αποκατάστασης του σωματικού βάρους, για την εκπλήρωση του οποίου μπορεί να απαιτηθεί ποικιλία θεραπευτικών μέσων (έλεγχος των εμέτων, σταθερή υπερθερμιδική δίαιτα, εντερική ή παρεντερική χορήγηση τροφής στην οξεία φάση κ.ά.). Η επίτευξη αυτού του στόχου, αν και σημαντική από μόνη της για τη βελτίωση της κλινικής εικόνας του ασθενούς και την αντιμετώπιση των απειλητικών για τη ζωή του ιατρικών επιπλοκών, επ' ουδενί διασφαλίζει μακροπρόθεσμα την αποφυγή υποτροπών της νόσου (Γονιδάκης & Βάρσου, 2008).

Ο τρίτος στόχος μιας ολοκληρωμένης θεραπευτικής προσέγγισης είναι η αλλαγή των αντιλήψεων, του τρόπου σκέψης και των ψυχολογικών μηχανισμών που συμμετείχαν στη διαδικασία εγκατάστασης και ανατροφοδότησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Η επίτευξη του τελευταίου στόχου δεν διασφαλίζει την αποτροπή των υποτροπών της νόσου που, ούτως ή άλλως, υποτροπιάζει (Γονιδάκης & Βάρσου, 2008).

3.4.4.Νοσηλευτικές ευθύνες στη χορήγηση φαρμάκων

Πολλοί ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία αρνούνται την φαρμακοθεραπεία κυρίως λόγω του φόβου της παρενέργειας της αύξησης του βάρους ή στα πλαίσια

άρνησης της σοβαρότητας του προβλήματος. ατά την χορήγηση οποιοσδήποτε φαρμακευτικής αγωγής σε ασθενείς με διαταραχές της διατροφής, ο νοσηλευτής – τρια πρέπει να γνωρίζει ότι:

- Οι πιθανότητες εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών της φαρμακοθεραπείας είναι αυξημένες στις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία. Αυτό συμβαίνει λόγω του χαμηλού βάρους, της μείωσης των λευκωμάτων του ορού και του περιορισμένου λίπους που έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση της βιοδιαθεσιμότητας και τον περιορισμό του μεταβολισμού των φαρμάκων.
- Οι καθαρτικές συμπεριφορές και η υπερενυδάτωση μπορούν να μειώσουν την απορροφητικότητα του φαρμάκου, ενώ η αφυδάτωση και η παρατεταμένη νηστεία μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα τοξικότητας.
- Η χορήγηση του φαρμάκου σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία πρέπει να ξεκινά από την χαμηλότερη δόση και σε πλαίσιο συστηματικής παρακολούθησης για την εμφάνιση παρενεργειών και μετά από εξατομικευμένη ενημέρωση των ασθενών γύρω από την σχέση οφέλους/κινδύνου από την φαρμακοθεραπεία (Μπέλλος και συν., 2014).

3.4.5.Βασικές νοσηλευτικές διεργασίες νοσηλείας ασθενών με ψυχογενή ανορεξία

Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με τη φροντίδα και νοσηλεία ασθενών με διαταραχές πρόσληψης τροφής πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι στις παρακάτω νοσηλείες και δεξιότητες (Μπέλλος και συν., 2014):

- σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα και τοποθέτηση περιφερικών γραμμών,
- καθημερινό αιματολογικό, βιοχημικό και ηλεκτροκαρδιογραφικό (ΗΚΓ) έλεγχο,
- νοσηλεία σε μονόκλινο δωμάτιο
- συχνή νοσηλευτική παρακολούθηση και επίβλεψη/ενθάρρυνση κατά την λήψη γευμάτων

- επίβλεψη ικανή να αποτρέψει συμπεριφορές όπως ο περιορισμός της τροφής, οι καθαρτικές συμπεριφορές, η υπερβολική σωματική άσκηση, η υπερκατανάλωση υγρών ή άλλες «συμπεριφορές εξαπάτησης». Για όσο διάστημα οι ασθενείς παρουσιάζουν αντίσταση στην θεραπεία χρήζουν συνεχούς επίβλεψης από νοσηλεύτη 1-προς-1 και κατά περιπτώσεις 2-προς-1.
- εφαρμογή μέσων φυσικού περιορισμού ασθενών με έντονη αντίσταση στη θεραπεία ή ιδιαίτερα αυξημένη ψυχοκινητικότητα,
- εφαρμογή και εκτέλεση εντολών αναγκαστικής νοσηλείας/σίτισης από τις δικαστικές αρχές
- αντιμετώπιση κυριότερων σωματικών επιπλοκών των διαταραχών πρόσληψης τροφής και του συνδρόμου επανασίτισης
- βασική καρδιοαναπνευστική υποστήριξη.

3.4.6.Αποκατάσταση διατροφής / Επανασίτιση-Νοσηλευτικές διεργασίες

Η αποκατάσταση της διατροφής και του βάρους αποτελεί το κεντρικό μέρος της θεραπείας της ψυχογενούς ανορεξίας. Η αποκατάσταση του βάρους στο σπίτι είναι πιο αποδεκτή από τους ασθενείς, βοηθά την αυτοπεποίθησή τους και ενδείκνυται όταν υπάρχει κίνητρο για θεραπεία, ικανότητα να σιτίζονται από μόνοι τους και πλαίσιο συστηματικής παρακολούθησης.

Το πρόγραμμα επανασίτισης πρέπει να γίνεται σε όσο το δυνατόν πιο φιλικό για τον ασθενή περιβάλλον. Η προτιμώμενη μέθοδος είναι αυτή της «υποστήριξης των γευμάτων» όπου ο ασθενής με την βοήθεια διαιτολόγου και την επίβλεψη/ενθάρρυνση από κατάλληλα εκπαιδευμένο μέλος της θεραπευτικής ομάδας εισάγεται σταδιακά σε μια φυσιολογική διαίτα όπου εξασφαλίζεται η λήψη της απαιτούμενης ενέργειας και δεν αποκλείονται κύριες κατηγορίες τροφών. Το ζύγισμα καλό είναι να γίνεται πρωινές ώρες μετά την τουαλέτα, όχι συχνότερα από δυο φορές την εβδομάδα (ώστε να αποφευχθεί η ανεπιθύμητη περαιτέρω προσέγκυση ενδιαφέροντος από τη πλευρά της ασθενούς για το βάρος της) και υπό επίβλεψη για τον εντοπισμό συμπεριφορών που μπορεί να αυξάνουν το βάρος παραπλανητικά.

Η εντατική αποκατάσταση της διατροφής περιλαμβάνει τη χρήση υπερθερμιδικών σκευασμάτων /συμπληρωμάτων διατροφής και η σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα που οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα στην αύξηση βάρους στην ανορεξία ή την μείωση των εμέτων στην βουλιμία. Η σίτιση με ρινογαστρικό πρέπει να γίνεται σε πλαίσιο νοσηλείας και να προτιμάται κατά το δυνατόν η συνεχής σίτιση σε 24ωρη βάση αντί για την 3-4 φορές/ημέρα bolus σίτιση. Πολλοί ασθενείς αποδέχονται την τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα καθώς τους «ξεκουράζει» από την ευθύνη της σίτισης. Όταν οι ασθενείς σταθερά αντιστέκονται στην τοποθέτηση ή αφαιρούν τον ρινογαστρικό καθετήρα, τότε μπορεί να επιλεγεί εναλλακτικά η σίτιση μέσω χειρουργικής τοποθέτησης γαστροστομίας. Παρεντερική διατροφή πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο σε περιπτώσεις που υπάρχει σημαντική γαστρεντερολογική αντένδειξη για την σίτιση από του στόματος ή με ρινογαστρικό καθετήρα (Μπέλλος και συν., 2014).

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

Η επανασίτιση σε ασθενείς εκτός σωματικού κινδύνου συνήθως ξεκινά από ημερήσια λήψη θερμίδων που κυμαίνεται από 30-40 kcal /kgr σωματικού βάρους και αυξάνεται σταδιακά όχι περισσότερο από 70 -100 Kcal /ημέρα. Σε περιπτώσεις ασθενών με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών κατά την επανασίτιση, η ταχεία επανασίτιση μπορεί να προκαλέσει σημαντικές επιπλοκές που περιγράφονται ως «σύνδρομο επανασίτισης» (περιγράφεται παρακάτω σελ. 41) και πρέπει να επιλέγεται η έναρξη της σίτισης σε χαμηλότερα επίπεδα (20 kcal /kgr/day) (MARSIPAN, 2014).

Σε ασθενείς με σοβαρές μορφές της νόσου ($\Delta\text{M}\Sigma < 13$) καλό είναι να μπορούν να εξασφαλίζονται τα εξής κατά την επανασίτιση (MARSIPAN, 2014):

- 1) συνεχή επίβλεψη ώστε ο ασθενής να παραμένει όσο το δυνατόν περισσότερες ώρες το 24ωρο ξαπλωμένη

- 2) 4 φορές την ημέρα μέτρηση ζωτικών σημείων (ΑΠ, Σφύξεις, θερμοκρασία, γλυκόζη-προγευματικά)
- 3) επίβλεψη γευμάτων μέχρι και μισή ώρα μετά την ολοκλήρωσή τους / επίβλεψη χρήσης τουαλέτας
- 4) καταμέτρηση / επίβλεψη προσλαμβανόμενων αποβαλλόμενων υγρών

3.4.7.Σύνδρομο επανασίτισης - Νοσηλευτικές διεργασίες

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

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

Η αντιμετώπιση του συνδρόμου περιλαμβάνει καταρχάς τον περιορισμό στην προσλαμβανόμενη τροφή στα επίπεδα του βασικού μεταβολισμού ηρεμίας, την διόρθωση του φωσφόρου και των υπόλοιπων ηλεκτρολυτών και την στενή παρακολούθηση και υποστήριξη της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας σε κατάλληλο νοσηλευτικό περιβάλλον. Η εξωγενής χορήγηση ηλεκτρολυτών πρέπει να γίνεται από το στόμα εκτός και αν υπάρχει ιατρική ένδειξη για ενδοφλέβια χορήγηση. Σε κάθε περίπτωση η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών σε σοβαρά πάσχοντες με Ψυχογενή Ανορεξία (ΔΜΣ<13) πρέπει να γίνεται με αντλία χορήγησης και υπό συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και των αποβαλλόμενων υγρών (MARSIPAN, 2014).

3.5.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη ψυχογενή βουλιμία

Τα βασικά χαρακτηριστικά της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας κατά τη διάρκεια των οποίων το άτομο νιώθει ότι δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του, με αποτέλεσμα να σταματήσει να τρώει, να χρησιμοποιεί αντισταθμιστικές μεθόδους της να προκαλεί εμετό, να χρησιμοποιεί καθαρτικά, διουρητικά, να κάνει νηστεία ή υπερβολική άσκηση για να μην πάρει βάρος και να ασχολείται υπερβολικά με το σχήμα και το βάρος του σώματος του. Τα άτομα με την συγκεκριμένη διαταραχή σίτισης, συνήθως αισθάνονται μειονεκτικά για την εικόνα του σώματός τους ή για το βάρος τους ή και για τα δύο (Chakraborty & Basu, 2010).

3.5.1.Προβλήματα του αρρώστου

Μεγάλη σημασία, ως προς την θεραπεία αυτής της διαταραχής, έχουν οι διατροφικές οδηγίες που θα οδηγήσουν στην αποκατάσταση και την βελτίωση της διατροφικής συμπεριφοράς των βουλιμικών ασθενών. Η θεραπευτική προσέγγιση της διαταραχής αυτής είναι ψυχοθεραπευτική και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι περιορισμένες. Ο νοσηλευτής δεν έχει βασικό ρόλο στη θεραπεία της διαταραχής αυτής, αφού ο κύριος θεραπευτής είναι ο ψυχοθεραπευτής. Ωστόσο μπορεί να δραστηριοποιηθεί σε τομείς όπως (Chakraborty & Basu, 2010):

- Η αναγνώριση του προβλήματος από τον ασθενή.
- Η συνειδητοποίηση της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς σε σχέση πάντα με τη λήψη τροφής.
- Η συνειδητοποίηση από μέρους του ασθενούς της δυσλειτουργικής αντίληψης για το βάρος και το σχήμα του σώματός του.
- Το σταμάτημα το εκκαθαριστικών συμπεριφορών, όταν υπάρχουν.
- Η υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών και κατάλληλων τρόπων ελέγχου του βάρους.
- Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων στη ζωή του με στόχο την απόκτηση αίσθησης ελέγχου.

- Αύξηση της αυτοεκτίμησης του ατόμου.

