

ΜΑΡΙΑ ΚΑΡΑΠΑΤΣΙΑ • ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΣ ΓΟΝΙΔΑΚΗΣ

# Η Ψυχογενής Ανορεξία στην Ψυχιατρική Κλινική

Ένας σύντομος οδηγός  
για την ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση  
της Ψυχογενούς Ανορεξίας

ΕΚΔΟΣΕΙΣ  
**ΕΒΗΤΑ**  
medical arts



# Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ



# Η Ψυχογενής Ανορεξία στην Ψυχιατρική Κλινική

Ένας Σύντομος Οδηγός  
για την Ενδονοσοκομειακή Αντιμετώπιση  
της Ψυχογενούς Ανορεξίας

*Μαρία Καραπατσιά*  
*Φραγκίσκος Γονιδάκης*

**Η Ψυχογενής Ανορεξία στην Ψυχιατρική Κλινική:  
Ένας Σύντομος Οδηγός για την Ενδονοσοκομειακή Αντιμετώπιση  
της Ψυχογενούς Ανορεξίας**

*Μαρία Καραπατσιά, Φραγκίσκος Γονιδάκης*

Copyright © 2021, Μαρία Καραπατσιά, Φραγκίσκος Γονιδάκης

*Το εξώφυλλο επιμελήθηκαν ο Φραγκίσκος και η Ειρήνη Γονιδάκη*

Το βιβλίο αυτό δημιουργήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος προαγωγής υγείας σε ευπαθείς πληθυσμούς που χρηματοδοτείται από την Περιφέρεια Αττικής και υλοποιείται από την Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Επιμέλεια – Παραγωγή:

BHTA Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ  
Αδριανείου 3 & Κατεχάκη, 115 25 Αθήνα (Ν. Ψυχικό)  
Τηλ. 210-67 14 371 – 67 14 340, Fax: 210-67 15 015  
e-mail: betamedarts@otenet.gr  
e-shop: www.betamedarts.gr  
EN ISO 9001:2000  
facebook/BHTA Ιατρικές Εκδόσεις

ISBN: 978-960-452-308-5

---

Απαγορεύεται η αναδημοσίευση και γενικά η αναπαραγωγή εν όλω ή εν μέρει ή περιληπτικά, κατά παράφραση ή διασκευή του παρόντος έργου με οποιοδήποτε μέσο ή τρόπο, μηχανικό, ηλεκτρονικό, φωτοτυπικό, ηχογραφήσεως ή άλλως πως, σύμφωνα με τον Ν. 2121/1993 και τους λοιπούς κανόνες ημεδαπού και διεθνούς δικαίου, χωρίς τη γραπτή άδεια των συγγραφέων.

*Στο προσωπικό, τους εθελοντές και τους νοσηλευόμενους  
στη Μονάδα Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής  
του Αιγινήτειου Νοσοκομείου*



# Περιεχόμενα

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Ψυχογενής Ανορεξία 1

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αξιολόγηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας 9

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Εισαγωγή στο Νοσοκομείο 21

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Η Νοσηλεία στην Ψυχιατρική Κλινική 29

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Η Ψυχοθεραπεία στην Ψυχιατρική Κλινική 51

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

Εξιτήριο και Εξωνοσοκομειακή Παρακολούθηση 67

Επίλογος 69

Βιβλιογραφία 71





# Πρόλογος



Ο σύντομος αυτός οδηγός έχει γραφτεί με σκοπό να χρησιμοποιηθεί από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, καθώς και όλους τους ειδικούς υγείας οι οποίοι εργάζονται σε γενικά νοσοκομεία ή ψυχιατρικές κλινικές και ενδιαφέρονται για την ενδονοσοκομειακή θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Ο οδηγός είναι βασισμένος τόσο στη βιβλιογραφία όσο και στην κλινική εμπειρία της Μονάδας Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του ΕΚΠΑ. Ωστόσο, κάθε κλινικός χρειάζεται να τον προσαρμόσει με βάση τις δικές του ανάγκες και της δομής στην οποία εργάζεται.

Ελπίζουμε να αποτελέσει ένα εύχρηστο και χρήσιμο εργαλείο για την υποστήριξη των νοσηλευόμενων πασχόντων από Ψυχογενή Ανορεξία.



# Ψυχογενής Ανορεξία

Έχει περάσει περισσότερο από ενάμιση αιώνας από τις πρώτες σύγχρονες περιγραφές της Ψυχογενούς Ανορεξίας στην ιατρική βιβλιογραφία (Doerr-Zegers & Pelegrina-Cetran 2016). Ωστόσο ακόμη και σήμερα η κατανόηση και η θεραπεία της αποτελούν μια δύσκολη πρόκληση που απαιτεί τη συνεργασία πολλών ειδικών της υγείας. Η Ψυχογενής Ανορεξία διαφοροποιείται από τις υπόλοιπες ψυχιατρικές διαταραχές, καθώς τα άτομα που πάσχουν από αυτήν εμφανίζουν συχνά σοβαρές ιατρικές επιπλοκές, δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν την ύπαρξη της διαταραχής, δείχνουν έντονη απροθυμία για θεραπεία και συχνά τη διακόπτουν πρόωρα (Surgenor et al 2004, Mewes et al 2008, DSM-V 2013, Hubert et al 2013).

## 1. Διαγνωστικά Κριτήρια

Στο Στατιστικό και Διαγνωστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-V) περιγράφονται τρία κύρια χαρακτηριστικά της Ψυχογενούς Ανορεξίας:

- A. Ο επίμονος περιορισμός της ενεργειακής πρόσληψης, ο οποίος οδηγεί σε χαμηλό σωματικό βάρος, χαμηλότερο από ό,τι φυσιολογικά ορίζεται με βάση την ηλικία, το φύλο και τη σωματική υγεία.
- B. Ο έντονος φόβος μήπως αυξηθεί το βάρος ή η επίμονη συμπεριφορά η οποία παρεμβαίνει στην πρόσληψη βάρους.

Γ. Η διαταραγμένη αντίληψη του σωματικού βάρους και σχήματος και η επίμονη έλλειψη αντίληψης της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού βάρους.

Τα άτομα που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία δυσκολεύονται να αντιληφθούν πόσο μειωμένο είναι το σωματικό τους βάρος ενώ ακόμα και αν σε κάποιες περιπτώσεις καταλαβαίνουν πόσο αδύνατα είναι δεν μπορούν να αντιληφθούν τη σοβαρότητα και την επικινδυνότητα του υποσιτισμού τους. Πολύ συχνά, το μεγαλύτερο μέρος της αυτοπεποίθησής τους βασίζεται στο πώς αντιλαμβάνονται το σωματικό βάρος και σχήμα με αποτέλεσμα η απώλεια σωματικού βάρους να θεωρείται σημαντικό επίτευγμα και να τους προσφέρει μια αίσθηση ελέγχου (APA 2013). Τα διαγνωστικά κριτήρια παρουσιάζονται στον πίνακα 1:

Αναφορικά με τη σοβαρότητα της διαταραχής για τους ενηλίκους βασίζεται στον Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ).<sup>1</sup> Το εύρος ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Το επίπεδο σοβαρότητας μπορεί να αυξηθεί ώστε να αντανακλά τα κλινικά συμπτώματα, τον βαθμό της λειτουργικής αναπηρίας και την ανάγκη για επιτήρηση.

Ήπια:	ΔΜΣ >17
Μέτρια:	ΔΜΣ 16–16,99
Σοβαρή:	ΔΜΣ 15–15,99
Πολύ σοβαρή:	ΔΜΣ <15

## 2. Επιδημιολογικά Δεδομένα

Η διά βίου επίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας για νεαρές γυναίκες είναι περίπου 1,7% και η επίπτωση σημείου είναι περίπου 0,4% (APA 2013). Η διαταραχή συναντάται πιο σπάνια στους άνδρες, σε μια αναλογία γυναικών-ανδρών 9:1, χωρίς να υπάρχουν πολλά δεδομένα σχετικά με το ποσοστό των ανδρών που νοσεί (APA 2013).

---

<sup>1</sup>Ο ΔΜΣ προσδιορίζεται από το σωματικού βάρους σε κιλά διά το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα.

**Πίνακας 1. Διαγνωστικά Κριτήρια σύμφωνα με το DSM-V, 2013.**

- A. Περιορισμός της ενεργειακής πρόσληψης σε σχέση με τις απαιτήσεις, ο οποίος οδηγεί σε σημαντικά χαμηλό σωματικό βάρος σύμφωνα με την ηλικία, το φύλο, την αναπτυξιακή τροχιά και τη σωματική υγεία. Σημαντικά χαμηλό βάρος ορίζεται το βάρος που είναι λιγότερο από το ελάχιστο φυσιολογικό ή όσον αφορά στα παιδιά και τους εφήβους λιγότερο από το αναμενόμενο ελάχιστο.
- B. Έντονος φόβος μήπως αυξηθεί το βάρος ή παχύνει ή επίμονη συμπεριφορά η οποία παρεμβαίνει στην πρόσληψη βάρους, ακόμη και σε ιδιαίτερα χαμηλό βάρος.
- Γ. Διαταραγμένη αντίληψη του σωματικού βάρους και σχήματος, υπερβολική επίδραση του σωματικού βάρους ή σχήματος στην αυτο-αξιολόγηση ή επίμονη έλλειψη αντίληψης της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού βάρους.

**Δύο τύποι Ψυχογενούς Ανορεξίας**

**Περιοριστικός τύπος:** Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών, το άτομο δεν έχει συμπεριφορές επαναλαμβανόμενων επεισοδίων υπερφαγίας ή εμετού (π.χ. αυτο-προκαλούμενος εμετός ή κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή κλύσμα). Αυτός ο υπο-τύπος περιγράφει καταστάσεις κατά τις οποίες η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται πρωταρχικά μέσω δίαιτας, νηστείας ή/και υπερβολικής άσκησης.

**Υπερφαγικός/καθαρτικός τύπος:** Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών, το άτομο έχει επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγικής ή καθαρτικής συμπεριφοράς (π.χ. αυτο-προκαλούμενος εμετός ή κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή κλύσμα).

**Διευκρινίστε αν:**

**Μερική ύφεση:** Τα πλήρη κριτήρια για την Ψυχογενή Ανορεξία πληρούνταν στο παρελθόν. Το κριτήριο A (χαμηλό σωματικό βάρος) δεν συναντάται για μια παρατεταμένη περίοδο, αλλά είτε το κριτήριο B (έντονος φόβος να πάρει βάρος ή να παχύνει ή συμπεριφορά η οποία παρεμβαίνει στην απόκτηση βάρους) είτε το κριτήριο Γ (διαταραγμένη αντίληψη σωματικού βάρους και σχήματος) πληρείται ακόμα.

**Πλήρης ύφεση:** Αφού προηγουμένως πληρούνταν όλα τα κριτήρια, κανένα κριτήριο δεν συναντάται για μια παρατεταμένη περίοδο.

Υπολογίζεται ότι περίπου 46% των ασθενών αναρρώνει από την Ψυχογενή Ανορεξία, περίπου, 34% βελτιώνεται μερικώς και ένα 20% αναπτύσσει χρόνια διαταραχή (Steinhausen 2002, Berents et al 2018). Το ποσοστό θνησιμότητας υπολογίζεται στο 5% (Steinhausen 2002, Holm et al 2012). Το ποσοστό αυτό έχει βελτιωθεί από το 10% που ήταν στο παρελθόν λόγω της προόδου τόσο της ψυχιατρικής στη θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας όσο και της παθολογίας στην αντιμετώπιση των συνεπειών του υποσιτισμού.

### 3. Πορεία και Πρόγνωση

Ο πρώτος βασικός παράγοντας που επηρεάζει την πορεία της διαταραχής είναι η παραμονή του πάσχοντα στη θεραπεία. Δυστυχώς στην Ψυχογενή Ανορεξία παρατηρείται υψηλό ποσοστό πρόωρης διακοπής της θεραπείας. Από τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί φαίνεται ότι ο χαμηλός δείκτης μάζας σώματος, η Ψυχογενής Ανορεξία καθαρτικού τύπου, η ηλικία, ο βαθμός σοβαρότητας της διαταραχής, η συνύπαρξη διαταραχών προσωπικότητας, η παρορμητικότητα, το ιστορικό αυτοτραυματισμών και αποπειρών αυτοκτονίας και ο φόβος ωριμότητας είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες πρόωρης διακοπής της θεραπείας (Carter et al 2004, Surgenor et al 2004, Woodside et al 2004, Mewes et al 2008). Το ποσοστό πρόωρης διακοπής αναφέρεται σε έρευνες από 9% έως και 57,6% (Steinhausen 2002, Carter et al 2004, Hubert et al 2013).

Ο δεύτερος βασικός παράγοντας είναι η αποφυγή της υποτροπής. Η πρόωρη διακοπή της θεραπείας προβλέπει ένα πτωχότερο θεραπευτικό αποτέλεσμα και αυξημένο κίνδυνο υποτροπής μέσα στον πρώτο χρόνο (Carter et al 2004, Berends et al 2018). Η Ανορεξία καθαρτικού τύπου, η σοβαρότητα συμπεριφορών ελέγχου κατά την περίοδο πριν τη θεραπεία, το μειωμένο κίνητρο κατά τη θεραπεία και επίσης το μειωμένο κίνητρο για ανάρρωση κατά την περίοδο μετά τη θεραπεία φαίνεται να είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες που καθορίζουν την πιθανότητα υποτροπής (Carter et al 2012, Fennig et al 2015).

Δεν είναι ξεκάθαρο, ωστόσο, αν το αυξημένο ποσοστό υποτροπής είναι συνέπεια προβλημάτων κατά την αρχική αξιολόγηση ή της ελ-

λιπούς πρόβλεψης των στρατηγικών υποτροπής (Carter et al 2014). Υποστηρίζεται ότι χρειάζονται περισσότερες έρευνες σχετικά με τους παράγοντες επικινδυνότητας για πρόωρη διακοπή και επιπλέον έρευνες για το εάν η πληροφορία αυτή θα μπορούσε να είναι βοηθητική στην πρόληψη τη υποτροπής (Surgenor et al 2004). Το συνολικό εκτιμώμενο ποσοστό της υποτροπής στην Ψυχογενή Ανορεξία υπολογίζεται περίπου στο 31% ανεξαρτήτως ηλικίας (Berents et al 2018).

## 4. Αιτιολογία

Η αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι πολυπαραγοντική. Βιολογικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με ψυχοκοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες στην εμφάνιση της διαταραχής ενώ παράγοντες, όπως ο υποσιτισμός και οι αντιδράσεις των άλλων στην ανορεκτική συμπεριφορά, συμβάλλουν στην ενίσχυση και τη διαιώνιση της διαταραχής.

### *Γενετικοί παράγοντες*

Παρότι, για δεκαετίες, η οικογένεια και οι κοινωνικοί παράγοντες θεωρούνταν υπεύθυνοι για την Ψυχογενή Ανορεξία, οι έρευνες τα τελευταία χρόνια δείχνουν ότι υπάρχει ισχυρό γενετικό υπόβαθρο στη διαταραχή.

Μελέτες διδύμων δείχνουν ότι η συχνότητα εμφάνισης σε μονοζυγωτικά δίδυμα είναι περίπου 44% και σε διζυγωτικά δίδυμα περίπου 12,5% (Kirman et al 1999). Πρώτου βαθμού συγγενείς φαίνεται να έχουν από 6 έως και 10 φορές περισσότερο κίνδυνο εμφάνισης Ψυχογενούς Ανορεξίας σε σύγκριση με συγγενείς ατόμων που δεν πάσχουν από τη διαταραχή (Kirman et al 1999, Pinheiro et al 2009).

Γονιδιακές μελέτες σύνδεσης έχουν δείξει κάποιες περιοχές ιδιαίτερου ενδιαφέροντος σχετικά με την Ψυχογενή Ανορεξία, όπως τα χρωμοσώματα 1, 2, 10, 11 και 19 (Pinheiro et al 2009). Επίσης, μελέτες συσχέτισης δείχνουν ότι κάποια δυσλειτουργία στο σεροτονινεργικό ή/και ντοπαμινεργικό σύστημα συμβάλλει στην εμφάνιση της διαταραχής (Kirman et al 1999, Bulik 2005, Pinheiro et al 2009). Υπάρχουν ακόμη πολλές μελέτες οι οποίες προσφέρουν μια πληθώρα αποδείξεων



για τη βιολογική βάση της Ψυχογενούς Ανορεξίας (Γονιδάκης & Βάρσου 2008). Μάλιστα νεότερες μελέτες που στηρίζονται στην ολική ανάλυση του γονιδιώματος έδειξαν ότι η ψυχογενής ανορεξία μοιράζεται κοινά γενετικά χαρακτηριστικά όχι μόνο με τις ψυχιατρικές νόσους όπως είναι η κατάθλιψη αλλά και με μεταβολικά νοσήματα που αφορούν στη ρύθμιση της γλυκόζης και των λιπιδίων (Watson et al 2019). Αυτό το μοναδικό χαρακτηριστικό της Ψυχογενούς Ανορεξίας την κάνει να είναι η πρώτη ίσως «μεταβο-ψυχική» νόσος.

### *Οικογενειακοί παράγοντες*

Τα οικογενειακά δυναμικά φαίνεται να επηρεάζουν την εμφάνιση και διατήρηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας χαρακτηρίζονται από πτωχή επικοινωνία, διαμάχες, επικριτικότητα και έλλειψη υποστήριξης (Emanuelli et al 2004, Sim et al 2009). Επίσης συχνά οι οικογένειες αυτές περιγράφονται ως υπερπροστατευτικές και ελεγκτικές (Sim et al 2009). Σε μελέτες στις οποίες ζητήθηκαν οι απόψεις των μελών σχετικά με τη λειτουργία της οικογένειας βρέθηκε ότι οι κοπέλες που έπασχαν από Ψυχογενή Ανορεξία είχαν διαφορετική άποψη από τις μητέρες τους και ακόμη πιο διαφορετική από τους πατέρες τους. Οι μητέρες των κοριτσιών που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία φαίνεται να έχουν μειωμένη ικανοποίηση και αίσθηση αποτελεσματικότητας στον γονικό τους ρόλο και μειωμένη συμμαχία με τον πατέρα (Sim et al 2009). Κοπέλες που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία υπερφαγικού/καθαρτικού τύπου περιγράφουν την οικογενειακή λειτουργία ως δυσλειτουργική σε σύγκριση με τις κοπέλες με Ψυχογενή Ανορεξία περιοριστικού τύπου (Casper & Troiani 2001, Tozzi et al 2003).

### *Προσωπικότητα*

Αρκετά στοιχεία προσωπικότητας έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας, όπως η αυξημένη αρνητική συναισθηματικότητα, η αυξημένη αντιδραστικότητα στο στρες, η ψυχαναγκαστικότητα, η χαμηλή αυτοπεποίθηση, η αποφυγή των καινούργιων εμπειριών και η αποφυγή έκθεσης σε κινδύνους (Tozzi et al 2003, Perkins et al 2005

Torres et al 2011). Επίσης, συχνά τα άτομα που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία εμφανίζουν κλινική τελειοθηρία, βλέπουν τα επιτεύγματά τους με όρους άσπρου-μαύρου, οτιδήποτε εκτός του άριστου θεωρείται αποτυχία και τέλος έχουν μια έντονη επιθυμία να έχουν συνεχώς και σταθερά την αποδοχή των άλλων (Halmi et al 2000).

### *Κοινωνικοί παράγοντες*

Ένας σημαντικός εκλυτικός παράγοντας της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι η κουλτούρα και τα κοινωνικά πρότυπα τα οποία προβάλλονται, όπως το ιδανικό του αδύνατου σώματος. Ωστόσο, τα κοινωνικά πρότυπα δεν είναι αρκετά από μόνα τους για να εμφανίσει μια γυναίκα Ψυχογενή Ανορεξία ή άλλη διαταραχή πρόσληψης τροφής, καθώς όλες οι γυναίκες εκτίθενται σε αυτόν τον παράγοντα. Φαίνεται ότι είναι πολύ σημαντικό το πώς μεταδίδουν και σε ποιον βαθμό υποστηρίζουν τα πρότυπα αυτά και οι διαμεσολαβητές των πολιτισμικών προτύπων, όπως η οικογένεια και η ομάδα συνομηλίκων, οι οποίοι επηρεάζουν άμεσα την ανάπτυξη του εαυτού και τη διαμόρφωση της αυτο-εικόνας (Haworth-Hoerrner 2000).

### *Πρώιμα γεγονότα ζωής*

Οι μελέτες δείχνουν ότι η Ψυχογενής Ανορεξία είναι περίπου 3,6 φορές συχνότερη σε άτομα που γεννήθηκαν πρόωρα και ειδικά εάν ήταν ελλιποβαρή. Πιθανόν πρόωρα παιδιά τα οποία έχουν υποστεί ήπιες εγκεφαλικές βλάβες να εμφανίζουν δυσκολίες στην πρόσληψη τροφής στην παιδική ή/και εφηβική ζωή (Bulik 2005).

### *Η στέρηση τροφής*

Η δίαιτα είναι ένας από τους πιο ενοχοποιημένους εκλυτικούς παράγοντες της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Φαίνεται να προηγείται συχνά της ανάπτυξης της διαταραχής, καθώς πολλές γυναίκες αναφέρουν ότι αρχικά ξεκίνησαν δίαιτα και κάποια στιγμή έχασαν τον έλεγχο όσον αφορά στη συμπεριφορά πρόσληψης τροφής (Tozzi et al 2003). Στην

πραγματικότητα ο πυροδοτικός μηχανισμός της διαταραχής φαίνεται να είναι η για οποιονδήποτε λόγο στέρηση τροφής. Η δίαιτα είναι μια μορφή εκούσιας στέρησης τροφής που παρατηρείται πάρα πολύ συχνά στις δυτικές ή δυτικοποιημένες κοινωνίες λόγω της αποθέωσης του προτύπου της ισχνής ομορφιάς. Επίσης τα τελευταία έτη η σύνδεση μεταξύ των στρεσογόνων γεγονότων και της πυροδότησης της έναρξης των διαταραχών πρόσληψης τροφής έχει κερδίσει ιδιαίτερο κλινικό και ερευνητικό ενδιαφέρον (Mazzeo & Bulik 2008).

Ο παρατεταμένος υποσιτισμός οδηγεί σε μειωμένη εγκεφαλική λειτουργία, ειδικά όσον αφορά στο αυτο-ρυθμιστικό σύστημα. Η αδυναμία των πασχόντων να σταματήσουν την καταναγκαστική συμπεριφορά και να ρυθμίσουν τα συναισθήματά τους συνεισφέρει στη διατήρηση της διαταραχής (Treasure & Russell 2011). Επιπλέον, ο τρόπος με τον οποίον αντιδρούν οι σημαντικοί άλλοι στην ανορεκτική συμπεριφορά και τις συνέπειές της συμβάλλει στη διαιώνιση της διαταραχής. Ο θαυμασμός για την απώλεια του βάρους και το αδύνατο σώμα μπορεί στα αρχικά στάδια της διαταραχής να λειτουργήσει ενισχυτικά. Η απάντηση των σημαντικών άλλων στη συμπτωματολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας μπορεί επίσης να λειτουργήσει ως ενισχυτής της διαταραχής. Για παράδειγμα, η ανησυχία για τον υποσιτισμό δίνει στο άτομο την προσοχή που δεν είχε πριν («επιτέλους ακούγομαι») ή χαλαρώνουν οι απαιτήσεις του άμεσου περιβάλλοντος («δεν χρειάζεται να συνεχίσω να πετυχαίνω») ή ακόμη οι οικείοι, φοβούμενοι την επιδείνωση, υποχωρούν σε απαιτήσεις του πάσχοντα χωρίς να συμφωνούν.



# Αξιολόγηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας

**Ο**ι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ταυτόχρονα ως ψυχιατρικά και παθολογικά περιστατικά. Στην Ψυχογενή Ανορεξία υπάρχουν ήπιες έως πολύ σοβαρές οργανικές επιπλοκές οι οποίες επηρεάζουν την πορεία και πρόγνωση της και αποτελούν δείκτες αξιολόγησης της διαταραχής, όπως και της αναγκαιότητας για ενδονοσοκομειακή θεραπεία.

Εκτός από την αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας που σχετίζεται με την Ψυχογενή Ανορεξία είναι σημαντική η αξιολόγηση και η διάγνωση της πιθανής συννόσησης. Η συννόσηση επηρεάζει την πορεία και την πρόγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας και είναι πολύ σημαντικό να γίνεται η αξιολόγηση και ταυτόχρονη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών από τις οποίες μπορεί να πάσχει το άτομο.

## 1. Ψυχιατρική Αξιολόγηση

Η συννόσηση με ψυχικές διαταραχές, όπως η Κατάθλιψη, οι Αγχώδεις Διαταραχές, οι Διαταραχές Προσωπικότητας, η χρήση ουσιών και η κατάχρηση φαρμάκων είναι συχνή στην Ψυχογενή Ανορεξία (Steinhausen 2002, APA 2013). Παρότι σε κάποιες περιπτώσεις η εμφάνιση των συμπτωμάτων της κακής διάθεσης, των ιδεοληψιών και της καταναγκαστικής συμπεριφοράς είναι δευτερογενείς συνέπειες του υποσιτισμού, μπορεί

να μην υποχωρούν και μετά την αποκατάσταση του βάρους με αποτέλεσμα να χρειάζεται να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά (Attia et al 1998).

Θα πρέπει, επίσης, να σημειωθεί ότι ψυχιατρικές διαταραχές όπως είναι η Κατάθλιψη, η ομάδα των αγχωδών διαταραχών και οι διαταραχές του ιδεοψυχαναγκαστικού φάσματος μπορεί να συνυπάρχουν με την Ψυχογενή Ανορεξία και να είναι ανεξάρτητες από τις συνέπειες του υποσιτισμού (Attia et al 1998, APA 2013). Περίπου 97% των ατόμων που νοσηλεύονται με Ψυχογενή Ανορεξία παρουσιάζουν συννόσηση με μία τουλάχιστον άλλη ψυχική νόσο (Blinder et al 2006). Η συνύπαρξη και άλλων ψυχικών διαταραχών με την Ψυχογενή Ανορεξία επηρεάζει την πορεία και τη θεραπεία της διαταραχής, κάτι που κάνει αναγκαία την αξιολόγηση και θεραπεία των συνοδών διαταραχών (Steinhausen 2002, Blinder et al 2006).

### *Ψυχογενής ανορεξία και κατάθλιψη*

Αρκετοί πάσχοντες από Ψυχογενή Ανορεξία όταν είναι σοβαρά ελλειποβαρείς εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, όπως κακή διάθεση, κοινωνική απόσυρση και ευερεθιστότητα. Πολλά από αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι δευτερογενείς συνέπειες του υποσιτισμού, ωστόσο όταν είναι αρκετά σοβαρά και επίμονα δίνεται επιπλέον η διάγνωση της Κατάθλιψης (APA 2013). Σε γυναίκες που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία έχει βρεθεί ότι μπορεί να υπάρχει συννόσηση με Κατάθλιψη έως και 50% και αυτό ίσως να οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης και των δύο διαταραχών (Wade et al 2000).

Η συννόσηση με Κατάθλιψη φαίνεται να επηρεάζει την αύξηση του βάρους η οποία είναι πρωταρχικός στόχος σοβαρά υποσιτισμένων ασθενών κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Η επίδραση στην αύξηση του βάρους οφείλεται στο γεγονός ότι η Κατάθλιψη επηρεάζει τη γενικότερη ψυχοπαθολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας, μειώνει το κίνητρο των ασθενών και έχει βιολογικές επιπτώσεις στην όρεξη (Eskild-Jensen et al 2020).

Η συννόσηση Ψυχογενούς Ανορεξίας και Κατάθλιψης φαίνεται να αυξάνει ακόμη και τον κίνδυνο οστεοπόρωσης σε νεαρά κορίτσια σε

σύγκριση με κορίτσια που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία χωρίς κατάθλιψη (Konstantynowicz et al 2005).

### *Ψυχογενής ανορεξία και αγχώδεις διαταραχές*

Οι πάσχοντες από Ψυχογενή Ανορεξία αναφέρουν συχνά την παρουσία είτε συμπτωμάτων κάποιας αγχώδους διαταραχής είτε έντονου άγχους πριν την έναρξη της διατροφικής διαταραχής (APA 2013, Steinglass et al 2010). Το άγχος επιδεινώνει τα συμπτώματα της Ψυχογενούς Ανορεξίας και εμποδίζει τη θεραπεία. Δεν είναι γνωστό ποιες είναι ακριβώς οι διαδικασίες που τροφοδοτούν το άγχος στην Ψυχογενή Ανορεξία ωστόσο φαίνεται ότι η συνεχής ανησυχία και η δυσκολία αντοχής της αβεβαιότητας λειτουργούν επιβαρυντικά στην ψυχοπαθολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας (Sternheim 2015). Το άγχος και η ψυχαναγκαστικότητα οδηγούν στον φόβο, την αποφυγή του φαγητού και την άκαμπτη διατροφική συμπεριφορά τα οποία με τη σειρά τους οδηγούν στην απώλεια του βάρους. Η απώλεια του βάρους αυξάνει περαιτέρω το άγχος και την ψυχαναγκαστικότητα που σχετίζεται με την πρόσληψη τροφής, το σχήμα και το βάρος του σώματος. Έτσι συνεχίζεται ο φαύλος κύκλος της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς (Steinglass et al 2010).

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η συννόσηση Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής και Ψυχογενούς Ανορεξίας μπορεί να φτάνει έως και 40%. Γυναίκες με Ψυχογενή Ανορεξία έχουν έως και έξι φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή και το αντίστροφο. Υποστηρίζεται ότι η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή και η Ψυχογενής Ανορεξία μοιράζονται κάποιους κοινούς γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και αυτό εξηγεί τα αυξημένα ποσοστά συνύπαρξής τους (Dellana et al 2011).

Υψηλή συννόσηση υπάρχει και μεταξύ Ιδιοψυχαναγκαστικής Διαταραχής και Ψυχογενούς Ανορεξίας, η οποία εκτιμάται από 17,5% έως 66% (Roberts et al 2011, APA 2013). Η διά βίου παρουσία εμμονών και καταναγκασμών εμφανίζονται σε 68% των πασχόντων στην Ψυχογενή Ανορεξία περιοριστικού τύπου και σε 79,1% στην Ψυχογενή Ανορεξία υπερφαγικού/καθαρτικού τύπου (Halmi et al 2003).

Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα σχετιζόμενα ή όχι με την τροφή είναι συχνά προεξέχοντα σε πάσχοντες από Ψυχογενή Ανορεξία (APA 2013). Οι εμμονές αυτές και οι καταναγκασμοί σχετικά με το φαγητό μπορεί να εντείνονται με τον υποσιτισμό. Όταν οι εμμονές και οι καταναγκασμοί δεν σχετίζονται με το φαγητό, το σχήμα και το βάρος του σώματος, τότε μπορεί να δοθεί η διάγνωση της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής (APA 2013). Η ύπαρξη έντονης συμπτωματολογίας Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής έχει σχετιστεί με πτωχό θεραπευτικό αποτέλεσμα (Roberts et al 2011).

### *Ψυχογενής ανορεξία και εξαρτήσεις*

Τα άτομα που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία υπερφαγικού/καθαρτικού τύπου σε σύγκριση με αυτά που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία περιοριστικού τύπου εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά παρорρητικότητας και κάνουν συχνότερα κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών (APA 2013). Μάλιστα, σε φοιτητικούς πληθυσμούς κυρίως στις ΗΠΑ έχει επικρατήσει ο όρος *drunkorexia* που αναφέρεται σε συγκεκριμένες συμπεριφορές κατάχρησης αλκοόλ με στόχο είτε το άτομο να μεθύσει και να αποφύγει να φάει είτε να στερηθεί την τροφή για να μεγιστοποιηθεί η μέθη από την κατάχρηση αλκοόλ (Griffin & Vogt 2020).

Τα άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία μπορεί επίσης να κάνουν κατάχρηση φαρμάκων με στόχο να μειώσουν το βάρος ή να αποφύγουν την αύξηση του βάρους. Τέλος, πάσχοντες από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 μπορεί να παραλείψουν ή να μειώσουν την ινσουλίνη με στόχο να μειώσουν την απορρόφηση της γλυκόζης από τον οργανισμό και έτσι να οδηγηθούν σε μείωση του σωματικού τους βάρους (APA 2013).

### *Ψυχογενής ανορεξία και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά*

Στην Ψυχογενή Ανορεξία η θνησιμότητα είναι αυξημένη σε σύγκριση με τις άλλες ψυχικές διαταραχές. Το 20–50% των θανάτων σε πάσχοντες από Ψυχογενή Ανορεξία οφείλεται σε αυτοκτονία (Fichter & Quadflieg 2016). Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος στην Ψυχογενή Ανο-

ρεξία, με το ποσοστό των τετελεσμένων αυτοκτονιών να ανέρχεται περίπου 12 σε 100.000 πάσχοντες τον χρόνο (APA 2013).

Σε πρόσφατη μετα-ανάλυση βρέθηκε, ότι τα άτομα που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία έχουν 18,1 φορές υψηλότερο κίνδυνο να πεθάνουν από αυτοκτονία σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό γυναικών ηλικίας 15–24 ετών (Keshaviah et al 2014). Το ιστορικό αυτοκτονιών φαίνεται να είναι πιο συχνό σε άτομα που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία υπερφαγικού/καθαρτικού τύπου, είναι μεγαλύτερα σε ηλικία, έχουν μεγαλύτερη διάρκεια ασθένειας και κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Fedorowicz et al 2007). Τα τελευταία έτη αυξάνονται οι έρευνες που εξετάζουν την ύπαρξη κοινών γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων μεταξύ της Ψυχογενούς Ανορεξίας, της Κατάθλιψης και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Thornton et al 2016).

Είναι σημαντικό να γίνεται πάντα αξιολόγηση του αυτοκτονικού ιδεασμού, των συμπεριφορών και των παραγόντων που μπορεί να αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας (Fedorowicz et al 2007).

### *Ψυχογενής ανορεξία και διαταραχές προσωπικότητας*

Περίπου 24,8% των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία εμφανίζει συννόσηση με Διαταραχές Προσωπικότητας με πιο συχνές την Αποφευκτική, την Οριακή και την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας (Gaudio et al 2011). Η Ψυχογενής Ανορεξία περιοριστικού τύπου παρουσιάζει πιο συχνά συννόσηση με την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας και η υπερφαγικού/καθαρτικού τύπου Ψυχογενής Ανορεξία με την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (Gaudio & Di Ciommo 2011).

Οι ασθενείς που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Προσωπικότητας έχουν συχνά νωρίτερα έναρξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας, διά βίου χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος και πιο πολλές εισαγωγές στο νοσοκομείο σε σύγκριση με ασθενείς που δεν πάσχουν από διαταραχή προσωπικότητας (Gaudio & Di Ciommo 2011).

Σε κάποιες έρευνες έχει βρεθεί ότι ακόμα και η ύπαρξη στοιχείων Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής Προσωπικότητας και τελειοθηρίας μπορεί να επηρεάσει αρνητικά το αποτέλεσμα της θεραπείας. Επίσης, έχει βρεθεί ότι μια αλλαγή στα στοιχεία αυτά της προσωπικότητας μπο-



ρεί να βελτιώσει την αυτοεκτίμηση και την κοινωνική λειτουργικότητα των ατόμων που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία συμβάλλοντας έτσι σημαντικά στη θετική πορεία της θεραπείας (Crane et al 2007).

### *Ψυχογενής ανορεξία και αναπτυξιακές διαταραχές*

Πρόσφατα έχει υπάρξει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την πιθανή συνύπαρξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας και των Διαταραχών του Αυτιστικού Φάσματος. Το παραπάνω βασίστηκε στην κλινική παρατήρηση κοινών χαρακτηριστικών μεταξύ των δύο διαταραχών. Υποστηρίζεται ότι σε ασθενείς που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία και αναφέρουν στην προνοσηρή προσωπικότητά τους έλλειψη ευελιξίας και πτωχή κοινωνική λειτουργικότητα πιθανόν να συνυπάρχει ακόμη και σε υποκλινική μορφή κάποια Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος (Tchanturia et al 2019). Ωστόσο φαίνεται ότι κάποιες από τις ομοιότητες μεταξύ των δύο κλινικών οντοτήτων μπορεί να οφείλονται και στον υποσιτισμό ή/και στη χρόνια διαδρομή της Ψυχογενούς Ανορεξίας χωρίς να είναι «γνήσια» συμπτώματα νευρο-αναπτυξιακής διαταραχής (Kinnard et al 2017, Tchanturia et al 2019).

Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι τα άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία που έχουν έντονα συμπτώματα Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος συχνά έχουν πτωχότερη πρόγνωση (Tchanturia et al 2019). Αν και δεν φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά το αποτέλεσμα της ενδονοσοκομειακής θεραπείας, τα άτομα αυτά εμφανίζουν σοβαρότερα συμπτώματα διαταραχής πρόσληψης τροφής και κατάθλιψης, μειωμένη κοινωνική και εργασιακή λειτουργικότητα και πιθανόν να χρειάζονται μακρότερη ή και εντατικότερη θεραπεία (Kinnard et al 2017, Tchanturia et al 2019).

## **2. Ιατρική Αξιολόγηση**

Η ιατρική αξιολόγηση κρίνεται απαραίτητη στην Ψυχογενή Ανορεξία, καθώς η ελλιπής θρέψη και ο υποσιτισμός για μεγάλο χρονικό διάστημα καθώς και οι αντισταθμιστικές συμπεριφορές που σχετίζονται με την κατανάλωση τροφής μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντικές ιατρικές επιπλοκές οι οποίες σε κάποιες περιπτώσεις γίνονται απειλητικές για τη

ζωή. Στα άτομα που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία προκαλούνται σοβαρές βλάβες σε ζωτικά όργανα όπως είναι η καρδιά. Οι επιπτώσεις αυτές θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη κατά τη διαγνωστική αξιολόγηση ακόμα και αν δεν παρατηρούνται σε εκείνη τη φάση έντονες διαταραχές στις παρακλινικές εξετάσεις (APA 2013).

Παρότι οι περισσότερες διαταραχές στη φυσιολογία του σώματος που συνδέονται με τον υποσιτισμό είναι αναστρέψιμες αν ακολουθηθεί σωστή διατροφική αποκατάσταση, κάποιες από αυτές, όπως η απώλεια οστικής πυκνότητας και η ικανότητα σύλληψης και τεκνοποίησης δεν αποκαθίστανται πάντα πλήρως (APA 2013). Παρακάτω παρουσιάζονται περιληπτικά οι συνηθέστερες ιατρικές επιπλοκές που αφορούν στην Ψυχογενή Ανορεξία.

### *Σωματικό Βάρος*

Αν και η μέτρηση του σωματικού βάρους είναι πολύ εύκολη, η αξιολόγηση του αποτελέσματος μπορεί να είναι δύσκολη, καθώς το εύρος του φυσιολογικού βάρους μπορεί να διαφέρει μεταξύ των ατόμων και επίσης έχουν δημοσιευθεί διαφορετικά όρια σχετικά με το κατώτατο βάρος (Roots et al 2006). Ο δείκτης μάζας σώματος είναι αυτός ο οποίος συνήθως χρησιμοποιείται για να υπολογιστεί το βάρος σε σχέση με το ύψος. Οι δείκτες σοβαρότητας της Ψυχογενούς Ανορεξίας αναφορικά με το βάρος, οι οποίοι αντανακλούν τα κλινικά συμπτώματα και την ανάγκη επιτήρησης του ατόμου, αναφέρονται στον πίνακα 2.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) κατώτερο φυσιολογικό όριο βάρους έχει οριστεί στα 18,5. Ο δείκτης μάζας

#### **Πίνακας 2. Συσχέτιση του ΔΜΣ και της Σοβαρότητας της Ψυχογενούς Ανορεξίας.**

Ήπια:	$\Delta\text{Μ}\Sigma > 17$
Μέτρια:	$\Delta\text{Μ}\Sigma = 16 - 16,99$
Σοβαρή:	$\Delta\text{Μ}\Sigma = 15 - 15,99$
Πολύ σοβαρή:	$\Delta\text{Μ}\Sigma < 15$

σώματος κάτω των 17 ορίζεται ως μέτρια ή σοβαρή ισχνότητα και θεωρείται ότι το άτομο έχει σημαντικά χαμηλό βάρος. Ένα άτομο το οποίο μπορεί να έχει δείκτη μάζας σώματος μεταξύ 17,0 και 18,5 ή ακόμη και λίγο μεγαλύτερο του 18,5 μπορεί να θεωρηθεί σημαντικά χαμηλό αν αυτό υποστηρίζεται από το ιστορικό και άλλες πληροφορίες φυσιολογίας του σώματός του (π.χ. η ύπαρξη ή απουσία εμμήνου ρήσεως) (APA 2013).

Το να τίθεται ένα βάρος-στόχος εξυπηρετεί πολλαπλούς θεραπευτικούς στόχους, όπως τον σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου, τις ιατρικές αποφάσεις και τη δέσμευση στη θεραπεία (Roots et al 2006). Αρκετοί κλινικοί προτείνουν ότι μια χρήσιμη οδηγία είναι ένα βάρος στόχος σε εκείνο το σημείο όπου επανέρχεται η έμμηνος ρύση, ωστόσο σε αρκετές περιπτώσεις η νέα εμμηναρχή μπορεί να καθυστερήσει (Roots et al 2006, Olmsted et al 2010). Στη βιβλιογραφία προτείνεται ότι το βάρος-στόχος θα πρέπει να είναι μεταξύ του 85–95% του μέσου όρου της καμπύλης βάρους ή να αντιστοιχεί σε δείκτη μάζας σώματος 19–21 (Olmsted et al 2010). Κάποιοι κλινικοί προτιμούν ένα εύρος βάρους και όχι ένα συγκεκριμένο βάρος-στόχο έχοντας πάντα υπόψη ότι το ιδανικό βάρος για το κάθε άτομο επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες (Roots et al 2006).

### *Καρδιαγγειακό σύστημα*

Στα άτομα που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία συχνά παρατηρούνται καρδιακές επιπλοκές, όπως βραδυκαρδία και σπανιότερα αρρυθμία (Mehler & Brown 2015, Shuttleworth et al 2016). Το ένα τρίτο των θανάτων σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία μπορεί να οφείλεται σε καρδιακές επιπλοκές (Shuttleworth et al 2016).

Παρατηρείται σημαντική παράταση του QTc διαστήματος (APA 2013, Mehler & Brown 2015, Shuttleworth et al 2016) και για τον λόγο αυτόν συνταγογραφούμενα φάρμακα που παρατείνουν το QTc διάστημα όπως αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωσικά, αντιισταμινικά, προκινητικοί παράγοντες θα πρέπει να αποφεύγονται ή να συνταγογραφούνται με προσοχή σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία (Royal College of Psychiatrists, Royal College of Physicians & and Royal College of Pathologists 2014).

Επίσης, στους πάσχοντες από Ψυχογενή Ανορεξία μπορεί να εμφανιστεί υπόταση η οποία συνήθως αναστρέφεται με την επανασίτιση. Η ταχυκαρδία είναι σπάνια και όταν παρατηρείται θα πρέπει να γίνεται εξέταση για φλεγμονή (Shuttleworth et al 2016).

### *Ενδοκρινικό σύστημα*

Ο υποσιτισμός προκαλεί συχνά σημαντική διαταραχή στο ενδοκρινικό σύστημα. Τα επίπεδα της θυροξίνης T4 είναι συνήθως σε χαμηλά προς φυσιολογικά επίπεδα, τα επίπεδα της Τριωδοθυρονίνης T3 είναι συνήθως χαμηλά, ενώ τα επίπεδα ανάστροφης T3 είναι υψηλά (APA 2013, Mehler & Brown 2015). Στις γυναίκες παρατηρούνται χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων και στους άνδρες χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης (APA 2013, Mehler & Brown 2015).

Μια συχνή διαταραχή στην Ψυχογενή Ανορεξία είναι η αμηνόρροια. Η αμηνόρροια μπορεί να οφείλεται στην απώλεια βάρους ωστόσο σε μια μειοψηφία ασθενών μπορεί να προηγείται της απώλειας βάρους. Σε προ-έφηβες η απώλεια 10–15% του φυσιολογικού βάρους για το ύψος τους μπορεί να καθυστερήσει την εφηβική ανάπτυξη και την έναρξη της εμμήνου ρύσεως (Katz & Vollenhoven 2000, APA 2013).

Σε κάποιες περιπτώσεις υπάρχει συννόσηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1. Αν και δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως η μεταξύ τους σχέση, όταν συνυπάρχουν δημιουργούνται δυσκολίες στη θεραπεία ειδικά στα πρώτα στάδια της επανασίτισης (Mehler & Brown 2015).

### *Πεπτικό σύστημα*

Οι ασθενείς που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία και παρουσιάζουν υπερφαγικά επεισόδια με συνοδό πρόκληση εμετού μπορεί να παρουσιάσουν γαστρεντερική αιμορραγία, γαστρική διαστολή, διάτρηση στομάχου, γαστρικό έλκος και οισοφαγίτιδα (Gendall & Bulik 2005).

Στην Ψυχογενή Ανορεξία ο περισταλτισμός του εντέρου είναι μειωμένος, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται αίσθημα διάτασης της κοιλιακής χώρας, δυσκοιλιότητα ή ακόμα και παράδοξη διάρροια από υπερπλήρωση του εντέρου (Mehler & Brown 2015). Σπανιότερα λόγω της μεγάλης

απώλειας βάρους μπορεί να παρατηρηθεί συμπτωματολογία συμβατή με το σύνδρομο της άνω μεσεντερίου αρτηρίας. Η χρήση καθαρικών προκαλεί επίσης επιβάρυνση της παγκρεατικής λειτουργίας, διάρροια με συνοδές ηλεκτρολυτικές διαταραχές (Gendall & Bulik 2005).

Τέλος, λόγω του υποσιτισμού και της κατάχρησης διαφόρων φαρμακευτικών σκευασμάτων μπορεί να έχει επηρεαστεί η ηπατική λειτουργία και να παρατηρείται αύξηση των ηπατικών ενζύμων (APA 2013).

### *Μυοσκελετικό σύστημα*

Στα άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία συχνά παρατηρείται χαμηλή οστική πυκνότητα και σε κάποιες περιπτώσεις οστεοπενία. Η οστεοπενία συνοδεύεται και με αυξημένο κίνδυνο κατάγματος ιδιαίτερα σε πάσχοντες που κάνουν καταναγκαστικά πολύωρη σωματική άσκηση (Katz & Vollenhoven 2000, Mehler & Brown 2015).

Η πιο σοβαρή επιπλοκή της Ψυχογενούς Ανορεξίας από το μυοσκελετικό σύστημα είναι η οστεοπόρωση η οποία μπορεί να μην είναι αναστρέψιμη σε αντίθεση με άλλες ιατρικές επιπλοκές που μπορεί να αποκατασταθούν με την επανασίτιση (APA 2013). Οι νεαρές γυναίκες μπορεί να χάνουν έως και 2–6% της οστικής μάζας τον χρόνο (Katz & Vollenhoven 2000, APA 2013). Σε περιπτώσεις γυναικών που δεν έχει γίνει αποκατάσταση βάρους και εμμήνου ρύσεως φαίνεται να υπάρχει απώλεια έως και 2,6% οστικής πυκνότητας από τη σπονδυλική στήλη και έως 2,4% από τους γοφούς (Misra & Klibanski 2010).

Στους άνδρες που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία υπάρχει κίνδυνος οστεοπενίας, με τον κίνδυνο να αυξάνεται με τη χρονιότητα της διαταραχής και μάλιστα φαίνεται ότι οι άνδρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη επιδείνωση της οστικής πυκνότητας σε σύγκριση με τις γυναίκες (Mehler & Brown 2015).

### *Νευρικό σύστημα*

Εξαιτίας του υποσιτισμού και της έλλειψης βιταμινών, ιχνοστοιχείων και θρεπτικών συστατικών παρουσιάζονται βλάβες στο κεντρικό

νευρικό σύστημα. Σε κάποιες περιπτώσεις εμφανίζεται το σύνδρομο Wernicke-Korsakoff εξαιτίας της έλλειψης θειαμίνης (Brown & Mehler 2015).