3.5.2.Επιπλοκές του ασθενούς με ψυχογενή βουλιμία

Ο νοσηλευτής –τρια σε έναν ασθενή με ψυχογενή βουλιμία περιμένει να αναγνωρίσει (Antipuesto, 2011):

- Τη χρόνια φλεγμονή του βλεννογόνου του οισοφάγου, που οφείλεται σε πρόκληση εμετού, όξινες εκκρίσεις γαστρικού οξέος, που ερεθίζει οισοφαγικό βλεννογόνο
- Πιθανή ρήξη οισοφάγου.
- Ανισορροπία ηλεκτρολυτών, υποκαλιαιμία λόγω διάρροιας, υποχλωραιμία λόγω έμετου, υπονατριάιμία λόγω εμέτου και διάρροιας.
- Αφυδάτωση.
- Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου.
- Οδοντική διάβρωση.
- Χρόνιο οίδημα.

3.5.3.Νοσηλευτικές Διαγνώσεις στη ψυχογενή βουλιμία

Ο νοσηλευτής-τρια μέσα από την επαφή του με τον ασθενή, μπορεί να αντιληφθεί την ύπαρξη διαταραχών, που σχετίζονται με:

- Διαταραγμένο επίπεδο υγείας.
- Διαταραχή της εικόνας του σώματος
- Μειωμένη εικόνα αυτοεκτίμησης, μειωμένη οικογενειακή υποστήριξη (Antipuesto, 2011).

3.5.4.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Οι ασθενείς με βουλιμία έχουν επίγνωση των προβλημάτων τους και θέλουν να βοηθηθούν, επειδή αισθάνονται αβοήθητοι και δεν μπορούν να ελέγξουν τον εαυτό τους κατά τη διάρκεια επεισοδίων πολυφαγίας. Όμως, λόγω της έντονης επιθυμίας να ευχαριστήσουν το νοσηλευτικό προσωπικό και να δείξουν συμπεριφορές συμμόρφωσης, θα αποκρύψουν πολλές λεπτομέρειες κατά τη διάρκεια της συνέντευξης για να κερδίσουν την εμπιστοσύνη και την αποδοχή των νοσηλευτών. Ο νοσηλευτής –τρια πρέπει να δημιουργήσει μια ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης. Οι βουλιμικοί ασθενείς πρέπει να νιώθουν ότι δεν θα υπάρξει απόρριψη ή τιμωρία, για να είναι ανοιχτοί στην εκδήλωση των συναισθημάτων τους και ειλικρινείς.

Ο νοσηλευτής –τρια εκπληρώνοντας τον ρόλο του (Antipuesto, 2011):

- Ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφράσει τις θετικές πλευρές της προσωπικότητας του, για να αυξήσει την αυτοεκτίμηση του ατόμου.
- Βοηθά τον ασθενή να εντοπίσει τα συναισθήματα και τις καταστάσεις που σχετίζονται με την υπερφαγία και να βρει εναλλακτικούς και θετικούς τρόπους αντιμετώπισης.
- Ενθαρρύνει τον ασθενή στην τήρηση του προγράμματος διατροφής, το οποίο στοχεύει στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης πολυφαγίας.
- Ενθαρρύνει τον ασθενή να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες με άλλα πρόσωπα που έχουν την ίδια διατροφική διαταραχή, για να κερδίσει πρόσθετη υποστήριξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1. Το είδος της έρευνας

Για την παρούσα έρευνα επιλέχθηκε η ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας μέσα από τον έγκυρο ιστότοπο Pubmed, με σκοπό την παρουσίαση δεδομένων, σχετικών με την εργασία μας. Η αναζήτηση δεδομένων σε έναν τέτοιο ιστότοπο παρουσιάζει την ιδιαιτερότητα ότι απαιτείται εντοπισμός των σχετικών μελετών, μέσα από ένα πλήθος σχετικών και μη άρθρων, με κριτική διάθεση και πνεύμα, έχοντας κατανοήσει το θεωρητικό μέρος της εργασίας και συγχρόνως έχοντας υπόψη τους σκοπούς και στόχους της εργασίας.

4.2. Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η βάση δεδομένων «pubmed». Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην αναζήτηση περιελάμβαναν τις λέξεις: anorexia nervosa, bulimia nervosa, nursing care, eating disorders. Αναλυτικότερα οι λέξεις anorexia nervosa έδωσαν 14327 αποτελέσματα, οι λέξεις anorexia nervosa nursing care έδωσαν 334 αποτελέσματα, οι λέξεις bulimia nervosa έδωσαν 6722 αποτελέσματα, οι λέξεις bulimia nervosa nursing care έδωσαν 10 αποτελέσματα και οι λέξεις eating disorders έδωσαν 25593 αποτελέσματα. Τα ευρήματα αυτά περιορίστηκαν σε αυτά που δημοσιεύτηκαν τα τελευταία πέντε χρόνια και από αυτά επιδέχθηκαν εκείνα που αφορούσαν νοσηλευτικές διεργασίες και παρεμβάσεις.

4.3. Κριτήρια αποδοχής - αποκλεισμού συλλογής δεδομένων

Η βιβλιογραφία περιορίστηκε στην τελευταία πενταετία. Οι 15 πιο συναφείς εργασίες, που αντιπροσώπευαν τις λέξεις-κλειδιά ως προς τη σχετικότητα, επιλέχθηκαν από μια πληθώρα επιλογών. Από την άλλη μεριά, τα υπόλοιπα άρθρα αποκλείστηκαν, είτε γιατί δεν ήταν ελεύθερα προς ανάγνωση για το ευρύ κοινό, είτε επειδή δεν ήταν σχετικά με το θέμα της παρούσης εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

5.1.Ανάλυση των δεδομένων

1^ο άρθρο:

Jewell, T., Blessitt, E., Stewart, C., Simic, M., Eisler, I. (2016) Family Therapy for Child and Adolescent Eating Disorders: A Critical Review. *Fam Process*, 55(3):577-94.

Abstract

Eating disorder-focused family therapy has emerged as the strongest evidence-based treatment for adolescent anorexia nervosa, supported by evidence from nine RCTs, and there is increasing evidence of its efficacy in treating adolescent bulimia nervosa (three RCTs). There is also emerging evidence for the efficacy of multifamily therapy formats of this treatment. In this article, we critically review the evidence for eating disorder-focused family therapy. From this perspective, this treatment is likely to be effective as it provides a supportive and nonblaming context that: one, creates a safe, predictable environment that helps to contain anxiety generated by the eating disorder; two, promotes specific change early on in treatment in eating disorder-related behaviors; and three, provides a vehicle for the mobilization of common factors such as hope and expectancy reinforced by the eating disorder expertise of the multidisciplinary team. In order to improve outcomes for young people, there is a need to develop an improved understanding of the moderators and mediators involved in this treatment approach. Such an understanding could lead to the refining of the therapy, and inform adaptations for those families who do not currently benefit from treatment.

Μετάφραση: Οικογενειακή Θεραπεία Παιδιού και Εφήβου με διατροφικές διαταραχές: Κριτική επισκόπηση.

Περίληψη

Η οικογενειακή θεραπεία εστιασμένη σε διατροφική διαταραχή έχει αναδειχθεί ως η ισχυρότερη θεραπεία βάσει αποδείξεων για εφήβους με νευρική ανορεξία, που

υποστηρίζεται από αποδεικτικά στοιχεία από εννέα τυχαιοποιημένες μελέτες, και υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις για την αποτελεσματικότητά της στη θεραπεία της εφηβικής νευρική βουλιμία (τρεις τυχαιοποιημένες μελέτες). Υπάρχουν επίσης αναδυόμενες αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Σε αυτό το άρθρο, εξετάζονται με κριτικό πνεύμα στοιχεία για την εστιασμένη στις διατροφικές διαταραχές οικογενειακή θεραπεία. Από αυτή την άποψη, αυτή η θεραπεία είναι πιθανό να είναι αποτελεσματική, καθώς παρέχει ένα υποστηρικτικό και μη βλαπτικό πλαίσιο που πρώτον, δημιουργεί ένα ασφαλές, προβλέψιμο περιβάλλον που βοηθά στη μείωση του άγχους που δημιουργείται από τη διατροφική διαταραχή, δεύτερον προωθεί την αλλαγή από την αρχή της θεραπείας στις διατροφικές συμπεριφορές και τρίτον παρέχει ένα όχημα για την κινητοποίηση των κοινών παραγόντων, όπως η ενίσχυση της ελπίδας και της προσδοκίας, από την τεχνογνωσία της διεπιστημονικής ομάδας για διατροφικές διαταραχές. Για να βελτιωθούν τα αποτελέσματα για τους νέους ανθρώπους, υπάρχει μια ανάγκη να αναπτυχθεί μια βελτιωμένη κατανόηση των συντονιστών και των μεσολαβητών που εμπλέκονται σε αυτή την προσέγγιση της θεραπείας. Μια τέτοια αντίληψη θα μπορούσε να οδηγήσει στην αναθεώρηση της θεραπείας και να παρέχει προσαρμογές για εκείνες τις οικογένειες που δεν επωφελούνται σήμερα από τη θεραπεία.

2^ο Άρθρο:

Achamrah, N., Coëffier, M., Déchelotte, P. (2016) Physical activity in patients with anorexia nervosa. *Nutr Rev*, 74(5):301-11.

Abstract

Anorexia nervosa (AN) is often associated with physical hyperactivity. Recent studies have established links between anorexia and hyperactivity, suggesting the existence of commonalities in neural pathways. How physical activity should be managed during the clinical care of patients with anorexia remains controversial. This review first focuses on the implication of hyperactivity in the pathophysiology of AN. Hyperactivity during refeeding of patients with AN has been associated with increased energy needs to achieve weight gain, poorer clinical outcome, longer hospitalization, and increased psychiatric comorbidity. This typically leads to the prescription of bed rest. However, current knowledge suggests that preserving some kind of physical activity during refeeding of patients with AN should be safe and beneficial for the restoration of body composition, the preservation of bone mineral density, and the management of mood and anxiety. In the absence of standardized guidelines, it is suggested here that physical activity during refeeding of patients with AN should be personalized according to the physical and mental status of each patient. More research is needed to assess whether programmed physical activity may be a beneficial part of the treatment of AN.

Μετάφραση: Η σωματική δραστηριότητα σε ασθενείς με νευρική ανορεξία.

Περίληψη

Η νευρική ανορεξία συνδέεται συχνά με τη σωματική υπερκινητικότητα. Πρόσφατες μελέτες έχουν δημιουργήσει δεσμούς μεταξύ της ανορεξίας και της υπερκινητικότητας, γεγονός που υποδηλώνει την ύπαρξη ομοιοτήτων στην νευρικών οδών. Το πώς θα πρέπει να διαχειρίζεται κανείς τη σωματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της κλινικής φροντίδας των ασθενών με ανορεξία παραμένει αμφιλεγόμενο. Η παρούσα ανασκόπηση επικεντρώνεται για πρώτη φορά τις επιπτώσεις της υπερκινητικότητας στην παθοφυσιολογία της νευρικής ανορεξίας. Η υπερκινητικότητα κατά την επανασίτιση των ασθενών έχει συσχετισθεί με αυξημένη ενέργεια χρειάζεται για να επιτευχθεί αύξηση του σωματικού βάρους, φτωχότερη

κλινική έκβαση, επιπλέον νοσηλεία και αυξημένη ψυχιατρική συννοσηρότητα. Αυτό συνήθως οδηγεί στην ιατρική οδηγία της ξεκούρασης στο κρεβάτι. Ωστόσο, οι σημερινές γνώσεις δείχνουν ότι η διατήρηση κάποιου είδους σωματικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της επανασίτισης των ασθενών, είναι ασφαλής και επωφελής για την αποκατάσταση της σύστασης του σώματος, στη διατήρηση της οστικής πυκνότητας και στη διαχείριση της διάθεσης και του άγχους. Ελλείψει τυποποιημένων κατευθυντήριων γραμμών, προτείνεται ότι η σωματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της επανασίτισης των ασθενών θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη ανάλογα με τη σωματική και ψυχική κατάσταση του κάθε ασθενή. Απαιτείται περισσότερη έρευνα για να αξιολογηθεί κατά πόσο η προγραμματισμένη σωματική δραστηριότητα μπορεί να είναι ένα ευεργετική για τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας.

3^ο Άρθρο:

Marugán de Miguelsanz, JM., Torres Hinojal M, C., Geijo Uribe, MS, et al. (2016)
Nutritional approach of inpatients with anorexia nervosa. *Nutr Hosp.*,33(3):258.

Abstract

Anorexia nervosa (AN) is the most prevalent of eating disorders in children and adolescents, and its treatment is long and complex, involving a multidisciplinary team. Nutritional rehabilitation and restoration of a healthy body weight is one of the central goals in the initial stages of inpatient treatment. However, current recommendations on initial energy requirements for these patients are inconsistent, with a clear lack of controlled studies, available scientific evidence and global consensus on the most effective and safe refeeding practices in hospitalized adolescents with anorexia nervosa (AN). Conservative refeeding recommendations have been classically established in order to prevent the refeeding syndrome. Nevertheless, various works have recently appeared advocating a higher initial caloric intake, without observing more complications or refeeding syndrome, and allowing a shorter average stay. We have obtained good results with this approach, which was well tolerated by patients, with no observing complications.

Μετάφραση: Διατροφική προσέγγιση των εσωτερικών ασθενών με νευρική ανορεξία.

Περίληψη

Η νευρική ανορεξία είναι η πιο διαδεδομένη διατροφική διαταραχή σε παιδιά και εφήβους, και η θεραπεία της είναι μακρά και περίπλοκη, με τη συμμετοχή διεπιστημονικής ομάδας. Η διατροφική αποκατάσταση και η αποκατάσταση ενός υγιούς σωματικού βάρους είναι ένας από τους κεντρικούς στόχους στα αρχικά στάδια της ενδονοσοκομειακής θεραπείας. Ωστόσο, οι τρέχουσες συστάσεις σχετικά με τις αρχικές ενεργειακές απαιτήσεις για αυτούς τους ασθενείς είναι ασυνεπής, με σαφή έλλειψη από ελεγχόμενες μελέτες και διαθέσιμων επιστημονικών στοιχείων σχετικά με τις πιο αποτελεσματικές και ασφαλείς πρακτικές επανασίτισης σε νοσηλευόμενους εφήβους με νευρική ανορεξία. Οι συντηρητικές συστάσεις επανασίτισης έχουν κλασικά καθιερωθεί, με σκοπό την πρόληψη του συνδρόμου επανασίτισης. Παρ'όλα αυτά, διάφορες εργασίες έχουν πρόσφατα εμφανιστεί, που υποστηρίζουν υψηλότερη

αρχική πρόσληψη θερμίδων, χωρίς την εμφάνιση επιπλοκών ή του συνδρόμου επανασίτισης και επιτρέποντας μια μικρότερη μέση διάρκεια παραμονής εντός του νοσοκομείου. Η προσέγγιση αυτή έχει καλά αποτελέσματα, τα οποία ήταν καλώς ανεκτά από τους ασθενείς, χωρίς παρατήρηση επιπλοκών.

4^ο Αρθρο:

Pettersson, C., Tubic, B., Svedlund, A., Magnusson, P., et al., (2016). Description of an intensive nutrition therapy in hospitalized adolescents with anorexia nervosa. *Eat Behav*, 21:172-8.

Abstract

OBJECTIVE: To describe an intensive nutrition therapy for hospitalized adolescents and young adults with anorexia nervosa (AN) in terms of body weight, body composition, energy balance and food related anxiety.

METHOD: Twenty-six young females, 16-24years of age, with AN were invited to participate at admission to a specialized eating disorder unit in Göteborg, Sweden. Intensive nutrition therapy comprised 12weeks on a structured meal plan. Six meals were served daily, in combination with high-energy liquid nutritional supplements from start. Energy and nutrient intakes, energy expenditure, body composition and food related anxiety were measured during the study. A 3-month follow-up of body weight and food related anxiety was conducted.

RESULTS: Twenty-one patients participated. The total daily energy intake was, during the first week of treatment, (mean±SD) 3264±196kcal (74kcal/kg), and decreased gradually during treatment to 2622±331kcal (49kcal/kg). Total daily energy expenditure was initially 1568±149kcal and increased gradually to 2034±194kcal. Patients gained on average 9.8±2.1kg and body mass index increased from 15.5±0.9 to 19.0±0.9kg/m(2). Body fat increased from 13±6% to 26±6%. Fat free mass remained unchanged, but skeletal muscle mass increased from 16.7±2.0 to 17.6±2.4kg, p=0.009. Patients' food related anxiety decreased significantly during treatment and was still unchanged 3months later.

CONCLUSION: The presented intensive nutrition therapy with initially high energy and nutrient intakes produced substantial weight gain, increased fat and muscle mass and decreased food related anxiety in AN patients, without any clinical side effects.

Μετάφραση: Περιγραφή της εντατικής διατροφικής θεραπείας σε νοσηλευόμενους εφήβους με νευρική ανορεξία.

ΣΚΟΠΟΣ: Να περιγράψει την εντατικής διατροφικής θεραπείας σε νοσηλευόμενους εφήβους και νεαρούς ενήλικες με νευρική ανορεξία, όσον αφορά το σωματικό βάρος, τη σύνθεση του σώματος, την ισορροπία της ενέργειας και του σχετιζόμενου με τη διατροφή άγχους.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Είκοσι-έξι νέες γυναίκες, 16-24 ετών, κλήθηκαν να συμμετάσχουν σε μια εξειδικευμένη μονάδα διατροφικής διαταραχής στο Γκέτεμποργκ της Σουηδίας. Η εντατική θεραπεία διατροφής αποτελείται από ένα πρόγραμμα 12 εβδομάδων σε ένα δομημένο σχέδιο γευμάτων. Έξι γεύματα σερβίρονται καθημερινά, σε συνδυασμό με υψηλής ενέργειας υγρά συμπληρώματα διατροφής. Κατά τη διάρκεια της μελέτης μετρήθηκαν η ενέργεια και η πρόσληψη θρεπτικών ουσιών, η κατανάλωση ενέργειας, η σύνθεση του σώματος και του σχετιζόμενου με τη διατροφή άγχους. Διεξήχθη μια 3-μηνών παρακολούθηση του σωματικού βάρους και σχετιζόμενου με τη διατροφή άγχους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Είκοσι ένας ασθενείς συμμετείχαν. Η συνολική ημερήσια πρόσληψη ενέργειας ήταν, κατά την πρώτη εβδομάδα της θεραπείας, (μέση τιμή ± SD) 3264 ± 196 kcal (74 kcal / kg), και μειώθηκε σταδιακά κατά τη διάρκεια της θεραπείας με 2622 ± 331 kcal (49 kcal / kg). Η συνολική ημερήσια ενεργειακή δαπάνη ήταν αρχικά 1568 ± 149 kcal και αυξήθηκε σταδιακά σε 2034 ± 194 kcal. Οι ασθενείς κέρδισαν κατά μέσο όρο 9.8 ± 2.1 kg και ο δείκτης μάζας σώματος αυξήθηκε από $15,5 \pm 0,9$ έως $19,0 \pm 0,9$ kg / m (2). Το σωματικό λίπος αυξήθηκε από $13 \pm 6\%$ σε $26 \pm 6\%$. Η χωρίς λίπος μάζα παρέμεινε αμετάβλητη, αλλά η σκελετική μυϊκή μάζα αυξήθηκε από $16,7 \pm 2,0$ έως $17,6 \pm 2,4$ kg, $p = 0,009$. Το σχετιζόμενο με τη διατροφή άγχος μειώθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας και ήταν ακόμα αμετάβλητο τρεις μήνες αργότερα.

ΣΥΝΟΨΗ: Η παρουσιαζόμενη εντατική θεραπεία διατροφής με αρχικά υψηλή πρόσληψη ενέργειας και θρεπτικών ουσιών, παρουσίασε σημαντική αύξηση του σωματικού βάρους, αύξηση του λίπους και της μυϊκής μάζας και μείωση του άγχους που σχετίζονται με τη διατροφή, σε ανορεκτικές ασθενείς, χωρίς κλινικές παρενέργειες.

5^ο Άρθρο:

Kells, M., Kelly-Weeder, S. (2016). Nasogastric Tube Feeding for Individuals With Anorexia Nervosa: An Integrative Review. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 22(6):449-468.

Abstract

BACKGROUND: The use of nasogastric (NG) feeding in individuals with anorexia nervosa (AN) is endorsed by national professional organizations; however, no guidelines currently exist.

OBJECTIVES: The objectives of this review were to identify and evaluate outcomes of NG feedings for individuals with anorexia nervosa and to develop recommendations for future research, policy, and practice.

DESIGN: An integrative review of the research literature was conducted.

RESULTS: Of the 19 studies reviewed, all indicated short-term weight gain following NG feeding. Four studies examined adherence. Seven studies reported psychiatric outcomes, suggesting NG feeding reduces eating disorder behaviors but not overall symptomology.

CONCLUSIONS: NG feeding promotes short-term weight gain; however, long-term outcomes are poorly understood. Future research, using rigorous methods, is still needed to inform practice.

Μετάφραση: Σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα ατόμων με νευρική ανορεξία: Μια ολοκληρωμένη αναθεώρηση.

Περίληψη

ΥΠΟΒΑΘΡΟ: Η χρήση της διατροφής μέσω ρινογαστρικού καθετήρα σε άτομα με νευρική ανορεξία έχει εγκριθεί από τις εθνικές επαγγελματικές οργανώσεις. Ωστόσο, δεν υπάρχουν αυτή τη στιγμή κατευθυντήριες οδηγίες.

ΣΤΟΧΟΙ: Οι στόχοι αυτής της ανασκόπησης ήταν να εντοπίσουν και να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα της διατροφής μέσω ρινογαστρικού καθετήρα σε

άτομα με νευρική ανορεξία και να αναπτύξουν προτάσεις για μελλοντική έρευνα, πολιτικές και πρακτικές.

ΣΧΕΔΙΟ: Έγινε μια ολοκληρωμένη ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τις 19 μελέτες που εξετάστηκαν, όλοι οι ερευνητές επισήμαναν τη βραχυπρόθεσμη αύξηση του σωματικού βάρους μετά από διατροφή μέσω ρινογαστρικού καθετήρα. Τέσσερις μελέτες ανέφεραν προσκόλληση των ασθενών στη μέθοδο. Επτά μελέτες ανέφεραν ψυχιατρική συμπτωματολογία, γεγονός που υποδηλώνει ότι η διατροφή μέσω ρινογαστρικού καθετήρα μειώνει τις συμπεριφορές διατροφικής διαταραχής, αλλά όχι τη συνολική συμπτωματολογία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διατροφή μέσω ρινογαστρικού καθετήρα προκαλεί βραχυπρόθεσμη αύξηση του βάρους. Ωστόσο, τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα είναι ελάχιστα κατανοητά. Η μελλοντική έρευνα, χρησιμοποιώντας αυστηρές μεθόδους, εξακολουθεί να είναι απαραίτητη για την πρακτική αυτή.

6^ο Αρθρο:

Zugai, J., Stein-Parbury, J., Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa. *J Clin Nurs*, 22(13-14):2020-9.

Abstract

AIMS AND OBJECTIVES: To establish how nurses ensure weight gain and a positive inpatient experience for the treatment of adolescents with anorexia nervosa by considering consumer perspectives.

DESIGN: The design of this study was qualitative, the data being interpreted with a thematic analysis.

METHODS: This study sought the perspectives of eight (n = 8) recovered consumers through semi-structured interviews.

RESULTS: Nurses were considered highly influential over the inpatient experience. The findings of this study are characterised by three overall themes regarding nursing practice: (1) ensuring weight gain, (2) maintaining a therapeutic milieu, and (3) the nursing relationship.

CONCLUSIONS: Consumers have clear perspectives of how nurses effectively ensure weight gain and how nurses ensure a positive inpatient experience. The quality of relationships between consumers and nurses had implications for both weight gain and the perceived quality of the inpatient experience. By relying on the strength of positive, thoughtful and well-timed interactions, nurses may contribute to productive physical outcomes and a positive inpatient experience. Consumers indicated that motivation to adhere to care was derived from strong relationships with nurses. Ensuring both weight gain and a positive experience involves achieving a productive 'balance of restrictions'. Consumers also valued nurses that created a comfortable and productive environment.

RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE:

This study indicates that the process of weight gain may be enhanced when accompanied by a process of therapeutic engagement. Therapeutic alliance may be an effective way for nurses to ensure weight gain and an enhanced inpatient experience.

Therapeutically beneficial relationships may enhance treatment and possibly enhance outcomes for consumers.

Μετάφραση: Αποτελεσματική νοσηλευτική φροντίδα των εφήβων με νευρική ανορεξία.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ: Να διαπιστωθεί πώς οι νοσηλευτές εξασφαλίζουν αύξηση του σωματικού βάρους και μια θετική εμπειρία νοσηλείας στη θεραπεία των εφήβων με νευρική ανορεξία, από την πλευρά των πασχόντων.