Επίσης ο υποσιτισμός προκαλεί σε αρκετές περιπτώσεις ατροφία εγκεφάλου, γνωστικές δυσκολίες και αδυναμία συγκέντρωσης (Mehler & Brown 2015).

### *Αίμα και ηλεκτρολύτες*

Η συχνή και μακροχρόνια χρήση αντισταθμιστικών μεθόδων για την πρόσληψη τροφής έχει επίσης αρνητικές συνέπειες οι οποίες εμφανίζονται στον παρακλινικό έλεγχο. Η πρόκληση εμετού μπορεί να οδηγήσει σε μεταβολική αλκάλωση, υποχλωραιμία και υποκαλιαιμία. Η χρήση καθαρτικών μπορεί να προκαλέσει ήπια μεταβολική αλκάλωση (APA 2013).

Στις αιματολογικές εξετάσεις βρίσκονται συχνά χαμηλά επίπεδα φωσφόρου, μαγνησίου και ψευδαργύρου. Η υποκαλιαιμία είναι η σοβαρότερη επιπλοκή καθώς μπορεί να προκαλεί σοβαρή αρρυθμία και να οδηγήσει ακόμα και στον θάνατο από καρδιακή ανακοπή.

Όσον αφορά στις αιματολογικές εξετάσεις, παρατηρούνται ανωμαλίες και στις τρεις σειρές των κυττάρων του αίματος. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια, τα λευκά αιμοσφαίρια, (κυρίως τα πολυμορφοπύρρηνα) καθώς και τα αιμοπετάλια είναι μειωμένα λόγω του υποσιτισμού. Οι αλλαγές αυτές σπάνια φτάνουν σε επικίνδυνα σημεία (π.χ. σοβαρή λευκοπενία, θρομβοκυτοπενία) και είναι αναστρέψιμες με την αποκατάσταση του βάρους (APA 2013, Mehler & Brown 2015).

### *Δέρμα και στοματική κοιλότητα*

Στην Ψυχογενή Ανορεξία συχνά εμφανίζονται δερματικά και οδοντιατρικά προβλήματα. Πετέχειες και εκχυμώσεις μπορεί να είναι ενδείξεις για αιμορραγική διάθεση (Mehler & Brown 2015). Σε κάποιους πάσχοντες παρουσιάζεται κίτρινη χροιά του δέρματος ως αποτέλεσμα υπερκαροτιναιμίας εξαιτίας της υπερκατανάλωσης τροφών χαμηλής θερμιδικής αξίας και υψηλής περιεκτικότητας σε καροτίνη αλλά και

της μειωμένης ικανότητας μεταβολισμού της καρωτίνης από το ήπαρ (APA 2013, Mehler & Brown 2015).

Σε ασθενείς με υπερφαγικού/καθαρτικού τύπου Ψυχογενή Ανορεξία εξαιτίας της συχνής πρόκλησης εμετού εμφανίζεται υπερτροφία των σιαλογόνων αδένων ιδιαίτερα στους παρωτιδικούς αδένες και διάβρωση της έσω επιφάνειας των δοντιών. Στο δέρμα, όταν το άτομο προκαλεί εμετό ερεθίζοντας την υπερώα με τα δάχτυλά του, παρατηρείται το σημείο Russell δηλαδή ουλές ή κάλοι στη ραχιαία επιφάνεια του χεριού από τη συνεχή επαφή με τα δόντια κατά την πρόκληση εμετού (APA 2013, Shuttleworth et al 2016).

### *Αναπνευστικό σύστημα*

Συνήθως παρατηρείται εξασθένηση των αναπνευστικών μυών και του διαφράγματος το οποίο μπορεί να προκαλέσει δυσκολία στην αναπνοή και σωματική κόπωση (Birmingham & Tan 2003). Σε κάποιες περιπτώσεις ειδικά σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία υπερφαγικού/καθαρτικού τύπου εμφανίζεται γενικευμένη μυϊκή αδυναμία η οποία επηρεάζει τους μύες του αναπνευστικού συστήματος προκαλώντας δύσπνοια (Mehler & Brown 2015, Shuttleworth et al 2016). Οι αναπνευστικοί μύες αναρρώνουν πιο αργά από τις άλλες ομάδες γραμμωτών μυών (Birmingham & Tan 2003).



# Εισαγωγή στο Νοσοκομείο

**Η** Ψυχογενής Ανορεξία είναι μια πολύπλοκη διαταραχή. Στις αποφάσεις σχετικά με την ενδοноσοκομειακή θεραπεία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ιατρικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες (Γονιδάκης & Βάρσου 2008, Watson & Bulik 2013). Επίσης, με βάση τον βαθμό σοβαρότητας των σωματικών συμπτωμάτων θα πρέπει να κρίνεται εάν η παρούσα κατάσταση της υγείας του ατόμου απαιτεί νοσηλεία σε ψυχιατρική ή παθολογική κλινική (Centre for Eating and Dieting Disorders 2014).

Είναι σημαντικό οι ασθενείς που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία να θεωρούνται ταυτόχρονα παθολογικοί και ψυχιατρικοί ασθενείς ασχέτως της προεξάρχουσας κλινικής εικόνας που παρουσιάζουν και της δομής στην οποία νοσηλεύονται. Μερικές φορές μπορεί να προσέλθουν στο νοσοκομείο για κάποια σωματικά ενοχλήματα χωρίς να αναφέρουν ότι πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία και για αυτό απαιτείται να γίνεται πάντα πλήρης παθολογικός και ψυχιατρικός έλεγχος (APA 2013). Χρειάζεται ταυτόχρονα να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της σωματικής υγείας τους και να αντιμετωπιστεί η ψυχιατρική συμπτωματολογία που μπορεί να θέτει σε κίνδυνο τη ζωή τους.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στους άνδρες παρατηρείται υψηλότερο ποσοστό ιατρικών επιπλοκών και νοσηλείων σε σύγκριση με γυναίκες με αντίστοιχο δείκτη μάζας σώματος και χρονιότητα. Το μικρό ποσοστό ανδρών που νοσούν από τη διαταραχή έχει οδηγήσει στο να θεωρείται εσφαλμένα η Ψυχογενής Ανορεξία γυναικεία ασθένεια και να καθυστερεί πολλές φορές η διάγνωσή της στους άνδρες (Katz & Vollenhoven 2000).



## 1. Κριτήρια Εισαγωγής στο Νοσοκομείο

Τα κριτήρια εισαγωγής ενός πάσχοντα από Ψυχογενή Ανορεξία ομαδοποιούνται σε τρεις βασικές κατηγορίες: ψυχιατρικά, ιατρικά και κοινωνικά.

Αναφορικά με τα ψυχιατρικά κριτήρια, ο αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας και η σοβαρή συννόσηση με άλλες ψυχικές παθήσεις απαιτούν ενδονοσοκομειακή θεραπεία. Το πολύ χαμηλό κίνητρο και η αδυναμία αυτοελέγχου της υπερβολικής άσκησης, όπως και της επαναλαμβανόμενης καθαρτικής συμπεριφοράς επιβάλλουν επίσης τη νοσηλεία σε ψυχιατρική μονάδα. Τέλος, η ενδονοσοκομειακή θεραπεία κρίνεται αναγκαία σε περιπτώσεις κατά τις οποίες η εξωνοσοκομειακή ειδική θεραπεία έχει πτωχά αποτελέσματα ενώ έχει δοκιμαστεί για επαρκές χρονικό διάστημα (Γονιδάκης & Βάρσου 2008).

Τα ιατρικά κριτήρια για τη νοσηλεία παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Όσον αφορά στα κριτήρια αυτά, υπάρχουν επίπεδα σοβαρότητας των ιατρικών επιπλοκών τα οποία δηλώνουν ότι η νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική σε ορισμένες περιπτώσεις δεν είναι η ενδεδειγμένη και απαιτείται αρχικά εισαγωγή σε παθολογική κλινική (APA 2013). Τα ιατρικά αυτά κριτήρια αποτελούν την απόλυτη ένδειξη για νοσηλεία καθώς η παράταση της αντιμετώπισης του πάσχοντα από ψυχογενή ανορεξία εκτός του νοσοκομείου θα θέσει τη ζωή του σε άμεσο κίνδυνο. Τα τελευταία έτη υποστηρίζεται ότι μπορεί για διάφορους λόγους να απαιτείται η νοσηλεία ενός ατόμου χωρίς απαραίτητα να είναι σημαντικά ελλιποβαρές ή/και χωρίς να υπάρχουν εμφανείς ιατρικές επιπλοκές. Τονίζεται ότι, είναι καλύτερα να νοσηλεύονται οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία πριν φτάσουν σε ιατρικά ασταθείς καταστάσεις (American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders 2006).

Οικογενειακοί παράγοντες όπως η κακοποίηση, η απουσία στήριξης και οι ακατάλληλες και ανεπαρκείς συνθήκες του περιβάλλοντος στο οποίο διαμένει το άτομο επιβάλλουν τη νοσηλεία του σε ένα ασφαλές και προστατευμένο περιβάλλον (Γονιδάκης & Βάρσου 2008). Επίσης η εισαγωγή στο νοσοκομείο κρίνεται απαραίτητη όταν η γεωγραφική απόσταση μεταξύ της κατοικίας των ασθενών και της εξωνοσοκομειακής θεραπευτικής μονάδας είναι μεγάλη. Συχνά εξαιτίας της

<b>Πίνακας 3. Κριτήρια εισαγωγής στο νοσοκομείο.</b>		
	<b>Ψυχιατρική ή παθολογική κλινική</b>	<b>Παθολογική κλινική</b>
<b>Απώλεια βάρους</b>	Γρήγορη απώλεια βάρους ή αποτυχία ανάκτησης βάρους παρά την εξωνοσοκομειακή θεραπεία	Συνεχής μείωση περισσότερο από 1 κιλό την εβδομάδα/μείωση της πρόσληψης τροφής ανά ημέρα κάτω των 1000 θερμίδων
<b>Συστολική πίεση</b>	<90 mmHg	<80 mmHg
<b>Ορθοστατική υπόταση</b>	>10 mmHg πτώση όταν σηκωθεί	>20 mmHg πτώση όταν σηκωθεί
<b>Καρδιακός ρυθμός</b>		<40 bpm ή >110 bpm ή παρατεταμένη ταχυκαρδία
<b>Θερμοκρασία</b>	<35,5 °C ή κρύα και μπλε άκρα	<35 °C ή κρύα και μπλε άκρα
<b>Γλυκόζη</b>	<60 mg/dL	<45 mg/dL
<b>Νάτριο</b>	<130 mmol/L	<125 mmol/L
<b>Κάλιο</b>	<3,5 mmol/L	<3,0 mmol/L
<b>Μαγνήσιο</b>	0,7–1,0 mmol/L	<0,7 mmol/L
<b>Φωσφόρος</b>	0,8 mmol/L	<0,8 mmol/L
<b>Λευκωματίνη</b>	<35 g/L	<30 g/L
<b>Ένζυμα ήπατος</b>	Ήπια ανεβασμένα	Σημαντικά ανεβασμένα (ALT>500)
<b>Ουδετερόφιλα</b>	<2,0x10 <sup>9</sup> /L	<1,0x10 <sup>9</sup> /L
<b>Σοβαρότητα διαταραχής</b>	Πρόκληση εμετού περισσότερες από 4 φορές την ημέρα Κατάχρηση καθαρτικών και πρόκληση εμετών με συνοδό υποκαλιαιμία	

Τροποποιημένο από το Centre for Eating and Dieting Disorders (CEDD), 2014

γεωγραφικής ιδιομορφίας της χώρας μας η νοσηλεία ατόμων που διαμένουν εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων κρίνεται απαραίτητη.

Αναφορικά με τους ανηλίκους πάσχοντες θα πρέπει να τονιστεί ότι τα κριτήρια εισαγωγής είναι διαφοροποιημένα καθώς τα παιδιά και οι έφηβοι ασθενείς βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο από τις άμεσες συνέπειες του υποσιτισμού και της αφυδάτωσης και η μικρή ακόμη μείωση του βάρους μπορεί να έχει σοβαρότερες ιατρικές συνέπειες σε σύγκριση με τους ενηλίκους (Winston et al 2012). Επιπλέον υπάρχει ανησυχία και για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες του παρατεταμένου υποσιτισμού στα νεαρά άτομα και κυρίως για εμφάνιση αναπτυξιακής καθυστέρησης, οστεοπόρωσης και μη αναστρέψιμης νευρολογικής βλάβης. Σε αυτές τις περιπτώσεις συστήνεται άμεση νοσηλεία για να αποκατασταθεί το βάρος όσο το δυνατόν συντομότερα (Winston et al 2012).

Τα τροποποιημένα κριτήρια άμεσης εισαγωγής παιδιών και εφήβων στο νοσοκομείο αναφέρονται συνοπτικά στον πίνακα 4.

#### **Πίνακας 4. Κριτήρια εισαγωγής στο νοσοκομείο για παιδιά και εφήβους.**

- Καρδιακός ρυθμός κοντά στο 40 bpm
- Ορθοστατικές αλλαγές >20 bpm αύξηση του καρδιακού ρυθμού ή πτώση της αρτηριακής πίεσης του αίματος >10–20 mmHg
- Αρτηριακή Πίεση <80/50 mmHg
- Επίπεδα γλυκόζης στο αίμα μικρότερα από 60 mg/dL
- Κάλιο <3 mEq/L
- Ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υπό ή υπερνατρίαμία, υποφωσφαταιμία, υπομαγνησαιμία υποκαλιαιμία)
- Θερμοκρασία σώματος <36,1 °C
- Αφυδάτωση
- Το ήπαρ, οι νεφροί, το καρδιαγγειακό σύστημα είναι σοβαρά επιβαρυνμένα και απαιτείται άμεση αντιμετώπιση
- Μη ελεγχόμενος σακχαρώδης διαβήτης
- Οίδημα, υποπρωτεϊναιμία και σοβαρή αναιμία

Τροποποιημένο από Halmi, 2007

## 2. Ακούσια Νοσηλεία

Η ακούσια νοσηλεία είναι πολύ σημαντική στις περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι αρνούνται τη νοσηλεία ενώ κινδυνεύει η ζωή τους εξαιτίας των ιατρικών επιπλοκών της διαταραχής (Holm et al 2012). Η ακούσια νοσηλεία θα πρέπει να είναι το τελευταίο μέτρο για την αντιμετώπιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας, όταν δεν έχουν αποδώσει όλες οι άλλες επιλογές για εκούσια νοσηλεία και η ζωή του ατόμου βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο (Γονιδάκης & Βάρσου 2008).

Η ακούσια νοσηλεία όσον αφορά στην Ψυχογενή Ανορεξία είναι θέμα αντιπαράθεσης σε πολλές χώρες. Τα διαλεκτικά διλήμματα τίθενται από την πολυπλοκότητα της κλινικής κατάστασης η οποία είναι ένας συνδυασμός σωματικών και ψυχολογικών διαταραχών (Melamed et al 2003). Τα κριτήρια σχετικά με την ακούσια νοσηλεία διαφέρουν από χώρα σε χώρα, καθώς βασίζονται σε διαφορετικές νομοθεσίες και νομικές διαδικασίες (Clausen & Jones 2014) και επίσης εξαρτώνται από τις αντιλήψεις των γιατρών σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές, τις επιλογές των οικογενειών των ασθενών και των διαθέσιμων μέσων θεραπείας (Douzenis & Michopoulos 2015).

Σύμφωνα με την παρούσα ελληνική νομοθεσία, για να νοσηλευτεί ακούσια ένα άτομο θα πρέπει:

- 1) Να πάσχει από ψυχική διαταραχή.
- 2) Να μην είναι ικανό να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του.
- 3) Η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια να αποκλειστεί από τη θεραπεία του ή να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του.
- 4) Η νοσηλεία του ασθενούς που πάσχει από ψυχική διαταραχή είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ιδίου ή τρίτου (άρθρο 95 παρ. 2 του Ν. 2071/1992).

Δεδομένου ότι η Ψυχογενής Ανορεξία είναι ψυχική διαταραχή η απόφαση μπορεί να ληφθεί με γνώμονα το συμφέρον των ασθενών στις περιπτώσεις που οι ίδιοι οι ασθενείς δεν συναινούν στη νοσηλεία (Holm et al 2012). Η άρνηση της ύπαρξης της διαταραχής ή η αδυναμία των πασχόντων να αντιληφθούν τη σοβαρότητα της ψυχογενούς ανορεξίας και τις επιπτώσεις στην υγεία τους συχνά λαμβάνεται ως απόδειξη έλλειψης δυνατότητας του ασθενούς να αποφασίσει για την υγεία του

(Holm et al 2012). Πολλοί ασθενείς βιώνουν τα συμπτώματα ως σύντονα με το εγώ τους και έτσι δεν μπορούν αντιληφθούν την κατάστασή τους ως διαταραχή, με αποτέλεσμα να αρνούνται ή να αγνοούν τους κινδύνους που σχετίζονται με τις ιατρικές επιπλοκές της Ψυχογενούς Ανορεξίας (Holm et al 2012).

Η απόφαση για την ακούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο θα ήταν καλό να βασίζεται και στο στάδιο αλλαγής που βρίσκεται ο ασθενής. Αν βρίσκεται σε αρχικό στάδιο κατά το οποίο δεν έχει καμία ετοιμότητα για αλλαγή ίσως να ωφεληθεί από την ακούσια νοσηλεία. Αν, ωστόσο, βρίσκεται στο στάδιο της αμφιθυμίας σχετικά με την αλλαγή ή είναι αποφασισμένος για αλλαγή, τότε η ακούσια νοσηλεία θα μπορούσε δυνητικά να έχει και ανεπιθύμητες συνέπειες (Douzenis & Michopoulos 2015). Να σημειωθεί ότι οι μελέτες που έχουν δημοσιευθεί δείχνουν ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονται παρά τη θέλησή τους μετά τη διατροφική και ιατρική αποκατάσταση βλέπουν συχνά την εισαγωγή τους ως δικαιολογημένη (Holm et al 2012, Clausen & Jones 2014).

Η ακούσια νοσηλεία έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα (Melamed et al 2003, Holm et al 2012). Από την πλευρά των πλεονεκτημάτων είναι απαραίτητη για τη φροντίδα ασθενών που πάσχουν σοβαρά από Ψυχογενή Ανορεξία. Δίνει την ευκαιρία στο ιατρικό προσωπικό παρά τα υποχρεωτικά μέτρα να αναπτύξει θεραπευτική σχέση με τον ασθενή και να ξεκινήσει η θεραπεία της διαταραχής (Holm et al 2012). Η υποχρεωτική νοσηλεία επιτρέπει επίσης τη στενότερη επιτήρηση των ασθενών ώστε να αποφευχθούν η πρόκληση εμετού και η καταναγκαστική άσκηση (Holm et al 2012). Από την πλευρά όμως των μειονεκτημάτων μπορεί και να βλάψει τη θεραπευτική σχέση, να οδηγήσει σε στιγματισμό του πάσχοντα και να αυξήσει περαιτέρω την άρνησή του να συμμετάσχει στη θεραπεία (Holm et al 2012).

Στις περιπτώσεις που αποφασίζεται ακούσια νοσηλεία δεν θα πρέπει ο πρώτος στόχος να είναι η ακούσια σίτιση και η επιβολή θεραπείας, αλλά η εκούσια θεραπεία. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της ψυχιατρικής κλινικής δηλαδή χρειάζεται να αναλάβει στα πρώτα βήματα της ακούσιας νοσηλείας το δύσκολο έργο της αύξησης του κινήτρου και της δέσμευσης για θεραπεία. Μέσα σε μια σχέση εμπιστοσύνης η ακούσια νοσηλεία μπορεί να βιωθεί ως φροντίδα αναγνωρίζοντας ότι οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν τη σοβαρότητα της διαταραχής

και ταυτόχρονα αναγνωρίζουν το άγχος και τον φόβο που προκαλεί η αύξηση του βάρους (Holm et al 2012).

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η ακούσια νοσηλεία φαίνεται να διαρκεί περισσότερο, περιλαμβάνει πιο συχνά ακούσια σίτιση, συχνότερα περιορισμό στον θάλαμο νοσηλείας και πιο συχνή εμφάνιση συνδρόμου επανασίτισης, ωστόσο το γενικό βραχυπρόθεσμο αποτέλεσμα της ακούσιας θεραπείας φαίνεται να είναι παρόμοιο με αυτό της εκούσιας θεραπείας (Clausen & Jones 2014). Κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι κατά τη διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας μπορεί να υπάρχει βελτίωση της συμπτωματολογίας αλλά η βελτίωση αυτή δεν διατηρείται μακροπρόθεσμα και ο κίνδυνος υποτροπής αυξάνεται (Melamed et al 2003, Douzenis & Michopoulos 2015). Είναι λοιπόν σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη οι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες της ακούσιας νοσηλείας.





# Η Νοσηλεία στην Ψυχιατρική Κλινική

Η ενδονοσοκομειακή θεραπεία ενός ασθενούς με Ψυχογενή Ανορεξία απαιτεί τη συνεργασία ομάδας ειδικών οι οποίοι θα συμμετέχουν στον σχεδιασμό και την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος. Όπως έχει αναφερθεί, οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ασθενείς με ψυχιατρική διαταραχή και παθολογική κατάσταση.

## 1. Η Θεραπευτική Ομάδα

Στην ενδονοσοκομειακή θεραπεία χρειάζεται η συνεργασία ψυχιάτρων, ψυχολόγων, νοσηλευτών, διατροφολόγων, άλλων ειδικών της ψυχικής υγείας, και σε κάθε περίπτωση παθολόγων, καρδιολόγων και ιατρών άλλων ειδικοτήτων, (Royal College of Psychiatrists, Royal College of Physicians & Royal College of Pathologists 2014, Gosseume et al 2019).

Ο διατροφολόγος είναι σημαντικό να είναι ειδικευμένος στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, πιο συγκεκριμένα στην Ψυχογενή Ανορεξία και αν αυτό είναι δυνατόν να είναι μέλος μιας διαιτολογικής ομάδας. Οι νοσηλευτές είναι αυτοί οι οποίοι αναλαμβάνουν μεγάλο μέρος της θεραπείας των ασθενών. Θα ήταν καλό να έχουν μια βασική εκπαίδευση σχετικά με την Ψυχογενή Ανορεξία, καθώς η συμμετοχή τους στη θεραπεία είναι σημαντική.



Επίσης, είναι σημαντικό να υπάρχει στη θεραπευτική ομάδα ψυχίατρος ο οποίος να εποπτεύει την ομάδα, και ψυχολόγοι ειδικευμένοι στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και ειδικότερα στην Ψυχογενή Ανορεξία. Εάν όλα τα παραπάνω δεν είναι εφικτά είναι απαραίτητο να υπάρχει συνεργασία με δομές στις οποίες υπάρχουν ειδικοί υγείας ειδικευμένοι στην Ψυχογενή Ανορεξία και κυρίως ψυχίατροι (Royal College of Psychiatrists, Royal College of Physicians & Royal College of Pathologists 2014).

Η εποπτεία είναι σημαντική, όχι μόνο για την πορεία της θεραπείας των ασθενών αλλά και για το ίδιο το προσωπικό ώστε να αποφευχθεί η ρήξη μεταξύ ασθενούς και κάποιου μέλους της ομάδας ή μεταξύ των μελών της ομάδας καθώς και να προληφθεί η επαγγελματική εξουθένωση των θεραπευτών και ιδιαίτερα των νοσηλευτών που επωμίζονται το μεγαλύτερο βάρος για την αποκατάσταση της διατροφής και του σωματικού βάρους του νοσηλευομένου (Davey et al 2014).

## 2. Οι Στόχοι της Νοσηλείας

Με τη συνεργασία των ειδικοτήτων που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη ενότητα τίθενται οι στόχοι της θεραπείας. Η δημιουργία ενός αρχικού σχεδιασμού που να περιλαμβάνει τους λόγους της εισαγωγής και τους ιατρικούς κινδύνους συμβάλλει σημαντικά στο να τεθούν οι θεραπευτικοί στόχοι και να οργανωθεί το πλαίσιο της θεραπείας. Ο σχεδιασμός της θεραπείας είναι εξατομικευμένος και προσαρμόζεται σε κάθε νέο νοσηλευόμενο. Στον σχεδιασμό αυτόν περιλαμβάνεται και η οικογένεια του πάσχοντα. Οι οικογένειες είναι συχνά κάτω από έντονο στρες και οι αντιδράσεις τους επηρεάζουν σημαντικά την πορεία της θεραπείας. Συνήθως από την έναρξη της θεραπείας ορίζεται κάποιος από την ομάδα ως ο σύνδεσμος επικοινωνίας με την οικογένεια. Στη χώρα μας συνήθως αυτό το πρόσωπο είναι ο κοινωνικός λειτουργός ή ο οικογενειακός θεραπευτής της κλινικής.