ΣΧΕΔΙΟ: Ο σχεδιασμός αυτής της μελέτης ήταν ποιοτική, με μια θεματική ανάλυση των δεδομένων.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Αυτή η μελέτη αναζήτησε τις απόψεις οκτώ (n = 8) πασχόντων, μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι νοσηλευτές θεωρήθηκε ότι είχαν μεγάλη επιρροή πάνω στην ενδονοσοκομειακή νοσηλεία των ασθενών. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης χαρακτηρίζεται από τρία συνολικά θέματα που αφορούν τη νοσηλευτική πρακτική: (1) την εξασφάλιση αύξησης του σωματικού βάρους, (2) τη διατήρηση ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος και (3) τη σχέση με το νοσηλευτή-τρια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι πάσχοντες έφηβοι με νευρική ανορεξία έχουν σαφείς απόψεις για το πώς οι νοσηλεύτριες εξασφαλίζουν την αποτελεσματική αύξηση του σωματικού βάρους και πώς εξασφαλίζουν μια θετική ενδονοσοκομειακή εμπειρία. Η ποιότητα των σχέσεων μεταξύ των πασχόντων και των νοσηλευτριών είχε επιπτώσεις τόσο για αύξηση του σωματικού βάρους, όσο και στην ποιότητα της εμπειρίας της νοσηλείας. Με βάση τη δύναμη της θετικής, προσεκτικής και καλά –χρονοθετημένης αλληλεπίδρασης, οι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλλουν σε θετικά σωματικά αποτελέσματα και σε μια θετική ενδονοσοκομειακή εμπειρία. Οι πάσχοντες έδειξαν ότι το κίνητρο της συμμόρφωσης με τη θεραπείας προήλθε από τις ισχυρές σχέσεις με τους νοσηλευτές. Εξασφαλίζοντας τόσο αύξηση του σωματικού βάρους και μια θετική εμπειρία νοσηλείας, δημιουργείται μια παραγωγική «ισορροπία των περιορισμών». Οι πάσχοντες αποτιμούν επίσης ότι οι νοσηλεύτριες δημιούργησαν ένα άνετο και παραγωγικό περιβάλλον.

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ: Αυτή η μελέτη δείχνει ότι η διαδικασία της αύξησης του βάρους μπορεί να ενισχυθεί όταν συνοδεύεται από μια διαδικασία θεραπευτικής εμπλοκής. Η θεραπευτική συμμαχία μπορεί να είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για τους νοσηλευτές για να εξασφαλιστεί η αύξηση του σωματικού βάρους και μια βελτιωμένη ενδονοσοκομειακή εμπειρία. Οι θεραπευτικά επωφελείς σχέσεις μπορεί να ενισχύσουν τη θεραπεία και, ενδεχομένως, να ενισχύσουν τα αποτελέσματα για τους πάσχοντες.

7^ο Άρθρο:

Mairs, R, Nicholls, D. (2016). Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child*, 101(12):1168-1175.

Abstract

Feeding and eating disorders (FEDs) are serious mental health disorders that cause impairments in physical health, development, cognition and psychosocial function and can go undetected for months or years. They are characterised by disturbed eating behaviour associated with concerns about weight and shape or by disinterest in food. Restrictive forms of FEDs lead to significant weight loss requiring intervention. Without specific knowledge of these conditions, they can evade detection, delaying time to diagnosis and treatment and potentially influencing outcome. This review article focuses on the key factors involved in the psychiatric assessment and treatment of four feeding or eating disorders (EDs): anorexia nervosa, avoidant-restrictive food intake disorder, bulimia nervosa and binge eating disorder. They have been chosen for discussion as they are most likely to be encountered in both a psychiatric and paediatric setting. It emphasises the importance of a family-focused, developmentally appropriate and multidisciplinary approach to care. It does not address aspects of medical assessment and treatment.

Μετάφραση: Αξιολόγηση και θεραπεία των διατροφικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους.

Περίληψη

Οι διαταραχές σίτισης και διατροφής είναι σοβαρές διαταραχές της ψυχικής υγείας που προκαλούν βλάβες στη σωματική υγεία, την ανάπτυξη, τη γνωστική και τη ψυχοκοινωνική λειτουργία και μπορεί να περάσουν απαρατήρητα για μήνες ή και χρόνια. Χαρακτηρίζονται από διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά που συνδέεται με ανησυχίες για το βάρος και το σχήμα ή με αδιαφορία στο φαγητό ή φοβική αποφυγή. Περιοριστικά μορφές των διαταραχών σίτισης και διατροφής μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντική απώλεια βάρους που απαιτεί παρέμβαση. Χωρίς ειδικές γνώσεις αυτών των συνθηκών, μπορεί να μην εντοπιστούν, καθυστερώντας το χρόνο διάγνωσης και θεραπείας, και ενδεχομένως επηρεάζοντας την έκβαση. Αυτό το άρθρο επικεντρώνεται στους βασικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην ψυχιατρική

αξιολόγηση και θεραπεία των τεσσάρων διαταραχών σίτισης ή διατροφής: νευρική ανορεξία, αποφευκτική περιοριστική διαταραχή πρόσληψης τροφής, νευρική βουλιμία και επεισοδιακή υπερφαγία. Έχουν επιλεγεί προς συζήτηση, δεδομένου ότι είναι πιο πιθανό να απαντώνται τόσο σε ψυχιατρικές και παιδιατρικές περιπτώσεις. Υπογραμμίζεται η σημασία μιας φροντίδας εστιασμένης στην οικογένεια, μέσα από μια διεπιστημονική προσέγγιση.

8^ο Αρθρο:

Bravender, T, Elkus, H, Lange, H. (2016). Inpatient medical stabilization for adolescents with eating disorders: patient and parent perspectives. *Eat Weight Disord*, 2(12):345-349

Abstract

PURPOSE: The serious physical complications of eating disorders in adolescents may necessitate inpatient medical stabilization, yet little is known about how patients and their parents perceive the hospitalization experience.

METHODS: We identified 82 patients admitted to a large urban hospital for medical stabilization between January 1, 2010 and June 30, 2013. Twenty-three patients and 32 parents completed directed telephone interviews. Respondents rated components of the inpatient protocol using five-point Likert scales and answered open-ended questions regarding hospitalization. Quantitative and qualitative analyses were performed.

RESULTS: The mean age of patients at admission was 14.9 years (range 9-21) and the average stay was 8.4 days (range 2-25). Patients rated "massage therapy" most helpful and "cell phone limits" least helpful. Parents rated "nursing staff" most helpful and "seeing other patients in the hospital" least helpful. Protocol components viewed differently by parents and patients included parents more strongly endorsing "staff supervision of meals" (4.34 vs 2.82, $p < 0.001$) and "limits on physical activity" (4.34 vs 3.23, $p = 0.001$). The two most common themes identified in open-ended questions were need for hospitalization as a signifier of eating disorder severity and desire for mental health services on the medical unit. Parents emphasized the value of dietician-directed meal planning.

CONCLUSIONS: Inpatient medical stabilization for adolescent eating disorders may play an important role not only in addressing acute medical complications, but also in activating the patient and family regarding the need for ongoing treatment. Parents particularly appreciate staff supervision of meals and having a respite from meal planning.

Μετάφραση: Ενδονοσοκομειακή ιατρική σταθεροποίηση για εφήβους με διαταραχές πρόσληψης τροφής: προοπτική από τον ασθενή και τους γονείς.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Οι σοβαρές σωματικές επιπλοκές από διατροφικές διαταραχές σε εφήβους μπορεί να απαιτήσουν την ενδονοσοκομειακή ιατρική σταθεροποίηση, αλλά λίγα είναι γνωστά για το πώς οι ασθενείς και οι γονείς τους, αντιλαμβάνονται την εμπειρία νοσηλείας.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Εντοπίσαμε 82 ασθενών που εισήχθησαν σε ένα μεγάλο αστικό νοσοκομείο για ιατρική σταθεροποίηση μεταξύ 1ης Ιανουαρίου 2010 και 30ης Ιουνίου 2013. Είκοσι τρεις ασθενείς και 32 γονείς συμπλήρωσαν κατευθυνόμενες τηλεφωνικές συνεντεύξεις. Οι ερωτηθέντες βαθμολόγησαν συστατικά του πρωτοκόλλου ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, χρησιμοποιώντας κλίμακες πέντε σημείων Likert και απάντησαν σε ανοιχτές ερωτήσεις σχετικά με τη νοσηλεία. Πραγματοποιήθηκαν ποσοτικές και ποιοτικές αναλύσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία των ασθενών κατά την εισαγωγή ήταν 14,9 χρόνια (εύρος 9-21) και η μέση διάρκεια παραμονής ήταν 8,4 ημέρες (εύρος 2-25). Οι ασθενείς βαθμολόγησαν τη «θεραπεία μασάζ» σαν πιο χρήσιμη και "όρια στο κινητό τηλέφωνο" σαν τουλάχιστον εξυπηρετικό. Οι γονείς βαθμολόγησαν το "νοσηλευτικό προσωπικό" σαν χρήσιμο και «πως βλέπεις τους άλλους ασθενείς στο νοσοκομείο» λιγότερο χρήσιμο. Συστατικά του πρωτοκόλλου αντιμετωπίζεται διαφορετικά από τους γονείς και τους ασθενείς υιοθετώντας πιο έντονα «την εποπτεία του προσωπικού κατά τα γευμάτων» (4,34 vs 2,82, $p < 0,001$) και «τα όρια της σωματικής δραστηριότητας» (4,34 vs 3,23, $p = 0,001$). Τα δύο πιο κοινά θέματα που προσδιορίζονται στην ανοιχτές ερωτήσεις ήταν η ανάγκη νοσηλείας ως σημαίνον παράγοντας της σοβαρότητας της διατροφικής διαταραχής και η επιθυμία για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ιατρική μονάδα. Οι γονείς τόνισαν την αξία του διαιτολόγου στον προγραμματισμό των γευμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ενδονοσοκομειακή ιατρική σταθεροποίηση για εφήβους διατροφικές διαταραχές μπορεί να έχει σημαντικό ρόλο, όχι μόνο στην αντιμετώπιση των οξέων ιατρικών επιπλοκών, αλλά και στην ενεργοποίηση του ασθενή και της οικογένειας σχετικά με την ανάγκη για συνεχή θεραπεία. Οι γονείς εκτιμούν ιδιαίτερα

την εποπτεία του προσωπικού στα γεύματα και να έχουν μια ανάπαυλα από τον προγραμματισμό των γευμάτων.

9^ο Άρθρο:

Kells, M., Schubert-Bob, P., Nagle, K., et al. (2016). Meal Supervision During Medical Hospitalization for Eating Disorders. *Clin Nurs Res*, 2(2):34-45

Abstract

The focus of medical hospitalization for restrictive eating disorders is weight gain; however, no guidelines exist on how to achieve successful and safe weight gain. Meal supervision may be a supportive intervention to aid in meal completion and weight gain. The aim of this study was to examine the effect of standardized meal supervision on weight gain, length of stay, vital signs, electrolytes, and use of liquid caloric supplementation in hospitalized adolescents and young adults with restrictive eating disorders. A chart review compared patients who received meal supervision from admission through discharge to an earlier cohort who received meal supervision as needed. There were no differences in weight, electrolytes, or vital signs between the two cohorts. Length of stay for those who received meal supervision from admission was 3 days shorter than earlier cohort. Nursing supervised meals beginning at admission may shorten length of stay and decrease health care costs.

Μετάφραση: Εποπτεία του γεύματος κατά τη διάρκεια νοσηλείας για διατροφική διαταραχή.

Περίληψη

Το επίκεντρο της ιατρικής νοσηλείας για περιοριστικές διατροφικές διαταραχές είναι αύξηση του σωματικού βάρους. Ωστόσο, υπάρχουν κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με το πώς να επιτευχθεί επιτυχής και ασφαλής αύξηση του σωματικού βάρους. Η επίβλεψη του γεύματος μπορεί να είναι μια υποστηρικτική παρέμβαση για να βοηθήσει στην ολοκλήρωση του γεύματος και στην αύξηση του σωματικού βάρους. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξετάσει την επίδραση της τυποποιημένης εποπτείας κατά το γεύμα στην αύξηση του σωματικού βάρους, τη διάρκεια της παραμονής, τα ζωτικά σημεία, τους ηλεκτρολύτες και τη χρήση των υγρών συμπληρωμάτων σε νοσηλευόμενους εφήβους και νεαρούς ενήλικες με περιοριστικές διατροφικές διαταραχές. Έγινε μια ανασκόπηση των διαγραμμάτων συγκρίνοντας ομάδα ασθενών που δεν είχαν επιτήρηση κατά τη διάρκεια του γεύματος. Δεν υπήρχαν διαφορές στο βάρος, στους ηλεκτρολύτες, ή στα ζωτικά σημεία μεταξύ των

δύο ομάδων. Η διάρκεια της παραμονής για όσους έλαβαν την εποπτεία στο γεύμα ήταν 3 ημέρες μικρότερη από την ομάδα χωρίς εποπτεία. Η νοσηλευτική επιτήρηση στα γεύματα μπορεί να συντομεύσει τη διάρκεια της παραμονής και να μειώσει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης.

10^ο Άρθρο:

Treasure, J., Nazar, BP. (2016). Interventions for the Carers of Patients With Eating Disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 18(2):16.

Abstract

The aim of this study is to evaluate the recent literature on carers/ parenting interventions for people with eating disorders. Interesting and important new findings are highlighted as well as the implications that this may have for treatment. We have reviewed and critically analysed the recent literature. Close others often play an important role in recognising the early signs of eating disorders and accessing and implementing treatment. Their role in helping with recovery is to give support and hold a united front themselves and with the professional team to avoid those common interpersonal reactions that adversely impact on outcome such as accommodating to the illness and reacting with high expressed emotion (overprotection and hostility). Managing this role is difficult, and coping resources are often strained. Carers ask for and are now getting expert training in skills to manage this role. There is an overlap between carer/ parenting interventions and family therapies. The interface with close others is critical both for early recognition and access and implementation of treatment. Interventions which equip families and close others with the skills to manage eating disorder behaviours are showing potential at improving outcomes.

Μετάφραση: Παρεμβάσεις για τους φροντιστές των ασθενών με διατροφικές διαταραχές.

Περίληψη

Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να αξιολογήσει την πρόσφατη βιβλιογραφία σχετικά με τους φροντιστές / γονείς για τα άτομα με διατροφικές διαταραχές. Τονίστηκαν ενδιαφέροντα και σημαντικά ευρήματα, καθώς και οι επιπτώσεις που αυτά μπορεί να έχουν για τη θεραπεία. Όλοι οι κοντινοί άνθρωποι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση των πρώιμων σημείων των διατροφικών διαταραχών και στην πρόσβαση και την εφαρμογή της θεραπείας. Ο ρόλος τους, που σχετίζεται με την ανάρρωση, είναι να στηρίζουν και να κρατήσουν ένα ενιαίο μέτωπο και σε συνεργασία με την επαγγελματική ομάδα, να αποφύγουν τις κοινές διαπροσωπικές αντιδράσεις που επηρεάζουν αρνητικά στο αποτέλεσμα, όπως

αποδοχή της ασθένειας και αντίδραση με υψηλό βαθμό συναισθηματικότητας (υπερπροστασία και την εχθρότητα). Η διαχείριση αυτού του ρόλου είναι δύσκολη, και οι δυνάμεις είναι συχνά περιορισμένες. Οι φροντιστές ζητούν εξειδικευμένη εκπαίδευση σε δεξιότητες για τη διαχείριση αυτού του ρόλου. Υπάρχει μια επικάλυψη μεταξύ του ρόλου του φροντιστή/γονέα και της οικογενειακής θεραπείας. Η διεπαφή με το στενό περιβάλλον είναι κρίσιμη τόσο για την έγκαιρη αναγνώριση, όσο και την πρόσβαση και την εφαρμογή της θεραπείας. Οι παρεμβάσεις που εξοπλίζουν τις οικογένειες και το στενό περιβάλλον με δεξιότητες για να τη διαχείριση αυτών των διατροφικών διαταραχών, δείχνουν δυνατότητες στη βελτίωση των αποτελεσμάτων.

11^ο Άρθρο:

Beukers, L., Berends, T., de Man-van Ginkel, JM., et al. (2015). Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. *Int J Ment Health Nurs*, 24(6):519-26.

Abstract

An important part of inpatient treatment for adolescents with anorexia nervosa is to restore normal eating behaviour. Health-care professionals play a significant role in this process, but little is known about their interventions during patients' meals. The purpose of the present study was to describe nursing interventions aimed at restoring normal eating behaviour in patients with anorexia nervosa. The main research question was: 'Which interventions aimed at restoring normal eating behaviour do health-care professionals in a specialist eating disorder centre use during meal times for adolescents diagnosed with anorexia nervosa? The present study was a qualitative, descriptive study that used video recordings made during mealtimes. Thematic data analysis was applied. Four categories of interventions emerged from the data: (i) monitoring and instructing; (ii) encouraging and motivating; (iii) supporting and understanding; and (iv) educating. The data revealed a directive attitude aimed at promoting behavioural change, but always in combination with empathy and understanding. In the first stage of clinical treatment, health-care professionals focus primarily on changing patients' eating behaviour. However, they also address the psychosocial needs that become visible in patients as they struggle to restore normal eating behaviour. The findings of the present study can be used to assist health-care professionals, and improve multidisciplinary guidelines and health-care professionals' training programmes.

Μετάφραση: Αποκαθιστώντας την κανονική διατροφική συμπεριφορά σε εφήβους με ψυχογενή ανορεξία: Μια ανάλυση βίντεο από νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Περίληψη

Ένα σημαντικό μέρος της ενδονοσοκομειακής θεραπείας για εφήβους με νευρική ανορεξία είναι να αποκατασταθεί η φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά. Οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε αυτή τη

διαδικασία, αλλά λίγα είναι γνωστά για τις παρεμβάσεις τους κατά τη διάρκεια των γευμάτων των ασθενών. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να περιγράψει νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην αποκατάσταση της κανονικής διατροφικής συμπεριφοράς σε ασθενείς με νευρική ανορεξία. Το βασικό ερώτημα της έρευνας ήταν: «ποιες παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην αποκατάσταση της κανονικής διατροφικής συμπεριφοράς, πραγματοποιούν οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας, σε ένα εξειδικευμένο κέντρο διατροφικών διαταραχών κατά τη διάρκεια των γευμάτων, σε εφήβους που έχουν διαγνωστεί με νευρική ανορεξία;». Η παρούσα μελέτη ήταν μια ποιοτική, περιγραφική μελέτη που χρησιμοποίησε μαγνητοσκοπήσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Εφαρμόστηκε θεματική ανάλυση των δεδομένων. Τέσσερις κατηγορίες παρεμβάσεων προέκυψε από τα στοιχεία: (I) παρακολούθηση και καθοδήγηση (II) την ενθάρρυνση και παροχή κινήτρων (III) στήριξη και την κατανόηση και (IV) εκπαίδευση. Τα στοιχεία αποκάλυψαν μια στάση που αποσκοπεί στην προώθηση της αλλαγής συμπεριφοράς, αλλά πάντα σε συνδυασμό με συμπάθεια και κατανόηση. Στο πρώτο στάδιο της κλινικής θεραπείας, οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας επικεντρώθηκαν κατά κύριο λόγο στην αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς των ασθενών. Ωστόσο, καλύπτουν ψυχοκοινωνικές ανάγκες που γίνονται ορατές στους σε ασθενείς, καθώς πασχίζουν να αποκατασταθεί η κανονική διατροφική συμπεριφορά. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, και να βελτιωθούν οι διεπιστημονικές κατευθυντήριες γραμμές και τα προγράμματα κατάρτισης των επαγγελματιών του τομέα της υγείας.

12^ο Άρθρο:

Espie, J., Eisler, I. (2015). Focus on anorexia nervosa: modern psychological treatment and guidelines for the adolescent patient. *Adolesc Health Med Ther*, 6:9-16.

Abstract

Anorexia nervosa is a serious condition associated with high mortality. Incidence is highest for female adolescents, and prevalence data highlight a pressing unmet need for treatment. While there is evidence that adolescent-onset anorexia has relatively high rates of eventual recovery, the illness is often protracted, and even after recovery from the eating disorder there is an ongoing vulnerability to psychosocial problems in later life. Family therapy for anorexia in adolescence has evolved from a generic systemic treatment into an eating disorder-specific format (family therapy for anorexia nervosa), and this approach has been evidenced as an effective treatment. Individual treatments, including cognitive behavioral therapy, also have some evidence of effectiveness. Most adolescents can be effectively and safely managed as outpatients. Day-patient treatment holds promise as an alternative to inpatient treatment or as an intensive program following a brief medical admission. Limitations and future directions for modern treatment are considered.

Μετάφραση:Επικέντρωση στην νευρική ανορεξία: σύγχρονη ψυχολογική θεραπεία και κατευθυντήριες οδηγίες για τον έφηβο ασθενή.

Περίληψη

Η νευρική ανορεξία είναι μια σοβαρή κατάσταση που σχετίζεται με υψηλή θνησιμότητα. Η επίπτωση είναι υψηλότερη για τις γυναίκες εφήβους, καθώς και στοιχεία για τον επιπολασμό επισημαίνουν μια επείγουσα ανάγκη για θεραπεία. Ενώ υπάρχουν ενδείξεις ότι η εφηβική εμφάνιση της ανορεξίας έχει σχετικά υψηλά ποσοστά ανάκαμψης, η ασθένεια είναι συχνά χρόνια, ακόμη και μετά την ανάρρωση από την διατροφική διαταραχή υπάρχει μια συνεχής ευπάθεια σε ψυχοκοινωνικά προβλήματα κατά τη μετέπειτα ζωή. Η οικογενειακή θεραπεία για την ανορεξία στην εφηβεία έχει εξελιχθεί από μια γενική συστημική θεραπεία σε μια ειδική για τη διατροφική διαταραχή μορφή (οικογενειακή θεραπεία για νευρική ανορεξία), και αυτή η προσέγγιση αποδεικνύεται ως αποτελεσματική θεραπεία. Οι ατομικές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένης της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας, έχουν

επίσης κάποια στοιχεία της αποτελεσματικότητας. Οι περισσότεροι έφηβοι μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά και με ασφάλεια ως εξωτερικοί ασθενείς. Η ημερήσια νοσηλεία αποτελεί μια εναλλακτική λύση για την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία ή ως ένα εντατικό πρόγραμμα μετά από μια σύντομη εισαγωγή ιατρική. Περιορισμοί και μελλοντικές κατευθύνσεις για μια σύγχρονη θεραπεία πρέπει να λαμβάνονται υπόψη.

13^ο Άρθρο:

Gelin, Z., Cook-Darzens, S., Simon, Y., Hendric, S. (2016). Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review. *Eat Weight Disord*, 21(1):19-30.

Abstract

Multiple family therapy (MFT) is a therapeutic method that brings together several families affected by the same pathology. Although from an ideological and conceptual point of view, MFT is often linked to family therapy and group therapy, it is difficult to define it with precision, a weakness which may in turn hinder research on therapeutic effectiveness. This is most notable in the field of eating disorders (ED) where, in spite of MFT's great popularity, research evidence remains limited. Within the context of a systematic review of the literature on MFT in the treatment of anorexia nervosa, the purpose of this article is to provide a theoretical and clinical framework for describing two MFT models, in an attempt to explore their common and distinct concepts, principles, techniques, and factors of change. The first program is a day treatment adaptation of the Maudsley family-based MFT approach, developed in Belgium at the Therapeutic Centre for Adolescents suffering from Eating Disorders: it focuses on the management of ED symptoms, using a strong cognitive behavioral orientation. The second is an integrated systemic MFT outpatient and inpatient program carried out on the ED unit of a pediatric hospital in Paris, France: it emphasizes intra- and inter-family relationships within a systemic framework. Our effort to describe and compare these two models constitutes a first step toward determining the relative value of different models of MFT. Indeed, each model presents specific characteristics that may make it best suited for specific ED populations and/or types of families.

Μετάφραση: Δύο μοντέλα πολλαπλής οικογενειακής θεραπείας στην αντιμετώπιση της εφηβικής νευρικής ανορεξίας: μια συστηματική ανασκόπηση.