Οι βασικοί στόχοι της νοσηλείας παρουσιάζονται στον πίνακα 5.

**Πίνακας 5. Στόχοι της ενδονοσοκομειακής θεραπείας.**

- Θεραπεία ιατρικών επιπλοκών και σταθεροποίηση της υγείας
- Διατροφική αποκατάσταση, αύξηση και σταθεροποίηση του βάρους σε ασφαλές επίπεδο
- Θεραπεία συννοσηρότητας
- Θεραπεία Ψυχογενούς Ανορεξίας
- Ανάπτυξη και ενίσχυση υγιούς διατροφικής συμπεριφοράς ώστε να επιτραπεί η σταθεροποίηση μετά το εξιτήριο
- Αναζήτηση των υποκείμενων θεμάτων και ανάπτυξη δεξιοτήτων που σχετίζονται με τη ρύθμιση του συναισθήματος και τις διαπροσωπικές σχέσεις.
- Έναρξη της διαδικασίας της κοινωνικής δικτύωσης και της επαγγελματικής αποκατάστασης (ή της επιστροφής στο σχολείο)

Κάποιοι από τους στόχους θα πρέπει να επιτευχθούν πριν το εξιτήριο, όπως η αποκατάσταση του βάρους και κάποιοι όπως η κοινωνική και επαγγελματική ή εκπαιδευτική αποκατάσταση ξεκινούν κατά τη νοσηλεία, αλλά συνεχίζουν και ολοκληρώνονται μετά το εξιτήριο. Η θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας θα συνεχιστεί και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο για να αποφευχθεί η υποτροπή και να ολοκληρωθεί η θεραπεία, καθώς η αποκατάσταση από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι συχνά μια μακροχρόνια διαδικασία.

### 3. Διαμονή στην Ψυχιατρική Κλινική

Για τους ασθενείς που νοσηλεύονται η κλινική γίνεται η κοινότητά τους για το διάστημα της νοσηλείας τους. Οι νοσηλευτές, οι άλλοι ειδικοί της ψυχικής υγείας όπως και οι συνθεραπευόμενοι γίνονται τα μόνα πρόσωπα με τα οποία έχουν καθημερινές αλληλεπιδράσεις, αποτελούν δηλαδή μια μικρο-κοινωνία η οποία έχει πολύ σημαντική επίδραση στην ψυχική τους κατάσταση (Wright 2010). Στην κοινότητα αυτή υπάρχουν πολλές φορές έντονες αλληλεπιδράσεις και συνεχείς αλλαγές στους ρόλους και τη θέση του κάθε μέλους της.

Κατά την εισαγωγή των ασθενών στην κλινική πρέπει να γίνεται έρευνα των προσωπικών αντικειμένων ώστε να παρακρατηθούν φαρμακευ-

τικά σκευάσματα όπως διουρητικά, καθαρτικά, ηρεμιστικά, τρόφιμα, τσίχλες, κουτιά καφέ, αιχμηρά αντικείμενα και οτιδήποτε θα μπορούσε γενικά να θέσει τη ζωή του ασθενούς σε κίνδυνο. Η έρευνα αυτή θα πρέπει επίσης να γίνεται κάθε φορά που οι νοσηλευόμενοι φεύγουν και επιστρέφουν στην κλινική (Centre for Eating and Dieting Disorders 2014). Να σημειωθεί ότι σε κάποιες περιπτώσεις έχει παρατηρηθεί οι οικείοι να φέρνουν κρυφά στα άτομα που νοσηλεύονται τροφές ή φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία μπορεί να προκαλέσουν ακόμα και ιατρικές επιπλοκές. Η συμπεριφορά αυτή συχνά οφείλεται στην αγωνία των οικείων, στον εκβιασμό που προκαλεί στις οικογένειες η επικινδυνότητα της ψυχογενούς ανορεξίας ή ακόμα και στον φόβο για πιθανή εγκατάλειψη της θεραπείας αν δεν ικανοποιηθεί η επιθυμία του νοσηλευόμενου. Συστήνεται να υπάρχει ενημέρωση των ατόμων που επισκέπτονται τον νοσηλευόμενο καθώς και διακριτική παρατήρηση ώστε να αποφευχθούν συμπεριφορές που παρεμβαίνουν στη θεραπεία.

Επίσης πρέπει να γίνεται περιορισμός και επιτήρηση της άσκησης. Η δυνατότητα άσκησης καθορίζεται από την ιατρική ομάδα με βάση τη φυσική κατάσταση του ατόμου. Η δυνατότητα άσκησης θα πρέπει να ορίζεται συγκεκριμένα, για παράδειγμα 5 λεπτά περπάτημα, 2 φορές την ημέρα μέσα ή έξω από την κλινική.

Οι ασθενείς μπορούν τις περισσότερες φορές να βγαίνουν αν το επιτρέπει η ιατρική τους κατάσταση εκτός της κλινικής με τη συνοδεία μελών της οικογένειας, φίλων ή φροντιστών για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Εάν κρίνεται απαραίτητο για ιατρικούς λόγους ή για τον περιορισμό της φυσικής άσκησης εξαιτίας της επιβαρυσμένης φυσικής κατάστασης θα πρέπει να βγαίνουν από την κλινική με βοηθητικό καροτσάκι (Centre for Eating and Dieting Disorders 2014).

Η επιτήρηση στην κλινική κρίνεται απαραίτητη ώστε να μην υπάρχει περιθώριο για πρόκληση εμετού ή καταναγκαστικής άσκησης. Η άμεση οπτική επιτήρηση είναι απαραίτητη για 30-45 min μετά τα γεύματα ειδικά στην έναρξη της θεραπείας και ιδιαίτερα με νοσηλευόμενους που προκαλούν εμετό μετά τα γεύματα (Centre for Eating and Dieting Disorders 2014).

Η πρόληψη είναι πολύ σημαντική και οι συστάσεις προτείνουν τη μείωση της έντασης, της διάρκειας και της συχνότητας της άσκησης με ταυτόχρονη διατροφική συμβουλευτική (Katz & Vollenhoven 2000, American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders 2006).

## 4. Ιατρική Παρέμβαση

Η ιατρική διαχείριση των άμεσων ή χρόνιων παθολογικών προβλημάτων είναι ο πρώτος στόχος της ενδονοσοκομειακής θεραπείας. Οι ιατρικές εξετάσεις που προτείνεται να γίνονται αναφέρονται στον πίνακα 6. Φυσικά, σε κάθε ασθενή ανάλογα με την κατάσταση της σωματικής του υγείας και τον ρυθμό αύξησης του σωματικού βάρους ο ιατρός που παρακολουθεί την κατάσταση της σωματικής του υγείας αποφασίζει ανάλογα για το είδος και τη συχνότητα της κλινικής εξέτασης και των παρακλινικών εξετάσεων.

<b>Πίνακας 6. Παρακλινικός έλεγχος</b>	
<b>Εισαγωγή</b>	Πρωινό ζύγισμα Ηλεκτροκαρδιογράφημα Γενική εξέταση αίματος Ουρία, Κρεατινίνη, Ηλεκτρολύτες Λευκωματίνη, Έλεγχος ηπατικής λειτουργίας Ασβέστιο, φωσφόρος, μαγνήσιο C- αντιδρώσα πρωτεΐνη Γλυκόζη αίματος Ψευδάργυρος, σελήνιο, χαλκός Σίδηρος, φερριτίνη B <sub>12</sub> , A, D, E Καροτίνη Ορμόνες θυρεοειδούς
<b>Καθημερινά</b>	Ουρία, ηλεκτρολύτες Φωσφόρος, μαγνήσιο, ασβέστιο (καθημερινά την πρώτη εβδομάδα, έπειτα 2 φ/βδ.) Γλυκόζη προγευματικά
<b>Δύο φορές την εβδομάδα</b>	Γενική εξέταση αίματος Έλεγχος ηπατικής λειτουργίας Πρωινό ζύγισμα μετά την κένωση
<b>Μηναία</b>	Χαλκός, Ψευδάργυρος (αν απαιτείται) Ηλεκτροκαρδιογράφημα (εάν το βασικό ηλεκτροκαρδιογράφημα και οι ηλεκτρολύτες είναι φυσιολογικά)
Τροποποιημένο από το Royal College of Psychiatrists, Royal College of Physicians & Royal College of Pathologists (2014)	

Η προφυλακτική χορήγηση φωσφόρου και καλίου κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της επανασίτισης βοηθά να προληφθεί η υποφωσφαταιμία που προκαλείται από την επανασίτιση καθώς και η υποκαλιαιμία που συνήθως προκαλείται από τις καθαρτικές συμπεριφορές (Gentile et al 2010). Οι ηλεκτρολύτες προτείνεται να μετριοούνται μία φορά την ημέρα για μία εβδομάδα τουλάχιστον και έπειτα εβδομαδιαία (Gentile et al 2010, Royal College of Psychiatrists, Royal College of Physicians & Royal College of Pathologists 2014). Η συνεχής καταγραφή των υγρών που λαμβάνονται είναι επίσης σημαντική στα αρχικά στάδια ώστε να αποφευχθεί η υπερβολική συγκέντρωση υγρών και να μην προκληθεί οίδημα επανασίτισης και καρδιακή ανακοπή (Gentile et al 2010).

Όπως αναφέρθηκε στις ιατρικές επιπτώσεις της Ψυχογενούς Ανορεξίας η παρατεταμένη αμηνόρροια μπορεί να οδηγήσει σε οστεοπόρωση και να εμποδίσει την ανάπτυξη της οστικής μάζας σε νεαρές ασθενείς. Είναι λοιπόν σημαντικό στο αρχικό στάδιο η θεραπεία να εστιαστεί στην αποκατάσταση της διατροφής, του βάρους και στην επανέναρξη της εμμήνου ρήσεως (Katz & Vollenhoven 2000, American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders 2006). Η αύξηση του σωματικού βάρους μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της οστικής πυκνότητας στην πύελο και η αποκατάσταση της εμμήνου ρύσεως στη βελτίωση της οστικής πυκνότητας στη σπονδυλική στήλη (Misra & Klibanski 2010, American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders 2006). Οι έρευνες δείχνουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα έχει πολύ μικρό αποτέλεσμα στη διόρθωση ή στην πρόληψη της οστεοπενίας (Katz & Vollenhoven 2000, American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders 2006). Υποστηρίζεται ότι ίσως αυτό οφείλεται στο ότι ο φυσιολογικός κύκλος των οιστρογόνων είναι σημαντικός για την αποκατάσταση των οστών (Katz & Vollenhoven 2000).

Τέλος, οι ιατρικές εξετάσεις και η φυσική κατάσταση του ατόμου θα καθορίσουν τα συμπληρώματα διατροφής που μπορεί να χρειαστεί να χορηγηθούν. Τα βασικά συμπληρώματα βιταμινών και ηλεκτρολυτών αναφέρονται στον πίνακα 7.

**Πίνακας 7. Συμπληρώματα Διατροφής.**

- Φωσφόρος 500 mg, δύο φορές την ημέρα
- Θειαμίνη (B1) δύο φορές την ημέρα το λιγότερο 100 mg την ημέρα την πρώτη εβδομάδα και στη συνέχεια κατά περίπτωση
- Πολυβιταμίνες
- Ψευδάργυρος για τη νοητική λειτουργία

## 5. Ψυχιατρική Παρέμβαση

Η χρήση ψυχιατρικής αγωγής για την αποκατάσταση του βάρους, την πρόληψη της υποτροπής και τη θεραπεία της χρόνιας Ψυχογενούς Ανορεξίας φαίνεται να έχει ελάχιστα θετικά αποτελέσματα και σε κάποιες περιπτώσεις σοβαρές παρενέργειες (Attia et al 1998, Steinglass et al 2010, American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders 2006, Watson & Bulik 2013, Born et al 2015).

Όταν υπάρχει συννόσηση, τα αντικαταθλιπτικά και αντιψυχωσικά σκευάσματα μπορεί να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, του άγχους, της αϋπνίας και της ιδεοψυχαναγκαστικής συμπτωματολογίας όχι όμως στην αύξηση του βάρους (Kaplan & Howlett 2010, American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders 2006).

Στους εφήβους και στους νεαρούς ενηλίκους θα πρέπει να δίνονται με προσοχή τα αντικαταθλιπτικά και να υπάρχει αυστηρή παρακολούθηση, καθώς σε αυτές τις ηλικίες υπάρχει πιθανότητα η χορήγηση αντικαταθλιπτικών να συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας (Kaplan & Howlett 2010).

## 6. Νοσηλευτική Παρέμβαση

Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι ουσιώδης για τη λειτουργία της μονάδας, όπως και για τη διαδικασία της ανάρρωσης και την επιτυχία της θεραπείας (Snell et al 2010). Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει μια ανοιχτή, ειλικρινής, μη επικριτική και μη τιμωρητική προσέγγιση προς τους ασθενείς, καθώς η προσέγγιση αυτή ενισχύει το κίνητρο και συμβάλλει θετικά στη θεραπεία (Olmsted et al 2010, Wright 2010).

### *Επαγγελματική εξουθένωση*

Η νοσηλευτική παρέμβαση στην ενδονοσοκομειακή θεραπεία ασθενών που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία αποτελεί πρόκληση και συχνά είναι εξαντλητική (Snell et al 2010, Wright 2010, Davey et al 2014). Έχει βρεθεί ότι οι νοσηλευτές που φροντίζουν ασθενείς που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία αναφέρουν υψηλά επίπεδα στρες, απογοήτευσης και επαγγελματικής εξουθένωσης (Snell et al 2010, Davey et al 2014). Αντιμετωπίζουν δυσκολίες σχετικά με τη διαχείριση της αμφιθυμίας και της στάσης των ασθενών απέναντι στη θεραπεία, οι οποίες δυσκολεύουν την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης (Wright 2010, Davey et al 2014). Επίσης η θεραπευτική σχέση συχνά απειλείται από τον ρόλο των νοσηλευτών να εφαρμόζουν αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας οι οποίες συνήθως είναι σε αντίθεση με αυτό που επιθυμούν οι ασθενείς (Snell et al 2010, Davey et al 2014, Zugai et al 2019). Να σημειωθεί ότι σε ενδονοσοκομειακά προγράμματα έχουν παρατηρηθεί επιπλέον δυσκολίες στη νοσηλευτική παρέμβαση για άνδρες πάσχοντες καθώς το προσωπικό έχει εκπαιδευτεί κυρίως να αντιμετωπίζει γυναίκες που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία (Γονιδάκης & Βάρσου 2008).

### *Ο νοσηλευτής στη διατροφική αποκατάσταση*

Μια σημαντική δυσκολία που οι νοσηλευτές συχνά αντιμετωπίζουν είναι η παροχή υποστήριξης στους πάσχοντες κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Συχνά αναφέρουν ότι δεν έχουν τις κατάλληλες δεξιότητες να διαχειριστούν την υποστήριξη των γευμάτων με αποτέλεσμα η διαδικασία αυτή να περιγράφεται συχνά ως «πεδίο μάχης» (Long et al 2012, Cardi et al 2013). Είναι σημαντικό να υπάρχει εκπαίδευση ειδικά των καινούργιων νοσηλευτών που συμμετέχουν στη διαδικασία του γεύματος, καθώς μπορεί να νιώσουν ιδιαίτερα απογοητευμένοι και να έχουν αρνητικές συμπεριφορές απέναντι στους ασθενείς (Long et al 2012).

Ο νοσηλευτής βρίσκεται πολλές φορές αντιμέτωπος με διλήμματα που του προκαλούν σημαντικό άγχος. Μπορεί να νιώθει ότι το να ολοκληρώσει ο νοσηλευόμενος το γεύμα του είναι ένας προσωπικός στόχος που ενισχύει την αξία του ως ειδικού της ψυχικής υγείας. Ή να φοβάται ότι αν δεν ολοκληρώσει το γεύμα ο νοσηλευόμενος τότε ο ίδιος θα κατη-

γορηθεί ότι δεν επιτελεί σωστά το νοσηλευτικό του έργο. Από την άλλη, η συμπόρευσή του κατά τη διάρκεια των γευμάτων με τον ασθενή του προσφέρει μια σημαντική εμπειρία κατανόησης τού πόσο δύσκολο είναι αυτό που ζητείται από τον νοσηλευόμενο, πόσο έντονο είναι το άγχος του και η προσπάθεια που καταβάλλει ακόμα και αν δεν τα καταφέρει να φάει. Κάποιες φορές οι νοσηλευτές αισθάνονται ότι αμφισβητείται η επαγγελματική τους θέση ειδικά από τους νεαρούς ασθενείς. Θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι, ειδικά οι νέοι, χωρίς μεγάλη εμπειρία νοσηλευτές, να αντιμετωπίσουν τις συμπεριφορές οι οποίες φανερά ή κρυφά αμφισβητούν την επαγγελματική τους αξία (Zugai et al 2019).

Η οριοθέτηση του χρόνου των γευμάτων και το διατροφικό πρόγραμμα είναι πολύ σημαντικά, καθώς με αυτόν τον τρόπο το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να επιτηρεί και ταυτόχρονα να στηρίζει και να ενισχύει τους ασθενείς που έχουν δυσκολίες κατά τη διάρκεια του γεύματος. Μπορούν να ενθαρρύνουν την ελαφριά συζήτηση ως μέρος φυσιολογικοποίησης του φαγητού και ως τρόπο απόσπασης της προσοχής από τις μηρυκαστικές σκέψεις που αφορούν στην τροφή και που τελικά οδηγούν σε αποφυγή της κατανάλωσής της λόγω του έντονου άγχους που αυτές οι σκέψεις προκαλούν στον ασθενή. Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να έχουν έναν ρόλο επιτηρητή και ταυτόχρονα να διατηρούν μια προσέγγιση κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Rock 2010). Οι ασθενείς το εκτιμούν όταν το προσωπικό είναι ευγενικό, φιλικό, υποστηρικτικό και δεν είναι εκεί μόνο για να επιτηρεί το γεύμα (Long et al 2012). Για τους νεαρούς ειδικά ασθενείς είναι πολύ σημαντικό να τους αντιμετωπίζουν ολιστικά ως ξεχωριστά άτομα με προσωπικές εμπειρίες και αδυναμίες και όχι μόνο ως πάσχοντες από μια ψυχική διαταραχή (Thabrew et al 2019).

### *Η θεραπευτική σχέση*

Είναι σημαντικό, για τη διατήρηση της θεραπευτικής σχέσης, οι νοσηλευτές να αποκτήσουν και να χρησιμοποιούν δεξιότητες διαπραγμάτευσης και θεραπευτικής συμμαχίας (Snell et al 2010). Η ύπαρξη ενός πλάνου αποφόρτισης του προσωπικού και η εκπαίδευσή του σε δεξιότητες ρύθμισης του συναισθήματος και αντοχής στο δύσφορο συναίσθημα είναι ιδιαίτερα βοηθητικά. Ο τρόπος με τον οποίο οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται και ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους και



ανταποκρίνονται θεραπευτικά προς τους ασθενείς απαιτεί να έχουν ανεπτυγμένη την ικανότητα αυτεπίγνωσης (Snell et al 2010). Η εκπαίδευση λοιπόν και σε δεξιότητες αυτεπίγνωσης θα ήταν πολύ βοηθητική.

Τέλος η εποπτεία κρίνεται ως πολύ σημαντική από τους νοσηλευτές, αλλά και από τους άλλους επαγγελματίες υγείας των ενδονοσοκομειακών προγραμμάτων για ασθενείς που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία. Αναφέρουν ότι η εποπτεία είναι πολύ βοηθητική ώστε να μπορούν να συζητούν οτιδήποτε αφορά στους ασθενείς και στη θεραπεία τους, αλλά και τη σχέση μεταξύ των μελών της ομάδας (Davey et al 2014).

## 7. Διατροφική Παρέμβαση και Αποκατάσταση του Σωματικού Βάρους

Η σοβαρή απώλεια βάρους είναι μία από τις κύριες αιτίες εισαγωγής στο νοσοκομείο των ασθενών που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία. Η αποκατάσταση του βάρους και η ιατρική σταθεροποίηση είναι ο πρωταρχικός θεραπευτικός στόχος ώστε να ομαλοποιηθούν τα ιατρικά προβλήματα και οι επιπλοκές που σχετίζονται με την Ψυχογενή Ανορεξία. Επίσης η επανασίτιση συμβάλλει στην αποκατάσταση της γνωστικής λειτουργίας των νοσηλευομένων ώστε να μπορέσουν να συμμετέχουν στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία (Mewes et al 2008, Carter et al 2012, Born et al 2015, Garber et al 2016). Τα βήματα της διατροφικής αποκατάστασης παρουσιάζονται στον πίνακα 8.

### **Πίνακας 8. Συμπληρώματα Διατροφής.**

- Αποκατάσταση του σωματικού βάρους
- Αποκατάσταση των βιολογικών και ψυχολογικών συνεπειών του υποσιτισμού
- Βελτίωση της διατροφικής κατάστασης
- Ομαλοποίηση των διατροφικών μοτίβων
- Αποκατάσταση των αντιλήψεων σχετικά με την πείνα και τον κορεσμό
- Αποκατάσταση της γνωστικής λειτουργίας που έχει επηρεαστεί από τον υποσιτισμό

## Επανασίτιση

Η ενεργειακή πρόσληψη κατά την επανασίτιση εξαρτάται από την ενεργειακή πρόσληψη πριν την εισαγωγή και την ιατρική κατάσταση, αυξάνεται δε ανά εβδομάδα και πάντα σε συνεργασία με τον ασθενή. Οι οδηγίες σχετικά με την αύξηση του βάρους προτείνουν έναν ρυθμό αύξησης 0,5 έως 1,5 κιλό την εβδομάδα (American Psychiatric Association & Work Group on Eating Disorders 2006, Wilson & Shafran 2005). Ωστόσο έρευνες δείχνουν ότι το βάρος αυτό είναι αρκετές φορές δύσκολο να επιτευχθεί (Halvorsen et al 2016). Σε χρόνιους ασθενείς η αύξηση του βάρους μπορεί να είναι πιο αργή. Στον αντίποδα, σε νεαρούς ασθενείς που η ιατρική και ψυχολογική τους κατάσταση το επιτρέπει προτείνεται ακόμα και μεγαλύτερη αύξηση του σωματικού βάρους ανά εβδομάδα (έως και 2 κιλά). Πάντως σε κάθε περίπτωση το όριο του 0,5–1,5 κιλού ανά εβδομάδα φαίνεται να είναι ένας στόχος που επιτρέπει η νοσηλεία να μην υπερβαίνει τους 4–6 μήνες αλλά δίνει και τη δυνατότητα στον νοσηλευόμενο να επεξεργαστεί και να αποδεχτεί την αλλαγή στο σωματικό βάρος και στο σχήμα του σώματός του.

Στα αρχικά στάδια της διατροφικής αποκατάστασης κατά την ενδονοσοκομειακή θεραπεία προτείνεται η θερμιδική πρόσληψη να ξεκινά με 1200–1800 kcal/ημέρα η οποία προοδευτικά να αυξάνεται 200–300 kcal κάθε 1–2 ημέρες με στόχο να φτάσει 3000–3500 kcal/ημέρα (Rock 2010, Garber et al 2016). Τα σχετικά υψηλά επίπεδα ενεργειακής πρόσληψης έχουν βρεθεί απαραίτητα για να επιτευχθεί η αποκατάσταση του βάρους σε ενηλίκους και εφήβους με Ψυχογενή Ανορεξία (Rock 2010). Τα χαμηλότερα επίπεδα θερμιδικής πρόσληψης συνδέονται με πτωχή αύξηση βάρους και μακρύτερη παραμονή στο νοσοκομείο (Garber et al 2016). Ωστόσο λίγες έρευνες έχουν μελετήσει τον ακριβή ρυθμό αύξησης του βάρους σε κλινικά περιβάλλοντα και υπάρχει ανάγκη για περισσότερη μελέτη σχετικά με το πόσο ρεαλιστική είναι στην κλινική πρακτική η αύξηση βάρους η οποία προτείνεται (Halvorsen et al 2016).