Περίληψη

Η πολλαπλή οικογενειακή θεραπεία είναι μια θεραπευτική μέθοδος που συγκεντρώνει πολλές οικογένειες που επλήγησαν από την ίδια παθολογία. Παρά το γεγονός ότι από μια ιδεολογική και εννοιολογική άποψη η πολλαπλή οικογενειακή θεραπεία

συνδέονται συχνά με την οικογενειακή θεραπεία και την ομαδική θεραπεία, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με ακρίβεια, μια αδυναμία που μπορεί με τη σειρά της να εμποδίσει την έρευνα σχετικά με τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα. Αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές στον τομέα των διατροφικών διαταραχών, όπου, παρά τη μεγάλη δημοτικότητα της πολλαπλής οικογενειακής θεραπείας, τα στοιχεία της έρευνας παραμένουν περιορισμένα. Μέσα στο πλαίσιο της συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας σχετικά με την πολλαπλή οικογενειακή θεραπεία στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας, ο σκοπός αυτού του άρθρου είναι να παράσχει ένα θεωρητικό και κλινικό πλαίσιο για την περιγραφή δυο μοντέλων πολλαπλής οικογενειακής θεραπείας, σε μια προσπάθεια να διερευνήσει κοινές και διακριτές έννοιες, αρχές, τεχνικές, και τους παράγοντες αλλαγής. Το πρώτο πρόγραμμα είναι μια προσαρμογή του Maudsley στην πολλαπλή οικογενειακή θεραπεία, που αναπτύχθηκε στο Βέλγιο στο Θεραπευτικό Κέντρο Εφήβων που πάσχουν από Διατροφικές Διαταραχές: επικεντρώνεται στην διαχείριση των συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών, χρησιμοποιώντας έναν ισχυρό γνωστικό συμπεριφορικό προσανατολισμό. Το δεύτερο είναι μια ολοκληρωμένη συστημική πολλαπλή οικογενειακή θεραπεία σε εξωνοσοκομειακούς και νοσοκομειακούς ασθενείς, που πραγματοποιείται στη μονάδα διατροφικών διαταραχών του νοσοκομείου παιδών στο Παρίσι, στη Γαλλία: τονίζει τις ενδο- και δια-οικογενειακές σχέσεις εντός ενός συστημικού πλαισίου. Η προσπάθειά μας να περιγράψουμε και να συγκρίνουμε αυτά τα δύο μοντέλα αποτελεί ένα πρώτο βήμα προς τον καθορισμό της σχετικής αξίας των διαφόρων μοντέλων πολλαπλής οικογενειακής θεραπείας. Κάθε μοντέλο παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που μπορούν να εφαρμοστούν σε ειδικές ομάδες ή / και τύπους οικογενειών, με μέλη που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές.

14^ο Άρθρο:

Schlegl, S., Diedrich, A., Neumayr, C., et al. (2016). Inpatient Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa: Clinical Significance and Predictors of Treatment Outcome. *Eur Eat Disord Rev*, 24(3):214-22.

Abstract

This study evaluated the clinical significance as well as predictors of outcome for adolescents with severe anorexia nervosa (AN) treated in an inpatient setting. Body mass index (BMI), eating disorder (ED) symptoms [Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)], general psychopathology and depression were assessed in 238 patients at admission and discharge. BMI increased from 14.8 + 1.2 to 17.3 + 1.4 kg/m². Almost a fourth (23.6%) of the patients showed reliable changes, and 44.7% showed clinically significant changes (EDI-2). BMI change did not significantly differ between those with reliable or clinically significant change or no reliable change in EDI-2. Length of stay, depression and body dissatisfaction were negative predictors of a clinically significant change. Inpatient treatment is effective in about two thirds of adolescents with AN and should be considered when outpatient treatment fails. About one third of patients showed significant weight gain, but did not improve regarding overall ED symptomatology.

Μετάφραση: Ενδονοσοκομειακή θεραπεία για εφήβους με νευρική ανορεξία: Κλινική σημασία και προγνωστικοί παράγοντες της αποτελέσματος της θεραπείας.

Περίληψη

Αυτή η μελέτη αξιολόγησε την κλινική σημασία, καθώς και τους προγνωστικούς παράγοντες της έκβασης για τους εφήβους με σοβαρή νευρική ανορεξία (AN) αντιμετωπίζονται σε ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), τα συμπτώματα διατροφικών διαταραχών (ED) [Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)], η γενική ψυχοπαθολογία και κατάθλιψη αξιολογήθηκαν σε 238 ασθενείς με την εισαγωγή και την έξοδο τους από τη νοσοκομειακή δομή. Ο ΔΜΣ αυξήθηκε από 14,8 + 1,2 έως 17,3 + 1,4 kg / m². Σχεδόν ένα τέταρτο (23,6%) από τους ασθενείς παρουσίασαν αξιόπιστες αλλαγές, και 44,7% παρουσίασαν κλινικά σημαντικές μεταβολές (EDI-2). Η αλλαγή του ΔΜΣ δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ αυτών με αξιόπιστες ή κλινικά σημαντικές αλλαγές ή καμία αξιόπιστη αλλαγή στον EDI-2. Η

διάρκεια της παραμονής, η κατάθλιψη και η δυσαρέσκεια για το σώμα ήταν αρνητικοί προάγγελοι μιας κλινικά σημαντικής αλλαγής. Η ενδονοσοκομειακή θεραπεία είναι αποτελεσματική σε περίπου δύο τρίτα των εφήβων με νευρική ανορεξία και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν η θεραπεία σαν εξωτερικός ασθενής αποτυγχάνει. Περίπου το ένα τρίτο των ασθενών παρουσίασαν σημαντική αύξηση του σωματικού βάρους, αλλά δεν βελτιώθηκε η συνολική συμπτωματολογία.

15^ο Αρθρο:

Gaudiani, JL., Brinton, JT., Sabel, AL., et al. (2016). Medical outcomes for adults hospitalized with severe anorexia nervosa: An analysis by age group. *Int J Eat Disord*,49(4):378-85.

Abstract

OBJECTIVE:

Relatively little has been written about the outcomes of medical stabilization, analyzed specifically across the age spectrum, in adults with severe anorexia nervosa (AN).

METHOD:

We retrospectively evaluated clinical parameters relevant to acuity of illness and outcomes of early refeeding in 142 adults with severe AN, admitted for definitive inpatient medical stabilization from October 1, 2008 to December 31, 2012. Patients were categorized into three age groups: 17 to 29, 30 to 40, and 41+ years.

RESULTS:

The study included 142 patients with median age of 28 years old (range 17-65 years). Fifty-four percent (n = 78) were under 30 years old, 23% (n = 32) between 30 and 40 years old, and 23% (n = 32) were over 40 years old. Average admission BMI did not differ among age groups, ranging from 12.7 to 13.2 kg/m². Of the admission parameters, only low serum albumin levels (more prevalent in older patients), high international normalized ratio (INR) levels (more prevalent in younger patients), and neutropenia (more prevalent in the <30 age group) varied with age. During hospitalization, rates of bradycardia, hypoglycemia, liver dysfunction, refeeding hypophosphatemia, refeeding edema, length of stay, and discharge BMI did not differ with age.

DISCUSSION:

Results demonstrate medical abnormalities and response to medical stabilization in severely ill AN patients during hospitalization were mostly similar across the age

span. This information should allay fears that the effect of age will make medical stabilization more difficult.

Μετάφραση: Ιατρικά αποτελέσματα για ενήλικες νοσηλεύονται με σοβαρή νευρική ανορεξία: Μια ανάλυση ανά ηλικιακή ομάδα.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Λίγα έχουν γραφτεί σχετικά με τα αποτελέσματα της ιατρικής σταθεροποίησης, σε σχέση με το φάσμα της ηλικίας, σε ενήλικες με σοβαρή νευρική ανορεξία.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Αξιολογήσαμε αναδρομικά κλινικές παραμέτρους που σχετίζονται με την οξύτητα της ασθένειας και τα αποτελέσματα της πρόωρης επανασίτισης σε 142 ενήλικες με σοβαρή νευρική ανορεξία, που έγιναν δεκτοί για οριστική ενδονοσοκομειακή ιατρική σταθεροποίηση από την 1η Οκτωβρίου 2008 έως την 31η Δεκεμβρίου 2012. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις ηλικιακές ομάδες: 17-29, 30 έως 40, και 41+ ετών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μελέτη συμπεριέλαβε 142 ασθενείς με μέση ηλικία 28 ετών (εύρος 17-65 έτη). Πενήντα τέσσερα τοις εκατό ($n = 78$) ήταν κάτω των 30 ετών, το 23% ($n = 32$) μεταξύ 30 και 40 ετών, και 23% ($n = 32$) ήταν άνω των 40 ετών. Μέσος όρος του ΔΜΣ κατά την εισαγωγή δεν διέφερε μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, κυμαινόμενος από 12,7 ως 13,2 kg / m (2). Στις παραμέτρους εισόδου δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές, εκτός μόνο χαμηλά επίπεδα λευκωματίνης ορού (πιο διαδεδομένη σε ηλικιωμένους ασθενείς), υψηλός δείκτης ομαλοποίησης σχετικά με την πηκτικότητα του αίματος (INR) (πιο διαδεδομένο σε νεότερους ασθενείς), και ουδετεροπενία (πιο διαδεδομένη στην ηλικιακή ομάδα <30). Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, τα ποσοστά της βραδυκαρδίας, υπογλυκαιμίας, ηπατικής δυσλειτουργίας, υποφωσφαταιμίας επανασίτισης, οιδήματος επανασίτισης, διάρκειας της παραμονής και ΔΜΣ εξόδου, δεν διέφεραν με την ηλικία.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Τα αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι οι ιατρικές ανωμαλίες και κατόπιν αυτών ιατρική σταθεροποίηση σε βαριά άρρωστους ασθενείς με νευρική ανορεξία, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ήταν ως επί το πλείστον παρόμοια σε όλες τις ηλικίες. Αυτές οι πληροφορίες θα πρέπει να καθησυχάσουν τους φόβους ότι η επίδραση της ηλικίας κάνει ιατρική σταθεροποίηση πιο δύσκολη.

16^ο Άρθρο:

Hilker, I., Sánchez, I., Steward, T., Jiménez-Murcia, S., et al. (2016). Food Addiction in Bulimia Nervosa: Clinical Correlates and Association with Response to a Brief Psychoeducational Intervention. *Eur Eat Disord Rev*, 24(6):482-488.

Abstract

Food addiction (FA) has been examined in different populations. Although high FA levels are associated with greater eating disorder severity, few studies have addressed how FA relates to treatment outcome.

GOALS: The study aims (1) to determine whether a brief intervention for bulimia nervosa (BN) reduces FA diagnosis or severity compared with baseline and (2) to determine if FA is predictive of treatment outcome.

METHOD: Sixty-six female BN patients participated in the study. The Yale Food Addiction Scale was administered at two time points: prior to and following a 6-week intervention. The number of weekly bingeing episodes, dropout and abstinence from bulimic behaviour were used as primary outcome measures.

RESULTS: This brief intervention reduced FA severity and FA diagnosis in the 55 patients who completed treatment. FA severity was a short-term predictor of abstinence from bingeing/purging episodes after treatment ($p = .018$).

CONCLUSIONS: Food addiction appears to be prevalent in BN although FA severity can improve following a short-term intervention.

Μετάφραση: Εθισμός στην τροφή στην Ψυχογενή Βουλιμία: Κλινικές Εκδηλώσεις και σύνδεση με την απάντηση σε μια σύντομη Ψυχοπαιδαγωγική Παρέμβαση.

Περίληψη

Ο εθισμός στο φαγητό έχει εξεταστεί σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Παρά το γεγονός ότι τα υψηλά επίπεδα εθισμού στην τροφή συνδέονται με διατροφική

διαταραχή μεγαλύτερης σοβαρότητας, λίγες μελέτες έχουν ασχοληθεί με τον εθισμό στην τροφή και τα θεραπευτικά αποτελέσματα.

ΣΤΟΧΟΙ: Η μελέτη στοχεύει (1) στο κατά πόσον μια σύντομη παρέμβαση για την νευρική βουλιμία μειώνει τη διάγνωση ή τη σοβαρότητα του εθισμού στην τροφή σε σύγκριση με την αρχική τιμή και (2) στο να καθοριστεί αν ο εθισμός στην τροφή είναι προγνωστικός παράγοντας για την έκβαση της θεραπείας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξήντα-έξι γυναίκες ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία συμμετείχαν στη μελέτη. Η Κλίμακα Yale για τον εθισμό στην τροφή συμπληρώθηκε σε δύο χρονικά σημεία: πριν και μετά από μια παρέμβαση 6 εβδομάδων. Ο αριθμός των εβδομαδιαίων επεισοδίων πολυφαγίας, εγκατάλειψης και αποχή από βουλιμική συμπεριφορά χρησιμοποιήθηκαν ως κύρια μέτρα έκβασης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Αυτή η σύντομη παρέμβαση είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση του εθισμού στην τροφή και στους 55 ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία. Η σοβαρότητα του εθισμού στην τροφή ήταν ένας βραχυπρόθεσμος προγνωστικός δείκτης της αποχής καθαρτικά επεισόδια μετά τη θεραπεία ($p = 0,018$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο εθισμός στο φαγητό φαίνεται να είναι διαδεδομένος σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία. Η σοβαρότητα μπορεί να βελτιωθεί μετά από μια βραχυπρόθεσμη παρέμβαση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η οικογενειακή θεραπεία θεωρείται σήμερα ως η καλύτερη πρακτική για την αντιμετώπιση των παιδικών και εφηβικών διατροφικών διαταραχών. Αυτό βασίζεται στην παραδοχή ότι οι γονείς που είναι αρμόδιοι για το παιδί τους, διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στη διατροφική αποκατάσταση του παιδιού. Οι ειδικοί θεραπευτές δρώντας σαν σύμβουλοι, βοηθούν την οικογένεια να ανακαλύψει τις δυνάμεις της και να βοηθήσει ενεργά το άρρωστο μέλος της στην αντιμετώπιση της διατροφικής διαταραχής. Το μοντέλο θεραπεία αποτελείται από τρεις φάσεις που εκτείνονται για μια περίοδο έξι έως δώδεκα μήνες. Η πρώτη φάση επικεντρώνεται στην υποστήριξη των γονέων για την αύξηση του σωματικού βάρους των παιδιών τους. Μόλις το βάρος του παιδιού πλησιάζει την πλήρη αποκατάσταση, αρχίζει η δεύτερη φάση της θεραπείας με σκοπό ο θεραπευτής να στηρίζει την οικογένεια. Στην τρίτη και τελική φάση, η θεραπεία επικεντρώνεται προς την ανάπτυξη των εφήβων, στην αναζήτηση της ταυτότητας και της ανάγκης να προσαρμοστεί η οικογένεια στην αναδυόμενη ανεξαρτησία του εφήβου (Bravender και συν., 2015).

Στο ίδιο πλαίσιο στο άρθρο της έρευνας μας, οι Jewell και συν., (2016) υπογραμμίζουν ότι η οικογενειακή θεραπεία παρέχει ένα υποστηρικτικό και μη βλαπτικό πλαίσιο, που βοηθά στη μείωση του άγχους που δημιουργείται από τη διατροφική διαταραχή και προωθεί την αλλαγή στις διατροφικές συμπεριφορές, ενισχύοντας την ελπίδα και την προσδοκία. Επιπλέον επισημαίνουν την ανάγκη να αναπτυχθεί μια βελτιωμένη κατανόηση των συντονιστών και της οικογένειας, με σκοπό να παρέχει προσαρμογές για εκείνες τις οικογένειες που δεν επωφελούνται σήμερα από τη θεραπεία. Επίσης οι Mairs και Nicholls, (2016) θεωρούν ότι μεγάλη σημασία για την αντιμετώπιση των διαταραχών σίτισης σε εφήβους και νέους έχει μια φροντίδα εστιασμένη στην οικογένεια, μέσα από μια διεπιστημονική προσέγγιση.

Οι Gelin και συν. (2016) περιγράφουν δυο μοντέλα οικογενειακής ψυχοθεραπείας. Το πρώτο πρόγραμμα είναι μια προσαρμογή του Maudsley στην πολλαπλή οικογενειακή θεραπεία, που αναπτύχθηκε στο Βέλγιο και επικεντρώνεται στην διαχείριση των συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών, χρησιμοποιώντας έναν ισχυρό γνωστικό συμπεριφορικό προσανατολισμό. Το δεύτερο είναι μια

ολοκληρωμένη συστημική πολλαπλή οικογενειακή θεραπεία σε εξωνοσοκομειακούς και νοσοκομειακούς ασθενείς, που πραγματοποιείται στη μονάδα διατροφικών διαταραχών του νοσοκομείου παιδών στο Παρίσι. Κάθε μοντέλο παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που μπορούν να εφαρμοστούν σε ειδικές ομάδες ή/ και τύπους οικογενειών.

Οι Espie και Eisler (2015) αναλύουν περισσότερο τις ψυχολογικές παρεμβάσεις στον ασθενή με νευρική ανορεξία. Σε πολλές περιπτώσεις η οικογενειακή θεραπεία για την ανορεξία στην εφηβεία έχει εξελιχθεί από μια γενική συστημική θεραπεία σε ειδική για τη διατροφική διαταραχή μορφή (οικογενειακή θεραπεία για νευρική ανορεξία), και αυτή η προσέγγιση αποδεικνύεται ως αποτελεσματική θεραπεία. Επίσης οι ατομικές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένης της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας, έχουν επίσης κάποια στοιχεία της αποτελεσματικότητας. Οι περισσότεροι έφηβοι μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά και με ασφάλεια ως εξωτερικοί ασθενείς. Επιπλέον, θεωρούν ότι η ημερήσια νοσηλεία αποτελεί μια εναλλακτική λύση για την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία ή ως ένα εντατικό πρόγραμμα μετά από μια σύντομη εισαγωγή ιατρική.

Από την άλλη, αξιοσημείωτη είναι η παρατήρηση των Achamrah και συν (2016), ότι η νευρική ανορεξία συνδέεται συχνά με τη σωματική υπερκινητικότητα. Η υπερκινητικότητα κατά την επανασίτιση των ασθενών έχει συσχετισθεί με αυξημένη απώλεια ενέργειας, φτωχότερη κλινική έκβαση, επιπλέον νοσηλεία και αυξημένη ψυχιατρική συννοσηρότητα. Οι Bratland-Sanda και συν. (2009), επισημαίνουν ότι η υπερβολική φυσική δραστηριότητα σε ασθενείς με νευρική ανορεξία είναι επιβλαβής και είναι περισσότερο επωφελής σε ασθενείς με παχυσαρκία. Στο ίδιο ζήτημα οι Higgins και συν., (2013) παρατήρησαν διαφορετικά αποτελέσματα. Σε σχετική μελέτη σε 20 γυναίκες, ηλικίας 11-19 ετών ($14,3 \pm 1,8$ χρόνια), εκτίμησαν ότι η σωματική δραστηριότητα αυξήθηκε, χωρίς καμία αλλαγή στην πρόσληψη ενέργειας. Ωστόσο, παρατήρησαν ότι υπήρχαν σημαντικές αλλαγές στην αναφερόμενη πρόσληψη μικροθρεπτικών συστατικών, με ανεπαρκή πρόσληψη της βιταμίνης A, της βιταμίνης D και παντοθενικού οξέος. Για το λόγο αυτό καταλήγουν ότι πρέπει να παρακολουθούνται τόσο η σωματική δραστηριότητα, όσο και πρόσληψη βιταμίνης A και D, μετά την αρχική διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας.

Οι Marugán de Miguelsanz, και συν. (2016) αναφέρουν ότι οι τρέχουσες συστάσεις σχετικά με τις ενεργειακές απαιτήσεις για ασθενείς με νευρική ανορεξία είναι ασυνεπείς, με σαφή έλλειψη επιστημονικών στοιχείων σχετικά με τις ασφαλείς πρακτικές επανασίτισης. Οι συντηρητικές συστάσεις επανασίτισης έχουν κλασικά καθιερωθεί, με σκοπό την πρόληψη του συνδρόμου επανασίτισης. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Marzola και συν., (2013), και οι Hart και συν., (2013), τονίζοντας ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες τείνουν να βασίζονται στην κλινική εμπειρία, και όχι αποδείξεις από ερευνητικές μελέτες. Αυτό γιατί πολλοί παράγοντες σχετίζονται με αυτή την μεταβλητότητα, όπως η φυσική δραστηριότητα, οι ατομικές διαφοροποιήσεις στην ενεργειακή απόδοση, η θερμορυθμιστική απάντηση, η σύνθεση του ιστού, οι μεταβολές των υγρών, η ηλικία και η φάση της θεραπείας.

Όπως περιγράφουν οι Pettersson και συν., (2016), ενθαρρυντικά αποτελέσματα έχει η εντατική διατροφική θεραπεία σε νοσηλευόμενους με νευρική ανορεξία. Έτσι τα χορηγούμενα γεύματα με σκοπό την υψηλή πρόσληψη ενέργειας και θρεπτικών ουσιών, παρουσιάζουν σημαντική αύξηση του σωματικού βάρους, αύξηση του λίπους και της μυϊκής μάζας και μείωση του άγχους που σχετίζεται με τη διατροφή, χωρίς κλινικές παρενέργειες. Ως προς τη μεθοδολογία της επανασίτισης οι Kells και συν. (2016) θεωρούν ότι η χορήγηση διατροφής μέσω ρινογαστρικού καθετήρα είναι αποτελεσματική μέθοδος, χωρίς ωστόσο να υπάρχουν τεκμηριωμένα οφέλη από την εφαρμογή αυτής της μεθόδου.

Οι Zugai και συν. (2013) θεωρούν ότι οι νοσηλευτές έχουν μεγάλη επιρροή στους ασθενείς κατά τη διάρκεια της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας τους. Έτσι η νοσηλευτική πρακτική και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις έχουν θετική επίδραση στην εξασφάλιση αύξησης του σωματικού βάρους, στη διατήρηση ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος και στη δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και στο νοσηλευτή-τρια. Σε πολλές περιπτώσεις οι πάσχοντες έδειξαν ότι το κίνητρο της συμμόρφωσης με τη θεραπεία προήλθε από τις ισχυρές σχέσεις με τους νοσηλευτές. Οι επίσης πάσχοντες αποτιμούν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δημιούργησε ένα άνετο και παραγωγικό περιβάλλον.

Στο ίδιο θέμα της ενδονοσοκομειακής θεραπείας οι Bravender και συν. (2016) μελετούν το πλαίσιο αυτής της φροντίδας σε εφήβους με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Μέσα από αυτή τη μελέτη γονείς και ασθενείς έδειξαν θετική την προσφορά

των νοσηλευτών κατά την ενδονοσοκομειακή θεραπεία και τον σημαντικό ρόλο, όχι μόνο στην αντιμετώπιση των οξέων ιατρικών επιπλοκών, αλλά και στην ενεργοποίηση του ασθενή και της οικογένειας σχετικά με την ανάγκη για συνεχή θεραπεία.

Σε αυτό το πλαίσιο της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας για ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, οι Kells και συν. (2016) αναφέρουν σαν βασική παράμετρο βελτίωσης της κατάστασης του ασθενούς, την αύξηση του βάρους. Αυτό μπορεί να γίνει με την επίβλεψη του ασθενούς κατά το γεύμα, σαν μια υποστηρικτική παρέμβαση για να βοηθήσει στην ολοκλήρωση του γεύματος και κατά συνέπεια στην αύξηση του σωματικού βάρους. Σε αυτή την παρέμβαση έχει ρόλο ο νοσηλευτής-τρια και φαίνεται ότι η νοσηλευτική επιτήρηση στα γεύματα μπορεί να συντομεύσει τη διάρκεια της παραμονής και να μειώσει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης.

Επίσης και οι Beukers και συν. (2015) τονίζουν το σημαντικό ρόλο των επαγγελματιών υγείας και ειδικότερα των νοσηλευτών στην αποκατάσταση της κανονικής διατροφικής συμπεριφοράς σε ασθενείς με νευρική ανορεξία. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορεί να καταμεριστούν σε τέσσερις κατηγορίες, που έχουν σχέση με την παρακολούθηση και την καθοδήγηση, την ενθάρρυνση και την παροχή κινήτρων, την στήριξη και την κατανόηση και τέλος την εκπαίδευση. Αναλύοντας τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι επαγγελματίες του τομέα υγείας αποσκοπούν κατά κύριο λόγο στην αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς των ασθενών, με παράλληλη κάλυψη των ψυχοκοινωνικών αναγκών.

Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών έχει η θέση και η στάση των φροντιστών των πασχόντων, ιδίως των γονέων, όταν πρόκειται για εφήβους και παιδιά. Οι Treasure και συν. (2016) πιστεύουν ότι όλοι οι κοντινοί άνθρωποι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση των πρώιμων σημείων των διατροφικών διαταραχών και στην εφαρμογή της θεραπείας. Ο ρόλος τους, που σχετίζεται με την ανάρρωση, είναι να στηρίζουν και να κρατήσουν ένα ενιαίο μέτωπο και σε συνεργασία με την επαγγελματική ομάδα, να αποφύγουν τις διαπροσωπικές αντιπαραθέσεις με τον πάσχοντα. Η διαχείριση αυτού του ρόλου είναι δύσκολη, και οι δυνάμεις είναι συχνά περιορισμένες. Σε αυτό το σημείο κρίνεται αναγκαία η εξειδικευμένη εκπαίδευση των φροντιστών, με παρεμβάσεις που εξοπλίζουν τις

οικογένειες και το στενό περιβάλλον με δεξιότητες για να τη διαχείριση αυτών των συμπεριφορών.

Οι Gaudiani και συν. (2016) έδειξαν ότι οι ιατρικές επιπλοκές σε ασθενείς με νευρική ανορεξία δεν διαφέρουν στις διάφορες ηλικιακές ομάδες, μετά την επανασίτιση τους. Έτσι όλοι οι ασθενείς, ανεξάρτητα ηλικίας εμφανίζουν διαταραχές όπως χαμηλά επίπεδα λευκωματίνης ορού, υψηλό δείκτη ομαλοποίησης σχετικά με την πήκτικότητα του αίματος (INR), ουδετεροπενία, βραδυκαρδία, υπογλυκαιμία, ηπατική δυσλειτουργία και υποφωσφαταιμία επανασίτισης.