Να σημειωθεί ότι η διατροφική αποκατάσταση σε ενηλίκους που είναι συχνά χρονίως υποσιτισμένοι είναι πολύ διαφορετική. Για παράδειγμα, σε έναν ενήλικο που προσλαμβάνει για πολλά έτη κατά μέσον όρο 500 θερμίδες/ημέρα ο αρχικός στόχος είναι 800 kcal/ημέρα για αποφυγή

του συνδρόμου επανασίτισης και η αύξηση είναι πιο ήπια δηλαδή 100–200 θερμίδες ειδικά αν παρατηρείται ικανοποιητικός ρυθμός αύξησης του σωματικού βάρους.

Σε κάποιες έρευνες φαίνεται ότι υπάρχει μεγάλη αύξηση βάρους την πρώτη εβδομάδα και έπειτα η αύξηση είναι πιο αργή. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι κάποιοι ασθενείς είναι αφυδατωμένοι κατά την εισαγωγή τους ή υπάρχει κατακράτηση υγρών κατά την αρχική φάση της επανασίτισης (Halvorsen et al 2016). Κατά την πρώτη φάση της επανασίτισης κάποιες διαταραχές, όπως η αφυδάτωση και η κατακράτηση υγρών, μπορεί να οδηγήσουν σε απότομες αυξομειώσεις του βάρους (Rigaud et al 2010). Επίσης, η αύξηση του μεταβολισμού λόγω της διακοπής της ασιτίας μπορεί να συμβάλει στη μέτρια αύξηση του βάρους μετά τη δεύτερη εβδομάδα (Halvorsen et al 2016).

Μεταξύ των σημαντικών παραγόντων που καθορίζουν την εβδομαδιαία αύξηση του βάρους είναι η αναγκαιότητα για συντομότερη διάρκεια νοσηλείας, ο χαμηλότερος δείκτης μάζας σώματος κατά την εισαγωγή και η εθελοντική συμμετοχή στη θεραπεία (Halvorsen et al 2016). Ο δείκτης μάζας σώματος κατά το εξιτήριο φαίνεται να εξαρτάται σημαντικά από τον δείκτη μάζας σώματος κατά την εισαγωγή (Mewes et al 2008). Κάποιες φορές η πολύ γρήγορη αύξηση βάρους μπορεί να δείχνει τη βιασύνη των ασθενών να αποκτήσουν το βάρος που θα τους επιτρέψει να βγουν γρήγορα από το νοσοκομείο και να επιστρέψουν πίσω στη διατροφική διαταραχή (Olmsted et al 2010). Αυτό περιγράφεται σαν το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας και είναι σύνηθες σε ασθενείς που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές όταν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους δεν καταβάλλεται προσπάθεια μιας ολιστικής ψυχοκοινωνικής παρέμβασης αλλά αντίθετα το θεραπευτικό πρόγραμμα εστιάζεται αποκλειστικά στην άμεση ύφεση των συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου.

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται χωρίς τη θέλησή τους παρουσιάζουν χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος και μακρύτερης διάρκειας νοσηλείας. Οι έρευνες δείχνουν ότι συνήθως κερδίζουν το ίδιο συνολικό βάρος με τους ασθενείς που νοσηλεύονται εκούσια, αλλά η εβδομαδιαία αύξηση του βάρους είναι πιο αργή (Halvorsen et al 2016, Elzakkars et al 2014).

Η γρήγορη αύξηση του βάρους μπορεί να δυσκολέψει τους ασθενείς να αποκτήσουν την ψυχολογική ετοιμότητα για να υποστηρίξουν αυτήν την αλλαγή. Πολλές φορές οι ασθενείς βλέπουν το βάρος-στόχο ως το μέγιστο επιτρεπτό, ενώ οι ειδικοί ως το ελάχιστο επιτρεπτό. Ίσως θέτοντας έναν χαμηλότερο και υψηλότερο στόχο είναι βοηθητικό για να καθησυχαστούν οι ανησυχίες των ασθενών (Olmsted et al 2010).

Μετά τα γεύματα συνιστάται ξεκούραση και αποφυγή της άσκησης. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας η υπερβολική άσκηση μπορεί να είναι δύσκολο να ελεγχθεί και μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την αποκατάσταση του βάρους (APA 2013).

Η από του στόματος σίτιση υπό τις οδηγίες ειδικευμένου διατροφολόγου είναι η ιδανική μέθοδος αποκατάστασης του σωματικού βάρους, ωστόσο σε κάποιες σοβαρές περιπτώσεις απαιτείται η εντερική σίτιση (Watson & Bulik 2013, Gosseaume et al 2019).

### *Διατροφικό πρόγραμμα*

Κατά την αρχική φάση της διατροφικής αποκατάστασης δίνεται μεγάλη προσοχή στην πρόληψη του συνδρόμου επανασίτισης και των επιπλοκών που μπορεί να προκαλέσει αυτό (Hofer et al 2015). Αρχικά προτείνεται ένα διατροφολόγιο με τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες και στη συνέχεια αυξάνονται οι τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες (Rock 2010). Τα συμπληρώματα διατροφής αν είναι εφικτό αποφεύγονται (Gosseaume et al 2019).

Είναι σημαντικό να δίνεται στους ασθενείς ένα εξατομικευμένο, ισορροπημένο πρόγραμμα και να εκπαιδεύονται σχετικά με τον βαθμό ποικιλίας των τροφών που χρειάζεται να καταναλώνουν, το πώς θα συμπεριληφθούν οι τροφές που φοβούνται στο διαιτολόγιό τους, καθώς και σχετικά με τον τρόπο πώς θα γίνει η αύξηση των θερμίδων και η σταθεροποίηση της διατροφικής πρόσληψης (Rock 2010). Το προσωποποιημένο πρόγραμμα και το πλάνο γευμάτων που ορίζει τα γεύματα και τις επιλογές τροφίμων είναι μια συνήθης αποτελεσματική στρατηγική ώστε να διασφαλιστεί μια υγιής διατροφή που θα οδηγήσει στην αποκατάσταση του βάρους (Gentile et al 2010, Rock 2010). Συχνά χρησιμοποιείται το σύστημα ανταλλάξιμων τροφών σύμφωνα με το

οποίο οι τροφές ομαδοποιούνται σε κατηγορίες που περιλαμβάνουν συγκεκριμένες ποσότητες βασισμένες στο περιεχόμενο των μακροθρεπτικών συστατικών και της ενέργειας που προσφέρουν (Rock 2010). Το να έχουν ένα συγκεκριμένο και ταυτόχρονα ευέλικτο πρόγραμμα με ομάδες τροφών για κάθε γεύμα και σνακ διασφαλίζει ότι παίρνουν όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζονται. Επίσης, δίνεται μια δομή με βάση την οποία μπορούν να οργανώνουν τα γεύματά τους όταν πάρουν εξιτήριο και επιστρέψουν στο σπίτι (Rock 2010).

Οι ασθενείς θα πρέπει να ακολουθούν κάποιους βασικούς κανόνες σχετικά με τη διατροφή και τα γεύματα. Όλοι θα πρέπει να τρώνε στην τραπεζαρία ή σε κοινό χώρο μέσα στην κλινική (American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders 2006). Όταν τρώνε όλοι μαζί σαν ομάδα που αντιμετωπίζει μια κοινή δυσκολία τότε νιώθουν αλληλοϋποστήριξη και ενίσχυση.

Οι ασθενείς μπορούν να απορρίψουν 2–3 τροφές που δεν επιθυμούν, αλλά όχι μία ολόκληρη κατηγορία τροφών. Στα ενδονοσοκομειακά προγράμματα απαγορεύονται προϊόντα με μειωμένες ή καθόλου θερμίδες, οι επιλογές τροφών και οι συμπεριφορές που έχουν ως στόχο να ελέγξουν την πείνα, όπως ο καφές, οι τσίχλες και τα αναψυκτικά χωρίς θερμίδες (Rock 2010).

Έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς που βρίσκονται σε ενδονοσοκομειακή θεραπεία και κάνουν διατροφικές επιλογές πτωχότερες σε ενεργειακή πυκνότητα ή/και πτωχότερες σε ποικιλία παρότι μπορεί να είναι ίδιες σε θερμίδες έχουν πτωχότερο θεραπευτικό αποτέλεσμα έναν χρόνο μετά το εξιτηριό τους από την κλινική (Sysko et al 2005, Steinglass et al 2010).

### *Η «μάχη» του γεύματος*

Η διαδικασία των γευμάτων περιγράφεται ως «μάχη» (Long et al 2012, Cardi et al 2013). Οι ασθενείς συχνά καταφεύγουν σε συμπεριφορές ώστε να αποφύγουν το φαγητό ή να αντισταθμίσουν το φαγητό που έφαγαν. Οι συμπεριφορές αυτές αναφέρονται στον πίνακα 9.

Η διατροφική αποκατάσταση θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με ευαισθησία σε σχέση με τα χαρακτηριστικά της διαταραχής. Οι περισσότεροι ασθενείς στην αρχή αντιδρούν στη θεραπεία επειδή το χαμηλό

**Πίνακας 9. Συμπεριφορές που σχετίζονται με το γεύμα.**

- Προκαλεί εμετό αμέσως μετά το γεύμα
- Κάνει κρυφά γυμναστική
- Στέκεται όρθια για ώρα
- Βηματίζει έντονα στον διάδρομο ή τρέχει για να μεταβεί από το ένα τμήμα της κλινικής στο άλλο
- Παίρνει κρυφά φαρμακευτικά σκευάσματα
- Πίνει μεγάλη ποσότητα υγρών/καφεΐνης/αναψυκτικών
- Μασάει πολλές τσίχλες
- Αρνείται να φάει ή παραλείπει τα σνακ ή δεν ολοκληρώνει τα γεύματα
- Τρώει πολύ αργά σε βαθμό που δεν προλαβαίνει να ολοκληρώσει το γεύμα
- Κατακερματίζει το φαγητό σε μικρές ποσότητες
- Κρύβει ή πετάει κρυφά το φαγητό
- Εκδραμάτιση

βάρος και τα άλλα χαρακτηριστικά της διαταραχής λειτουργούν σαν μηχανισμοί αντιμετώπισης των δυσκολιών και οι διατροφικές συμπεριφορές διατηρούνται επίμονα (Rock 2010). Δεν θα πρέπει οι ασθενείς να χαρακτηρίζονται ως χειριστικοί ή να θεωρείται ότι αντιστέκονται στη θεραπεία όταν προκύπτουν θέματα με τη διατροφική τους αποκατάσταση. Θα πρέπει να επικοινωνείται ότι η κατανάλωση περισσότερης τροφής και η διατροφική αποκατάσταση είναι σημαντικά για την ανάρρωση και ότι τα μοτίβα σκέψης θα αλλάξουν σε συνδυασμό με τη διατροφική βελτίωση (Rock 2010).

Είναι σημαντικό να ενισχύεται η δέσμευση σχετικά με τα γεύματα και όχι να ενισχύονται αρνητικές συνδέσεις οι οποίες οδηγούν σε δυσκολία δέσμευσης και «μάχες». Οι ασθενείς είναι τρομοκρατημένοι με την αύξηση του βάρους και ταλαιπωρούνται πολύ από την πείνα και την παρόρμηση να φάνε, οι επιλογές των τροφών είναι αυτοπεριορισμένες και δεν επιτρέπουν την απόκτηση της ενέργειας που χρειάζεται για την ομαλή γνωστική λειτουργία (Long et al 2012). Είναι σημαντικό να αναπτύξουν μια καλή σχέση με τον διατροφολόγο και τον νοσηλευτή αναφοράς ώστε να νιώσουν ότι υπάρχει καθοδήγηση και το βάρος δεν

θα αυξάνεται εκτός ελέγχου. Επίσης το να ζητείται από τους ασθενείς ανατροφοδότηση σχετικά με τα γεύματα και τη θεραπεία έχει βρεθεί ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας που βελτιώνει το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Long et al 2011).

### *Εντερική σίτιση*

Η εντερική σίτιση προτείνεται για τις περιπτώσεις που υπάρχει πολύ σοβαρός υποσιτισμός ο οποίος συνδέεται με μεταβολικές διαταραχές ή δεν επιτυγχάνεται η αύξηση του βάρους με την από του στόματος σίτιση, πάντα στα πλαίσια του νοσοκομείου και έως ότου αποκατασταθεί η φυσική διατροφική συμπεριφορά (Watson & Bulik 2013). Η θερμιδική αύξηση πρέπει να είναι προσεκτική τις πρώτες ημέρες ξεκινώντας με 10–15 kcal/kg/ημέρα και έπειτα να υπάρξει αργή αύξηση έως 30–40 kcal/kg/ημέρα στο τέλος της εβδομάδας ώστε να αποφευχθεί το σύνδρομο επανασίτισης (Gosseume et al 2019).

### *Το σύνδρομο επανασίτισης*

Η επανασίτιση σοβαρά υποσιτισμένων ασθενών που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία, όπως προαναφέρθηκε, απαιτεί εξειδικευμένη ενδονοσοκομειακή φροντίδα ώστε να αποφευχθούν σοβαρά οργανικά προβλήματα, όπως το σύνδρομο επανασίτισης και άλλες επικίνδυνες ιατρικές καταστάσεις.

Το σύνδρομο επανασίτισης περιγράφηκε πρώτη φορά σε άτομα τα οποία απελευθερώθηκαν από στρατόπεδα συγκέντρωσης μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο (Stanga et al 2008). Το σύνδρομο επανασίτισης είναι μια σοβαρή ιατρική κατάσταση η οποία μπορεί να προκύψει εάν η επανασίτιση σοβαρά υποσιτισμένων ασθενών οι οποίοι έχουν απωλέσει βάρος μεγαλύτερο του 30% του φυσιολογικού βάρους για το ύψος, την ηλικία και το φύλο τους δεν γίνει σταδιακά και υπό παρακολούθηση (Hofer et al 2015, Shuttleworth et al 2016). Συμπτώματα παρατηρούνται περίπου μέσα στις τρεις πρώτες ημέρες της επανασίτισης και διαρκούν συνήθως όχι περισσότερο από δέκα ημέρες (Hofer et al 2014).

Οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης του συνδρόμου επανασίτισης αναφέρονται στον πίνακα 10.

**Πίνακας 10. Παράγοντες κινδύνου για σύνδρομο επανασίτισης.****Ένα από τα παρακάτω:**

1. ΔΜΣ < 16
2. Ακούσια απώλεια βάρους > 15% τους προηγούμενους 3–6 μήνες
3. Πολύ μικρή ή μηδενική διατροφική πρόσληψη για 10 ημέρες
4. Χαμηλά επίπεδα καλίου, φωσφόρου, μαγνησίου πριν την επανασίτιση

**Δύο από τα παρακάτω:**

1. ΔΜΣ < 18
2. Ακούσια απώλεια βάρους > 10% τους προηγούμενους 3–6 μήνες
3. Πολύ μικρή ή μηδενική διατροφική πρόσληψη για 5 ημέρες
4. Ιστορικό αλκοόλ ή ουσιών

Hofer et al 2014

Η πολύ γρήγορη επανασίτιση ειδικά με υδατάνθρακες μπορεί να προκαλέσει μεταβολικές και παθοφυσιολογικές επιπλοκές που μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και σε θάνατο (Stanga et al 2008). Η επανασίτιση ενεργοποιεί την κατακράτηση νατρίου και νερού και σε συνδυασμό με υποφωσφαταιμία και μειωμένη καρδιακή συσταλτικότητα μπορεί να οδηγήσει σε οίδημα και συγκοπή (Stanga et al 2008, Gentile et al 2010, Shuttleworth et al 2016). Η παρακολούθηση των ηλεκτρολυτών πριν και κατά τη διάρκεια της επανασίτισης είναι σημαντικό να γίνεται σχεδόν καθημερινά, καθώς η έλλειψη ηλεκτρολυτών όπως μαγνησίου, καλίου, βιταμινών Β μπορεί να οδηγήσει σε παράλυση, ραβδομυόλυση και αλλαγές της καρδιακής συστολής (Gentile et al 2010, Shuttleworth et al 2016). Η από του στόματος λήψη μαγνησίου και φωσφορικού άλατος μπορεί να προκαλέσει διάρροια και για αυτό ίσως η ενδοφλέβια χορήγηση να είναι απαραίτητη (Shuttleworth et al 2016).

Για να μειωθεί ο κίνδυνος της επανασίτισης θα πρέπει η σίτιση να αυξάνεται προοδευτικά. Ίσως θα ήταν καλό να ξεκινά από 20 kcal/kg/ημέρα και 5–10 kcal/kg/ημέρα σε σοβαρά ελλιποβαρείς ασθενείς, ωστόσο οι απόψεις διαφέρουν (Gentile et al 2010, Royal College of Psychiatrists, Royal College of Physicians & Royal College of Pathologists 2014).



Για να προταθεί ένα πρωτόκολλο για την πρόληψη και τη θεραπεία του συνδρόμου επανασίτισης είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη οι παράγοντες από τους οποίους έχει προκληθεί το σύνδρομο επανασίτισης (Stanga et al 2008). Η επανασίτιση θα πρέπει να γίνεται αργά και σταθερά ώστε να χτιστούν τα μακροθρεπτικά συστατικά, να παρακολουθείται ο/η ασθενής συστηματικά και να προβλέπονται οι επιπλέον ανάγκες, ειδικά όσον αφορά στον φωσφόρο, το μαγνήσιο και τη θειαμίνη (Stanga et al 2008).

Με την επανασίτιση μπορεί επίσης να εμφανιστεί το νευρολογικό σύνδρομο Wernicke-Korsakoff ως συνέπεια έλλειψης θειαμίνης, καθώς η θειαμίνη είναι σημαντικός παράγοντας του μεταβολισμού των υδατανθράκων (Stanga et al 2008, Gentile et al 2010, Shuttleworth et al 2016). Ο συνδυασμός θειαμίνης και βιταμίνης B<sub>12</sub> συστήνεται ότι θα ήταν καλό να δίνεται πριν την επανασίτιση σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία (Shuttleworth et al 2016). Σε σπάνιες περιπτώσεις έχει παρατηρηθεί παραλήρημα ωστόσο χρειάζονται περισσότερες έρευνες σχετικά με αυτό (Norris et al 2012)

Οι οδηγίες διαχείρισης του συνδρόμου επανασίτισης αναφέρονται στον πίνακα 11.

### *Η αποκατάσταση του σωματικού Βάρους*

Η ανάκτηση φυσιολογικού βάρους στο τέλος της ενδοσκομοειακής θεραπείας έχει βρεθεί ως ένας από τους σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες ανάρρωσης από την Ψυχογενή Ανορεξία (Karlan et al 2009, Lock & Litt 2003). Επίσης έχει βρεθεί ότι ο ρυθμός αύξησης βάρους σχετίζεται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα και τον κίνδυνο υποτροπής (Lock & Litt 2003).

Πολλές έρευνες δείχνουν ότι το βάρος κατά το εξιτήριο είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας σε σχέση με το μακροπρόθεσμο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Φαίνεται ότι όσο υψηλότερο το βάρος τόσο καλύτερο το μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα (Halvorsen et al 2016). Σε έρευνα ενηλίκων γυναικών που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία βρέθηκε ότι υψηλότερη εβδομαδιαία αύξηση του βάρους κατά τη διάρκεια του δεύτερου μισού της ενδοσκομοειακής θεραπείας ήταν

**Πίνακας 11. Οδηγίες διαχείρισης του συνδρόμου επανασίτισης.****Γενικές οδηγίες**

- Ευαισθητοποίηση του προσωπικού
- Προσοχή στους ασθενείς που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο
- Επαρκής αξιολόγηση και επαναξιολόγηση
- Οι κίνδυνοι ισχύουν για όλες τις μεθόδους επανασίτισης
- Προσεκτική αποκατάσταση όγκου υγρών: παρακολούθηση του σφυγμού και της ισορροπίας των υγρών.

**Ημέρες 1–3**

1. *Ενέργεια*: αρχικά 10 kcal/kg/ημέρα και αργή αύξηση σε 15 kcal/kg/ημέρα.
2. *Ηλεκτρολύτες*: Προφυλακτικά συμπληρώματα αν χρειάζεται. Οι ποσότητες εξαρτώνται από το μέγεθος του ασθενούς και τις συγκεντρώσεις στο πλάσμα.

Γενικά οι συνήθεις καθημερινές απαιτήσεις είναι:

Φωσφόρος 0,5–0,8 mmol/kg/ημέρα.

Κάλιο 1–3 mmol/kg/ημέρα.

Μαγνήσιο 0,3–0,4 mmol/kg/ημέρα.

Τα επίπεδα να παρακολουθούνται συχνά και να αυξάνονται εάν απαιτείται.

3. *Υγρά*: Να περιοριστούν στο να είναι αρκετά ώστε να διατηρηθεί η νεφρική λειτουργία, να αναπληρωθούν ελλείψεις ή απώλειες δηλαδή επίτευξη μηδενικής ισορροπίας.  
Οι ασθενείς συνήθως χρειάζονται 20–30 mL/kg/ημέρα.

4. *Αλάτι*: Να περιοριστούν σε <1 mmol/kg/ημέρα. Αν εμφανιστεί οίδημα, θα πρέπει να περιοριστεί περισσότερο.

5. *Μέταλλα και ιχνοστοιχεία*: 100% ΣΗΠ\*. Δεν θα πρέπει να χορηγείται συμπληρωματικά σίδηρος την πρώτη εβδομάδα.

6. *Βιταμίνες* 200% ΣΗΠ\*. 200–300 mg θειαμίνη ενδοφλεβίως, 30 λεπτά τουλάχιστον πριν την πρώτη σίτιση και 200–300 mg καθημερινά ενδοφλεβίως καθημερινά ή από το στόμα

7. Παρακολούθηση καθημερινά: Σωματικό βάρος

*Κλινική εξέταση*: Οίδημα, αρτηριακή πίεση, σφυγμοί, καρδιαγγειακό και αναπνευστικό σύστημα.

*Βιοχημικά*: Φωσφόρος, μαγνήσιο, κάλιο, νάτριο, γλυκόζη, ουρία, κρεατινίνη, θειαμίνη.

*ΗΚΓ*: Παρακολούθηση σε σοβαρές περιπτώσεις.

Συνεχίζεται

**Πίνακας 11. Οδηγίες διαχείρισης του συνδρόμου επανασίτισης (Συνέχεια).****Ημέρες 4-6**

1. *Ενέργεια*: 15–20 kcal/kg/ημέρα.
2. *Ηλεκτρολύτες*: όπως παραπάνω.
3. *Μέταλλα και ιχνοστοιχεία*: όπως τις ημέρες 1–3.
4. *Υγρά*: Ανάλογα με την ενυδάτωση, την αλλαγή του βάρους και τις απώλειες. Οι ασθενείς χρειάζονται συνήθως 25–30 mL/kg/ημέρα.
5. *Παρακολούθηση*: Βάρος και τα παραπάνω βιοχημικά καθημερινά.
6. *Κλινική εξέταση*: όπως τις ημέρες 1–3: καθημερινά.

**Ημέρες 7–10**

1. *Ενέργεια*: 20–30 kcal/kg/ημέρα.
2. *Ηλεκτρολύτες*: Όπως παραπάνω. Ο σίδηρος θα πρέπει να συμπληρώνεται από την 7η ημέρα και μετά.
3. *Υγρά*: Διατήρηση μηδενικής ισορροπίας. Περίπου 30 mL/kg/ημέρα.
4. *Παρακολούθηση*: Βάρος και τα παραπάνω βιοχημικά δύο φορές την εβδομάδα.
5. *Κλινική εξέταση* όπως τις ημέρες 1–3 καθημερινά.

\*ΣΗΠ: Συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη

Τροποποιημένο από Stanga et al 2008, Hofer et al 2013

σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για την αύξηση του δείκτη μάζας σώματος μέχρι το εξιτήριο όσων ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα. Αντίθετα η υψηλή εβδομαδιαία αύξηση του σωματικού βάρους κατά το πρώτο μισό της θεραπείας ήταν προβλεπτικός παράγοντας αύξησης του δείκτη μάζας σώματος μεταξύ αυτών που εγκατέλειψαν τη θεραπεία (Mewes et al 2008).

Ορισμένες έρευνες δείχνουν ότι παρότι μπορεί να αυξάνεται σημαντικά το σωματικό βάρος κατά τη νοσηλεία, η πλειοψηφία των ανηλίκων ασθενών δεν διατηρεί ένα υγιές σωματικό βάρος μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (Gendall & Bulik 2005, Halvorsen et al 2016). Η διατήρηση του βάρους-στόχου για αρκετό διάστημα πριν το εξιτήριο και η αποφυγή της απώλειας βάρους αμέσως μετά την εντατική θεραπεία προβλέπουν τη διατήρηση του βάρους μετά το εξιτήριο και μειώνουν τις πιθανότητες επιστροφής στο νοσοκομείο (Offord et al 2006, Fennig et al 2015).

## 8. Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα της Νοσηλείας στην Ψυχιατρική Κλινική

Η μικρής διάρκειας ενδονοσοκομειακή θεραπεία κρίνεται απαραίτητη και για τους ενηλίκους και για τους ανηλίκους ασθενείς, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν σοβαρές ιατρικές επιπλοκές όπως αναφέρθηκε στις προηγούμενες ενότητες. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιοι ενδοιασμοί σχετικά με τη μακροχρόνια ενδονοσοκομειακή θεραπεία κυρίως των νεαρών ασθενών (Winston et al 2012). Δεν φαίνεται να υπερτερεί ιδιαίτερα η ενδονοσοκομειακή θεραπεία της εξωνοσοκομειακής στους εφήβους. Ένας από τους λόγους είναι οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες της νοσηλείας στους εφήβους. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο διακόπτει τις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, όπως και την εκπαίδευση των νεαρών ασθενών και αυτό φαίνεται να επηρεάζει την αίσθηση του εαυτού και τη συναισθηματική τους υγεία και δυσκολεύει την επιστροφή τους στην καθημερινή ζωή τους μετά το εξιτήριο (Offord et al 2006, Winston et al 2012). Επίσης, συχνά οι έφηβοι βλέπουν την ενδονοσοκομειακή θεραπεία ως επιβολή και αυτό κάποιες φορές μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα της διαταραχής (Offord et al 2006, Gowers et al 2007). Προσεγγίσεις οι οποίες ενισχύουν τη σύνδεση με τον «έξω κόσμο» και η ανάπτυξη θετικών σχέσεων με τους άλλους νοσηλευόμενους μπορεί να μειώσουν τις αρνητικές συνέπειες της νοσηλείας (Offord et al 2006).

Υποστηρίζεται ότι εφόσον οι έφηβοι ζουν με τους γονείς τους, αν οι γονείς μπορούν να λειτουργήσουν ως συν-θεραπευτές, οι έφηβοι θα ωφελούνταν περισσότερο από την εξωνοσοκομειακή θεραπεία, φυσικά σε περιπτώσεις που δεν κινδυνεύει άμεσα η ζωή τους (Winston et al 2012).

Δυστυχώς υπάρχουν ελάχιστες εξειδικευμένες μονάδες διαταραχών πρόσληψης τροφής για ενηλίκους και ακόμη λιγότερες για ανηλίκους και συχνά δεν μπορούν να λάβουν την εξειδικευμένη θεραπεία η οποία απαιτείται ιδιαίτερα στην Ψυχογενή Ανορεξία. Στη Μ. Βρετανία ενδονοσοκομειακή θεραπεία για ενηλίκους με Ψυχογενή Ανορεξία παρέχεται μόλις σε 49% σε ειδική μονάδα διαταραχών πρόσληψης τροφής, 37% σε ψυχιατρικούς θαλάμους και 9% σε γενικά νοσοκομεία, ενώ οι περισσότεροι ανήλικοι νοσηλεύονται σε γενικά νοσοκομεία ή παιδιατρικές

μονάδες, καθώς είναι ελάχιστες οι εξειδικευμένες μονάδες με σημαντική εξαίρεση το νοσοκομείο Maudsley (Winston et al 2012).

Στην Ελλάδα, μέχρι στιγμής, δεν υπάρχει καμία εξειδικευμένη νοσηλευτική μονάδα για την Ψυχογενή Ανορεξία ούτε και πρόγραμμα εντατικής θεραπείας στα πλαίσια Νοσοκομείου Ημέρας. Υπάρχουν μόνο 6 κλίνες, 3 στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο και 3 στο Αττικόν Νοσοκομείο που όμως είναι ενσωματωμένες σε ψυχιατρικές πτέρυγες νοσηλείας με αποτέλεσμα οι ασθενείς να βρίσκονται στον ίδιο χώρο με πάσχοντες από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές κάποιοι από τους οποίους νοσηλεύονται ακουσίως ή/και σε κατάσταση ψυχοκινητικής διέγερσης.



# Η Ψυχοθεραπεία στην Ψυχιατρική Κλινική

Ένα υποσιτισμένο άτομο δεν έχει τις περισσότερες φορές τη νοητική ικανότητα να επεξεργαστεί τα προβλήματα που προκύπτουν από την Ψυχογενή Ανορεξία και να δεσμευτεί στη διαδικασία της ανάρρωσης (Olmsted et al 2010). Ο υποσιτισμός και το χαμηλό βάρος επηρεάζουν τη σκέψη, καθώς ο εγκέφαλος χρειάζεται ενέργεια που δεν του διατίθεται για να λειτουργήσει ικανοποιητικά (Fairburn 2008). Οι σοβαρά υποσιτισμένοι ασθενείς δυσκολεύονται να κινηθούν προς την αλλαγή πριν αποκατασταθεί το βάρος τους (Olmsted et al 2010). Η σκέψη γίνεται άκαμπτη, αδυνατούν να δουν τη γενική εικόνα μιας κατάστασης, χάνουν τον αυθορμητισμό, δυσκολεύονται να πάρουν αποφάσεις και να συγκεντρωθούν (Zonnevijlle-Bendek 2002). Αποκτούν ακαμψία στη ρουτίνα τους και καταναγκαστικές συμπεριφορές ιδιαίτερα την ώρα του φαγητού. Ακολουθούν συγκεκριμένες τελετουργίες, πολλές φορές αποθηκεύουν τρόφιμα, συλλέγουν συνταγές και μαγειρεύουν συνεχώς για τους άλλους (Fairburn 2008). Οι ασθενείς που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα αλεξιθυμίας ενώ συχνά αναφέρουν έντονα αρνητικά συναισθήματα ειδικά σε καταστάσεις που σχετίζονται με το φαγητό και το βάρος (Torres et al 2011). Κλείνονται στον εαυτό τους και εξαιτίας της άκαμπτης ρουτίνας που ακολουθούν και της έλλειψης αυθορμητισμού απομονώνονται όλο και περισσότερο από το κοινωνικό τους περιβάλλον (Fairburn 2008). Συνεπώς για τους

λόγους που προαναφέρθηκαν η αποκατάσταση του βάρους αποτελεί πρωταρχικό στόχο της ενδονοσοκομειακής θεραπείας.

Η ανταπόκριση ωστόσο στη νοσηλεία φαίνεται συχνά να είναι μέτρια και ενώ υπάρχει αύξηση του βάρους και βελτίωση της ιατρικής κατάστασης, παρατηρείται μικρή βελτίωση στα ψυχικά συμπτώματα της διαταραχής και στη διάθεση (Goddard et al 2013, Halvorsen & Rø 2019). Εκτός από την αποκατάσταση του βάρους στην ενδονοσοκομειακή θεραπεία κρίνεται λοιπόν σημαντικό να ληφθούν υπόψη και άλλοι παράγοντες ώστε να διευκολυνθεί η θεραπεία και η ανάρρωση των ασθενών.

Η ψυχοθεραπεία εστιασμένη στη διαταραχή θεωρείται πρώτης γραμμής θεραπεία για την Ψυχογενή Ανορεξία (Born et al 2015). Οι οδηγίες της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας προτείνουν την ψυχοθεραπεία κατά τη διάρκεια της επανασίτισης και της αποκατάστασης του βάρους, καθώς η ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι πολύ βοηθητική μόλις διορθωθεί ο υποσιτισμός και επιτυγχάνεται η σταδιακή αύξηση του σωματικού βάρους (American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders 2006). Οι Calugi et al (2013) σε έρευνά τους αναφέρουν ότι περίπου 36,4% των ατόμων τα οποία έπασχαν από μακροχρόνια διατροφική διαταραχή, περισσότερα από 10 χρόνια, εμφάνισαν σημαντική κλινική αλλαγή στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας Eating Disorder Examination (EDE). Το ποσοστό αλλαγής ήταν ακόμα υψηλότερο (44%) για όσους έπασχαν από Ψυχογενή Ανορεξία λιγότερο από δέκα έτη.

Είναι σημαντικό, οι νοσηλευόμενοι ασθενείς να συμμετέχουν σε κάποια μορφή ατομικής ψυχοθεραπείας και ομαδικής συμβουλευτικής ώστε να μπορέσουν να δεσμευτούν στη διαδικασία της θεραπείας και της ανάρρωσης. Προτείνεται αρχικά η θεραπεία να εστιάζεται στη διαχείριση της άμεσης κρίσης και η ψυχοθεραπεία να εντείνεται και να εξειδικεύεται όταν οι ασθενείς έχουν αποκτήσει δείκτη μάζας σώματος περίπου 15 και μπορούν έτσι να συμμετέχουν σε συνεδρίες 50 λεπτών (Born et al 2015). Πολλοί ελλιποβαρείς ασθενείς νιώθουν έντονη ανησυχία εξαιτίας της φυσικής και ψυχολογικής τους κατάστασης και αυτή η έντονη ανησυχία δυσκολεύει τη συμμετοχή σε πολύπλοκες ή πολύωρες ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες (Born et al 2015, Halvorsen & Rø 2019).

Εντατικά θεραπευτικά προγράμματα κατά την ενδονοσοκομειακή θεραπεία μπορεί να έχουν θετικά αποτελέσματα σε ασθενείς οι οποίοι πάσχουν επίσης και από κατάθλιψη. Πιθανώς η εντατική υποστήριξη να βοηθά να ξεπεράσουν το συναίσθημα του αβοήθητου σχετικά με τη δυνατότητα αλλαγής και να αυξήσει το μειωμένο κίνητρο που χαρακτηρίζει την καταθλιπτική συμπτωματολογία (Calugi et al 2013). Ενδοπροσωπικοί παράγοντες, όπως το κίνητρο και διαπροσωπικοί παράγοντες, όπως η αλληλεπίδραση με τους φροντιστές μπορεί να τροποποιηθούν και να επηρεάσουν την ανταπόκριση στη θεραπεία (Goddard et al 2013).

Τα άτομα που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία έχουν δυσκολία να εστιάσουν στο εδώ και τώρα και να έχουν σωματική επίγνωση. Παρεμβάσεις βασισμένες στην ενσυνειδητότητα (Mindfulness) μπορεί να βοηθήσουν τους ασθενείς αυτούς μέσω της ενίσχυσης της αυτοεπίγνωσης και της επίγνωσης του σώματος, όπως επίσης να συμβάλουν και στη μείωση των αγχωδών συμπτωμάτων (American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders 2006).

Η ψυχοθεραπεία βεβαίως είναι μια μακροχρόνια διαδικασία η οποία ξεκινά κατά τη διάρκεια της ενδονοσοκομειακής θεραπείας και συνεχίζεται και μετά το εξιτήριο από τη νοσοκομειακή μονάδα. Παρακάτω αναφέρονται διάφορες μορφές ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων που μπορούν να πραγματοποιηθούν στο ενδονοσοκομειακό πλαίσιο.

## 1. Μη Ειδικές Ψυχοθεραπευτικές Παρεμβάσεις

### *Θεραπευτικό συμβόλαιο*

Ένα σημαντικό ζήτημα το οποίο τίθεται αφορά στην ενημέρωση των ασθενών κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο σχετικά με τους στόχους της θεραπείας και τον σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου (Olmsted et al 2010). Ίσως η ενημέρωση αυτή συμβάλλει στην ενίσχυση του κινήτρου, τη δέσμευση και το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Halvorsen et al 2016).

Το συμβόλαιο μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή είναι ένα πολύ βασικό εργαλείο της θεραπείας το οποίο συμβάλλει σημαντικά



στην κινητοποίηση των ασθενών. Το συμβόλαιο περιλαμβάνει την ενημέρωση σχετικά με τους τύπους της θεραπείας που προσφέρονται, τους κανόνες σχετικά με τη συμπεριφορά που αναμένεται, τις προσδοκίες που αφορούν στην αύξηση του βάρους και το πρωτόκολλο για την αύξηση των θερμίδων, ώστε να μη βρίσκονται προ εκπλήξεων και να κατακλύζονται από τα συναισθήματά τους (Olmsted et al 2010, Born et al 2015). Εκτός από τις απαγορεύσεις είναι σημαντικό να αναφέρονται και οι επιβραβεύσεις.

Όσον αφορά σε ασθενείς οι οποίοι έχουν νοσηλευτεί στο παρελθόν, είναι σημαντικό να συζητηθούν τα εμπόδια για την ανάρρωση που αντιμετώπισαν κατά τις προηγούμενες εισαγωγές και συνέβαλαν στην υποτροπή. Να συζητηθεί πως μπορούν να επωφεληθούν περισσότερο από τη θεραπεία αυτή τη φορά (Olmsted et al 2010).

### *Κινητοποίηση και ενίσχυση του κινήτρου για αλλαγή*

Όπως αναφέρθηκε, η Ψυχογενής Ανορεξία πολλές φορές εξυπηρετεί κάποιον συγκεκριμένο σκοπό για τους πάσχοντες. Η συμπεριφορική ανάλυση, η οποία είναι πολύ σημαντική ώστε να γίνει κατανοητό γιατί η διαταραχή λειτουργεί κάποιες φορές ως λύση για τους πάσχοντες, μπορεί να συμβάλει στην αξιολόγηση του κινήτρου και στην αύξηση δέσμευσης στη θεραπεία (Woolrich et al 2006). Το κίνητρο για αλλαγή φαίνεται να είναι θετικός προβλεπτικός παράγοντας ανταπόκρισης στη θεραπεία και έχει συνδεθεί με μειωμένη πιθανότητα υποτροπής μετά την ενδονοσοκομειακή θεραπεία (Wade et al 2011, Goddard et al 2013, Schegl et al 2014).

Μελέτες γενικής ψυχοπαθολογίας αλλά και εξωνοσοκομειακών θεραπευτικών προγραμμάτων για την Ψυχογενή Ανορεξία, όπως το MANTRA του νοσοκομείου Maudsley της Μ. Βρετανίας δείχνουν ότι η κινητοποιητική συνέντευξη ενισχύει το θεραπευτικό αποτέλεσμα όταν προστίθεται στη θεραπεία (Wade et al 2011). Επίσης έχει βρεθεί ότι η κινητοποιητική συνέντευξη ή ένα σύντομο θεραπευτικό κινητοποιητικό πρόγραμμα για τους ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε ενδονοσοκομειακή θεραπεία συνεισφέρει στο θεραπευτικό αποτέλεσμα με το να ενισχύει το μακροπρόθεσμο κίνητρο και τη δέσμευση δίνοντας την αίσθηση

συμμαχίας μεταξύ των ασθενών και της θεραπευτικής ομάδας και ενισχύει τη συνέχιση της θεραπείας (Dean et al 2008, Wade et al 2009).

Η κινητοποιητική συνέντευξη είναι μια προσωποκεντρική και συνεργατική παρέμβαση η οποία αναπτύχθηκε αρχικά στο πεδίο των εξαρτήσεων και συνεχώς αυξάνεται η χρήση της και σε άλλες συμπεριφορικές παρεμβάσεις (Treasure & Ward 1997, Price-Evans & Treasure 2011). Το μοντέλο της κινητοποιητικής συνέντευξης βλέπει την αντίσταση ως συνέπεια της αμφιθυμίας για αλλαγή και έχει ως αρχικό στόχο να αυξήσει το κίνητρο, τη δέσμευση και την προετοιμασία για αλλαγή (Price-Evans & Treasure 2011). Οι γενικές αρχές της κινητοποιητικής συνέντευξης αναφέρονται στον πίνακα 12.

Είναι σημαντικό να αξιολογηθεί αν οι ασθενείς είναι έτοιμοι για αλλαγή. Έχουν προταθεί τρία στάδια ετοιμότητας για αλλαγή. Το πρώτο στάδιο, του προ-στοχασμού κατά το οποίο οι ασθενείς δεν εκφράζουν καμία επιθυμία για αλλαγή. Το δεύτερο στάδιο, του στοχασμού, κατά το οποίο οι ασθενείς νιώθουν αμφιθυμία σχετικά με την αλλαγή. Και το τρίτο στάδιο, της αποφασιστικότητας, της ετοιμότητας για αλλαγή (Treasure & Wolff 2008).

Ακόμη και οι αρκετά κινητοποιημένοι ασθενείς κάποια στιγμή μπορεί να αμφισβητήσουν αυτό που κάνουν. Η αμφιθυμία σχετικά με την αλλαγή είναι φυσιολογικό κομμάτι της διαδικασίας ανάρρωσης και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας (Olmsted et al 2010).

### *Ψυχοεκπαίδευση για την Ψυχογενή Ανορεξία*

Η ψυχοεκπαίδευση μπορεί να είναι μέρος μιας ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης, όπως η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία, αλλά μπορεί και να είναι ένα πρόγραμμα ανεξάρτητο. Η ψυχοεκπαίδευση σχετικά με τη διαταραχή και τη διαχείρισή της φαίνεται να διευκολύνει την ανάρρωση (Pettersen et al 2011) και είναι πολύ σημαντική και κατά την ενδο-σοκομειακή θεραπεία. Η συλλογιστική της ψυχοεκπαίδευσης είναι ότι συχνά υπάρχει λάθος πληροφόρηση ή άγνοια σχετικά με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής και τις ιατρικές επιπλοκές (Vandereycken et al 2013) και η παροχή σχετικών πληροφοριών με κατανοητό τρόπο μπορεί να

**Πίνακας 12. Βασικές αρχές της κινητοποιητικής συνέντευξης.**

1. Στόχος είναι να βελτιωθεί το εσωτερικό κίνητρο για αλλαγή.
2. Να δημιουργηθεί μια ασυμφωνία μεταξύ της παρούσας συμπεριφοράς και των γενικότερων στόχων.
3. Να εκφράζεται ενσυναίσθηση και αποδοχή μέσα από την ενεργητική ακρόαση.
4. Να υποστηριχθεί η αυτο-αποτελεσματικότητα, η ελπίδα ή η αισιοδοξία.
5. Να βελτιωθεί η αυτοεκτίμηση.

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης προσπαθείτε να:

1. Αφήνετε τους ασθενείς να εκφράζουν τις αντιρρήσεις για την αλλαγή.
2. Ξεκινήστε με τις ανησυχίες του/της ασθενούς και όχι του θεραπευτή.
3. Εστιαστείτε στο να εκμαιεύσετε τις ανησυχίες των ασθενών.
4. Δώστε έμφαση στην προσωπική επιλογή και την ευθύνη της απόφασης για τη μελλοντική συμπεριφορά. Διαπραγματευθείτε στόχους και στρατηγικές.
5. Εξερευνήστε και σεβαστείτε τις αντιλήψεις του/της ασθενούς.
6. Χρησιμοποιείτε επιλεκτικά την ενσυναίσθηση.
7. Σεβαστείτε τα συναισθήματα, τις ανησυχίες και τις δηλώσεις αυτο-ενίσχυσης.
8. Αναπλαισιώστε και κάνετε περίληψη.
9. Κάντε δηλώσεις παρά ερωτήσεις, ξεκινώντας με το «εσύ» ως υποκείμενο.
10. Κάντε μια μικρή επανάληψη των συνεδριών στην αρχή και στο τέλος κάθε συνεδρίας.
11. Δώστε συμβουλή και ανατροφοδότηση όπου χρειάζεται.
12. Επιβεβαιώστε και κάνετε θετική αναδόμηση των δηλώσεων του/της ασθενούς για να βελτιώσετε την αυτοεκτίμηση και την αποτελεσματικότητα.

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης προσπαθείτε να αποφύγετε να:

1. Χρησιμοποιείτε διδακτικό λόγο ή πειθώ με τη λογική
2. Υιοθετείτε έναν ρόλο αυθεντίας
3. Δίνετε συμβουλή ειδικού στην αρχή

Συνεχίζεται

**Πίνακας 12. Βασικές αρχές της κινητοποιητικής συνέντευξης (Συνέχεια).**

4. Διατάσσετε, κατευθύνετε, προειδοποιείτε ή απειλείτε.
5. Μιλάτε κυρίως εσείς.
6. Μπαίνετε σε διαφωνίες σχετικά με διαγνωστικές ταμπέλες.
7. Κάνετε επικριτικά σχόλια, κριτική ή κήρυγμα.
8. Κάνετε ερωτήσεις στις οποίες ο ασθενής δίνει μικρές απαντήσεις.
9. Απαντάτε στην απάντηση του ασθενούς σε μία ανοιχτή ερώτηση με μια ακόμη ερώτηση.
10. Ρωτάτε τρεις ερωτήσεις στη σειρά.
11. Λέτε στον/στην ασθενή ότι έχει πρόβλημα.
12. Συνταγογραφείτε λύσεις ή συγκεκριμένες κινήσεις.

Treasure & Ward, 1997

βοηθήσει στην τροποποίηση των διατροφικών συμπεριφορών και να συμβάλει στη θεραπευτική διαδικασία (Γονιδάκης & Βάρσου 2008). Η ψυχοεκπαίδευση μπορεί να αυξήσει το κίνητρο των ασθενών κατά την ενδονοσοκομειακή θεραπεία (Vandereycken et al 2013).

Κατά την ψυχοεκπαίδευση συζητείται πρωταρχικά η πολυπαραγοντική φύση της Ψυχογενούς Ανορεξίας καθώς οι ασθενείς συχνά πιστεύουν ότι για την έναρξη της διαταραχής ευθύνεται ένας μόνο παράγοντας. Συζητούνται οι προδιαθεσικοί παράγοντες, οι εκλυτικοί παράγοντες και οι παράγοντες διαιώνισης της διαταραχής, οι οποίοι περιγράφηκαν στο κεφάλαιο 2, όπως και το πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο ζει το άτομο και επηρεάζει τις πεποιθήσεις του σχετικά με το σώμα και το βάρος. Επίσης δίνονται πληροφορίες σχετικά με τις επιπτώσεις του υποσιτισμού, της χρήσης καθαρτικών και διουρητικών και όλες οι ιατρικές επιπλοκές που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς. Επίσης συζητείται το φυσιολογικό βάρος και το βάρος-στόχος το οποίο δεν καθορίζεται μόνο από τον δείκτη μάζας σώματος και τους πίνακες αλλά λαμβάνοντας υπόψη και το βάρος του ατόμου πριν την έναρξη της διαταραχής, όπως και της οικογένειας (Γονιδάκης & Βάρσου 2008). Στα πλαίσια της συζήτησης για το φυσιολογικό βάρος εξηγείται και η θεωρία του σημείου ισορροπίας του σωματικού βάρους. Τέλος συζητείται η αποκατάσταση των

διατροφικών συνηθειών, τα γεύματα, η θερμιδική αύξηση, η προσθήκη τροφών που οι ασθενείς έχουν συμπεριλάβει στη λίστα με τις απαγορευμένες τροφές και η αύξηση του βάρους.

Μετά τα αρχικά στάδια της επανασίτισης και αφού έχει υπάρξει η ιατρική σταθεροποίηση και έχει αρχίσει η αποκατάσταση του βάρους, η ψυχοεκπαίδευση περιλαμβάνει τις πληροφορίες σχετικά με τις μορφές ψυχοθεραπείας στις οποίες θα συμμετάσχουν οι ασθενείς, όπως η ατομική και η οικογενειακή θεραπεία.

### *Ψυχολογική διαχείριση του γεύματος*

Όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο για τη διατροφική αποκατάσταση η διαδικασία του γεύματος είναι μια πολύ στρεσογόνα κατάσταση και για τους ασθενείς αλλά και τους φροντιστές. Οι ασθενείς οδηγούνται σε συγκεκριμένες συμπεριφορές με στόχο να αποφύγουν το φαγητό και να μειώσουν τις συνέπειες της πρόσληψης τροφής. Παρότι πολλά ψυχολογικά προβλήματα βελτιώνονται με την αύξηση του βάρους, συχνά σημαντικά προβλήματα σχετικά με την επιλογή του φαγητού και τη θερμιδική πρόσληψη επιμένουν (Sysko et al 2005, Steinglass et al 2010).