Τέλος οι Hilker και συν. (2016) συνδέουν την ψυχογενή βουλιμία με μια κατάσταση που ονομάζεται εθισμός στην τροφή και δείχνουν ότι μέσα από μια σύντομη ψυχο-εκπαίδευση μπορεί ο εθισμένος ασθενής να απεξαρτηθεί και να βοηθηθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι διατροφικές διαταραχές σημειώνουν σημαντική αύξηση τα τελευταία χρόνια. Αποτελούν μια σοβαρή ψυχοσωματική διαταραχή, με χρόνια πορεία και δύσκολη αντιμετώπιση. Τα θύματα της ανορεξίας και της βουλιμίας είναι συνήθως νεαρά κορίτσια, στην εφηβική ηλικία και πιο σπάνια άνδρες ή παιδιά.

Οι επαγγελματίες υγείας, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία. Οι σχετικές παρεμβάσεις, βασίζονται στην εκπαίδευση, στην ενθάρρυνση και στην στήριξη του ασθενούς. Οι νοσηλευτές αναπτύσσουν θεραπευτική σχέση με τον ασθενή και με τους συγγενείς του, η οποία έχει σημαντική επίδραση στην διατροφική αποκατάσταση του πάσχοντα. Οι νοσηλευτές έχουν πολύπλευρο ρόλο, καθώς οι παρεμβάσεις τους έχουν σχέση με την παρακολούθηση και την καθοδήγηση, την ενθάρρυνση και την παροχή κινήτρων, την στήριξη και την κατανόηση και τέλος την εκπαίδευση. Η εμπιστοσύνη που χτίζεται ανάμεσα σε ασθενείς και νοσηλευτές έχει θετική επίδραση και στις περισσότερες περιπτώσεις έχει επιτυχές αποτέλεσμα για τον ασθενή.

Από την άλλη, η οικογενειακή θεραπεία έχει εξελιχθεί σε μια θεραπεία με μεγάλη επιτυχία για την αντιμετώπιση αυτών των νοσημάτων. Σε αυτό το πλαίσιο έχουν εφαρμοστεί δυο μοντέλα οικογενειακής θεραπείας: *το πρώτο* επικεντρώνεται στην διαχείριση των συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών, χρησιμοποιώντας έναν ισχυρό γνωστικό συμπεριφορικό προσανατολισμό, ενώ *το δεύτερο* τονίζει τις ενδο- και δια-οικογενειακές σχέσεις εντός ενός συστημικού πλαισίου. Κάθε μοντέλο, παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που μπορεί να προσαρμοστεί σε ανάλογες ειδικές ομάδες και τύπους οικογενειών με μέλη που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές. Οι ατομικές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένης της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας, έχουν επίσης αποτελεσματικότητα. Οι περισσότεροι έφηβοι μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά και με ασφάλεια ως εξωτερικοί ασθενείς. Η ημερήσια νοσηλεία αποτελεί εναλλακτική λύση για την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.

Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι η βιβλιογραφία ασχολείται περισσότερο με το θέμα της ψυχογενούς ανορεξίας και λιγότερο με το θέμα της ψυχογενούς βουλιμίας,

αφού η πρώτη είναι περισσότερο συχνή και είναι αυτή που προβάλλεται περισσότερο, ίσως λόγω της εικόνας που εμφανίζουν αυτά τα άτομα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Achamrah, N., Coëffier, M., Déchelotte, P. (2016). Physical activity in patients with anorexia nervosa. *Nutr Rev*, 74(5):301-11.
- Antipuesto, DJ., (2011). Eating Disorders. Διαθέσιμο στο: <http://nursingcrib.com/nursing-notes-reviewer/bulimia-nervosa>, ανακτήθηκε: (December 27, 2008).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Βάρσου, Ε. (2008). Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής: Κλινική ψυχιατρική προσέγγιση. *Εγκέφαλος*, 45(2):14-18
- Βάρσου, Ε. (2010). Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Ένα σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας αναζητά λύσεις. *Ψυχιατρική*, 21: 189-194.
- Boateng, AA., Sriram, K., Meguid, MM., Crook, M. (2010). Refeeding syndrome: treatment considerations based on collective analysis of literature case reports. *Nutrition*, 26(2):156
- Beukers, L., Berends, T., de Man-van Ginkel, JM., van Elburg, A., van Meijel, B. (2015). Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. *Int J Ment Health Nurs.*, 24(6):519-26.
- Bravender, T, Elkus, H, Lange, H. (2016). Inpatient medical stabilization for adolescents with eating disorders: patient and parent perspectives. *Eat Weight Disord.*, 2(12):345-349
- Bratland-Sanda, S., Rosenving, H., Vrabel, C., Norring, J., Sundgot-Borgen, Ø., Rø, E., Martinsen, W. (2009). Physical activity in treatment units for eating disorders: Clinical practice and attitudes. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia. Bulimia and Obesity*, 14(2): e106–e112

- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Chakraborty, K. Basu, D. (2010). Management of anorexia and bulimia nervosa: An evidence-based review. *Indian J Psychiatry*, 52(2): 174–186.
- Cooper, Z., Fairburn, C. (2009). Management of bulimia nervosa and other binge eating problems. *Advances in psychiatric treatment*, 15: 129–136
- Γονιδάκης, Φ., Βάρσου, Ε. (2008). *Νευρογενής ανορεξία: αυτοφυλακισμένες κοπέλες και το μονοπάτι προς την έξοδο*. Αθήνα: Βήτα.
- Εμμανουηλίδου, Κ. (2011). *Ψυχολογία της διατροφής – Πώς οι διατροφικές συνήθειες αντανακλούν τον συναισθηματικό μας κόσμο*. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Espie, J., Eisler, I. (2015). Focus on anorexia nervosa: modern psychological treatment and guidelines for the adolescent patient. *Adolesc Health Med Ther.*, 6:9-16.
- Garner, D. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 341:1631–1635
- Gaudiani, JL., Brinton, JT., Sabel, AL., Rylander, M., Catanach, B., Mehler, PS. (2016). Medical outcomes for adults hospitalized with severe anorexia nervosa: An analysis by age group. *Int J Eat Disord.*,49(4):378-85.
- Gelin, Z., Cook-Darzens, S., Simon, Y., Hendric, S. (2016). Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review. *Eat Weight Disord.*, 21(1):19-30.
- Hart S., Franklin R., Russell J., Abraham S. (2013). A review of feeding methods used in the treatment of anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 12, 1:36
- Hartmann, A., Weber, S., Herpertz, S., Zeeck, A; German Treatment Guideline Group for Anorexia Nervosa (2011). Psychological treatment for anorexia nervosa: a meta-analysis of standardized mean change. *Psychother Psychosom*, 80(4):216-26.

- Hebebrand, J., Muller, TD., Holtkamp, K., Herpertz-Dahlmann, B. (2007). The role of leptin in anorexia nervosa: clinical implications. *Mol Psychiatry*, 12(1):23-35.
- Higgins, J., Hagman, J., Pan, Z., MacLean, P. (2013) Increased Physical Activity Not Decreased Energy Intake Is Associated with Inpatient Medical Treatment for Anorexia Nervosa in Adolescent Females. *PLoS ONE*, 8(4): e61559.
- Hilker, I., Sánchez, I., Steward, T., Jiménez-Murcia, S., et al. (2016). Food Addiction in Bulimia Nervosa: Clinical Correlates and Association with Response to a Brief Psychoeducational Intervention. *Eur Eat Disord Rev*, 24(6):482-488.
- Jewell, T., Blessitt, E., Stewart, C., Simic, M., Eisler, I. (2016). Family Therapy for Child and Adolescent Eating Disorders: A Critical Review. *Fam Process*, 55(3):577-94.
- Καζάνη, Ι., Σπανού, Β., Τριπόδης, Ν. (2014). Διαταραχές πρόσληψης τροφής μη προσδιοριζόμενες διαφορετικά-Νευρογενής ανορεξία. Ιδία έκδοση.
- Kaplan E., Sadock B. (2007). *Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα.
- Kells, M., Kelly-Weeder, S. (2016). Nasogastric Tube Feeding for Individuals With Anorexia Nervosa: An Integrative Review. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.*, 22(6):449-468.
- Kells, M., Schubert-Bob, P., Nagle, K., Hitchko, L., O'Neil, K., Forbes, P., McCabe, M. (2016). Meal Supervision During Medical Hospitalization for Eating Disorders. *Clin Nurs Res.*, 2(2):34-45
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Linna, S., Raevuori, A., Sihvola, E., Bulik, M. (2009). Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychological Medicine*, 39: 823-831.
- Khan, L., Ahmed, J., Khan, S., MacFie J. (2010). Refeeding Syndrome: A Literature Review. *Gastroenterology Research and Practice*, 1:1-6

- Κωνσταντακόπουλος, Γ., Γεραρχάκη, Μ. (2015). *Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, στο Υλοποίηση Δράσεων Ευαισθητοποίησης και Ενημέρωσης του Πληθυσμού και Διεξαγωγή Πανελλαδικής Μελέτης-Ερευνας για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής*. Αθήνα
- Λαγούδης, Α., Μποζίκας, Β. (2009). Ψυχογενής Ανορεξία: Διαγνωστικά λαβύρινθος και θεραπευτικά γρίφος. *Ψυχιατρική*, 20:129–131
- Mairs, R, Nicholls, D. (2016). Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child*, 101(12):1168-1175.
- Marzola E., Nasser, J., Hashim, S., Shih, P., Kaye W. (2013). Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment. *BMC Psychiatry*, 13: 290.
- MARSIPAN. (2014). *Working group of Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa*. The Royal Colleges of Psychiatrists, Physicians and Pathologists
- Marugán de Miguelsanz, JM., Torres Hinojal Mdel, C., Geijo Uribe, MS., Redondo Del Río, MP., Mongil López, B., De Brito García-Sousa, I., Caballero Sanz, I., Eiros Bouza, JM. (2016). Nutritional approach of inpatients with anorexia nervosa. *Nutr Hosp.*, 33(3):258.
- Mehler, P., Rylander, M. (2015). Bulimia Nervosa – medical complications. *Journal of Eating Disorders*, 3:12
- Μπέλλος, Σ., Σκαπινάκης, Π., Πετρίκης, Π., Μαυρέας Β. (2014). *Κατευθυντήριες Οδηγίες Ελλήνων Εμπειρογνομόνων για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής σε ενηλίκους*. Πρόγραμμα ΨΥΧΟΔΙΑΒΑΣΗ: Ανάπτυξη Κατευθυντήριων Οδηγιών και Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων για την αντιμετώπιση των σημαντικότερων ψυχικών διαταραχών
- Palmer, B. (2000). Eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 176(2):197-199

- Περουτσή, Α., Γονιδάκης, Φ. (2011). Διαταραχές πρόσληψης τροφής και μέσα μαζικής επικοινωνίας. *Ψυχιατρική*, 22:231–239
- Pettersson, C., Tubic, B., Svedlund, A., Magnusson, P., Ellegård, L., Swolin-Eide, D., Forslund, HB. (2016). Description of an intensive nutrition therapy in hospitalized adolescents with anorexia nervosa. *Eat Behav.*, 21:172-8.
- Robinson, A., Dolhanty J., Greenberg L. (2015). Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Clin Psychol Psychother.*, 22(1):75-82.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med.*, 9(3):429-48.
- Schlegl, S., Diedrich, A., Neumayr, C., Fumi, M., Naab, S., Voderholzer, U. (2016). Inpatient Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa: Clinical Significance and Predictors of Treatment Outcome. *Eur Eat Disord Rev.*, 24(3):214-22.
- Στρατουδάκης, Γ., Τζανάκης, Ε. (2004). Η νευρογενής ανορεξία στη γυναίκα ασθενή. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(5):413-421
- Swanson, SA., Crow, SJ., Le Grange, D., Swendsen, J., Merikangaset, KR. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68: 714-723.
- Τάλλιου, Χ., Παπαχρήστου, Δ. (2014). Νευρική ανορεξία και οστικός μεταβολισμός. *Επιστημονικά Χρονικά*, 19(3): 226-234.
- Treasure, J., Nazar, BP. (2016). Interventions for the Carers of Patients With Eating Disorders. *Curr Psychiatry Rep.*, 18(2):16.
- Τριανταφύλλου, Β. (2014). Νευρογενής ή ψυχογενής ανορεξία. *Νοσοκομειακά Χρονικά*, 76, Supplement 1, 409-425

- Yager, J. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*, 157(Suppl 1):1-39
- Zipfel S., Giel K., Bulik C., Hay P., Schmidt U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry*, 2(12):1099–1111
- Zugai, J., Stein-Parbury, J., Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa. *J Clin Nurs.*, 22(13-14):2020-9.