Το υποκειμενικό άγχος και το είδος του γεύματος επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά και την πρόσληψη θερμίδων ακόμη και μετά την αποκατάσταση του βάρους (Steinglass et al 2010). Οι ασθενείς χρειάζεται να μάθουν να αντιμετωπίζουν το άγχος σχετικά με τα τακτικά γεύματα και το φυσιολογικό φαγητό για να πετύχουν την ανάρρωση. Η μείωση του άγχους πριν το γεύμα μπορεί να συμβάλει θετικά στη διατροφική αποκατάσταση (Steinglass et al 2010) και να βοηθήσει στο μακροπρόθεσμο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Rock 2010). Παρεμβάσεις οι οποίες δίνουν την ευκαιρία να εκφράσουν τις δυσκολίες τους και τα συναισθήματά τους σχετικά με τις ώρες των γευμάτων μπορεί να είναι πολύ βοηθητικές (Long et al 2012).

Η παρουσία του θεραπευτή για ενθάρρυνση φαίνεται να βοηθά στη συνολική αύξηση πρόσληψης τροφής. Ο φόβος υπερφαγίας όταν εκτίθεται σε τροφές τις οποίες θεωρούσαν απαγορευμένες μπορεί να ελεγχθεί οργανώνοντας το περιβάλλον των γευμάτων και την έκθεση στις ποσότητες ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος υπερφαγίας (Rock 2010).

Το να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που αφορούν στο φαγητό φαίνεται να βοηθά επίσης στη μείωση του άγχους. Η συμμετοχή στην αγορά των τροφών και έπειτα στην παρασκευή των γευμάτων φαίνεται σε κάποιους ασθενείς που βρίσκονται σε ενδονοσοκομειακή θεραπεία να αυξάνει το κίνητρο να ολοκληρώσουν το γεύμα (Rock 2010, Long et al 2012). Επίσης δραστηριότητες όπως ένα γεύμα σε εστιατόριο και έπειτα μια συζήτηση με τους διατροφολόγους και ψυχολόγους σχετικά με τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές που υπήρξαν μπορεί να βοηθήσει να αναγνωρίσουν και να τροποποιήσουν τις αντιδράσεις τους (Rock 2010). Το να εξερευνούν τα φαγητά και τις καταστάσεις που σχετίζονται με τη διατροφή ταυτόχρονα υποστηριζόμενοι από κάποιον ειδικό ενδυναμώνει τις προσπάθειες των ασθενών να επιστρέψουν σε μια υγιή διατροφική συμπεριφορά (Long et al 2012).

Το άγχος αυξάνεται ιδιαίτερα μετά τα γεύματα. Αμέσως μετά το γεύμα θα μπορούσαν οι ασθενείς και το νοσηλευτικό προσωπικό να κάνουν ασκήσεις αυτεπίγνωσης, για παράδειγμα να φαντάζονται το φαγητό να χωνεύεται, να κάνουν δραστηριότητες απόσπασης και χαλάρωσης (Long et al 2012). Η μουσική κατά τη διάρκεια των γευμάτων σε ενδονοσοκομειακές δομές φαίνεται να συμβάλει θετικά στη μείωση του άγχους. Η μουσική έχει αγχολυτική δράση σε ασθενείς που εκτίθενται σε στρεσογόνες καταστάσεις και φαίνεται να λειτουργεί ως απόσπαση σε περιβάλλοντα τα οποία συνδέονται με το φαγητό (Cardi et al 2013). Όταν μετά τα γεύματα ασθενείς και προσωπικό συμμετέχουν σε κοινές δραστηριότητες οι ασθενείς νιώθουν ότι το προσωπικό κατανοεί τη δυσφορία και τον φόβο τους και βοηθιούνται στο να αντιμετωπίσουν τις δυσάρεστες αισθήσεις (Long et al 2012).

## 2. Ατομική Ψυχοθεραπεία

Η ατομική ψυχοθεραπεία είναι βασικός παράγοντας της θεραπευτικής προσπάθειας στο ενδονοσοκομειακό πλαίσιο. Η κατεύθυνση της ψυχοθεραπείας φαίνεται να έχει λιγότερη σημασία από την εξειδίκευση των θεραπειών στην αντιμετώπιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Από τις μελέτες που έχουν γίνει φαίνεται ότι τόσο η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και οι παραλλαγές της όπως είναι η διαλεκτική συμπεριφορική

θεραπεία όσο και οι ψυχοδυναμικού τύπου ψυχοθεραπείες μπορεί να είναι αποτελεσματικές και να συνεισφέρουν στην ανάρρωση από την Ψυχογενή Ανορεξία στο ενδονοσοκομειακό πλαίσιο.

Παρακάτω γίνεται σύντομη αναφορά στη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία.

### *Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία:*

#### *Η σημασία των πεποιθήσεων στην Ψυχογενή Ανορεξία*

Τα άτομα που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία έχουν συγκεκριμένες αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό τους. Έχει προταθεί η θεωρητική υπόθεση ότι ο διατροφικός περιορισμός λειτουργεί ως αντισταθμιστική συμπεριφορά στο συναισθηματικό και νοητικό στρες που συνδέεται με τις πεποιθήσεις αυτές. Η αντισταθμιστική αυτή συμπεριφορά μπορεί να εκφράζεται ως μια ενδιάμεση πεποίθηση (Woolrich et al 2006). Για παράδειγμα όταν υπάρχει η πεποίθηση «είμαι ανίκανη», η ενδιάμεση πεποίθηση-κανόνας «αν καταφέρω να μη φάω, δεν είμαι ανίκανη», ενισχύει την αποφυγή του φαγητού. Κάποιες από τις πεποιθήσεις αυτές αναφέρονται στον πίνακα 13.

Ταυτόχρονα με τον σχεδιασμό των πλάνων των γευμάτων είναι σημαντικό να δίνεται έμφαση στη γνωσιακή αναδόμηση η οποία εστιάζει

#### **Πίνακας 13. Πεποιθήσεις στην Ψυχογενή Ανορεξία.**

- Το βάρος και το σχήμα ως μέσο αυτο-αποδοχής: «αν το σώμα μου είναι αδύνατο, θα νιώθω καλύτερα για μένα»
- Το βάρος και το σχήμα ως μέσο αποδοχής από τους άλλους: «αν χάσω βάρος οι άλλοι θα είναι πιο φιλικοί και θα θέλουν να με γνωρίσουν»
- Έλεγχος πάνω στο φαγητό: Αν φάω κανονικά, θα παχύνω»
- Αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με τον εαυτό: «είμαι αποτυχημένη»
- Ανάγκη αυτοελέγχου: «αφού δεν μπορώ να ελέγξω τίποτα στη ζωή μου, ας ελέγξω το σώμα μου»

Cooper et al 2001

στις βαθύτερες πεποιθήσεις και τα μοτίβα σκέψεις και συμπεριφοράς που σχετίζονται με το φαγητό (Rock 2010).

Οι αλλαγές στις βαθύτερες πεποιθήσεις είναι σημαντικές για την ανάρρωση και την πρόληψη της υποτροπής, ειδικά στην κρίσιμη ηλικία της εφηβείας, τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά τη φάση της αποκατάστασης του βάρους (Fennig et al 2015).

Η ενδονοσοκομειακή θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας δεν φαίνεται να αλλάζει σημαντικά τις βασικές σκέψεις και πεποιθήσεις της Ψυχογενούς Ανορεξίας και ίσως αυτό εξηγεί το υψηλό ποσοστό υποτροπής (Carter et al 2004, Fennig et al 2015). Οι πεποιθήσεις αυτές δεν αλλάζουν απλώς επειδή το άτομο επανασιτίζεται στο ενδονοσοκομειακό περιβάλλον. Πολλές φορές οι ασθενείς δεν είναι έτοιμοι για την αλλαγή, καθώς είναι οι γονείς, οι συγγενείς και οι φίλοι αυτοί που πιέζουν για τη θεραπεία και δεν είναι μια προσωπική τους επιλογή και ατομική δέσμευση (Olmsted et al 2010). Χρειάζεται ένα εξατομικευμένο πλάνο βασισμένο στις αρχές και τις στρατηγικές της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας για την Ψυχογενή Ανορεξία.

### *Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία στο ενδονοσοκομειακό πλαίσιο*

Συνεχώς αυξάνονται οι έρευνες για τη θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας ωστόσο υπάρχουν περισσότερα δεδομένα για την εξωνοσοκομειακή θεραπεία. Είναι πολύ λιγότερες οι έρευνες για τα ενδονοσοκομειακά ψυχοθεραπευτικά προγράμματα και λιγότερες οι έρευνες οι οποίες εστιάζουν στις αλλαγές της πυρηνικής συμπτωματολογίας της Ψυχογενούς Ανορεξίας κατά την ενδονοσοκομειακή θεραπεία.

Προγράμματα Ενισχυμένης Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας (CBT-E) σχεδιασμένα για την ενδονοσοκομειακή θεραπεία φαίνεται να έχουν καλή αποτελεσματικότητα στη βελτίωση του βάρους, στη διατροφική διαταραχή και στη γενικότερη ψυχοπαθολογία (Dalle Grave et al 2013). Η Ενισχυμένη Γνωσιακή Συμπεριφορική θεραπεία (CBT-E) είναι σχεδιασμένη να οδηγεί σε συνεχή αλλαγή και η θεραπεία μπορεί να συνεχιστεί και όταν εξέλθουν οι ασθενείς από το νοσοκομείο. Με τον τρόπο αυτόν οι πάσχοντες μπορούν να περάσουν από



την ενδονοσοκομειακή θεραπεία στην εξωνοσοκομειακή χωρίς να χρειαστεί να αλλάξουν μορφή ψυχοθεραπείας (Dalle Grave et al 2013). Η Ενισχυμένη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT-E) προσαρμοσμένη για το ενδονοσοκομειακό περιβάλλον είναι σχεδιασμένη για να ταιριάζει τόσο σε ενηλίκους όσο και σε ανηλικούς ασθενείς (Fairburn 2008). Η ενισχυμένη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT-E) προσαρμοσμένη και ενταγμένη σε ένα ενδονοσοκομειακό πρόγραμμα για εφήβους βρέθηκε ότι συνέβαλε στη βελτίωση του βάρους, των στοιχείων της διαταραχής και της γενικότερης ψυχοπαθολογίας η οποία διατηρήθηκε και 12 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας (Dalle Grave et al 2014).

Η Ενισχυμένη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT-E) για την ενδονοσοκομειακή θεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί από θεραπευτές που έχουν διαφορετικά επαγγελματικά υπόβαθρα, δίνεται βοήθεια σχετικά με το φαγητό, κάποια στοιχεία της μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ομαδική μορφή και υπάρχει επίσης μία ενότητα για παρέμβαση στην οικογένεια (Fairburn 2008).

Οι τεχνικές της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για τη διαμόρφωση της διατροφικής συμβουλευτικής η οποία αποτελείται από τον σχεδιασμό και την παρακολούθηση των διατροφικών και συμπεριφορικών στόχων ώστε να μπορέσουν οι ασθενείς να αποκαταστήσουν τη διατροφή τους (Rock 2010). Η ψυχοεκπαίδευση σχετικά με τη διατροφή, το φαγητό, τη σχέση της ασιτίας με τα φυσικά συμπτώματα είναι πολύ σημαντική. Στόχος είναι με τη χρήση αποτελεσματικών τεχνικών οι ασθενείς να αναπτύξουν πιο υγιείς αντιλήψεις και να αναδιαμορφώσουν τις ερμηνείες και τις πεποιθήσεις τους σχετικά με το φαγητό. Για παράδειγμα η οπτικοποίηση της αποκατάστασης των μυών και της οστικής πυκνότητας η οποία συμβαίνει όταν λαμβάνονται αρκετές ποσότητες τροφής για την αύξηση του βάρους, αντί του εστιασμού στις αρνητικές σκέψεις σχετικά με το σωματικό λίπος μπορεί να συμβάλει στην τροποποίηση των μοτίβων σκέψης που δημιουργούνται κατά την αποκατάσταση του βάρους (Rock 2010).

Παρότι όλοι είναι ενήμεροι των αρνητικών επιπτώσεων της Ψυχογενούς Ανορεξίας συχνά δεν δίνεται έμφαση στα οφέλη που έχει για τα άτομα που πάσχουν από αυτή. Για να διευκολυνθεί η αλλαγή πρέπει

να διερευνηθεί ποια είναι τα οφέλη της Ψυχογενούς Ανορεξίας για τον/την ασθενή, καθώς μπορεί να εξυπηρετεί μια σημαντική λειτουργία, όπως η προστασία από την αποτυχία, την κακοποίηση ή να λειτουργεί ως απόσπαση από επώδυνα συναισθήματα και καταστάσεις (Olmsted et al 2010). Όταν αυτά αναγνωριστούν μπορούν να αλλάξουν μέσα από την ψυχοθεραπεία. Να επικυρωθούν οι ανάγκες και οι αξίες τους και ταυτόχρονα να βοηθηθούν στο να υιοθετήσουν καινούργιους πιο λειτουργικούς τρόπους για να καλύψουν τις ανάγκες τους (Olmsted et al 2010). Επίσης το να κατανοήσουμε τους παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με την επίμονη δυσλειτουργική συμπεριφορά αμέσως μετά την αποκατάσταση του βάρους μπορεί να θέσει νέους στόχους όσον αφορά στη θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας (Steinglass et al 2010).

Τα άτομα που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο φαίνεται να έχουν δυσκολίες με τον αφηρημένο και ευέλικτο τρόπο σκέψης, παρότι άλλες γνωστικές ικανότητες όπως το IQ και η μνήμη εργασίας παραμένουν ανεπηρέαστα, και στην αναγνώριση και ρύθμιση του συναισθήματος (Tchanturia et al 2015). Δύο θεραπείες που στοχεύουν στις δυσκολίες αυτές, όπως και στην εκπαίδευση σε άλλες δεξιότητες, όπως η ρύθμιση του συναισθήματος είναι η RO-DBT και η CREST. Οι θεραπείες αυτές έχουν προσαρμοστεί και χρησιμοποιηθεί και σε ενδονοσοκομειακά περιβάλλοντα.

Η Radically Open-Dialectical Behavior Therapy (RO-DBT) περιγράφει την Ανορεξία ως μια διαταραχή υπερελέγχου η οποία χαρακτηρίζεται από χαμηλή δεκτικότητα και «ανοικτότητα», διάχυτη παρεμπόδιση της συναισθηματικής εκφραστικότητας, χαμηλή κοινωνική σύνδεση και οικειότητα με τους άλλους (Hempel et al 2018). Οι Lynch et al (2013) ενσωμάτωσαν την RO-DBT, η οποία περιλαμβάνει εκπαίδευση σε δεξιότητες, σε ένα ενδονοσοκομειακό θεραπευτικό πρόγραμμα για ενήλικους που έπασχαν από Ψυχογενή Ανορεξία. Βρήκαν ότι υπήρξε σημαντική βελτίωση στο σωματικό βάρος, μείωση των συμπτωμάτων και της γενικότερης ψυχοπαθολογίας της διαταραχής και αύξηση της ποιότητας ζωής σε σοβαρά ελλιποβαρείς ασθενείς (Lynch et al 2013).

Ένα ακόμη πρόγραμμα εκπαίδευσης σε δεξιότητες που όπως αναφέρθηκε έχει σχεδιαστεί για ασθενείς που πάσχουν από

Ψυχογενή Ανορεξία και βρίσκονται σε ενδονοσοκομειακή θεραπεία και διατροφική αποκατάσταση είναι το CREST. Είναι ένα μικρής διάρκειας ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα το οποίο έχει εφαρμοσθεί σε ομαδική και ατομική μορφή. Έχει βρεθεί ότι συμβάλλει στη μείωση της κοινωνικής ανηδονίας, στη βελτίωση της αναγνώρισης των συναισθημάτων και στην αύξηση της εμπιστοσύνης στις ικανότητές τους για αλλαγή (Davies et al 2012, Tchanturia et al 2014, Tchanturia et al 2015).

### 3. Οικογενειακή Θεραπεία

Για τα παιδιά και τους εφήβους συστήνεται ταυτόχρονα με τις άλλες θεραπείες να συμμετέχουν και σε Οικογενειακή Θεραπεία, η οποία έχει βρεθεί ότι συμβάλλει ιδιαίτερα θετικά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Price-Evans & Treasure 2011, Watson & Bulik 2013, Halvorsen & Rø 2019). Τα ενδονοσοκομειακά προγράμματα για εφήβους που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία τα οποία είναι βασισμένα στην παρέμβαση στην οικογένεια και ιδιαίτερα η συστημική θεραπεία οικογένειας, είναι τα πιο τεκμηριωμένα προγράμματα θεραπείας για τους εφήβους αυτούς (Rock 2010, Halvorsen & Rø 2019). Το μοντέλο του νοσοκομείου Maudsley της Μ. Βρετανίας είναι το πιο τεκμηριωμένο και συχνά προτεινόμενο πρόγραμμα για οικογένειες με μέλος που πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία. Βεβαίως σε περιπτώσεις που είναι δυνατόν η συμμετοχή, η Οικογενειακή Θεραπεία είναι σημαντική και για τους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς. Έχει βρεθεί ότι τα ποσοστά εγκατάλειψης της θεραπείας των εφήβων που βρίσκονται σε ενδονοσοκομειακά προγράμματα βασισμένα στην οικογένεια είναι χαμηλότερα από εκείνα που είναι βασισμένα στην ατομική θεραπεία (Halvorsen & Rø 2019).

Είναι σημαντικό να επικοινωνούνται στους γονείς οι στόχοι της θεραπείας και να εκπαιδεύονται σχετικά με τη διατροφή. Οι ίδιοι οι γονείς πολλές φορές χρειάζεται επίσης να τροποποιήσουν τις σκέψεις και τις συμπεριφορές τους που σχετίζονται με τη διατροφή και το βάρος (Rock 2010). Οι γονείς είναι σημαντικό να αντιληφθούν ότι είναι σημαντική η παρουσία τους στη θεραπεία, όχι γιατί ευθύνονται

για την εμφάνιση της διαταραχής, αλλά γιατί η συμμετοχή τους είναι σημαντική για την αντιμετώπισή της (Γονιδάκης & Βάρσου 2008). Η οικογένεια συμμετέχει στη διαδικασία της ανάρρωσης και ιδιαίτερα μετά το εξιτήριο, η υποστήριξη λοιπόν στο σπίτι με βάση τις ανάγκες τους είναι σημαντική για τη θεραπεία από την Ψυχογενή Ανορεξία (Olmsted et al 2010, Hibbs et al 2015).

Διαπροσωπικοί παράγοντες αποτελούν έναν σημαντικό παράγοντα ο οποίος μπορεί να ενισχύει την αντίσταση στη θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Σε απάντηση στις εκδηλώσεις της Ψυχογενούς Ανορεξίας στους ασθενείς, οι φροντιστές εμφανίζουν αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία η οποία επηρεάζει εμμέσως ή αμέσως το άτομο που πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία και φυσικά τη θεραπεία του (Goddard et al 2013).

Σε έρευνα των Hibbs et al βρέθηκε ότι οι ασθενείς των οποίων οι φροντιστές συμμετείχαν σε ομάδες δεξιοτήτων είχαν μειωμένη ψυχοπαθολογία, μειωμένες ημέρες νοσηλείας και βελτίωση της ποιότητας ζωής. Επίσης οι φροντιστές είχαν μικρή μείωση του φόρτου του φροντιστή, μείωση του εκφρασμένου συναισθήματος όπως και μείωση του χρόνου φροντίδας των ασθενών έως και 6 μήνες μετά το εξιτήριο (Hibbs et al 2015).

Τα ενδονοσοκομειακά προγράμματα για εφήβους που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία τα οποία είναι βασισμένα στην οικογένεια φαίνεται να αξιολογούνται αρκετά θετικά από τους γονείς που συμμετέχουν σε αυτά και από τους εφήβους ως αποδεκτά (Honig 2005, Halvorsen & Rø 2019). Οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από τη σχέση τους με τους θεραπευτές, αλλά όχι με τους θεραπευτικούς στόχους που σχετίζονται με το υγιές βάρος το οποίο είναι βασικός στόχος για τους επαγγελματίες υγείας (Halvorsen & Rø 2019).

Έχουν λοιπόν αναπτυχθεί και εφαρμοσθεί υποσχόμενα ψυχοθεραπευτικά προγράμματα για την οικογένεια τα οποία έχουν ενταχθεί στην ενδονοσοκομειακή θεραπεία και τα οποία θα μπορούσαν να συμβάλουν σημαντικά στη θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας και στην πρόληψη της υποτροπής.

## 4. Άλλες Μορφές Ψυχοθεραπείας

Στο ενδονοσοκομειακό θεραπευτικό πλαίσιο μπορούν να εφαρμοσθούν και άλλες μορφές ψυχοθεραπείας με θετικά αποτελέσματα. Η εφαρμογή τους εξαρτάται πολλές φορές από τη διαθεσιμότητα θεραπειών και την εξειδίκευσή τους στην αντιμετώπιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Ενδεικτικά αναφέρεται η ομαδική ψυχοθεραπεία, οι ομάδες αυτοϋποστήριξης, η εικαστική ψυχοθεραπεία, η δραματοθεραπεία, η χοροθεραπεία ενώ σημαντική συμβολή στη θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας έχει και η εργοθεραπεία. Ειδικά η τελευταία είναι ιδιαίτερα σημαντική όταν μπορεί να προσφερθεί σε πολλαπλά επίπεδα καθώς το εργοθεραπευτικό έργο μπορεί να συμβάλει τόσο στην επαφή του ατόμου με το σώμα και τα συναισθήματα που αυτό του δημιουργεί όσο και σε περισσότερο πρακτικό επίπεδο στην οργάνωση των γευμάτων που το άτομο καλείται σε κάποιο σημείο της νοσηλείας να αναλάβει μόνο του τόσο εντός της ψυχιατρικής κλινικής όσο και κατά τις εξόδους του από αυτήν.



# Εξιτήριο και Εξωνοσοκομειακή Παρακολούθηση

Δεν είναι εύκολο να προβλεφθεί ο ακριβής χρόνος παραμονής στην ενδονοσοκομειακή θεραπεία. Η πτωχή κοινωνική προσαρμοστικότητα, η κακοποίηση, το χαμηλό βάρος μετά την έναρξη της ανορεξίας και κατά την εισαγωγή, η νεαρότερη ηλικία έναρξης και εισαγωγής στο νοσοκομείο, όπως και προηγούμενες ενδονοσοκομειακές θεραπείες συνδέονται με μακρότερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο (Maguire et al 2003). Επίσης η ανάγκη για παρατεταμένη ενδονοσοκομειακή θεραπεία εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα κατάλληλων εξωνοσοκομειακών προγραμμάτων (Halvorsen et al 2016).

Στη Μ. Βρετανία έχει βρεθεί ότι περίπου 26,8% παραμένει στο νοσοκομείο για περισσότερες από 90 ημέρες και ο μέσος όρος παραμονής είναι 36 ημέρες (Thomson et al 2004). Σε κάποιες περιπτώσεις η πρώτη νοσηλεία βιώνεται ως πολύ στρεσογόνα και μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρο εξιτήριο (Maguire et al 2003).

Όταν οι ασθενείς παίρνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο έρχονται αντιμέτωποι με τη μετάβαση από ένα προστατευμένο περιβάλλον το οποίο τους πρόσφερε υψηλού επιπέδου υποστήριξη σε ένα περιβάλλον στο οποίο οι ίδιοι θα πρέπει να αναλάβουν τη φροντίδα του εαυτού τους (Olmsted et al 2010). Είναι λίγες οι έρευνες για την πορεία των ασθενών που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία μετά την ενδονοσοκομειακή θεραπεία (Carter et al 2009).

Η πρόληψη της υποτροπής μετά την έξοδο από το νοσοκομείο είναι πολύ σημαντική. Προτείνεται μετά την ενδονοσοκομειακή θεραπεία να ακολουθεί μία εξάμηνη ή και δωδεκάμηνη εξωνοσοκομειακή θεραπεία με στόχο την πρόληψη της υποτροπής και την ενίσχυση του θεραπευτικού αποτελέσματος (Carter et al 2004, Long et al 2012). Η έρευνα δείχνει ότι ο συνδυασμός διατροφικής συμβουλευτικής και ενός πολυδιαστασιακού προγράμματος είναι πιο αποτελεσματικός στην πρόληψη της υποτροπής (Carter et al 2012).

Είναι σημαντικό λοιπόν πριν το εξιτήριο και τη μετάβαση στη ζωή εκτός νοσοκομείου να οργανώνεται ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα με συγκεκριμένα βήματα ώστε οι ασθενείς να μπορούν να αποκτήσουν μια συμπεριφορά εστιασμένη στην ανάρρωση (Carter et al 2004). Μέσα από το πρόγραμμα αυτό και την υποστήριξη των ειδικών να βοηθηθούν να επιστρέψουν στη ζωή τους εκτός νοσοκομείου, να επιστρέψουν στην εκπαιδευτική ή/και επαγγελματική ζωή τους και να ενισχύσουν το κοινωνικό τους δίκτυο. Να αναπτύξουν ενδιαφέροντα και δραστηριότητες που να μην έχουν ως κέντρο την Ανορεξία όπως και καινούργια μοτίβα συμπεριφοράς που να ενισχύουν την υγεία (Olmsted et al 2010).

Κάποιες έρευνες δείχνουν ότι η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική στην πρόληψη της υποτροπής και την ενίσχυση του αποτελέσματος. Προτείνεται να οργανώνεται ένα εξωνοσοκομειακό πρόγραμμα Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας το οποίο να στοχεύει στην πρόληψη της υποτροπής, την πρόληψη της μείωσης του βάρους, την ενίσχυση της σημαντικότητας της ανάρρωσης, την αύξηση της εμπιστοσύνης για ανάρρωση και τη μείωση των ανησυχιών σχετικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος (Carter et al 2004).



# Επίλογος

**Η** ενδονοσοκομειακή θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι μια ιδιαίτερα απαιτητική θεραπευτική παρέμβαση που απαιτεί εκτός από την οργάνωση και την εξειδίκευση των θεραπειών, και τη συναισθηματική εμπλοκή των ειδικών στην ανακούφιση των νέων αυτών ανθρώπων που υποφέρουν από αυτήν την καταστροφική για τη ζωή ψυχική διαταραχή. Οι ειδικοί θα πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι όσο εξουθενωτική και αν φαίνεται εκ πρώτης όψεως η θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας το τελικό θετικό αποτέλεσμα και η διατήρησή του μετά την έξοδο από την ψυχιατρική κλινική είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικό καθώς ο θεραπευτής είναι μάρτυρας ενός μοναδικού μετασχηματισμού. Του μετασχηματισμού ενός νέου ανθρώπου από ισχνό ερειπωμένο ψυχικά και σωματικά οργανισμό σε ένα νέο πρόσωπο με ζωτικότητα, συναισθηματισμό και όραμα για το πώς θέλει να ζήσει.







# Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association Work, DSM-5 (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed) American Psychiatric Publishing
- American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders (2006). Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders, 3rd ed. *The American Journal of Psychiatry*, 163(7), 4–54
- Attia E, Haiman C, Walsh BT, Flater SR (1998). Does Fluoxetine Augment the Inpatient Treatment of Anorexia Nervosa? *The American Journal of Psychiatry*, 155(4), 548–551
- Berends T, Boonstrab N, van Elburga AM (2018). Relapse in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(6), 445–455
- Birmingham CL, Tan AO (2003). Respiratory Muscle Weakness and Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 230–233
- Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 454–462
- Born C, de la Fontaine L, Winter B, Müller N, Schaub A, Früstück C, Schüle C, Voderholzer U, Cuntz U, Falkai P, Meisenzahl E (2015). First results of a refeeding program in a psychiatric intensive care unit for patients with extreme anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*, 24(15), 57, doi: 10.1186/s12888-015-0436-7
- Brown C, Mehler PS (2015). Medical complications of anorexia nervosa and their treatments: an update on some critical aspects. *Eating and Weight Disorders*, 20(4), 419–425
- Bulik CM (2005). Exploring the gene–environment nexus in eating disorders. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30(5), 335–339

- Calugi S, Dalle Grave R, Marchesini G (2013). Longstanding underweight eating disorder: associated features and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 23(3), 315–323
- Cardi V, Lounes N, Kan C, Treasure J (2013). Meal support using mobile technology in Anorexia Nervosa. Contextual differences between inpatient and outpatient settings. *Appetite*, 60(1), 33–39
- Carter JC, Blackmore E, Sutandar-Pinnock, Woodside DB (2004). Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis. *Psychological Medicine*, 34(4), 671–679
- Carter JC, Mercer-Lynn K, Norwood SJ, Bewell-Weiss SV, Crosby RD, Woodside DB, Olmsted MP (2012). A prospective study of predictors of relapse in anorexia nervosa: Implications for relapse prevention. *Psychiatry Research*, 30, 200(2–3), 518–523
- Casper C, Troiani M (2001). Family Functioning in Anorexia Nervosa Differs by Subtype Regina. *International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 338–342
- Centre for Eating and Dieting Disorders (2014). <https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/resources/Publications/inpatient-adult-eating-disorders.pdf>
- Clausen L, Jones A (2014). A systematic review of the frequency, duration, type and effect of involuntary treatment for people with anorexia nervosa, and an analysis of patient characteristics. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 29, doi: 10.1186/s40337-014-0029-8
- Cooper M, Galbraith M, Drinkwater J (2001). Assumptions and beliefs in adolescents with Anorexia Nervosa and their mothers. *Eating Disorders*, 9(3), 217–223
- Crane A, Roberts M Treasure J (2007). Are Obsessive-Compulsive Personality Traits Associated with a Poor Outcome in Anorexia Nervosa? A Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Naturalistic Outcome Studies. *International Journal of Eating Disorders*, 40(7), 581–588
- Davey A, Arcelus J, Munir F (2014). Work demands, social support, and job satisfaction in eating disorder inpatient settings: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(1), 60–68
- Davies H, Fox J, Naumann U, Treasure J, Schmidt U, Tchanturia K (2012). Cognitive Remediation and Emotion Skills Training for Anorexia Nervosa: An Observational Study Using Neuropsychological Outcomes. *European Eating Disorders Review*, 20(3), 211–217

- Dean H, Touyz S, Rieger E, Thornton E (2008). Group Motivational Enhancement Therapy as an Adjunct to Inpatient Treatment for Eating Disorders: A Preliminary Study. *European Eating Disorders Review*, 16(4), 256–267
- Dellava J, Kendler K, Neale M (2011). Generalized anxiety disorder and anorexia nervosa: evidence of shared genetic variation. *Depression and Anxiety*, 28(8), 728–733
- Dalle Grave R, Calugi S, Conti M, Doll H, Fairburn C (2013). Inpatient Cognitive Behaviour Therapy for Anorexia Nervosa: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(6)390–398
- Dalle Grave R, Calugi S, El Ghoch M, Conti M, Fairburn CG (2014). Inpatient cognitive behavior therapy for adolescents with anorexia nervosa: immediate and longer-term effects. *Front Psychiatry*, 12(5), 14, doi: 10.3389/fpsy.2014.00014
- Doerr-Zegers O, Pelegrina-Cetran H (2016). Anorexia Nervosa: Historical, Clinical, Biographical and Phenomenological Considerations, 127–147. In Stanghellini G, Aragona M. *An Experiential approach to psychopathology*, Springer
- Douzenis A, Mitropoulos I (2015). Involuntary admission: The case of anorexia nervosa. *International Journal of Law and Psychiatry*, 39, 31–35
- Elzakkars I, Danner U, Hoek H, Schmidt U, Van Elburg A (2014). Compulsory treatment in anorexia nervosa: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 47(8), 845–852
- Emanuelli FR, Ostuzzi R, Cuzzolaro M, Baggio F, Lask B, Waller G (2004). Family functioning in adolescent anorexia nervosa: A comparison of family members' perceptions. *Eating Weight Disorders*, 9(1), 1–6
- Eskild-Jensen M, Støving R, Flindt C, Sjogren M (2020). Comorbid depression as a negative predictor of weight gain during treatment of anorexia nervosa: A systematic scoping review. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 605–619
- Fairburn CG (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. The Guilford Press
- Fennig S, Brunstein Klomek A, Shahar B, Sarel-Michnik Z, Hadas A (2015). Inpatient treatment has no impact on the core thoughts and perceptions in adolescents with anorexia nervosa. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(3), 200–207

- Fedorowicz V, Falissard B, Foulon C, Dardennes R, Divac S, Guelfi D, Rouillon F (2007). Factors Associated with Suicidal Behaviors in a Large French Sample of Inpatients with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(7), 589–595
- Fichter MM, Quadflieg N (2016). Mortality in Eating Disorders - Results of a Large Prospective Clinical Longitudinal Study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391–401
- Garber A, Sawyer S, Golden NS, Guarda A, Katzman D, Kohn M, Le Grange D, Madden S, Whitelaw M, Graham W, Redgrave G (2016). A Systematic Review of Approaches to Refeeding in Patients with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 293–310
- Gaudio S, Di Ciommo V (2011). Prevalence of Personality Disorders and Their Clinical Correlates in Outpatient Adolescents with Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 73(9), 769–774
- Gendall K, Bulik S (2005). The Long-term biological consequences of Anorexia Nervosa. *Current Nutrition & Food Science*, 1(1), 87–96
- Gentile MG, Pastorelli P, Ciceri R, Manna GM, Collimedaglia S (2010). Specialized refeeding treatment for anorexia nervosa patients suffering from extreme undernutrition clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 29(5), 627–632
- Goddard E, Hibbs R, Raenker S, Salerno L, Arcelus J, Boughton N, Connan F, Goss K, Laszlo B, Morgan J, Moore K, Robertson D, Saeidi S, Schreiber-Kounine S, Sharma S, Whitehead L, Schmidt U, Treasure S (2013). A multi-centre cohort study of short term outcomes of hospital treatment for anorexia nervosa in the UK. *BMC Psychiatry*, 13, 287, doi:10.1186/1471-244X-13-287
- Gossemaume C, Dicembre M, Bemer P, Melchior C, Hanachi M (2019). Somatic complications and nutritional management of anorexia nervosa. *Clinical Nutrition Experimental*, 28, 2–10
- Gowers SG, Clark A, Roberts C, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, Smethurst N, Byford S, Barrett B (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 191, 427–435
- Griffin BL, Vogt KS (2020). Drunkorexia: is it really “just” a university lifestyle choice? *Eating and Weight Disorder*, in press
- Halmi K, Sunday S, Klump K, Strober M, Leckman J, Fichter M, Kaplan A, Woodside B, Treasure J, Berrettini W, Al Shabboat M, Bulik C, Kaye W (2003). Obsessions and Compulsions in Anorexia Nervosa Subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 308–19

- Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside B, Fichter M, Treasure J, Berrettini WH, Walter H, Kaye WH (2000). Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality and Pathological Eating Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1799–1805
- Halvorsen I, Tollefsen H, Rø Ø (2016). Rates of weight gain during specialized inpatient treatment for anorexia nervosa. *Advances in Eating Disorders. Theory Research and Practice*, 4(2), 156–166
- Halvorsen I, Rø Ø (2019). User satisfaction with family-based inpatient treatment for adolescent anorexia nervosa: retrospective views of patients and parents. *Journal of Eating Disorders*, 7, 12, doi.org/10.1186/s40337-019-0242-6
- Haworth-Hoepfner S. (2000). The Critical Shapes of Body Image: The Role of Culture and Family in the Production of Eating Disorders. *Journal of Marriage and the Family*, 62(1), 212–227
- Hempel R, Vanderbleek E, Lynch TR (2018). Radically open DBT: Targeting emotional loneliness in Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 26(1), 92–104
- Hibbs R, Magill N, Goddard E, Rhind C, Raenker S, Macdonald P, Todd G, Arcelus J, Morgan J, Beecham J, Schmidt U, Landau S, Treasure J (2015). Clinical effectiveness of a skills training intervention for caregivers in improving patient and caregiver health following in-patient treatment for severe anorexia nervosa: pragmatic randomized controlled trial. *BJPsych Open*, 1(1), 56–66
- Hofer M, Pozzi A, Joray M, Ott R, Hähni F, Leuenberger M, von Känel R, Stanga Z (2014). Safe refeeding management of anorexia nervosa inpatients: an evidence-based protocol. *Nutrition*, 30(5), 524–553
- Holm JS, Brixen K, Andries A, Hørder K, Støving RK (2012). Reflections on Involuntary Treatment in the Prevention of Fatal Anorexia Nervosa: A Review of Five Cases. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 93–100
- Honig P (2005). A Multi-family Group Programme as Part of an Inpatient Service for Adolescents with a Diagnosis of Anorexia Nervosa. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(4), 465–475
- Hubert T, Pioggiosi P, Huas C, Wallier J, Maria AS, Apfel A, Curt F, Falissard B, Godart N (2013). Drop-out from adolescent and young adult inpatient treatment for anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 29(3), 632–637
- Kaplan A, Walsh B, Olmsted M, Attia E, Carter J, Devlin M, Pike K, Woodside B, Rocket W, Roberto C, Parides M (2009). The slippery slope: prediction of successful weight maintenance in anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 39(6), 1037–1045

- Kaplan A, Howlett A (2010). Pharmacotherapy for Anorexia Nervosa, 175–186. In: Grilo C, Mitchell J (2010). *The Treatment of Eating Disorders, A Clinical Handbook*. The Guilford Press
- Katz MG, Vollenhoven B (2000). The reproductive endocrine consequences of anorexia nervosa. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(6), 707–713
- Keshaviah A, Edkins K, Hastings E, Krishnaa M, Frankoa D, Herzoga D, Thomas J, Murraya H, Eddy K (2014). Re-examining premature mortality in anorexia nervosa: A meta-analysis redux Comprehensive. *Psychiatry*, 55(8), 1773–1784
- Kinnard E, Norton C, Tchanturia K (2017). Clinicians' views on working with anorexia nervosa and autism spectrum disorder comorbidity: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 292, doi: 10.1186/s12888-017-1455-3
- Kipman A, Gorwood P, Mouren-Siméoni MC, Adès J (1999). Genetic factors in anorexia nervosa. *European Psychiatry*, 14(4), 189–198
- Konstantynowicz J, Kadziela-Olech H, Kaczmarek M, Zebaze R, Iuliano-Burns S, Piotrowska-Jastrzebska J, Seeman E (2005). Depression in Anorexia Nervosa: A Risk Factor for Osteoporosis. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(9), 5382–5385
- Lock J, Litt I (2003). What predicts maintenance of weight for adolescents medically hospitalized for anorexia nervosa? *Eating Disorders*, 11(1), 1–7
- Long S, Wallis D, Leung N, Meyer C (2012). "All eyes are on you": anorexia nervosa patient perspectives of in-patient mealtimes. *Journal of Health Psychology*, 17(3), 419–428
- Lynch T, Gray K, Hempel R, Titley M, Chen Y, O'Mahen H (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*, 13, 293, doi.org/10.1186/1471-244X-13-293
- Maguire S, Surgenor LJ, Abraham S, Beumont P (2003). An international collaborative database: its use in predicting length of stay for inpatient treatment of anorexia nervosa. *Australia and New Zealand of Psychiatry*, 37(6), 741–747
- Mazzeo ZE, Bulik CM (2009). Environmental and Genetic Risk Factors for Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 67–82
- Melamed Y, Mester R, Margolin J, Kalian M (2003). Involuntary treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(6), 617–626

- Mehler PS, Brown C (2015). Anorexia nervosa – medical complications. *Journal of Eating Disorders*, 31(3), 11, doi: 10.1186/s40337-015-0040-8
- Mewes R, Tagay S, Senf W (2008). Weight Curves as Predictors of Short-Term Outcome in Anorexia Nervosa Inpatients. *European Eating Disorders Review*, 16(1), 37–43
- Miller W, Rollnick S (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour*. The Guilford Press, New York
- Misra M, Klibanski A (2010). Neuroendocrine Consequences of Anorexia Nervosa in Adolescents. *Endocrine Development*, 17, 197–214
- Norris ML, Pinhas L, Nadeau PO, Katzman D (2012). Delirium and Refeeding Syndrome in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 439–442
- Offord A, Turner H, Cooper M (2006). Adolescent Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: A Qualitative Study Exploring Young Adults' Retrospective Views of Treatment and Discharge. *European Eating Disorders Review*, 14(4), 377–387
- Olmsted M, McFarlane T, Carter T, Trottier K, Woodside B, Dimitropoulos G (2010). Inpatient and Day Hospital Treatment for Anorexia Nervosa, 198–211. In: Grilo C, Mitchell J (2010). *The Treatment of Eating Disorders, A Clinical Handbook*. The Guilford Press
- Perkins PS, Klump KL, Iacono WG, McGue M (2005). Personality Traits in Women with Anorexia Nervosa: Evidence for a Treatment-Seeking Bias? *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 32–37
- Pettersen G, Rosenvinge JH, Wynn R (2011). Eating disorders and psychoeducation – patients' experiences of healing processes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 12–18
- Pinheiro A, Root T, Bulik C (2009). The Genetics of Anorexia Nervosa: Current Findings and Future Perspectives. *Int J Child Adolesc Health*, 2(2): 153–164
- Price-Evans K, Treasure J (2011). The Use of Motivational Interviewing in Anorexia Nervosa. *Child and Adolescent Mental Health*, 16(2), 65–70
- Rigaud D, Boulier A, Tallonneau I, Brindisi MC, Rozen R (2010). Body fluid retention and body weight change in anorexia nervosa patients during refeeding, *Clinical Nutrition*, 29(6), 749–55
- Roberts M, Lavender A, Tchanturia K (2011). Measuring Self-Report Obsessionality in Anorexia Nervosa: Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory



- (MOCI) or Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)? *European Eating Disorders Review*, 19(6), 501–508
- Rock C (2010). Nutritional rehabilitation for Anorexia Nervosa, 187–197. In: Grilo C, Mitchell J (2010). *The Treatment of Eating Disorders, A Clinical Handbook*. The Guilford Press
- Royal College of Psychiatrists, Royal College of Physicians & Royal College of Pathologists (2014). MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa. 2nd Edition. [www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-reportcr189.pdf?sfvrsn=6c2e7ada\\_2](http://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-reportcr189.pdf?sfvrsn=6c2e7ada_2)
- Roots R, Hawker J, Gowers S (2006). The use of Target Weights in the Inpatient Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 14(5), 323–328
- Schlegl S, Quadflieg N, Lowe B, Cuntz U, Voderholzer U (2014). Specialized inpatient treatment of adult anorexia nervosa: effectiveness and clinical significance of changes. *Psychiatry*, 14(1), 258, doi: 10.1186/s12888-014-0258-z
- Sim LA, Homme JH, Lteif AN, Vande Voort JL, Schak KM, Ellingson J (2009). Family Functioning and Maternal Distress in Adolescent Girls with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 531–539
- Shuttleworth E, Sharma S, Lal S, Allan PJ (2016). Medical complications of anorexia nervosa. *British Journal of Hospital Medicine*, 77(5), 287–293
- Snell L, Crowe M, Jordan J (2010). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3–4), 351–358
- Stanga Z, Brunner A, Leuenberger M, Grimble RF, Shenkin A, Allison SP, Lobo DN (2008). Nutrition in clinical practice – the refeeding syndrome: illustrative cases and guidelines for prevention and treatment. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62(6), 687–694
- Steinglass JE, Sysko R, Mayer L, Berner LA, Schebendach J, Wang Y et al (2010). Pre-meal anxiety and food intake in Anorexia Nervosa. *Appetite*, 55:214–218
- Steinhausen HC (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284–1293
- Sternheim L, Startupa H, Schmidt U (2015). Anxiety-related processes in anorexia nervosa and their relation to eating disorder pathology, depression and anxiety. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 3(1), 13–19

- Surgenor L, Maguire S, Beumont P (2004). Drop-out from Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: Can Risk Factors be Identified at Point of Admission? *European Eating Disorders Review*, 12(2), 94–100
- Sysko R, Walsh T, Schebendach J, Wilson T (2005). Eating behavior among women with anorexia nervosa. *American Journal of Clinical Nutrition*, 82(2), 296–301
- Tchanduria K, Adamson J, Leppanen J, Westwood H (2019). Characteristics of autism spectrum disorder in anorexia nervosa: A naturalistic study in an inpatient treatment programme. *Autism*, 23(1), 1–8
- Tchanturia K, Doris E, Fleming C (2014). Effectiveness of Cognitive Remediation and Emotion Skills Training (CREST) for Anorexia Nervosa in Group Format: A Naturalistic Pilot Study. *European Eating Disorders Review*, 22(3), 200–205
- Tchanturia K, Doris E, Mountford V, Flem C (2015). Cognitive Remediation and Emotion Skills Training (CREST) for anorexia nervosa in individual format: self-reported outcomes. *BMC Psychiatry*, 15:53, doi:10.1186/s12888-015-0434-9
- Thabrew H, Mairs R, Taylor-Davies G (2020). Young people's experiences of brief inpatient treatment for anorexia nervosa. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 56(1), 30–33
- Thompson A, Shaw M, Harrison G, Verne J, Ho D, Gunnell D (2004). Patterns of hospital admission for adult psychiatric illness in England: analysis of Hospital Episode Statistics data. *British Journal of Psychiatry*, 185(4), 334–341
- Thornton L, Welch E, Munn-Chernoff M, Lichtenstein P, Bulik C (2016). Anorexia Nervosa, Major Depression, and Suicide Attempts: Shared Genetic Factors. *Suicide Life Threat Behavior*, 46(5), 525–534
- Torres S, Guerra MP, Lencastre L, Roma-Torres A, Branda I, Queiros C, Vieira F (2011). Cognitive Processing of Emotions in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 19(2), 100–111
- Tozzi F, Sullivan PF, Fear JL, McKenzie J, Bulik CM (2003). Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 143–154
- Treasure J, Russell G (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 5–7

- Treasure J, Ward A (1997). A Practical Guide to the Use of Motivational Interviewing in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 5(2), 102–114
- Treasure J, Wolff G (2008). Treatment of anorexia nervosa in adults. *Psychiatry* 7(4), 156–160
- Vandereycken W, Aerts L, Dierck E (2013). What knowledge do patients have about the physical consequences of their eating disorder? *Eating and Weight Disorders*, 18(1), 79–82
- Wade T, Bulik C, Neale M, Kendler K (2000). Anorexia Nervosa and Major Depression: Shared Genetic and Environmental Risk Factors. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 469–471
- Wade TD, Frayne A, Edwards S, Robertson T, Gilchrist P (2009). Motivational change in an inpatient anorexia nervosa population and implications for treatment. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(3), 235–243
- Wade TD, Treasure J, Schmidt U (2011). A Case Series Evaluation of the Maudsley Model for Treatment of Adults with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 382–389
- Watson HJ, Bulik CM (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological Medicine*, 43(12), 2477–2500
- Watson H et al (2019). Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nature Genetics*, 51(8), 1207–1214
- Wilson GT, Shafran R (2005). *Eating disorders guidelines from NICE*, 365, 79–81
- Winston AP, Paul M, Juanola-Borrat Y (2012). The Same but Different? Treatment of Anorexia Nervosa in Adolescents and Adults. *European Eating Disorders Review*, 20(2), 89–93
- Woodside BD, Carter JC, Blackmore E (2004). Predictors of Premature Termination of Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2277–2281
- Woolrich R, Cooper M, Turner H (2006). A Preliminary Study of Negative Self-Beliefs in Anorexia Nervosa: A Detailed Exploration of Their Content, Origins and Functional Links to “Not Eating Enough” and Other Characteristic Behaviors. *Cognitive Therapy and Research*, 30(6), 735–748

- Wright K (2010). Therapeutic relationship: Developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 154–161
- Zugai JS, Stein-Parbury J, Roche M (2019). Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 940–949
- Zonnevillle-Bendek MJS, van Goozen SHM, Cohen-Kettenis PT, van Elburg AA, van Engeland H (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11(1), 38–42

### **Ελληνική βιβλιογραφία**

- Γονιδάκης Φρ, Βάρσου Ε (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία. Αποφυλακισμένες κοπέλες και το μονοπάτι προς την έξοδο*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα



