

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ  
ΣΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ  
ΚΑΙ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

ΜΕΤΕΧΟΥΣΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

Μπούσσου Αναστασία

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ:

κ. Γραβάνη Ελισσάβετ

Επίκουρη Καθηγήτρια



Π τ υ χ ι α κ ή ε ρ γ α σ ί α για την λήψη του  
πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το Τμήμα Κοινωνικής  
Εργασίας της Σχολής Επαγγελμαίων Υγείας και Πρόνοιας  
του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

ΠΑΤΡΑ ΟΚΤΩΒΡΗΣ 1993.

|                      |      |
|----------------------|------|
| ΑΡΙΘΜΟΣ<br>ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ | 2314 |
|----------------------|------|

Η Επιτροπή για την έγκριση  
της Πτυχιακής εργασίας:

Γραβάνη Ελισσάβετ  
Επίκουρη Καθηγήτρια

Τζόνσον Αμαλία  
Καθηγήτρια

Γεωργίου Κων/να  
Καθηγήτρια Εφαρμογών

Α Ν Α Γ Ν Ω Ρ Ι Σ Η

Ευχαριστώ ιδιαίτερα την υπεύθυνη καθηγήτρια κ<sup>ς</sup> Ελισάβετ Γραβά-  
νη, επίκουρη καθηγήτρια στο Τ.Ε.Ι. Πάτρας για τη βοήθεια και την  
συνεργασία της που πρόσφερε για την διεικπαιρέωση της πτυχιακής  
μου εργασίας.

Επίσης ευχαριστώ ιδιαίτερα και τους κ<sup>ς</sup> Ευστάθιο Λυμπεράκη Επι-  
στημονικό διευθυντή του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Θεσ/νίκης και την  
επόπριά μου Κοινωνική Λειτουργό κ<sup>ς</sup> Αναστασία Παπαδήμα για τη βοή-  
θεια και τις κατευθύνσεις που μου έδωσαν σχετικά με το θέμα.

Ευχαριστώ ακόμη και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Θεσ/νίκης για  
την άδεια που μου παραχώρησε για τη χρησιμοποίηση του αρχείου  
του, καθώς και το γραμματειακό τμήμα της Υ.Ε.Ε.Α. του Κέντρου Ψυ-  
χικής Υγείας Παρ. Πάτρας, που ανέλαβε τη δακτυλόγραφηση της  
πτυχιακής εργασίας.

Τέλος ευχαριστώ την οικογένειά μου για την ηθική και οικονομι-  
κή υποστήριξη που μου πρόσφερε σ' όλη τη διάρκεια της πτυχιακής  
μου εργασίας.

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής είναι ένα σημαντικό πρόβλημα το οποίο παίρνει όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις στις μέρες μας.

Σύμφωνα με τον Μάνο (1988) διαταραχές στην πρόσληψη τροφής κατά την εφηβική ηλικία θεωρούνται η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλημία.

Ευφανίζονται σε έφηβους-κυρίως κορίτσια-και σε γυναίκες στην αρχή της ενήλικης ζωής τους και αποτελούν σημαντικό οικογενειακό πρόβλημα μια που επηρεάζουν όλη την ισορροπία και λειτουργία της οικογένειας.

Η εοργασία αυτή επικεντρώνεται στο θεωρητικό μέρος κατά το οποίο μελετήσαμε τη νόσο της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλημίας ως πρόβλημα και την επίδραση της οικογένειας στην πρόκληση της διαταραχής.

Σκοπός της επιμέρους μελέτης είναι η περιγραφή των χαρακτηριστικών έξι περιπτώσεων όσον αφορά τις παραμέτρους που σχετίζονται με την οικογένεια του ασθενούς και παρουσιάζονται κατά την λήψη του κοινωνικού ιστορικού.

Για την προσέγγιση του θέματος έγινε ανασκόπηση της σχετικής επιστημονικής βιβλιογραφίας ενώ συγχρόνως πραγματοποιήθηκε μελέτη κοινωνικών ιστορικών.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο πρόβλημα της νόσου της ψυχογενούς ανορεξίας και ψυχογενούς βουλημίας καθώς και στα κίνητρα που οδήγησαν τη μελετήτρια στην επιλογή του θέματος.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνει:

- α) Γενική παρουσίαση των διαταρχών στην πρόσληψη τροφής.
- β) Την εννοιολογική-χρονολογική προσέγγιση και τα αναπτυξιακά

Η περιπλοκότητα του προβλήματος απαιτεί ιδιαίτερες θεωρητικές γνώσεις και τεχνικές που χρειάζεται να διαθέτει ο Κοινωνικός Λειτουργός.

Το ενδιαφέρον της μελετήτριας γύρω από το θέμα των διαταραχών της πρόσληψης τροφής στην εφηβεία αποτέλεσε το βασικό κίνητρο που οδήγησε στην επιλογή του προβλήματος αυτού, ως θέμα της εργασίας.

Είναι αυτονόητο ότι δεν καλύφθηκαν επαρκώς όλες οι φάσεις προσέγγισης του προβλήματος π.χ. αν υπάρχουν κοινά χαρακτηριστικά στις οικογένειες των ανορεκτικών-βουλιμικών ασθενών.

Αυτή η επισημάνση μπορεί να αποτελέσει κίνητρο για παραπέρα διερεύνηση του θέματος από κάποια άλλη εργασία.

### Το πρόβλημα

Η νόσος της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας στις μέρες μας εξακολουθεί να αποτελεί ένα μεγάλο ερωτηματικό. Η HILDE BRUCH (1978) αναφέρεται "στο αίνιγμα της ψυχογενούς ανορεξίας".

Στα ΝΕΑ (1993) διαβάζουμε ότι τα 10-15 τελευταία χρόνια η ψυχογενής ανορεξία αυξάνεται κατά γεωμετρική πρόοδο στη χώρα μας. Δεν υπάρχει όμως επίσημα στατιστικό δεδομένα για τη συχνότητα του προβλήματος ούτε κατά τα χρόνια της εφηβείας ούτε κατά την ενηλικίωση.

Ο όρος ψυχογενής ανορεξία χρησιμοποιείται για να δηλώσει μια ειδική μορφή υποσιτισμού που εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα κατά την εφηβεία. (ΤΑ ΝΕΑ, 1993).

Ο όρος ψυχογενής βουλιμία χρησιμοποιείται για να δηλώσει επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας (Μάνος 1988).

Πολλοί ειδικοί χρησιμοποιούν εξίσου τους όρους "διαταραχές διατροφής" και "δαιταραχές στην πρόσληψη τροφής".

Στη μελέτη αυτή παραθέτονται εναλλακτικά και οι δυο όροι.

### Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση της ψυχογενούς ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας και η επίδραση της οικογένειας στην πρόκληση των διαταραχών αυτών. Επίσης περιγραφονται τα χαρακτηριστικά έξι περιπτώσεων απο κοινωνικά ιστορικά όσον αφορά τις παραμέτρους που σχετίζονται με την οικογένεια του ασθενούς.

Δεν ήταν δυνατόν να συγκεντρώσουμε και περιπτώσεις βουλιμικών ασθενών γι' αυτό περιορίζουμε την μελέτη μόνο στη παρουσίαση ανορεκτικών ασθενών.

Θέτοντας ως κύριο άξονα τον σκοπό αυτό, διατυπώθηκαν οι επιμέρους στόχοι της μελέτης, έτσι ώστε να δωθούν όλες οι συγχρονες απόψεις και τάσεις που έχουν αναπτυχθεί γύρω απο το πρόβλημα της ψυχογενούς ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας. Επίσης θελήσαμε μ' αυτόν τον τρόπο να καλύψουμε όσο το δυνατόν περισσότερες πλευρές του προβλήματος.

Οι στοχοι είναι οι εξής:

I. Να προσδιοριστεί εννοιολογικά ο όρος ψυχογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία έτσι ώστε να διαχωριστούν απο τις υπόλοιπες διαταραχές στην πρόσληψη τροφής.

II. Να επισημανθούν οι αλλαγές που συμβαίνουν σ' όλους τους τομείς ανάπτυξης κατά την εφηβική ηλικία έτσι ώστε να κατανοηθεί η συμπεριφορά και η στάση των εφήβων.

III. Να δοθεί η κλινική εικόνα που παρουσιάζουν οι νόσοι καθώς και οι αιτιολογικές θεωρίες που κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί και ερμηνεύουν το πρόβλημα.

IV. Να επισημανθεί η εξέλιξη και η πρόγνωση που παρουσιάζουν οι νόσοι καθώς και η θεραπεία που ακολουθείται για κάθε μια ξεχωριστά.

V. Να δοθεί η εικόνα του άντρα και της γυναίκας μέσα στη ελληνική οικογένεια και η ιδιομορφία όσον αφορά το μέγλωμα των αγο-

χαρακτηριστικά της εφηβείας.

γ) Την εννοιολογική προσέγγιση της ψυχογενούς ανορεξίας-ψυχογενούς βουλιμίας.

δ. Μια ιστορική αναδρομή πάνω στη ψυχογενή ανορεξία-ψυχογενή βουλιμία.

ε) Την κλινική εικόνα που παρουσιάζουν οι νόσοι.

στ) Τη διάγνωση, εξέλιξη, πρόγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας ψυχογενούς βουλιμίας.

ζ) Τους αιτιολογικούς παράγοντες που προσπαθούν να τις ερμηνεύσουν και τη θεραπεία που ακολουθείται.

η) Το ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στην διάγνωση, θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας-ψυχογενούς βουλιμίας.

θ) Το θεσμό της οικογένειας, την εικόνα του άντρα και της γυναίκας σ' αυτήν, τους τύπους γονιών, τις σχέσεις των εφήβων με τους γονείς τους.

ι) Την οικογένεια του ανορεκτικού βουλιμικού ασθενή και τα χαρακτηριστικά της και της σχέσεις των ασθενών με τους γονείς τους.

Στο  τρίτο κεφάλαιο  γίνεται αναφορά στη μεθοδολογία της περιγραφικής μελέτης. Για τη συλλογή των πληροφοριών χρησιμοποιήθηκαν κοινωνικά ιστορικά από την υπηρεσία Ενηλίκων του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Θεσσαλονίκης.

Στο  τέταρτο κεφάλαιο  παρουσιάζονται τα αποτελέσματα.

Στο  πέμπτο  και τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα γενικά συμπεράσματα της μελέτης και στη συνέχεια γίνονται εισηγήσεις-πρότασεις που αφορούν την προσέγγιση της νόσου της ψυχογενούς ανορεξίας-ψυχογενούς βουλιμίας κυρίως από τη σκοπιά της πρόληψης.



Π Ι Ν Α Κ Α Σ Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Ω Ν

|  | Σελίδα            |
|--|-------------------|
| ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....  | I                 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....                                    | II                |
| <br><b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ I</b>                                    |                   |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....  | 1                 |
| Το πρόβλημα.....   | 2                 |
| Σκοπός της μελέτης.....                                  | 3                 |
| Ορισμοί όρων.....  | 4                 |
| <br><b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ II</b>                                   |                   |
| <b>ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΑΤΩΝ</b> |                   |
| - Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής.....                   | 8 <sup>γ</sup>    |
| - Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής στην εφηβεία...        | 11 ✓              |
| - Εφηβεία. Ιστορική αναδρομή.....                        | 11 <sup>γ</sup> ✓ |
| - Εννοιολογική προσέγγιση της εφηβείας.....              | 13                |
| - Χρονολογική οριοθέτηση της εφηβείας.....               | 14                |
| - Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της εφηβείας.....           | 18                |
| - Εννοιολογική προσέγγιση της Ψ.Α.....                   | 30                |
| - Εννοιολογική προσέγγιση της Ψ.Β.....                   | 31 <sup>γ</sup>   |
| - Ιστορική αναδρομή.....                                 | 32 <sup>γ</sup>   |
| - Κλινική εικόνα της Ψ.Α.-Ψ.Β.....                       | 34                |
| - Διαφορική διάγνωση της Ψ.Α.-Ψ.Β.....                   | 47                |
| - Διαγνωστικά κριτήρια της Ψ.Α.....                      | 50                |
| - Διαγνωστικά κριτήρια της Ψ.Β.....                      | 51 <sup>γ</sup>   |
| - Εξέλιξη-πρόγνωση της Ψ.Α.-Ψ.Β.....                     | 52                |
| - Αιτιολογία της Ψ.Α.-Ψ.Β.....                           | 55 ✓              |
| - Θεραπεία Ψ.Α.-Ψ.Β.....                                 | 60 ✓              |

|   |    |
|---|----|
| - Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στη διάγνωση-θεραπεία της Ψ.Α.-Ψ.Β..... | 65 |
| - Ο θεσμός της οικογένειας.....   | 67 |
| - Η εικόνα της γυναίκας στην οικογένεια.....                                | 70 |
| - Η εικόνα του άνδρα στην οικογένεια.....                                   | 73 |
| - Ιδιομορφία στο μέγαλωμα κοριτσιών-αγοριών.....                            | 75 |
| - Τύποι γονιών.....   | 78 |
| - Σχέσεις των εφήβων με τους γονείς τους.....                               | 81 |
| - Η κρίση στη σχέση μεταξύ των γονιών.....                                  | 85 |
| - Οικογένεια ανορεκτικού-βουλιμικού ασθενούς.....                           | 87 |
| - Σχέσεις ανορεκτικών-βουλιμικών εφήβων με τους γονείς τους.....            | 93 |

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ**

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....                 | 95 |
| - Κατάρτιση σχεδίου μελέτης..... | 96 |
| - Παράθεση περιπτώσεων.....      | 98 |

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV**

|                   |     |
|-------------------|-----|
| ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... | 119 |
|-------------------|-----|

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ V**

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ |     |
| - Συμπεράσματα.....       | 122 |
| - Εισηγήσεις.....         | 125 |

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α**

|                     |     |
|---------------------|-----|
| - Αλληλογραφία..... | 127 |
|---------------------|-----|

|                   |     |
|-------------------|-----|
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 130 |
|-------------------|-----|

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εφηβεία είναι μια περίοδος στη ζωή του ανθρώπου κατά την οποία συμβαίνουν ποικίλες αλλαγές σ' όλους τους τομείς ανάπτυξης του.

Κατά την ηλικιακή αυτή περίοδο σημαντικό ρόλο παίζουν οι διατροφικές διαταραχές που προσβάλλουν το νεαρό άτομο και δημιουργούν προβλήματα τόσο στο ίδιο όσο και στο οικογενειακό του περιβάλλον.

Οι γονείς από την πλευρά τους, είναι σκόπιμο να αναφερθεί, αργούν να επισκευτούν τους ειδικούς για το πρόβλημα του παιδιού τους, γιατί πολύ συχνά η νόσος δεν γίνεται αντιληπτή στην έναρξή της αλλά ενώ έχει ήδη προχωρήσει αρκετά.

Την αργοπορία αυτή ενισχύει και το γεγονός ότι η επίσκεψη σε ειδικούς της ψυχικής υγείας θεωρείται ταμπού και καταφεύγουν σ' αυτούς όταν πια όλα δείχνουν ότι χρειάζεται κάποια θεραπεία.

Γίνεται κατανοητό ότι από τη στιγμή που εντοπιστεί το πρόβλημα απαιτεί η αντιμετώπισή του, τη σύμπραξη πολλών ειδικοτήτων.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι ιδιαίτερα σημαντικός τόσο στη διάγνωση όσο και στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας-ψυχογενούς βουλιμίας.

Στις περισσότερες υπηρεσίες που ασχολούνται με περιπτώσεις διαταραχών στην πρόσληψη τροφής ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι αυτός που έρχεται πρώτος σε επαφή με τους ασθενείς και τους γονείς, που συλλέγει και αιτιολογεί τις πληροφορίες που δίνονται σχετικά με το πρόβλημα.

Μέσα από την εμπειρία της πρακτικής άσκησης η μελετήτρια εντόπισε την αναγκαιότητα μελέτης του θέματος των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής τόσο στη θεωρία όσο και στην πράξη.

ριών και κοριτσιών μέσα σ' αυτή.

VI. Η παρουσίαση της οικογένειας του ανορεκτικού και βουλιμικού ασθενούς καθώς και η μορφή των σχέσεων που τη διέπουν.

VII. Η συλλογή απόψεων από εμπειρογνώμονες ειδικούς πάνω στο θέμα, προκειμένου να δοθεί όσο το δυνατόν μια εμπεριστατομένη άποψη.

### Ορισμοί όρων

Αρκετοί όροι, που εκτενώς αναφέρονται στην εργασία αυτή και συνδέονται άμεσα με το πρόβλημα της ψυχογενούς ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας, κρίθηκε σκόπιμο για την καλύτερη κατανόησή τους να αναλυθούν.

Οικογένεια: Η οικογένεια είναι η ομάδα ευρύτερη από το ζευγάρι που αποτελεί τη διαρκή και νόμιμη γενετήσια ένωση. Περιλαμβάνει τους συζύγους, τα τέκνα τους και συχνά και τρίτα πρόσωπα που συνδέονται με τους συζύγους με στενούς συγγενικούς δεσμούς (Τσαούσης 1987).

Ψυχογενής ανορεξία: Η άρνηση λήψης τροφής που μπορεί να προέρχεται από πραγματική έλλειψη της επιθυμίας για λήψη τροφής, δηλ. από απουσία του αισθήματος της πείνας ή από εκούσιο αρνητισμό, από πόνο ψυχολογικό ή άλλα αίτια, άσχετα από το αίσθημα της πείνας (Παιδαγωγική-Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό 1989 σελ. 520 α' τόμος).

Ψυχογενής βουλιμία: Μια διαταραχή στην πρόσληψη τροφής (η λέξη στην πρώτη σημασία της σημαίνει "πείνα βοδιού") η οποία παρουσιάζει επανειλημμένα επεισόδια μη εγχόμενης κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων τροφών και ποτών σε μικρό χρονικό διάστημα, συνήθως μικρότερο των δύο ωρών (ταχεία λήψη τροφής). (Παιδαγωγική-Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό 1989 σελ. 1034 β' τόμος)

Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Ψυχολογικές διαταραχές της συμπεριφοράς, που σχετίζονται με το φαγητό. Μπορεί να χαρακτηρίζονται από

άρνηση λήψης οποιοσδήποτε ποσότητας τροφής (νηστεία) ή από λήψη ακατάλληλης ποσότητας ή είδους τροφής ή από ανικανότητα συγκρότησης της τροφής στον οργανισμό.

(Παιδαγωγική-Ψυχολογική-Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό, 1989 σελ. 1423 γ' τόμος).

Προσωπικότητα: Ο ορισμός του ALLPORT αναφέρει:

Προσωπικότητα είναι η δυναμική οργάνωση των ψυχοφυσικών εκείνων συστημάτων μέσα στο άτομο που καθορίζουν τις ιδιόρρυθμες συναρμογές του προς το περιβάλλον. (Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών, υπό την αιγίδα της UNESCO, 1972, β' τόμος).

Εφηβική ηλικία: Είναι η τελευταία φάση της ανάπτυξης, το τελευταίο στάδιο στην πορεία του ατόμου προς την ωριμότητα (Παρασκευόπουλος) 1985).

Έφηβος: Το άτομο που βρίσκεται στο αναπτυξιακό στάδιο της εφηβείας και καλύπτει την περίοδο από την ενήβωση μέχρι την ενηλικίωση δηλ. από 11<sup>ο</sup> ως 20<sup>ο</sup> έτος περίπου (Παιδαγωγική-Ψυχολογική-Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό 1989 σελ. 2192 δ' τόμος).

Ενήλικος: Από ψυχολογική άποψη ενήλικο θεωρείται το άτομο που αναπτυξιακά έχει εισέλθει στο στάδιο της ψυχοσωματικής ωριμότητας. Από νομική άποψη ενήλικο θεωρείται το άτομο που έχει φτάσει σε μια προσδιορισμένη χρονολογική ηλικία (Παιδαγωγική-Ψυχολογική-Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό 1989 σελ. 1896 δ' τόμος).

Διάγνωση Ψυχολογική: Η διαδικασία ή τα αποτελέσματα μιας διαδικασίας κατά την οποία αιτιολογείται η ιδιαιτερότητα μεμονομένων ανθρώπων (και σπανιότερα ομάδων) (Παιδαγωγική-Ψυχολογική-Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό 1989 σελ. 1365 γ' τόμος).

Διαφορική Ψυχολογική Διάγνωση: Η διαδικασία καθορισμού μιας ασθένειας, μεταξύ δύο ή περισσότερων ασθενειών με κοινά συμπτώματα, που ισχύει στην περίπτωση ενός συγκεκριμένου ασθενή (Παιδαγωγι-

κή-Ψυχολογική-Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό 1989 σελ. 1434 γ' τόμος).

Ψυχολογική πρόγνωση ή πρόβλεψη (PREDICTION): συνίσταται στην εκτίμηση της πιθανότητας μελλοντικών πράξεων που βασίζεται στην παρούσα και την παρελθούσα συμπεριφορά. Η ατομική πρόγνωση στο πεδίο ψυχολογίας δεν αφορά μόνο εκτίμηση της παρούσας κατάστασης της προσωπικότητας αλλά και της μελλοντικής μορφής της.

(Παιδαγωγική-Ψυχολογική-Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό 1989 σελ. 4000 ζ' τόμος).

Πρόληψη: Διαδικασίας μεγάλης σημασίας ώστε να αποφεύγεται η νόσος ή τουλάχιστον να καταπολεμάται έγκαιρα, πριν προξενηθεί ενεπανόρθωτη βλάβη στον οργανισμό (Παιδαγωγική-Ψυχολογική-Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό 1989 σελ. ζ' τόμος).

Θεραπεία: Έχει σκοπό να καταπολεμήσει μια νόσο ή τουλάχιστον να την κάνει λιγότερο ενοχλητική. (Παιδαγωγική-Ψυχολογική-Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό 1989 σελ. 2330 δ' τόμος).

Θεραπεία συμπεριφοράς: Επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση της συμπεριφοράς-συμπτώματος, είτε αυτή αποτελεί "υπερβολή" συμπεριφοράς είτε είναι προϊόν ελλειμματικής συμπεριφοράς (Παιδαγωγική-Ψυχολογική-Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό 1989 σελ. 2331 δ' τόμος).

Ομαδική θεραπεία Οικογένειας: Αντιμετωπίζει τα μέλη μιας οικογένειας ενωμένα στην θεραπεία ως μέλη μιας ομάδας η οποία συνεδριάζει έτσι ώστε να προωθήσει την ατομικοποίηση του κάθε ατόμου που συμμετέχει, καλυτερεύοντας τις σχέσεις και την αλληλεπίδρασή τους. (Παιδαγωγική-Ψυχολογική-Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό, 1989 σελ. 2333 δ' τόμος).

Η ψυχανάλυση ή ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία: Απευθύνεται κυρίως στις νευρώσεις και έχει υποστεί πολλές αναθεωρήσεις και τροποποιήσεις για να μπορεί να εφαρμοστεί σε ευρύ φάσμα ασθενών και προβλημάτων (Παιδαγωγική-Ψυχολογική-Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό 1989 σελ. 2334 δ' τόμος).

Ο όρος ανάπτυξη εννοεί τις αυτογενετικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στην συμπεριφορά του ανθρώπου από την αρχή της ζωής, μέχρι το θάνατό του. (Παιδαγωγική-Ψυχολογική-Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό, 1989, σελ. 399 α'τόμος).

### ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ

Η τροφή είναι από την αρχή της ζωής του ανθρώπου η πρώτη δίοδος επικοινωνίας ανάμεσα στην μητέρα και το μωρό της. Ο άνθρωπος μεγαλώνει και αναπτύσσεται από την τροφή που του παρέχει το περιβάλλον του στα πρώτα χρόνια της ζωής του τότε που είναι ανίκανος να την ετοιμάσει ή να τη βρει μόνος του.

Για διαφόρους λόγους κάποια φορά η διαδικασία της πρόσληψης τροφής διαταράσσεται και τότε το άτομο είτε είναι παιδί είτε έφηβος είτε ενήλικας δυσλειτουργεί και χρειάζεται την επέμβαση ειδικών.

Τα τελευταία χρόνια οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής έχουν συγκεντρώσει ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Κυρίως οι γυναίκες είναι αυτές που αναφέρονται ότι παρουσιάζουν προβλήματα σχετικά με τη συμπεριφορά τους απέναντι στο φαγητό.

Ο Νίκος Μάνος (1988) αναφέρει δυο διαταραχές που εμφανίζονται στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία.

Αν και περιγράφονται σαν πρωτογενείς-δεν είναι αποτέλεσμα σωματικής νόσου-πολλοί ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν παράλληλα με τη νόσο και νευρώσεις ψυχώσεις και κυρίως διαταραχές προσωπικότητας. Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια αυτοεπιβαλλόμενη ασθένεια μια ειδική μορφή υποσιτισμού ενώ η ψυχογενής βουλιμία έχει σαν χαρακτηριστικό της επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας - εμετού.

Στα "Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής" ο Ι. Μαράτος (1988) αναφέρει ότι παρουσιάζονται διαταραχές διατροφής και στα νεογνά οι οποίες είναι η νεογνική ανορεξία και ομηρυκασμός.



Στον μηρυκασμό το νεογέννητο όταν είναι μόνο του προξενεί αναγωγή τροφής και αναμάσηση. "...Μωρά και παιδιά ως τεσσάρων ετών βρίσκονται στο φαύλο κύκλο που ονομάζουμε μηρυκασμό, σ' αυτόν τον κύκλο των συνεχών εμετών... μόλις καταπιούν κάνουν εμετό και δεν εξαντλούνται". Φρανσουάζ Ντολτό, (1990)

Πίκα (PICA) ονομάζεται η διαταραχή διατροφής κατά την οποία καταναλώνονται ουσίες ακατάλληλες για τροφή, όπως μολύβι, γύψος, σπάγγος, τρίχες, ύφασμα, άμμος, έντομα, φύλλα ή πετραδάκια. Αρχίζει στους 12 ή 24 μήνες, σταματά συνήθως στην προσχολική ηλικία και είναι πιο κοινή σε παιδιά με διανοητική καθυστέρηση. Η παραμέληση του παιδιού, η στέρηση της μάνας και η φροντίδα απο υποκατάστατα, η δυσάρεστη επαφή με τους γονείς (ελάχιστη ή υπερβολική επαφή) η εναπαρκής επίβλεψη μπορεί να αποτελέσουν παράγοντες προδιαθετικούς. (Μάνος 1988, Μαράτος 1988).

Το σύνδρομο PRADER-WILLI κατά το οποίο σύμφωνα με Μαράτο (1988) εμφανίζονται συμπτώματα όπως α) παχυσαρκία, β) δυσλειτουργία του Κ.Ν.Σ. (νοητική καθυστέρηση, καθυστέρηση στη σωματική αύξηση, δυσκολίες στη μάθηση) γ) υποτονία, δ) υπογεννητιμός, ε) ύψος μικρότερο από το κανονικό και στ) δυσμορφία προσώπου. Σε 50-90% των περιπτώσεων παρουσιάζονται και διαταραχές συμπεριφοράς ενώ η λήψη τροφής κατά 35% παρουσιάζεται ως πίκα.

Σύμφωνα με τον Ν. Μάνο 1988 η παχυσαρκία δεν ανήκει στις διαταραχές πρόσληψης τροφής και δεν αποτελεί ψυχική διαταραχή εκτός αν ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην αιτιολογία.

Η Ευθυμία Δουβαλέτα χίμης (1985) αναφέρει ότι σύμφωνα με μελέτες αποκαλύφθηκε ότι "80% των παχύσαρκων παιδιών είχαν παχύσαρκους γονείς". Άρα ο ρόλος της κληρονομικότητας είναι πρωταρχικός ενώ το οικογενειακό περιβάλλον - μελέτη θετών γονιών και υιοθετημένων παιδιών - δεν παίζει σημαντικό ρόλο.

(Μαράτος 1988)

Απο το περιοδικό τα Νέα, Υγεία και πρόληψη 1993, σελ. 217 διαβάζουμε: "Επιδημιολογικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι τα παιδιά της υψηλότερης κοινωνικοοικονομικής τάξης είναι πιο ψηλά και παχύσαρκα απο κείνα της χαμηλότερης τάξης. Κατά την εφηβεία όμως, υπάρχει κάποια αντίστροφη σχέση, ιδιαίτερα στις γυναίκες. Οι προερχόμενες απο τη χαμηλή οικονομικοκοινωνική τάξη, σε αντίθεση με κείνες της μέσης ή της υψηλότερης τάξης γίνονται παχύτερες κατά την εφηβεία και παραμένουν έτσι για το υπόλοιπο της ζωής τους".

Τα προβλήματα που προκαλεί η παχυσαρκία είναι πολλά κυρίως κατά την εφηβεία. Ο παχύς έφηβος δε γίνεται εύκολα δεκτός, δεν είναι δημοφιλής γίνεται στόχος πειραγμάτων. Έτσι καταλήγει να χρησιμοποιεί σαν αμυνές του ή την αιδημοσύνη και το κλείσιμο στον εαυτό ή την υιοθέτηση ρόλου γελωτοποιού. Κατά περιόδους πέφτει σε απελπισία και κατάθλιψη, με ψυχολογικές συνέπειες, απο μικρές δυσκολίες προσαρμογής μέχρι καθαρή ψύχωση. ( Μαράτος 1988, Δουβαλέτα-Χίμης 1985 ).

Βρογχοκήλη είναι η διαταραχή που σχετίζεται με τη δίαιτα του ατόμου κατά την εφηβική ηλικία. Οφείλεται στη μείωση πρόσληψη ιωδίου ή στις αυξημένες απαιτήσεις του οργανισμού, που παρουσιάζονται εξαιτίας της συνεχούς και γρήγορης αύξη-

σης. ( Τα Νέα Υγεία και πρόληψη 1993 ).

### ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Κατά την εφηβεία, όπου σημαντικό ρόλο παίζουν οι ψυχολογικές μεταπτώσεις των εφήβων είναι περισσότερο πιθανόν να εμφανιστούν διατροφικές διαταραχές. Πολύ συχνά ο έφηβος βρίσκει το φαγητό σαν μέσο εκτόνωσης και απαλλαγής απο το άγχος ή χρησιμοποιεί την ελαττώσή του για να αποκτήσει μια λεπτή σιλουέτα. Σ' αυτά, έρχονται να προστεθούν και η αδιαφορία που εκδηλώνει για σωστή και υγιεινή διατροφή.

Οι πιο συχνές και κυρίως οι πιο σοβαρές διαταραχές στην πρόσληψη τροφής κατά την εφηβεία, είναι η ψυχογενής ή νευρική ανορεξία, η ψυχογενής ή νευρική βουλιμία, η παχυσαρκία και η βρογχοκήλη.

Στην εργασία θα ασχοληθούμε με τη ψυχογενή ανορεξία - βουλιμία.

Ανεξάρτητα απο την ταξινόμηση που δίνει ο κάθε μελετητής η ψυχογενής ανορεξία αναφέρεται και σαν ψυχοσωματική διαταραχή του πεπτικού συστήματος. ( Λ. Σταύρου 1984 ) ή σαν εκδήλωση οριακής διαταραχής προσωπικότητας ( Χαρτοκόλλης, 1986 ).

Στην εργασία θα ακολουθήσουμε την ταξινόμηση σύμφωνα με το DSM III-R, όσον αφορά τη ψυχογενή ανορεξία, ψυχογενή βουλιμία τις οποίες θα παρουσιάσουμε στη συνέχεια της εργασίας.

### ΕΦΗΒΕΙΑ - ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Σ' αυτό το σημείο θα γίνει λόγος για την εφηβεία, αυτήν την αναπτυξιακή περίοδο στη ζωή του ανθρώπου, όπου συμβαίνουν ταχύτερες αλλαγές σ' όλους τους τομείς.

Θα προσπαθήσουμε μια εννοιολογική προσέγγιση και μια χρονολογική οριοθέτηση όπως επίσης θα αναφερθούμε στα χαρα-

κτηριστικά που τη διέπουν.

Θέλοντας να αναφερθούμε ιστορικά στην εφηβεία κατά την αρχαιότητα, θα πούμε ότι η εφηβεία σύμφωνα με (Χαρτοκόλλη 1985) σήμαινε το συμπλήρωμα της ήβης και τελείωνε χρονολογικά σύμφωνα με το νόμο, που ήταν διαφορετικός σε κάθε περιοχή της Ελλάδος.

Στην Αθήνα και στις Ιωνικές πόλεις η εφηβεία - κατά την αρχαιότητα "ήβη" - τελείωνε όταν ο νέος γινόταν 16 χρονών. Στη Σπάρτη και στις Δωρικές πόλεις τελείωνε στα 18 χρόνια. Για την κοπέλα το τέλος της "ήβης" δήλωνε ότι έχει φτάσει το κορίτσι σε ηλικία γάμου και ήταν το όριο πολύ χαμηλότερο σε σύγκριση με το αγόρι.

### ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Η εφηβική ηλικία θεωρείται πολύ συχνά ως μεταβατική, δύσκολη, κρίσιμη περίοδος.

Όλοι αυτοί οι χαρακτηρισμοί υποδηλώνουν πόσο περίπλοκη είναι η διαδικασία πέρασματος από την παιδική στην ώριμη ηλικία, μια διαδικασία που φέρνει μαζί της πολλές σωματικές, συναισθηματικές νοητικές, κοινωνικές αλλαγές στη ζωή του ατόμου που τη βιώνει.

Κατά τον Παρασκευόπουλο (1985) η εφηβική ηλικία είναι η τελευταία φάση της ανάπτυξης, το τελευταίο στάδιο στην πορεία του ατόμου προς την ωριμότητα. Καλύπτει την χρονική περίοδο ανάμεσα στην παιδική και την ώριμη ηλικία και αποτελεί τη φύση της ζωής κατά την οποία πραγματοποιείται το πέρασμα του ατόμου από τον κόσμο του παιδιού, με την ανεμελιά και την εξάρτηση στον κόσμο του ενήλικου με την υπευθυνότητα και την αυτοδιαχείριση.

Χαρακτηρίζεται ως μεταβατική περίοδος γιατί παρουσιάζει χαρακτηριστικά που ορισμένα θυμίζουν την παιδική ηλικία και άλλα την ώριμη ηλικία.

Σε αυτό το σημείο είναι σκόπιμο να διευκρινίσουμε την έννοια των όρων ήβη και εφηβεία, δύο περίοδοι που εμπεριέχονται στην εφηβική ηλικία.

#### α) Ήβη

Η ήβη αναφέρεται σε μια σχετικά σύντομη περίοδο, διάρκειας 2 ως 4 ετών περίπου, βιολογικής ανάπτυξης, κατά την οποία πραγματοποιούνται οι βιοσωματικές αλλαγές που σχετίζονται με την ωρίμανση της γεννητήσιας λειτουργίας. Οι αλλαγές αυτές διαφαίνονται στα πρωτεύοντα και δευτερεύοντα γνωρίσματα της

ήβης στα οποία θα αναφερθούμε στη συνέχεια.

### β) Εφηβεία

Η εφηβεία αναφέρεται σε μια μακρότερη αναπτυξιακή περίοδο διάρκειας 7 ως 8 ετών και περιλαμβάνει τις αλλαγές που συμβαίνουν και στους τέσσερις βασικούς τομείς της ανάπτυξης: το βιολογικό, το γνωστικό, το συναισθηματικό και τον κοινωνικό τομέα. Η εφηβεία δηλ. είναι μια έννοια ευρύτερη της ήβης και εμπεριέχει την ήβη. Η ήβη ασφαλώς αποτελεί την κορυφαία την πιο χαρακτηριστική πλευρά της εφηβείας αλλά είναι μόνο το βιολογικό μέρος της εφηβείας (Παρασκευόπουλος 1985).

Ο Μάνος Κώστας 1986 σελ. 96, δίνει τον εξής ορισμό για την εφηβεία. "Η εφηβεία όπως και η παιδική ηλικία, είναι περίοδος ανάπτυξης με τη διαφορά πως τώρα το άτομο τείνει προς την ολοκλήρωση. Στις πρωτόγονες φυλές η εφηβεία συμπίπτει με τη ήβη. Η σεξουαλική ωρίμανση σημαίνει πέρασμα του ατόμου στην κοινωνία των ωρίμων με ανάληψη όλων των υπευθυνότητων. Στις αναπτυγμένες κοινωνίες η κυρίως εφηβεία αρχίζει μετά την ήβη και διαρκεί τόσο χρόνο όσος χρειάζεται για τη συνολική ανάπτυξη του ατόμου δηλ. τη σωματική, πνευματική, κοινωνική, συναισθηματική. Για αυτό η διάρκεια της είναι μεγαλύτερη.

### ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Είναι σκόπιμο να τονίσουμε ότι ο σαφής καθορισμός των χρονικών ορίων- έναρξη και λήξη - της εφηβικής ηλικίας παρουσιάζει σημαντικές δυσχέρειες.

Ο Μάνος Κώστας (1986) αναφέρει ότι η εφηβεία χωρίζεται σε δύο φάσεις.

Η πρώτη φάση διαρκεί από τα 13 ως τα 17 κι ο έφηβος ονο-

μάζεται "νεαρός έφηβος".

Η δεύτερη φάση διαρκεί από τα 17 εως τα 20 κι. ο έφηβος ονομάζεται "μεγάλος έφηβος".

Διαχωριστική γραμμή δηλ. ανάμεσα στις δύο φάσεις της εφηβείας αποτελούν οι τελευταίες τάξεις του λυκείου, οπότε ο μεγάλος έφηβος αρχίζει να αποκτά συμπεριφορά ακαδημαϊκού πολίτη.

Ο Τσιάντης (1987) αναφέρει ότι η εφηβεία αρχίζει βαθμιαία κατά το τέλος της λανθάνουσας περιόδου (περίπου στα 10½-11 χρόνια) και τελειώνει βαθμιαία με την έναρξη της ενήλικης ζωής (από τα 18 μέχρι τα 21 χρόνια).

Η εφηβική ηλικία μπορεί να διαιρεθεί σε τρία στάδια:

στην πρώιμη εφηβική ηλικία από 10½-11 μέχρι 14

στην μέση από 14 μέχρι 16-17 και

στην όψιμη από 16-17 μέχρι 20-21.

Ο Κοσμόπουλος (1990) χωρίζει την εφηβεία σε:

προεφηβεία 12-14 χρονών

στην α' εφηβεία 15 και 16 χρονών

στη β' εφηβεία 17-19 χρονών.

Ο Παρασκευόπουλος (1985) με βάση τα πρωτεύοντα και δευτερεύοντα γνωρίσματα της ήβης για τα αγόρια αναφέρεται σε:

πρώτη φάση της εφηβείας από το 12ο εως 13ο έτος

μεσαία φάση της εφηβείας από το 13ο εως το 16ο έτος

τελευταία φάση της εφηβείας από το 16ο εως το 18ο έτος

μετεφηβική ηλικία από το 18ο έτος ως το 20ο έτος.

το ίδιο και για τα κορίτσια έχουμε:

πρώτη φάση της εφηβείας από το 10ο έτος ως το 11ο έτος

μέση βάση της εφηβείας από το 11ο έτος ως το 14ο έτος

τελευταία φάση της εφηβείας από το 14ο έτος ως το 16ο έτος  
μετεφηβική ηλικία από το 16ο έτος ως το 18ο έτος.

Τα αναπτυξιακά αυτά φαινόμενα της εφηβείας πραγματοποιού-  
νται σε δύο επιμέρους φάσεις:

α) στην κυρίως εφηβεία (από το 11ο έως το 16ο έτος) όπου  
εμφανίζονται όλες οι νέες βασικές βιοσωματικές αλλαγές και  
γνωστικές δομές.

β) στην εφηβική νεότητα (από το 16ο ως το 20ο έτος) όπου το  
άτομο προσπαθεί να προσαρμοστεί στο νέο του βιοσωματικό  
και γνωστικό εαυτό του.

Τέλος ο Φράγκος <sup>(1984)</sup> χωρίζει την εφηβική ηλικία σε τρεις πε-  
ριόδους:

στην πρώτη εφηβική ηλικία 12-15 χρονών

στη δεύτερη εφηβική ηλικία 15-18 χρονών

στη νεανική ηλικία 18-20 χρονών. Αυτή η διαίρεση βέβαια  
δεν παρουσιάζεται ποτέ σε ορισμένο και απαράβατο χρόνο,

σαν να ακολουθεί κάποιο ημερολόγιο. Ύστερα από μια συνεχή  
σειρά αλλαγών διαπιστώνουμε ότι έχει επέλθει κάποια αλλαγή  
ουσιαστική, ώστε να μπορούμε να την κατατάξουμε σε άλλη  
περίοδο για αυτό λέμε ότι η εξέλιξη είναι συνεχής.

Από τις παραπάνω χρονολογικές οριοθετήσεις όπου ο κάθε  
μελετητής δίνει το δικό του καθορισμό, ανάλογα με το δικά  
του κριτήρια, διαπιστώνουμε ότι η εφηβεία είναι μια περίο-  
δος με ασαφή και απροσδιόριστα όρια, περισσότερο από κάθε  
άλλη αναπτυξιακή περίοδο. Η δυσκολία χρονολογικής οριοθέτη-  
σης υποδηλώνει την πολυπλοκότητα της ηλικίας αυτή όσον  
αφορά τα χαρακτηριστικά της και την αντιφατικότητα που



διακατέχει τον έφηβο. Να επιμηκύνει την παιδική του ζωή ή να  
συντομεύσει τη μεταβατική περίοδο διεκδικώντας την ωριμότητα.

### ΑΝΑΠΤΥΣΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΗΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Η εφηβεία συνοδεύεται από σημαντικές αλλαγές που συμβαίνουν στο βιολογικό νοητικό συναισθηματικό και κοινωνικό τομέα. Στη συνέχεια θα αναλύσουμε τους παραπάνω τομείς.

#### α) Βιολογικός τομέας

Στο βιολογικό τομέα, οι μεταλλαγές της ήβης είναι τόσο απότομες και καθολικές που δίνουν την εντύπωση ότι η εφηβεία είναι όπως την αποκαλεί ο J.J. ROUSSEAU "δεύτερη γέννηση". Αν και ο χαρακτηρισμός θεωρείται σήμερα υπερβολικός εντούτοις είναι αναμφισβήτητο ότι η εφηβεία είναι το μεγαλύτερο βιολογικό γεγονός μετά τη γέννηση (Παρασκευόπουλος 1985).

Κατά τον Κ. Μάνο (1986) περίοδος γρήγορης σωματικής ανάπτυξης είναι η προεφηβική ηλικία και η αμέσως μετά την ήβη. Η σωματική ανάπτυξη της περιόδου αυτής προχωρεί παράλληλα με την εμφάνιση και ανάπτυξη των πρωτεύοντων και δευτερεύοντων χαρακτηριστικών της ήβης που αρχίζουν το 10-11 έτος στα κορίτσια και το 12-13 έτος στα αγόρια. Μέχρι το 14 έτος υπερέρχουν τα κορίτσια. Μετά το 14 έτος προηγούνται τα αγόρια αλλά και στα κορίτσια συνεχίζεται η ανοδική πορεία.

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985) τα πρωτεύοντα γνωρίσματα της ήβης περιλαμβάνουν τα μέρη του γεννητικού συστήματος κάθε φύλου, τα οποία είναι αναγκαία για την αναπαραγωγή. Στα αγόρια πρωτεύοντα γνωρίσματα είναι οι όρχις, το πέος και όργανα όπως ο προστάτης, οι επιδιδυμίδες, οι σπερματογόνοι κύστες τα οποία χρησιμεύουν στην παραγωγή, τη διαφυλάξη και τη μεταφορά του σπέρματος έξω από το σώμα. Στα κορίτσια πρωτεύοντα γνωρίσματα είναι εσωτερικά όργανα όπως οι ωοθήκες, οι σάλπιγγες και η μήτρα όπου παράγονται ώριμα

ωάρια πραγματοποιείται η γονιμοποίηση, φυλάσσεται και τρέφεται τό κύημα.

Πρέπει να τονιστεί ότι οι αλλαγές στα γεννητικά όργανα του κοριτσιού δεν έχουν τόσο μεγάλη ψυχολογική σημασία γιατί τα όργανα αυτά είναι εσωτερικά, δεν είναι ορατά και δεν προσφέρονται για σύγκριση, όπως συμβαίνει στα αγόρια.

Κατά τον Παρασκευόπουλο (1985) τα δευτερεύοντα γνωρίσματα της ήβης περιλαμβάνουν αλλαγές, όπως η ηβική κόμη, η τρίχωση του προσώπου, η αλλαγή της φωνής, η διόγκωση των μαστών οι οποίες δεν είναι άμεσα αναγκαίες για την αναπαραγωγή, έχουν όμως έμμεση σχέση με τη γεννητήσια λειτουργία, γιατί συμβάλουν στη διαφοροποίηση των δύο φύλων και στην αμοιβαία τους έλξη. Ορισμένες από τις αλλαγές αυτές είναι κοινές και στα δύο φύλα, ενώ άλλες είναι χαρακτηριστικές στο ένα φύλο.

Η διαμόρφωση των δευτερεύοντων χαρακτηριστικών καθορίζεται από τη φυσιολογία των επινεφριδίων και των γεννητικών αδένων.

Το ενδοκρινολογικό σύστημα, με 27 τουλάχιστον γνωστές ορμόνες επηρεάζει την ανθρώπινη συμπεριφορά. Ο/βιοσωματικές αλλαγές της εφηβείας, σε συνάρτηση με τη λειτουργία των ενδοκρινών αδένων, πραγματοποιούνται σε τρία επίπεδα-φάσεις.

Στην πρώτη φάση η υπόφυση αρχίζει να εκκρίνει τέσσερις διαφορετικές ορμόνες: α) τη γοναδοτροπίνη, β) τη θυρεοειδοτροπίνη, γ) τη φλοιοδοτροπίνη, δ) αυξητική ορμόνη.

Στη δεύτερη φάση από την επίδραση των ορμόνων, παράγονται τα σπερματικά κύτταρα, οι φυλετικές ορμόνες, η ανδρογόνος ορμόνη, η θυροξίνη.

Στην τρίτη φάση διαμορφώνονται τα πρωτεύοντα και δευτερεύοντα γνωρίσματα της ήβης.

Τα υπόλοιπα οργανικά συστήματα υφίστανται αλλαγές, δεν συμμετέχουν όμως όλα με τον ίδιο ρυθμό πχ. το νευρικό σύστημα συμμετέχει ελάχιστα σε σύγκριση με το γεννητικό το οποίο υφίσταται δραματικές αλλαγές.

Στο κυκλοφοριακό, απότομη αύξηση παρουσιάζει η καρδιά (ποσοστό 30%) η οποία στέλνει στις αρτηρίες περισσότερο αίμα με μεγαλύτερη πίεση. Τα αιμοφόρα αγγεία αντίθετα έχουν μικρότερη ανάπτυξη (ποσοστό 10%). Η δυσαναλογία αυτή προκαλεί συχνά στον έφηβο, λιποθυμίες, ζαλάδες, πονοκεφάλους, ιδίως μετά από έντονη σωματική δραστηριότητα.

Στο αναπνευστικό, παρατηρείται διεύρυνση του στέρνου και αύξηση της χωρητικότητας των πνευμόνων. Επίσης μειώνεται ο αριθμός των εισπνοών, σταθεροποιείται η αναπνευστική οδός με αποτέλεσμα να περιορίζεται η ευπάθεια προς τα κρυολογήματα.

Στο πεπτικό σύστημα, παρατηρείται αύξηση του μεγέθους του στομάχου για να δέχεται μεγάλες ποσότητες τροφής και να τις επεξεργάζεται. Επίσης αυξάνεται το ποσό του γαστρικού υγρού με αποτέλεσμα ο έφηβος να νιώθει κοιλόπονους και συμπτώματα έλκους σε καταστάσεις ψυχικής έντασης. Είναι δυνατόν επίσης να παρατηρηθούν ελαφρές η βαρείες διαταραχές διατροφής πχ. περίεργα γούστα για φαγητό, ψυχογενής ανορεξία, γαστρικές διαταραχές.

Η εφηβεία θεωρείται περίοδος καλής σωματικής υγείας όμως ο έφηβος είναι επιρρεπής στα ατυχήματα. Τα 2/3 των θανάτων στην εφηβεία είναι βίαιοι θάνατοι -ιδίως με δίκυκλα- ανθρωποκτονίες, αυτοκτονίες. Στις ηλικίες 14-19 ετών το ποσοστό των

τροχαίων ατυχημάτων διπλασιάζεται.

Επίσης οι οστεομυϊκές ανωμαλίες είναι εμφανέστερες και συχνότερες. Η δυσαναλογία μεταξύ μακρών οστών και μυών προκαλεί κράμπες των μυών και πόνους. Προς ανακούφιση ο έφηβος σκόπιμα στραβώνει τις κλειδώσεις με κίνδυνο μόνιμης παραμόρφωσης. Άλλοτε πάλι νιώθει άσχημα για το απότομο ψήλωμα, για τη διόγκωση του στήθους και για να μετριάσει τη νέα μορφή του, σκύβει σκόπιμα, κλίνει τους ώμους προς τα μέσα κ.α.

Από τις λοιμώδεις ασθένειες επικίνδυνες είναι η παρωτίτιδα η φυματίωση, τα αφροδίσια νοσήματα.

Τέλος εμφανής είναι η ενασχόληση του εφήβου με το σώμα του και το υπερβολικό ενδιαφέρον για τη αισθητική του εμφάνιση. Η KESTENBERG (1962) αναφέρει σύμφωνα με τη Νασιάκου (1985) ότι οι αλλαγές του σώματος και οι τροποποιήσεις της εικόνας του εαυτού του, προκαλούν μια διαταραχή στις επενδύσεις του εφήβου, τις σεξουαλικές και συναισθηματικές.

Έτσι, επενδύει σε νέα "αντικείμενα" και στον ίδιο τον εαυτό του που σε ορισμένες περιπτώσεις φτάνουν σε καθαρά ναρκισσιστική αναδίπλωση. Ασχολείται ιδιαίτερα με το ντύσιμό του, το χτενισμά του, την καθαριότητα με το σώμα γενικά. Μπορεί όμως η τάση αυτή να εκδηλωθεί με την έλλειψη (φαινομενικά τουλάχιστον) ενδιαφέροντος για τον εαυτό του. Ο ασηκτισμός είναι χαρακτηριστική άμυνα της εφηβείας. Οι σωματικές αλλαγές γίνονται αισθητές σε αυτόν σε ένα επίπεδο πιο αρχαϊκό. Έχει μια περίεργη αίσθηση προς το σώμα του, το αισθάνεται σαν ξένο.

### β) Γνωστικός νοητικός τομέας

Αν και οι εντυπωσιακές αλλαγές που συμβαίνουν στην εφηβεία αφορούν το βιολογικό τομέα, ωστόσο, σπουδαία επιτεύγματα και μεταβολές υφίσταται και ο γνωστικός-νοητικός τομέας.

Ιδιαίτερα κατά τα 3-4 πρώτα χρόνια της εφηβείας πραγματοποιούνται σημαντικές ποσοτικές και ποιοτικές μεταβολές στις νοητικές ικανότητες, του αναπτυσσόμενου ατόμου.

Ο ΡΙΑΓΕΤ κατά τον Παρασκευόπουλο (1985) έχει δώσει την πιο ολοκληρωμένη θεωρία για την ανάπτυξη της νοημοσύνης, η οποία διέρχεται από τέσσερις αναπτυξιακές περιόδους.

- α) την περίοδο της αισθησιοκινητικής νοημοσύνης (γέννηση ως 2 έτος)
- β) την προσυλλογιστική σκέψη (από 3ο ως 6ο έτος)
- γ) τη συγκεκριμένη σκέψη (από 7ο ως 11 έτος)
- δ) αφαιρετική σκέψη (από 12ο και ύστερα).

Κατά την εφηβεία το άτομο κατακτά τις λεγόμενες αφαιρετικές ή τυπικές νοητικές πράξεις. Η σκέψη αποκτά την ανώτερη δυνατή ευελιξία. Απελευθερώνεται από το συγκεκριμένο της περιεχόμενο, η συλλογιστική μπορεί να γίνεται και επί αφηρημένου συμβολικού υλικού.

Η Όλγα Μαράτου-Πανοπούλου (1985) αναφέρει ότι σύμφωνα με τον ΡΙΑΓΕΤ, το παιδί στα 12 χρόνια του, μπαίνει στο τέταρτο και τελευταίο στάδιο της γνωστικής εξέλιξης, το στάδιο των ''τυπικών'' νοητικών διεργασιών. Ο ενήλικας πια θα χρησιμοποιεί τους ίδιους τρόπους που χρησιμοποιούσε σαν έφηβος, για να κατανοεί, να ανακαλύπτει την πραγματικότητα, να δημιουργεί.

Η πιο βασική αλλαγή στη γνωστική λειτουργία είναι η κατανόηση του δυνατού σε αντίθεση με το πραγματικό (Μαράτου-Πανοπούλου 1985). Ο έφηβος στην προσπάθεια του να βρει κάποια λύση σε ένα πρόβλημα, δοκιμάζει όλες τις πιθανές σχέσεις και στη συνέχεια συνδιάζοντας τον πειραματισμό και την λογική ανάλυση, επιλέγει την σχέση εκείνη που οδηγεί στο σωστό συμπέρασμα.

Ο έφηβος με τη κατάκτησή του αυτή τροποποιεί τη στάση του απέναντι στο κόσμο και στα πρόσωπα. Γίνεται ιδεαλιστής όσο αφορά στις λύσεις που δίνει στα προβλήματα της ζωής προκαλώντας με εναντιώσεις γονείς και δασκάλους (Παρασκευόπουλος 1985).

Ένα δεύτερο νοητικό επίτευγμα στην εφηβεία, είναι η κατανόηση των εννοιών του τυχαίου, της αναλογίας και των πιθανοτήτων. Αυτές οι έννοιες είναι πιο γενικές από τις έννοιες των προηγούμενων σταδίων νοητικής ανάπτυξης και κατανοούνται μόνο μέσα από έναν υποθετικό-παραγωγικό συλλογισμό (Μαράτου-Πανοπούλου 1985).

Επίσης σημαντικές είναι οι ποσοτικές και ποιοτικές κατακτήσεις στο γλωσσικό τομέα ως συνέπεια των νέων γνωστικών δομών που κατακτά ο έφηβος. Το λεξιλόγιό του αυξάνεται τόσο σε μέγεθος όσο και σε εννοιολογικό περιεχόμενο. Οι λέξεις αποκτούν πληρέστερο και αφηρημένο περιεχόμενο κατανοούνται έννοιες μεταφορικές παροιμίες αφηρημένα ουσιαστικά επιστημονικοί και επαγγελματικοί όροι.

Ο λόγος αντανακλά έντονη συναισθηματική χροιά, παίρνει "Προσωπικό" χαρακτήρα με τη μορφή εσωστρεφούς μονολόγου και διαλόγου για να μπορέσει να επικοινωνήσει ο έφηβος με τον

εαυτό του και να τον κατανοήσει.

Τέλος χρησιμοποιεί τη γλώσσα της εφηβικής κουλτούρας, ένα ειδικό λεξιλόγιο, ένα είδος ARGOT, που επινοείται από τις εφηβικές ομάδες και χρησιμοποιείται ως στοιχείο ταύτισης του ατόμου με την ομάδα (Παρασκευόπουλος 1985).

Χαρακτηριστικό γνώρισμα της εφηβείας όσο αφορά το γνωστικό τομέα είναι ο γνωστικός ανταγωνισμός. Ο έφηβος δυσκολεύεται να κατανοήσει ότι συμβαίνει οι άλλοι να μην ασχολούνται με εκείνον, σε αντίθεση με αυτόν που ασχολείται συνέχεια με τον εαυτό του. Ο έφηβος αισθάνεται σε κάθε του κίνηση να τον ακολουθούν τα βλέμματα των άλλων. Ο DAVID ELKIND το έχει ονομάσει φανταστικό ακροατήριο. Επίσης εγωκεντρισμός παρουσιάζεται από τις απεριόριστες δυνατότητες της σκέψης που έχει αποκτήσει. Δεν προσπαθεί να προσαρμοσθεί στον κόσμο των μεγάλων αλλά θέλει να προσαρμόσει το περιβάλλον στο εγώ (Παρασκευόπουλος 1985, Μαράτου-Πανοπούλου 1985).

Στις γνωστικές δομές που έχει αποκτήσει εντάσσεται και η ανάπτυξη της ηθικής σύμφωνα με τους παραπάνω μελετητές. Από τη συμβατική κριτική περνά στην αυτόνομη ηθική, στην ηθική της συνεργασίας που διαμορφώνεται μέσα από τις αμοιβαίες σχέσεις και βασίζεται στον αμφίδρομο σεβασμό στην ηθική του κοινωνικού συμβολαίου και των προσωπικών αξιών.

Κλείνοντας το γνωστικό τομέα πρέπει να αναφερθεί ότι ο PIAGET δέχεται την άποψη της "ασύνειδης" νοητικής δράσης γιατί ο έφηβος δε γνωρίζει ότι κατέχει μια πλούσια νοητική ζωή που του επιτρέπει να χρησιμοποιεί πολύπλοκα συστήματα λογικών διεργασιών. (Παρασκευόπουλος 1985).



### γ) Συναισθηματικός τομέας

Το κυριότερο χαρακτηριστικό στο συναισθηματικό τομέα είναι η μεγάλη συναισθηματική αστάθεια και ένταση στη ζωή του εφήβου.

Ο νεαρός έφηβος όπως περιγράφει η HURLOCK σύμφωνα με τον Μάνο Κ. (1986) περνά μια περίοδο αμφιβολιών, στο πως να συμπεριφερθεί για να είναι η συμπεριφορά ανάλογη της ηλικίας. Βρίσκεται σε διλήμματα συνεχή για το πως πρέπει να ενεργεί για να αντιμετωπιστεί ευνοϊκά από τους ώριμους οι οποίοι δεν διδάσκονται και τόσο ευνοϊκά προς αυτήν την ηλικία.

Ζει μια περίοδο έντονου συναισθηματισμού η οποία οφείλεται στις ενδοκρινολογικές μεταβολές που συμβαίνουν τα πρώτα χρόνια της ήβης. Αυξημένες ποσότητες ορμόνων καθιστούν το άτομο ευσυγκίνητο, και κυκλοθυμικό ως προς τη διάθεση. Από την αυτοπεποίθηση φτάνει στην απογοήτευση από την υπερδραστηριότητα στη νωθρότητα, από τον εγωισμό στον αλτρουισμό.

Έχει να αντιμετωπίσει προβλήματα και ανησυχίες γύρω από τη σωματική του εμφάνιση, την έλλειψη συντονισμού των κινήσεων που έχει σαν αποτέλεσμα μια προσωρινή αδεξιότητα στις κινήσεις του. Πρέπει να αποφασίσει για τα μελλοντικά του σχέδια όσον αφορά την πανεπιστημιακή του εκπαίδευση, την επιλογή επαγγέλματος, συντρόφου, την απόκτηση οικονομικής ανεξαρτησίας. Όταν αντιμετωπίζει τα προβλημάτα του με επιτυχία νιώθει ασφάλεια και εμπιστοσύνη στον εαυτό του. Όταν αποτυγχάνει νιώθει ανεπαρκής και κατακλίζεται από συναισθήματα κατωτερότητας.

Υπεραπασχολείται με θέματα του σεξ, όπως εξερεύνηση των μερών του σώματός του, παρακούλωση των αλλαγών του στόματος του σύγκριση του σώματός του με ομόφυλούς του, ανάγνωση

βιβλίων γύρω από το σεξ και την σωματική ανάπτυξη. Στην αρχή της εφηβείας αγόρια και κορίτσια αδιαφορούν για το αντίθετο φύλο, στη μέση αυτής, σχηματίζουν ομόφυλες παρέες (κορίτσια με κορίτσια) και (αγόρια με αγόρια) και στο τέλος υπάρχει έντονο ενδιαφέρον προς το αντίθετο φύλο (Παρασκευόπουλος 1985, Τσιάντης 1987).

Επίσης στα πρώτα χρόνια οι έφηβοι κυριαρχούνται από έντονη ντροπαλότητα. Νιώθουν άσχημα όταν πρέπει να γδυθούν απέναντι σε άλλους, ντρέπονται τους γονείς όταν ντύνονται ή όταν πλένονται.

Εναντιώνονται σε κάθε μορφή εξουσίας είτε αυτή είναι η γονεϊκή εξουσία, είτε η σχολική και φαντάζεται ότι οι γονείς, οι δάσκαλοι δεν τον καταλαβαίνουν και τον κακομεταχειρίζονται. Η ονειροπόληση είναι μεν μια διέξοδος και αποφόρτιση, οδηγεί όμως τον έφηβο στην απομόνωση (Παρασκευόπουλος 1985).

Ο μεγάλος έφηβος σύμφωνα με τη HURLOCK, όπως αναφέρει ο Μάνος Κ. (1986) συμπεριφέρεται με μεγαλύτερη σταθερότητα σε αντίθεση με τα πρώτα χρόνια της εφηβείας. Έχει σταθερή άποψη όσο αφορά την ενδυμασία, τις φιλίες το επάγγελμα που θα επιλέξει. Αυτό τον κάνει πιο ρεαλιστή όσο αφορά την εικόνα για τον εαυτό του και για τη ζωή γενικότερα. Η αλλαγή τακτικής του εφήβου οδηγεί αυτόματα και στην αλλαγή τακτικής των ώριμων. Οι μεγάλοι είναι πιο ανεκτικοί απέναντι του, του αφήνουν περιθώρια ανεξαρτησίας, πρωτοβουλίας, αφού ο ίδιος τους έχει δώσει σημάδια ωριμότητας. Αυτή η αλλαγή τακτικής οδηγεί στην ταύτιση του με τους μεγάλους, τους μιμείται στις καλές και στις κακές συνήθειες, στην οδήγηση, στη καθυστερημένη επιστροφή στο σπίτι, στις εξαρτήσεις του ποτού και του

καπνίσματος.

Επίσης ένας τομέας της ζωής του που τον προβληματίζει ιδιαίτερα είναι η απόκτηση της ταυτότητας του εγώ (Παρασκευόπουλος 1985, Νασιάκου 1985).

Πολλοί θεωρούν ότι οι συγκρούσεις στη ζωή του εφήβου προέρχονται από την αναζήτηση της ταυτότητας του "για το ποιος είναι που πηγαίνει". Η απόκτηση της ταυτότητας θα στηριχτεί πάνω σε μια ιεράρχηση των σκοπών των αξιών της ζωής που ο έφηβος θα θελήσει να αποκτήσει. Ο έφηβος θα κάνει τις επιλογές του, θα καταστρώσει ένα σχέδιο δράσης και θα αφοσιωθεί στην επιτευξή του.

Η αποτυχία να αποκτήσει για ταυτότητα το Εγώ, οδηγεί στη σύγχυση των ρόλων. Η έλλειψη ταυτότητας αφήνει το άτομο να οδηγείται από τις παρορμήσεις του και θεωρείται αιτία των διαταραχών της συμπεριφοράς.

Σημαντικό επίσης γεγονός στο συναισθηματικό τομέα είναι η βίωση του αποχωρισμού του "αγαπημένου του αντικειμένου". Η απομάκρυνση από το σπίτι από τη φροντίδα των γονιών οδηγεί τον έφηβο να το ζει σαν πραγματικό χαμό. Οι άμυνες που υιοθετεί σύμφωνα με την Α. FREUD είναι "η δημιουργία σχέσεων που υποκαθιστούν τις γονεϊκές", όπως είναι παράφορος έρωτας ή η ναρκισσιστική απόσυρση (Νασιάκου 1985).

#### δ) Κοινωνικός τομέας

Στον κοινωνικό τομέα σημαντική είναι η τάση για ανεξαρτητοποίηση του εφήβου από την οικογένεια του.

Αυτό όμως στο πολιτισμό μας γίνεται πιο δύσκολο, όσο παρατείνεται η μαθητεία και η συνέχιση των σπουδών πράγμα που καθυστερεί την επαγγελματική αποκατάσταση και την αποκατάσταση

που φέρνει ο γάμος.

Ο έφηβος εξαρτάται οικονομικά από τους γονείς του βιώνει όμως και την ατομική του αυτονομία με το να μένει μακριά από το σπίτι του σε περίπτωση που σπουδάζει. Η προσπάθεια χειραφέτησης και παράλληλα η ανάγκη εξάρτησης από την οικογένεια συνιστά μια αντίφαση που φέρνει μια ανησυχία και αντίδραση στη συμπεριφορά του εφήβου, κυρίως στις αντιδραστικές οικογένειες. (Παρασκευόπουλος 1985, Νασιάκου 1985).

Παράλληλα η επιθυμία του για κοινωνική αποδοχή (Μάνος Κ. 1986) οδηγεί στη διερεύνηση των σχέσεων προς το άλλο φύλο και προς τους συνομήλικους γενικά. Η προσπάθεια του να ενταχθεί σε μια νεανική ομάδα φίλης μπορεί να τον οδηγήσει στην τυφλή συμμόρφωση και υποταγή του. Επιθυμεί τόσο αυτήν την είσοδο ώστε μπορεί να υιοθετήσει στάσεις και συμπεριφορές που πολλές φορές είναι αντίθετες στο χαρακτήρα του. Πολλές φορές αυτή η συμπεριφορά είναι η προϋπόθεση για την ένταξη του στην ομάδα πχ. να καπνίζει, να πίνει, να παίρνει ναρκωτικά.

Στα τελευταία στάδια της εφηβείας κυριαρχεί το ζωηρό ενδιαφέρον προς το άλλο φύλο γεγονός που πυροδοτείται από τον έρωτα και την ερωτική επιθυμία για σεξουαλική ολοκλήρωση.

Τέλος οι αναπτυξιακοί στόχοι ή οι εξελικτικές μορφές συμπεριφοράς, που πρέπει να κατακτήσει ο έφηβος είναι σύμφωνα με την HURLOCK όπως αναφέρει ο Μάνος Κ. (1986) οι εξής:

α) Να παραδεχτεί τη σωματική κατασκευή του και να χρησιμοποιήσει τις σωματικές και κινητικές δυνατότητες.

β) Να διαμορφώσει σε νέα βάση τις σχέσεις με τους συνομήλι-

κους και των δύο φύλων και να αποδεχτεί τον κοινωνικό ρόλο του φύλου του.

γ) Να ανεξαρτοποιηθεί οικονομικά με την εκλογή του επαγγέλματος και προετοιμασία πάνω σε αυτό.

δ) Να ανεξαρτοποιηθεί συναισθηματικά από γονείς και ενηλίκους.

ε) Να αναπτύξει γνώσεις και δεξιότητες για τη συμμετοχή του στην κοινωνική και πολιτική ζωή.

στ) να αποκτήσει συμπεριφορά κοινωνικά αποδεκτή, να διαμορφώσει μια φιλοσοφία ζωής.

ζ) Να προετοιμαστεί για γάμο και οικογενειακή ζωή.

η) Να αποκτήσει συνειδητές αξίες και να αποκτήσει κατά τον ERIKSON ταυτότητα του Εγώ.

Οι στόχοι αυτοί θα επιτευχθούν στα τελευταία στάδια της εφηβείας, τότε που οι έφηβοι είναι πιο ανεξάρτητοι, έχουν πιο ξεκάθαρες ιδέες και ενεργούν υπεύθυνα. Αυτό που χρειάζονται είναι ενθάρρυνση από τους γονείς και τους ενήλικες (Παρασκευόπουλος 1985).

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Θέλοντας να προσεγγίσουμε εννοιολογικά τη διαταραχή της ψυχογενούς ανορεξίας θα ξεκινήσουμε από τη λέξη "ανορεξία" αρχικά.

Η λέξη ανορεξία μας αποπροσανατολίζει γιατί δηλώνει ότι υπάρχει έλλειψη όρεξης, διαταραχή της όρεξης. Δε συμβαίνει όμως κάτι τέτοιο, τουλάχιστον στην αρχή, παρά μόνο με το πέρας του χρόνου, στην πορεία που παίρνει η νόσος, παρατηρείται μειωμένη ή και καθόλου όρεξη.

Ο Ψυχίατρος και Ψυχαναλυτής Δ. Κουρέτας, απέδωσε το νόημα της εξαιρετικά με την ονομασία "Ολιγοφαγία εξ Ισχυροφέσεως". Τα Νέα Ύγεια και πρόληψη (1993).

Εναν ορισμό που συναντάμε στον Μάνο Ν. (1988), ονομάζει τη ψυχογενή ανορεξία σαν ένα "σύνδρομο αυτο-επιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέλησή του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ".

Ο LASEGUE (1873) ορίζει τη ψυχογενή ανορεξία, δίνοντας μια τριάδα συμπτωμάτων, τα τρία "Α". Η ανορεξία, είναι το εναρκτήριο σήμα. Εκδηλώνεται με περιορισμό της τροφής, με μια διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στη διατροφή και με ελάττωση των θερμίδων, συχνά κάτω των 300 θερμίδων την ημέρα. Η αμηνόρροια μπορεί να είναι αρχικό σύμπτωμα της νόσου και να οφείλεται στις ενδοκρινολογικές διαταραχές αλλά συνήθως εμφανίζεται λίγους μήνες μετά την εμφάνιση της ανορεξίας και της απίσχνασης.

Η απίσχναση εμφανίζεται ύστερα από την τήρηση ενός ιδιόμορφου διαιτολογίου, κατά το οποίο λαμβάνουν μόνο πρωτεΐνες

για πολύ καιρό. Αυτή η τακτική δίνει την εντύπωση αδυνατίσματος περισσότερο παρά εκούσια απώλεια βάρους.

JEAN-LUC VENISSE (1987).

Ενας ψυχαναλυτικός ορισμός σχετικά με την ψυχογενή ανορεξία στην εφηβεία, αναφέρει ότι οφείλεται σε διαταραχή της σεξουαλικής επένδυσης του κοριτσιού απέναντι στον πατέρα του. Δεν έχει διαχωρίσει το ρόλο του πατέρα και εξακολουθεί να τον θεωρεί σεξουαλικό αντικείμενο την εποχή που θα 'πρεπε να 'χει αλλάξει η σχέση απεναντί του.

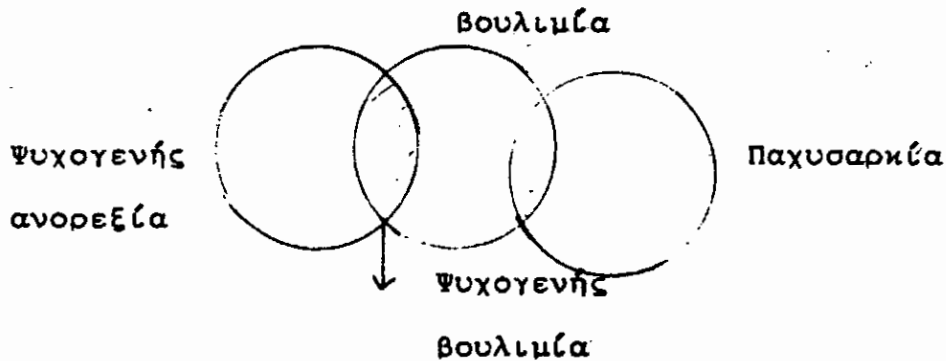
(Φρανσουάζ Ντολτό 1990).

#### ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Η ψυχογενής βουλιμία κατά τον Μάνο Ν. (1988) έχει σαν χαρακτηριστικό τα επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας κατά τη διάρκεια των οποίων το άτομο νιώθει ότι δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του και να σταματήσει να τρώει. Σε σύντομο χρονικό διάστημα είναι ικανό το άτομο να καταναλώσει μεγάλες ποσότητες τροφής.

Ο GERALD F.M. RUSSELL (1989) αναφέρει ότι η ψυχογενής βουλιμία είναι πολύ πιο σπάνια από την ψυχογενή ανορεξία και συχνά αποτελεί συνέχεια και κοινό συμπτωμά της. Παρατηρούμε την ορολογία να είναι μπερδεμένη. Στο DSM-III-R η βουλιμία διαχωρίζεται από τη ψυχογενή ανορεξία και αποκλείουν η μια την άλλη. Αυτό συνέβη γιατί από τότε που περιγράφηκε έγινε σωστό ότι μια αναλογία βουλιμικών θεμάτων δεν υπήρχαν προηγούμενα σε επεισόδια ψυχογενούς ανορεξίας. Επίσης δεν εμφανίζεται σαν τόσο σοβαρή αρρώστεια. Τέλος γιατί η βουλιμία υπάρχει και στην παχυσαρκία. Αναπόφευκτα αυτές οι διαταραχές συμπίπτουν η μια με την άλλη.

Ο FAIRBURN (1982) δίνει το παρακάτω διάγραμμα, το οποίο παρουσιάζει τη σχέση των τριών διαταραχών.



#### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΡΟΜΗ

##### ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ - ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Η ψυχογενής ανορεξία (ANOREXIA NERVOSA) περιγράφηκε με λεπτομέρεια το 1689 από τον RICHARD MORTON, για πρώτη φορά στην ιστορία της. Την ονόμασε "νευρική ατροφία" που προέρχεται από θλίψη.

Στη συνέχεια ο WILLIAM GULL το 1868 περιέγραψε την νευρική ανορεξία στο Βρετανικό περιοδικό LANCET, σαν "Υστερική Απεψία". Η "Υποφυσιλογενής καχεξία" περιγράφηκε 36 χρόνια αργότερα από τον SIMONDS του οποίου πήρε και το ονομά η νόσος του Σάϊμοντς, που οφείλεται σε δυσλειτουργία της υπόφυσης και από τους SHEEHAN και SUMMERS σε άλλο άρθρο την ίδια χρονιά. Είναι σημαντικό ότι αυτοί διέκριναν τις δυο καταστάσεις δηλαδή την ψυχογενή ανορεξία από την ενδοκρινολογική νόσο. (Ε. Λυμπεράκης, 1979).



Ο HENI πρότεινε το 1951 τον όρο ψυχογενή ανορεξία ο οποίος επικράτησε στην Ευρώπη. Η Αμερική εξακολούθησε να την αναφέρει ως νευρική ανορεξία. (Χαρτοκόλλης 1986).

Η BRUCH το 1962 έδωσε έμφαση στην παραμορφωμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος, που καμιά φορά οδηγεί σε αυταπάτες.

Ο RUSSELL το 1965 υπέθεσε ότι οφείλεται σε δυσλειτουργία του υποθαλάμου και ο CRISP 1970 ότι υπάρχει "φοβία βάρους". (HALMI K 1980).

Όσον αφορά τη διαταραχή της ψυχογενούς βουλιμίας, αυτή περιγράφηκε από τον LASEGUE το 1873 με τον όρο "επιτακτική ψευδής - όρεξη". Μελετήθηκε σαν κληρονομική νόσος, σαν βιοχημική ή υποθαλαμική (υπερθυροειδισμός). Πάντα όμως είναι παρούσες και οι συναισθηματικές αιτίες που συνηγορούν στην εμφάνιση.

Πρέπει να αναφερθεί ότι μέχρι τα τέλη του 19ου αιώνα η συχνότητα με την οποία εμφανιζόταν η ψυχογενής ανορεξία ήταν περιορισμένη. Με την αρχή του 20ου αιώνα κατά τον Μαράτο (1988) αυξήθηκε η συχνότητά της, η οποία μπορεί να οφείλεται στην επίδραση κοινωνικών παραγόντων. Εμφανίζεται σε δυτικά κράτη ενώ σχεδόν απουσιάζει στον τρίτο κόσμο, - μια Ινδία και μια Κινέζα αναφέρθηκαν μέσα σε εκατοντάδες παραπομπές-. Η συχνότητα της είναι μεγαλύτερη στις μεσοαστικές οικογένειες παρά στο χαμηλά οικονομικοκοινωνικά στρώματα.

Από στατιστικά στοιχεία, αναφέρεται η συχνότητα εμφάνισης να υπολογίζεται σε 1% των ασθενών ενός ψυχιατρικού εξωτερικού ιατρείου. Ιεροδιακόνου (1988) ή μια ψυχογενή ανορεξία στις 150 περιπτώσεις. Δοξιάδης (1985).

Γνωρίζουμε επίσης ότι η διαταραχή είναι πιο συχνή σε μη-

τέρες και αδελφές ανορεκτικών απ'ότι στο γενικό πληθυσμό (Μάνος Ν 1988).

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

#### ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ - ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Σύμφωνα με το DSM - III - R, τα τελευταία χρόνια και η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία κατατάσσονται στις διαταραχές στην πρόσληψη τροφής (EATING DISORDERS DSM-III-R).

Θα προσπαθήσουμε να δώσουμε την κλινική εικόνα που παρουσιάζουν και οι δυο μορφές της διαταραχής. Πριν όμως απ'αυτήν την παρουσίαση είναι σκόπιμο να διακρίνουμε τις κλινικές μορφές, που παρουσιάζουν οι άρρωστοι με ψυχογενή ανορεξία, ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων. Έτσι έχουμε τις ήπιες μορφές σύμφωνα με τον JEAN LUC VENISSE (1987), που σίγουρα είναι πολυάριθμες και ξεφεύγουν τις στατιστικές, αφού σπάνια αποτελούν αντικείμενο αντιμετώπισης από ειδικούς και νοσηλεία. Στην πραγματικότητα αυτές οι περιπτώσεις προκαλούν ανοικτά τον καθαρισμό των ορίων της παθολογίας αν λάβει κανείς υπόψη την μελέτη των GARNER και GANFINKEL 1979 πάνω σε μια ομάδα νέων επαγγελματιών χορευτριών. Διαπιστώθηκε ότι ένα 5% ολόκληρης της ομάδας παρουσίαζαν συμπτώματα ψυχογενούς ανορεξίας σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια, (αμηνόρροια, αίσθηση ότι είναι παχιές κ.λ.π.). Είναι αυτονόητο ότι οι κοπέλες αυτές προσπαθούσαν να διατηρήσουν ένα λεπτό σώμα που να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της δυτικής κοινωνίας που προωθεί την εικόνα πολύ αδύνατων γυναικών.

Οι βαριές μορφές, σύμφωνα με τον ίδιο χαρακτηρίζονται απο μια ισχυρή και βίαιη αποφασιστικότητα όσο αφορά τον τρόπο ζωής, παρά τις καταστροφικές συνέπειες που έχει αυτή η συμπεριφορά. Συχνά ο ασθενής δεν επιθυμεί την επέμβαση ειδικού, παρά μονάχα όταν δεν είναι δυνατόν να γίνει διαφορετικά. Για παράδειγμα αν μεταφερθεί επειγδόντως στο νοσοκομείο λόγω απώλειας των αιοθήσεων, εξαιτίας της επικίνδυνης ελάττωσης του βάρους. Σ' αυτές τις περιπτώσεις επιβάλλεται αυστηρή παρακολούθηση απο ειδικούς γιατί υπάρχει σοβαρός κίνδυνος θανάτου.

Η ψυχογενής ανορεξία είναι δυνητικά θανατηφόρος νόσος. Η θνησιμότητα κυμαίνεται μεταξύ 5% και 18% στο σύνολο των ασθενών που πάσχουν απ' αυτήν τη νόσο (Μάνος Ν. 1988).

#### α) Κλινική εικόνα της ψυχογενούς ανορεξίας

θα την εξετάσουμε ανάλογα με το φύλο, την ηλικία τις σωματικές διαταραχές τη στάση απέναντι στη νόσο.

**ΦΥΛΟ** Αρχικά πρέπει να αναφερθεί ότι παρουσιάζεται σχεδόν αποκλειστικά σε γυναίκες ποσοστό 95%, κυρίως έφηβες ή στις αρχές της ενήλικης ζωής τους. Υπολογίζεται ότι 1 στις 250 γυναίκες μεταξύ των 12 και 18 ετών μπορεί να εμφανίσει τη διαταραχή. Ν. Μάνος (1988)

**ΗΛΙΚΙΑ** Η νόσος σύμφωνα με τον Ιεροδιακόνου (1991) εκδηλώνεται γύρω στο 13ο έτος της εφηβείας και απ' αυτήν την ηλικία τείνει να αυξηθεί απότομα με μέγιστη συχνότητα στην ηλικία των 17 ως 18 χρόνων. Περίπου το 85% όλων των ανορεκτικών κοριτσιών παρουσιάζουν τη νόσο ανάμεσα στα 13 ως τα 20 χρόνια τους.

Αν και η νόσος είναι δυνατόν να εμφανιστεί πριν την ηλικία των 10 χρόνων και μετά των 30 χρόνων, οι περιπτώσεις αυτές είναι σπάνιες και θεωρούνται άτυπες μορφές της νόσου, των οποίων η συχνότητα εμφάνισης είναι αμφισβητήσιμη.

Αν η ανορεξία αρχίσει πριν από την έναρξη της εφηβείας (Μαράτος 1988) τότε παρατηρείται καθυστέρηση στην εμφάνιση των χαρακτηριστικών της ήβης δηλαδή, καθυστέρηση στην ανάπτυξη του σκελετού, των μαστών και της τριχοφυΐας.

Σωματικές διαταραχές Στο σωματικό τομέα οι ανορεκτικές παρουσιάζουν σημάδια υποσιτισμού. Παρατηρούνται αλλοιώσεις του δέρματος, (όπως ξηρό, λεπιδώδες και γκριζωπό δέρμα, ουτίδες) και των νυχιών (νύχια εύθραυστα και ραβδωτά).

Η διακοπή της έμμηνης ρύσης, (Μαράτος 1988) μπορεί να εμφανιστεί και πριν ακόμα ελαττωθεί σημαντικά το βάρος και η επανεμφάνισή της μπορεί να καθυστερήσει ακόμα κι αν η άρρωστη έχει επαναποκτήσει το φυσιολογικό της βάρος.

Η τριχόπτωση είναι εμφανής, τα μαλλιά της άρρωστης γίνονται μαλακά και αδύνατα. Εμφανίζεται τρίχωση του τύπου LANUGO (Μάνος, Μαράτος 1988) με μορφή παιδικού χνουδιού, σε άτριχα μέρη του σώματος, διατηρείται όμως το φυσιολογικό τρίχωμα στη μασχάλη και στο εφηβαίο. Παρατηρείται επίσης διαταραχή στο κυκλοφοριακό, όπου συναντάμε κούρα άκρα με οιδήματα, υποθερμία, ακροκυάνωση. Η υπόταση και η βραδυκαρδία συναντούνται αρκετά συχνά. Επίσης εμφανίζεται δυσκοιλιότητα που χρησιμεύει για την κατάχρηση καθαρτικών, αναιμία ελαφράς μορφής, πτώση του μεταβολικού και του αναπνευστικού ρυθμού, μείωση των σε-

ξουαλικών ορμών, δόντια χαλασμένα και παθήσεις των ούλων (Δουβαλέτα Χίμης 1985).

Επίσης μπορούν να αναφερθούν άλλα συμπτώματα κυρίως ψυχικά, (Ιεροδιακόνου, 1991) όπως ευερεθιστικότητα, φοβία, άγχος, καταναγκασμοί, υστερικές εκδηλώσεις, συναισθήματα επιθετικά και ζηλόφθονα, τύψεις, αυτοκατηγορίες, αυτοτιμωρητικές δραστηριότητες όπως νηστείες, σκληραγωγία, τελειοθηρία χωρίς να το δείχνει αισθάνεται άγχος, μοναξιά ή ανία αποτυχημένη και αβοήθητη. Αντιδρά με θυμό και πεισματικό αρνητισμό. Συχνά υποφέρει απο αϋπνίες, πονοκεφάλους, κοιλόπονους, εμετούς, ναυτία, δυσκολία στην κατάποση ή συσφιγκτικό αίσθημα στο λαιμό. Συχνά (JEAN LUC VENISSE 1987) κατατρέχεται απο πολύμορφες σαδομαζοχιστικές φαντασιώσεις τις οποίες προσπαθεί να καταπνίξει.

Όσον αφορά την εντύπωση που δίνουν οι ανορεκτικές στον κόσμο είναι αξιοσημείωτο να παρατηρήσει κανείς τη δραστηριότητα και ζωντάνια που διατηρούν ακόμα κι αν έχουν χάσει 20 και 30 κιλά απο το φυσιολογικό τους βάρος. Τα μάτια τους είναι λαμπερά και ξύπνια, οι κινήσεις είναι γρήγορες, η ομιλία είναι γρήγορη με ζωντάνια μεγαλόφωνη.

Η κινητικότητά της είναι κάτι το αξιοθαύμαστο αν φανταστεί κανείς το τόσο σημαντικό χάσιμο βάρους.

Σύμφωνα με Λυμπεράκη (1979).

Είναι υπερκινητική, ατίθαση, δουλεύει πολλές ώρες, μελετά επίσης πολύ, ασχολείται με επίπονες γυμναστικές ασκήσεις κι όλα αυτά χωρίς ενδιάμεσες περιόδους ανάπαυσης.

Η στάση που κρατούν απέναντι στη νόσο είναι η άρνηση ότι έχουν κάποιο πρόβλημα και ότι χρειάζονται θεραπεία. Εξάλλου άρχισαν οι περισσότερες κάποια δίαιτα για να χάσουν κιλά κι

αυτό δεν το βλέπουν παθολογικό. Δεν είναι όμως ικανές, αφού έφτασαν στο επιθυμητό βάρος, να σταματήσουν τη δίαιτα αλλά συνεχίζουν να χάνουν βάρος πέρα του κανονικού. Συγχρόνως παθαίνουν κάποια αποστροφή για κάθε φαγητό, ιδιαίτερα για γλυκά και υδατάνθρακες και απεχθάνονται το πάχος. Κρύβουν από το περιβάλλον τους ότι δεν τρέφονται κανονικά, προφασίζονται ότι τρώνε αλλά κρύβουν ή πετάνε το φαγητό. Η δίαιτα διακόπτεται κάποιες φορές από περίοδο βουλιμίας, όπου τρώνε κρυφά, κυρίως τη νύχτα. Πρέπει να σημειωθεί ότι το 1/3 των ανορεκτικών είχαν μεγαλύτερο από το κανονικό βάρος πριν την έναρξη της νόσου.

Η υιοθέτηση αυτής της στάσης, συνδέεται στενά με κάποιες ψυχολογικές διεργασίες που έχουν συμβεί στο μυαλό του ανορεκτικού ασθενή.

α) Έτσι έχουμε έναν ασθενή ο οποίος έχει μια διαστρεβλωμένη συμπεριφορά απέναντι στην τροφή.

Οι διατροφικές συνήθειες των ανορεκτικών κοριτσιών είναι απίθανες και προκειμένου να δικαιολογήσουν την μείωση στην λήψη τροφής προφασίζονται έλλειψη όρεξης. Περιορίζουν όχι μόνο ποσοτικά, αλλά και ποιοτικά το φαγητό. ( JEAN LUC VENISSE 1987 ). Αποκλείουν από το διαιτολόγιο ζάχαρη, βούτυρο, άμυλο και περιλαμβάνουν σ' αυτό φρούτα, λαχανικά και λίγο κρέας.

Συχνά έχουν την τάση να τσιμπολογούν άτακτα και αναρχικά, συλλέγουν συνταγές και μαγειρεύουν πλούσια γεύματα για τους άλλους.

(HALMI 1980).

Τις περιόδους βουλιμίας που αναφέραμε παραπάνω ακολουθούν αυτοπροκαλούμενοι εμετοί και χρήση καθαρτικών, διουρητικών κλυσμάτων.

Θέλοντας πολλοί μελετητές να εξηγήσουν την σχέση της ανορεκτικής με την πείνα και την πάλη ενάντια σ' αυτήν, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι παρά την οδυνηρή κατάσταση που προλεί, αποτελεί ωστόσο μια πηγή έντονης ικανοποίησης. Έτσι μιλούν για ερωτικοποίηση του αισθήματος της πείνας ή "όργασμό της πείνας" (JEAN LUC VENISSE 1987).

β) Οι ασθενείς έχουν μια διαταραγμένη εικόνα του σώματος και της αντίληψης των αναγκών του.

Οι ανορεκτικές έχουν σε πολύ μεγάλη συχνότητα 90% λανθασμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος τους. Διακατέχονται από έντονο και μόνιμο φόβο μήπως αποκτήσουν περισσότερο βάρος και ταυτίζουν το κανονικό σώμα με το υπερβολικά αδύνατο θεωρώντας τη σκελετική τους εμφάνιση ως κανονική. Υιοθετούν μια ψυχαναγκαστική συμπεριφορά αυτό που οι BUVAF και BUVAF HERBAUT (1978) αναφέρουν σαν "δύσμορφο ψυχαναγκασμό" δηλαδή μια σχολαστική ενασχόληση επικεντρωμένη σ' ένα μέρος του σώματος (συχνά είναι η κοιλιά ή το άνω ή οπίσθιο μέρος των μηρών). (JEAN LUC VENISSE 1987).

Η HILDA BRUCH (1972) αναφέρει κατά τη Δουβαλέτα Χίμπερ (1985) ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα που δηλώνει τη διαταραχή της αντίληψης. Μια κοπέλα έλεγε ότι δεν μπορούσε να δει πόσο αδύνατη ήταν, ακόμα και μπροστά στον καθρέπτη. Όταν όμως έπλενε το σώμα της δεν άγγιζε τίποτα άλλο, από κόκαλα.

Επακόλουθο της εσφαλμένης αυτής αντίληψης είναι η δυσκολία να αισθανθούν το σώμα τους σαν δικό τους.

Επίσης οι ανορεκτικοί αγνοούν και υποτιμούν τις ανάγκες του σώματος. Έτσι εξηγείται η υπερδραστηριότητα και η άρνηση να παραδεχτούν την κόπωση και την ανάγκη για ύπνο, η φαινομενική έλλειψη ευαισθησίας στο κρύο, όταν βλέπει κανείς ασθενείς να είναι ντυμένοι μ'ελαφρά ρούχα, όποια κι αν είναι η θερμοκρασία. (JEAN LUC VENISSE 1987).

γ) Χαρακτηριστικό των ασθενών στη συμπεριφορά τους είναι η έλλειψης συναισθηματικότητα και η κοινωνική ψευδο-προσαρμογή.

Οι σχέσεις που κάνουν είναι επιφανειακές, παρ'οτι στην αρχή έχουν μια έντονη επιθυμία για σχέσεις που σιγά σιγά γίνονται όλο και πιο σπάνιες. Μ'αυτόν τον τρόπο προσπαθούν να κρύψουν την απομόνωση μια και γνωρίζουν ότι είναι διαφορετικές π.χ. από τις συμμαθήτρες στο λύκειο. Η BRUCH αναφέρεται σ'αυτήν την αίσθηση απομόνωσης όταν μιλά για "χρυσό κλουβί". (Δουβαλέτα Χίμπερ 1985).

Η ανορεκτική περιγράφεται σαν κοπέλα με μέσο όρο νοημοσύνης κατά τον JEAN LUC VENISSE (1987) να ξεπερνά το κανονικό. Παρουσιάζει κυρίως μια σχολική υπερδραστηριότητα που είναι όμως φτωχή σε φαντασία, παρά μια πραγματική διανοητική υπερδραστηριότητα που να δικαιολογεί την υψηλή νοημοσύνη της. Η πολύωρη ενασχολησή της με σχολικές δραστηριότητες εξηγεί την ανάγκη της για τελειοθέρια και φυσιολογικότητα και κατ'επέκταση κοινωνική προσαρμογή.

δ) Οι ασθενείς πάσχουν από συναισθήματα ανικανότητας, ανεπά-



ρκειας και κενού.

Τα συναίσθηματα αυτά κυριαρχούν στη σκέψη του ασθενή και καθοδηγεί τις ενεργειές του. Είναι γεγονός ότι καλύπτει αυτά τα συναίσθηματα πίσω απο έντονο αρνητισμό και πεισματάρικη προκλητικότητα. Όταν τυχόν τα αποκαλύψει ξεσπά σε κλάμματα λέγοντας ότι "θεωρεί ότι δεν έχει τίποτα ενδιαφέρον να δώσει και να πεί, ή ότι τη βρίσκουν όχι διασκεδαστική".

(JEAN LUC VENISSE 1987)

Αυτά τα συναίσθηματα έρχονται σε αντίθεση μ'οτιδήποτε αναφέρονται στα ιστορικά. Αναφέρεται ότι οι ασθενείς πριν την εμφάνιση της νόσου ήταν η χαρά και περηφάνια των γονιών, ήταν παιδιά υπάκουα, καλοί μαθητές, προσπαθούσαν να ευχαριστήσουν τους άλλους. Με τις αλλαγές της εφηβείας όμως αρχίζουν να αισθάνονται ότι η συμπεριφορά τους αλλάζει και φοβούνται ότι θα αποτύχουν και θα διαψεύσουν τις προσδοκίες των γονιών τους. Επίσης πίσω απο αυτά τα συναίσθηματα κρύβεται η κρίση ταυτοτητάς των ασθενών, που "βιώνουν το είναι τους χωρίς ψυχικές άμυνες, ως προϊόν των άλλων, χωρίς συνείδηση του εαυτού τους". (JEAN LUC VENISSE 1987).

ε) Τέλος στους ανορεκτικούς ασθενείς παρατηρείται συχνά φτωχή σεξουαλική προσαρμογή.

Όπως έχουμε αναφέρει, στους έφηβους ανορεκτικούς παρουσιάζεται καθυστερημένη ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη ενώ στους ενήλικες παρατηρείται συχνά, μια μεγάλη μείωση του ερωτικού ενδιαφέροντος. Αμέσως μετά την εμφάνιση της νόσου το ενδιαφέρον για ερωτική επαφή ατονεί, οι δεσμοί και οι γάμοι των

ενηλίκων περνάνε κρίση και συχνά διαλύονται. (JEAN LUC VENISSE 1987). Η στάση τους απέναντι στο σεξουαλικό τομέα, είναι αμθυθυμική. Απο τη μια πλευρά στους ανορεκτικούς αρέσει να ερωτοτροπούν αλλά δεν τολμούν κι απο την άλλη, η αμφιταλάντευση αυτή προκαλεί σύγκρουση και στη συνέχεια τα γνωστά συμπτώματα. Για τις γυναίκες ανορεκτικές η ανδρική σεξουαλικότητα αντιμετωπίζεται σαν κάτι το επιθετικό. Έτσι η θέση της γυναίκας θεωρείται επισφαλής και οι ασθενείς δυσκολεύονται να δεχτούν το ρόλο τους ως γυναίκες. (Ιεροδιακόνου 1988,1991).

#### Ψυχογενής ανορεξία στους άντρες

Η νόσος στους άντρες εμφανίζεται σ'ένα ποσοστό 3-13% και παρουσιάζεται κυρίως στα χρόνια της εφηβείας.

Αν η αρρώστεια συμβεί στην έναρξη της εφηβείας κατά τον G. RUSSELL (1989) η ανάπτυξη είναι περιορισμένη, το πέος και το όσχεο παραμένουν παιδικά, όπως επίσης υπάρχει ένα ανεπαρκές ηβικό τρίχωμα. Τα αγόρια όπως και τα κορίτσια αναπτύσσονται σεξουαλικά μετά τη θεραπεία.

Εκείνο που είναι πολύ σοβαρό για την ψυχική ισορροπία των αγοριών εφήβων είναι η αμφιβολία που εκδηλώνουν για τη σεξουαλική ικανότητά τους, εξαιτίας της καθυστερημένης ανάπτυξής τους.

Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα αγόρια, είναι αντίστοιχα αυτών των κοριτσιών. Η καθυστερημένη ανάπτυξη Δουβαλέτα Χίμπε (1985) είναι αντίστοιχη της κατάστασης της αμηνόρροιας στα κορίτσια. Επίσης και τα συμπτώματα που αφορούν τη στάση που κρατούν απέναντι στη νόσο, είναι παρόμοια. Υπάρχει έντονη σωματική άσκηση, ναυτία, εμετοί, άρνηση της καταστάσής τους, επίμονη

άρνηση για λήψη τροφής, καχεξία. (Μαράτος 1988).

Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση ενός 12χρονου αγοριού που ενώ έτρωγε, κρατούσε την κοιλιά του για να βεβαιωθεί ότι δεν θα πάχαινε.

Ακόμη παρατηρείται στους έφηβους μια υπεροπτική άρνηση να συναναστραφούν με συνομηλίκους, ισχυρίζονται ότι είναι ανεξάρτητοι και ότι δεν χρειάζονται συμπαράσταση ή συμβουλές από γονείς, δασκάλους, φίλους.

### β) Κλινική εικόνα της ψυχογενούς βουλιμίας

Η ψυχογενής βουλιμία όπως και η ψυχογενής ανορεξία, παρουσιάζεται κυρίως στις γυναίκες, στο τέλος της εφηβείας και ιδίως σε νέες ενήλικες, των κοινωνικοοικονομικά ανεπτυγμένων περιοχών. Η αρχή της νόσου πριν το 16ο έτος θεωρείται ευνοϊκό προγνωστικό στοιχείο. (Μάνος Ν. 1988).

Στο σωματικό τομέα, η ψυχογενής βουλιμία επιφέρει σοβαρούς συνέπειες στην υγεία της βουλιμικής, εξαιτίας των πολλαπλών εμετών που προκαλεί. Έτσι μετά από κάθε επεισόδιο υπερφαγίας που μπορεί να συμβεί καθημερινά ή και αραιότερα η βουλιμική προκαλεί εμετό (επίμονα σε βαθμό να πληγώνονται τα χέρια γδαρσίματα και ρόζοι στα δάχτυλα και η στοματική κοιλότητα). Ιεροδιακόνου (1988, 1991). Σαν συνέπεια των εμετών έχουμε τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υποκαλιαιμία), διαταραχή της οξεοβασικής ισορροπίας (αλκάλωση), συχνά διόγκωση της παρωτίδος και των σιελογόνων αδένων και διάβρωση της αδαμαντίνης (ιδίως στη στοματική επιφάνεια των κοπτήρων). Επίσης έχει σημειωθεί χρόνια βραχνάδα στη φωνή.

Η κατάχρηση καθαρτικών προκαλεί το σύνδρομο του "νωχε-  
κού εντέρου" κατά τον Μαράτο (1988) που ιστολογικά συνδυάζε-  
ται με μελάνωση του παχέος εντέρου και σύνδρομο δυσαπορρόφη-  
σης. Παρατηρούνται ακόμη κοιλιακοί πόνοι, πονοκέφαλοι, ναυ-  
τία. Αν η νέα πάσχει και απο άλλη αρρώστεια που απαιτεί  
δίαιτα π.χ. διαβήτη είναι φυσικό ότι η βουλιμία θα επηρεά-  
σει δυσμενώς την πορεία.

Χ. Γραμμάκη  
Προδωτική και

Επίσης ψυχικά συμπτώματα αναφέρονται η ευερεθιστότητα, η  
ένταση και το άγχος, η ελαττωμένη απόδοση, η κατάθλιψη, η  
εγκατάλειψη και κάποτε απόπειρες αυτοκτονίας. Ο προκλητός  
εμετός χρησιμοποιείται και για να μειώσει τα αισθήματα ενο-  
χής και αυτοκριτικής.

Η στάση του βουλιμικού ασθενή κατά τους ΤΟΥΥΖ και BEAUMONT  
(1989) είναι διττή. Απο τη μια πλευρά κάνει δίαιτα μέχρι  
υποσιτισμού και απο την άλλη τρώει ασυγκράτητα. Θεωρούν πολύ  
σημαντικό να γίνουν λεπτοί και αυτή τους η επιθυμία τους κά-  
νει να καταφεύγουν σε δίαιτα. Απο την άλλη αναφέρουν ότι η  
σκέψη τους είναι συνέχεια στο φαγητό και ότι ξοδεύουν πολύ  
ώρα σχεδιάζοντας ποιές τροφές θα φάνε κατά τη διάρκεια του  
επόμενου επεισοδίου.

Συχνά πάνε απο το ένα μαγαζί στο άλλο αγοράζοντας μικρές  
ποσότητες για να αποφεύγουν την αμηχανία που προκαλεί η αγο-  
ρά μεγάλων ποσοτήτων. Καταναλώνουν τροφές με υψηλή θερμιδική  
αξία, οι οποίες είναι γλυκές, ευκολομάσητες και μπορούν να  
καταναλωθούν εύκολα π.χ. γιαούρτι ή παγωτά. Οι περισσότεροι  
ασθενείς συμπεριλαμβάνουν στη διατροφή τους τροφές που συ-  
νήθως δεν επιτρέπουν στον εαυτό τους να φάνε άλλες στιγμές.

προτιμούν να ονομάζουν αυτές τις "απαγορευμένες τροφές" άχρηστες τροφές. Αυτές είναι λίπος ή υδατάνθρακες. Δεν είναι ασυνήθιστο για κάποιους να πετάνε φαγητό που πρόσφατα αγόρασαν για να αποφύγουν να το φάνε ανεξάρτητα από τα έξοδα που κάνανε να το αγοράσουν. Μερικοί πιάνονται να τρώνε οτιδήποτε βρούν μπροστά τους ακόμα και τροφές ζώων (για γάτες-σκυλιά) ή τα περιεχόμενα σκουπιδοντενεκέδων. Μπορεί να καταναλώσουν κατά τη διάρκεια ενός και μόνο επεισοδίου 20-30 φορές περισσότερες θερμίδες απ'ότι συνιστάται.

Ο ασθενής γευματίζει κρυφά - οι συγγενείς αδυνατούν να ελέγξουν την υπερφαγία του - και σταματάει μόνο όταν τον πονέσει η κοιλιά, όταν κοιμηθεί, όταν κάποιος τον διακόψει ή όταν ο ίδιος προκαλέσει εμετό.

Ο ρυθμός με τον οποίο τρώνε κατά τη διάρκεια των επεισοδίων διαφέρει από άτομο σε άτομο. Υπάρχει μια τάση να φάει πολύ γρήγορα στην αρχή της εμφάνισης της διαταραχής αλλά μετά την παγιωσή της τείνει να τρώει πιο αργά, ειδικά αν υπάρχει κάποιος κίνδυνος να ανακαλυφθεί. Μερικοί αναφέρθηκε ότι έχουν "συμπεριφορά τσιμπήματος" τρώνε δηλαδή πολύ μικρές ποσότητες π.χ. ένα κουταλάκι ζελέ, ή γιαούρτι, μια φέτα μήλο ή τυρί, αλλά συνεχίζουν να κάνουν αυτό, για ώρες κάθε μέρα και έχει σαν αποτέλεσμα να παίρνουν χιλιάδες θερμίδες. Τα επεισόδια διαρκούν από 15 λεπτά - όπου ο ασθενής στην κυριολεξία καταβροχθίζει - μέχρι και ολόκληρη μέρα, όπου ασθενής τρώει από το πρωί μέχρι το βράδυ.

Παρ'όλα αυτά οι βουλιμικοί γνωρίζουν ότι η συμπεριφορά τους είναι παθολογική και συχνά κατηγορούν τον εαυτό τους

ύστερα απο επεισόδια υπερφαγίας. Δείχνουν όμως κι αυτοί υπερβολικό νοιάξιμο για το βάρος τους - μπορεί να έχουν κανονικό, μεγαλύτερο ή μικρότερο βάρος - και προσπαθούν να το ελέγξουν με εμετό, δίαιτα, νηστεία, άσκηση, γι' αυτό άλλωστε οι διακυμάνσεις του βάρους είναι συχνές.

Έχει παρατηρηθεί ότι η στάση αυτή, τους δημιουργεί κοινωνικά και επαγγελματικά προβλήματα και δυσκολεύει ακόμα πιο πολύ τη ζωή τους.

#### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ

##### ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ - ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Η ψυχογενής ανορεξία θεωρήθηκε απο πολλούς μελετητές, σαν ένας τρόπος αντίδρασης σε μια τραυματική συναισθηματική και σεξουαλική κατάσταση. Στη ζωή του ασθενούς μπορεί να έχουν συμβεί διάφορα γεγονότα που επηρέασαν τη δομή της προσωπικότητας του, και την μορφή αντίδρασης.

Συχνότερα σαν παράγοντες πρόκλησης αναφέρονται οι εξής: (JEAN LUC VENISSE 1987) - θάνατος, σοβαρή αρρώστεια, ή χωρισμός απο ένα στενό συγγενή, (μπορεί να είναι θάνατος ενός παππού ή γάμος αδελφής ή αδελφού) ο οποίος έπαιξε σημαντικό ρόλο στη ζωή του ασθενούς. Επίσης και η απομάκρυνση απο το οικογενειακό περιβάλλον είναι ένα είδος χωρισμού, όπου το άτομο πρέπει να αντιμετωπίσει την ανεξάρτηση απο το περιβάλλον και το άγχος του χωρισμού.

- Αντιπαράθεση του εαυτού του με τον σεξουαλικό προβληματισμό, είτε αυτός είναι πραγματικός και άμεσος (πρώτη σεξουαλική επαφή, σεξουαλική κακοποίηση) είτε τις περισσότερες

φορές, φανταστικός και έμμεσος (δεσμός μιας αδελφής, πρώτο πάρτυ, συνάντηση μ' ένα νεαρό).

- Υπαρξη περισσότερου φυσιολογικού βάρους, το οποίο είναι σχετικά εμφανές και συχνά προκαλεί κοροϊδευτικά σχόλια.
- Προοπτική εξετάσεων ή αποτυχία σ' αυτές, συνθήκες που επαναστρατηριοποιούν το συναίσθημα ανικανότητας. Αποτυχία στο σχολείο ή στην εργασία ή αναγκαιότητα αλλαγής σχολείου ή διαφορετικής δουλειάς.
- Υπαρξη λατρικής αρρώστειας στον ασθενή. (JEAN LUC VENISSE 1987, HALMI 1980).

Όσο αφορά τους παράγοντες που προκαλούν τη ψυχογενή βουλιμία πρέπει να σημειωθεί ότι οι γνώσεις των ειδικών είναι περιορισμένες.

Γενικά αναφέρονται ως δυσμενείς παράγοντες οι εξής: (Μαράτος 1988).

- Υπαρξη ψυχογενούς ανορεξίας η οποία μπορεί να οδηγήσει σε ψυχογενή βουλιμία.
- Παχυσαρκία η οποία προκαλεί κοροϊδευτικά σχόλια.
- Μη ικανοποιητικές σχέσεις με τους συνομηλίκους και τους γονείς και άγχος των γονιών για την εξέλιξη τους.

#### ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ- ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Είναι πολύ σημαντικό ο ασθενής πριν διαγνωστεί ότι πάσχει από ψυχογενή ανορεξία ή ψυχογενή βουλιμία, να υποβληθεί σε λατρικές εξετάσεις για να διαπιστωθεί αν πάσχει από κάποια άλλη ασθένεια.

Απώλεια βάρους συναντάται στις καταθλιπτικές διαταραχές. Η Κ. HALMI (1980) αναφέρει ότι υπάρχουν κοινά χαρακτηριστικά ανάμεσα στις διαταραχές αυτές και τη ψυχογενή ανορεξία. Κάνει λόγο για καταπιεσμένο συναίσθημα, κλαψουρίσματα, διαταραχές στον ύπνο, έμμονες ιδέες, σκέψεις αυτοκτονίας. Αρκετά χαρακτηριστικά όμως διαφέρουν, τα οποία πρέπει να ληφθούν υπόψη από το θεραπευτή. Ο καταθλιπτικός ασθενής έχει μειωμένη όρεξη, ενώ ο ανορεκτικός αρνείται την ύπαρξη όρεξης και μόνο στα προχωρημένα στάδια έχει πράγματι μειωμένη όρεξη. Στη ψυχογενή ανορεξία παρατηρείται υπερδραστηριότητα προγραμματισμένη και με τελετουργικό χαρακτήρα ενώ στις καταθλιπτικές διαταραχές η υπερδραστηριότητα είναι αποσπασματική και αποδιοργανωμένη.

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς δεν ασχολούνται με την μέτρηση των θερμίδων ενώ οι ανορεκτικοί ασχολούνται κατ'εξοχήν με αυτό και το βάρος τους.

Επίσης σε σωματικές διαταραχές κατά το Μάνο Ν. (1988) υπάρχει απώλεια ή αυξομείωση βάρους, εμετοί και ιδιόμορφος χειρισμός της τροφής. Σε σπάνιες όμως περιπτώσεις ένας ασθενής συγκεντρώνει τα κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας και των σωματικών νόσων με απώλεια τροφής. Όταν συμβαίνει αυτό, πρέπει να δίνονται και οι δυο διαγνώσεις. Επίσης στις σωματικές νόσους, η απώλεια βάρους δεν είναι τόσο μεγάλη, ούτε ο ασθενής έχει διαταραγμένη σωματική εικόνα. Η αμηνόρροια ακόμα για τρεις ή περισσότερους μήνες είναι κάτι ασυνήθιστο σε σωματική νόσο.

Στη οχιζοφρένεια σύμφωνα με τον ίδιο μπορεί να υπάρχει αλλόκοτη συμπεριφορά στην πρόσληψη τροφής. Παρ'όλα αυτά σπά-



νια είναι παρούσα η ψυχογενής ανορεξία σαν πλήρες σύνδρομο. Ο ασθενής δεν είναι υπερδραστήριος ούτε έχει το φόβο της παχυσαρκίας. Αν υπάρχει δίνονται δυο διαγνώσεις.

Στη ψυχογενή βουλιμία, αν υπάρχει απώλεια βάρους, δεν είναι της έκτασης της ψυχογενούς ανορεξίας, ούτε υπάρχει διαταραχή της σωματικής εικόνας. Επίσης στη ψυχογενή βουλιμία τα επεισόδια υπερφαγίας ακολουθούνται απο καταθλιπτική διάθεση, ενοχή, αυτοαποδοκιμασία.

Για τη ψυχογενή βουλιμία θα αναφέρουμε οτι στη σχιζοφρένεια μπορεί να υπάρξει, σπάνια, βουλιμική συμπεριφορά και τότε δίνονται δύο διαγνώσεις. Επίσης βουλιμική συμπεριφορά - οπου όμως το πλήρες σύνδρομο της ψυχογενούς βουλιμίας σπάνια υπάρχει μπορεί να παρατηρηθεί σε διάφορες νευρολογικές νόσους. Αυτή είναι επιληπτικά ισοδύναμα, όγκοι του κεντρικού νευρικού συστήματος, το σύνδρομο KLEIN-LEVIN.

Τέλος βουλιμική συμπεριφορά παρατηρείται συχνά σε Μεταχμιακή Διαταραχή της προσωπικότητας σε γυναίκες. (Μάνος Ν. 1988).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η πολυπλοκότητα και πολλαπλότητα των συμπτωμάτων της ψυχογενούς ανορεξίας, οδήγησε στην ανάγκη να προταθούν ακριβή κριτήρια για την διάγνωση της νόσου. Οπως αναφέραμε σύμφωνα με την ταξινόμηση της Αμερικανικής σχολής (DSM-III-R) κατατάσσεται στις διαταραχές διατροφής. Τα διαγνωστικά κριτήρια είναι τα εξής: (Μάνος Ν. 1988).

- Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σωματός πάνω απο ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους του σώματος 15% κάτω απο το αναμενόμενο. Επίσης αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης που οδηγεί σε βάρος σώματος 15% κάτω απο το αναμενόμενο.

- Εντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω απο το κανονικό.

- Διαταραχή στον τρόπο που βιώνει κανείς το βάρος το μέγεθος ή το σχήμα του σωματός του π.χ. το άτομο ισχυρίζεται ότι "νιώθει παχύ" ακόμη κι όταν είναι κάτσο. Πιστεύει ότι μια περιολή του σωματός του είναι "πολύ παχιά" ακόμα και όταν το βάρος του είναι κάτω απο το κανονικό.

- Σε γυναίκες απουσία τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών ενώ κανονικά αναμενόταν να συμβούν (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής αμηνόρροια).

Ο J.A. SOURS (1974) σύμφωνα με τον JEAN LUC VENISSE (1987) διακρίνει πρωτογενή και δευτερογενή κριτήρια στη ψυχογενή ανορεξία.

Στα πρωτογενή αναφέρονται:

- Εκλεκτικός και εκούσιος περιορισμός της τροφής τον οποιο δικαιολογούν οι ανορεκτικοί ως απώλεια όρεξης.

- αναζήτηση της ισχνότητας σε μια ευχαρίστηση αυτή καθ'αυτή η οποία ανάγεται στο αίσθημα κυριαρχίας πάνω στο σώμα, στον έλεγχο της ενστικτώδους ζωής του.
- υπερδραστηριότητα συχνά, πρώιμη σε αντίθεση προς την αμηνόρροια.
- βουλιμία

Στα δευτερογενή συμπτώματα αναφέρονται οι μόνιμες ανησυχίες και οι παραπονητικές συμπεριφορές που αφορούν την τροφή, η ενοχλημένη στάση που προβάλλουν σ'αυτούς που προσπαθούν να ασχοληθούν με τις ανάγκες διατροφής τους και τέλος, κάποιος βαθμός θλίψης με αίσθημα κενού.

Η Κ. HALMI (1977) προσθέτει στα διαγνωστικά κριτήρια την έλλειψη οργανικής νόσου που θα εξηγούσε την απώλεια βάρους. Επίσης ο FEIGLINER και η σχολή του SAINT-LOUIS (1972) αναφέρουν την ηλικία έναρξης πριν το 25ο έτος, καθώς και την ύπαρξη, δύο τουλάχιστον από τις παρακάτω εκδηλώσεις: αμηνόρροια, αύξηση τριχοφυΐας, βραδυκαρδία, περίοδοι υπερδραστηριότητας, επεισόδια βουλιμίας, εμετοί (αυτοπροκαλούμενοι ή όχι) JEAN LUC VENISSE (1987).

#### ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-III-R είναι τα παρακάτω (Μάνος Κ. 1988).

- Επανελημένα επεισόδια υπερφαγίας (ταχεία κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής μέσα σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο).

- Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας υπάρχει ένα αίσθημα έλλειψης ελέγχου της συμπεριφοράς πρόσληψης τροφής.

- Το άτομο τακτικά χρησιμοποιεί είτε προκλητό εμετό,

καθαρτικά ή διουρητικά αυστηρή δίαιτα ή νηστεία είτε εντατική άσκηση για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους.

- Ένας ελάχιστος μέσος όρος δύο επεισοδίων υπερφαγίας την εβδομάδα για τρεις τουλάχιστον μήνες.

- Υπερβολικό, επίμονο νοιάξιμο για το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Ο GERALD F.M. RUSSELL (1989) στα διαγνωστικά κριτήρια προσθέτει επιπλέον τη ψυχοπαθολογία της ψυχογενούς ανορεξίας· το πάχος είναι τόσο φοβερό που πρέπει να αποφεύγεται όσο κι αν κοστίζει αυτό. Επίσης αναφέρει ότι στη "αληθινή" ψυχογενή βουλιμία, υπάρχει μια ιστορία προηγμένου επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας, πιθανόν ασήμαντης σοβαρότητας.

#### ΕΞΕΛΙΞΗ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

##### ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Σχετικά με τη πορεία της ψυχογενούς ανορεξίας έχουν αναφερθεί διάφορες απόψεις οι οποίες υπογραμμίζουν το πλατύ φάσμα της εξέλιξής της. Οι R.S. KALUCY, A.H. HALMI και άλλοι (1977) υποστηρίζουν. "Το τελικό αποτέλεσμα μπορεί να ποικίλει από την αυτόματη ανάρρωση μέχρι το θάνατο, ενώ η ασθένεια μπορεί να διαρκέσει από μερικούς μήνες μέχρι και ολόκληρη ζωή" JEAN LUC VENISSE (1987).

Σύμφωνα με τον G. RUSSELL (1989) η νόσος ακολουθεί μια μεταβλητή και συχνά απρόβλεπτη πορεία. Στις ευνοϊκές περιπτώσεις διαρκεί συνήθως 2-3 χρόνια. Γενικά από τα αποτελέσματα επανεξετάσεων παρατηρείται ότι οι μισοί από τους ασθενείς αναρρώνουν τελείως, με επιστροφή στο φυσιολογικό βάρος και στον έμμηνο κύκλο. Αν και οι ακανόνιστες διατροφικές συνήθειες και το ενδιαφέρον για το βάρος του σώματος μπορεί να

επιμένουν για λίγο καιρό, η ανάρρωση σ'αυτούς τους ασθενείς μπορεί να ολοκληρωθεί. Για παράδειγμα η σεξουαλική προσαρμογή μπορεί να είναι τελικά καλή κι έχει βρεθεί ότι ανάμεσα σε ασθενείς που έχουν αναρρώσει το ποσοστό γάμων είναι τόσο υψηλό όσο και στον κανονικό πληθυσμό (THEANDER 1970). Υπάρχουν όμως κι ασθενείς που τα πηγαίνουν λιγότερο καλά. Το 1/4 ή λίγο περισσότερο, βελτιώνονται σημαντικά, αλλά παραμένουν ασήμαντες διαταραχές στην πρόσληψη τροφής ή στον εμμηνορρυσιακό κύκλο.

Στο υπόλοιπο 20-25% παρ'όλα αυτά η αρρώστεια διαγράφει μια χρονική πορεία, με έντονο χάσιμο βάρους, αμηνόρροια και σοβαρά ψυχολογικά και κοινωνικά εμπόδια.

Η αναλογία ασθενών που δεν αναρρώνουν και αναπτύσσουν ψυχρογενή βουλιμία υπολογίζεται στο 5% (TOLSTRUP ET AL 1982).

Το ποσοστό θνησιμότητας των επανεξεταζόμενων περιπτώσεων είναι περίπου 5% με κυριότερη αιτία του θανάτου την αυτοκτονία. Ο θάνατος από υποσιτισμό ευτυχώς τώρα είναι σπάνιος, αλλά οι ειδικοί θα πρέπει να επαγρυπνούν για τις δυσοίωνες επιπλοκές της υποδεργίας της μη αναστρέψιμης υπογλυκαιμίας και κατά δεύτερο λόγο των μολυσματικών ασθενειών.

Είναι πολύ δύσκολο να προβλέψει κανείς την εξέλιξη για κάθε ασθενή. Όλες οι μελέτες που αναφέρθηκαν όμως συμφωνούν ότι η νεαρή ηλικία παρουσίασης της αρρώστιας πριν το 15ο έτος βρηθάει σε μια καλύτερη πρόγνωση. Κάποιες αμφιβολίες έχουν πρόσφατα διατυπωθεί γι'αυτό το συμπέρασμα όσο αφορά την ηλικία. Η πρόγνωση όμως γίνεται πιο δύσκολη όταν η αρρώστεια έχει ήδη διαρκέσει κάποια χρόνια. Ακόμα και σ'αυτές τις περιπτώσεις εκπληκτικά καλά αποτελέσματα μπορούν να παρατηρη-

θούν μετά από προσεκτική και ενεργητική θεραπεία.

Οι E.I. KESTEMBERG και S. DECOBERT (1972) υποστηρίζουν ότι τρεις είναι οι πιθανές εξελίξεις της νόσου (JEAN LUC VENISSE 1987).

α) Ίαση, σαν κατάληξη μιας απόλυτα ευνοϊκής εξέλιξης, τόσο στο φυσιολογικό επίπεδο (βάρος λειτουργία σωματική) όσο και στο κοινωνικό-επαγγελματικό επίπεδο (γάμος, απασχόληση κλπ.) όσο και στο προσωπικό βίωμα (θυμικό, ικανότητα να αντιμετωπίζει κανείς τις δυσκολίες της ζωής).

β) Μέτρια εξέλιξη που χαρακτηρίζεται από μια κάποια βελτίωση, αλλά όμως σοβαρές δυσχέρειες παραμένουν και στα τρία επίπεδα.

γ) Δυσμενής και βαριά εξέλιξη- όταν και τα τρία επίπεδα ζωής είναι επικίνδυνα διαταραγμένα γεγονός που οφείλεται σχηματικά είτε στο χρόνιο υποσιτισμό, είτε στην καθαρά ψυχιατρική εξέλιξη συνήθως, με ψυχωτική μορφή.

Συμπερασματικά καλοί προγνωστικοί παράγοντες θεωρούνται η έναρξη της νόσου πριν το 15ο έτος η απόκτηση βάρους μέσα σε 2 χρόνια από την έναρξη θεραπείας και η αποδοχή θεραπείας στα πρώτα 2 χρόνια από την εμφάνιση της αρρώστειας.

Στοιχεία κακής πρόγνωσης μπορούν να αναφερθούν η χρονιότητα του συνδρόμου JEAN LUC VENISSE (1987) η καθυστερημένη έναρξή του, η ύπαρξη γονέων ή συζύγου με χαρακτηριστικά κατάθλιψης ψυχαναγκασμού (Χαρτοκόλλης 1986) καθώς και η παρουσία αδελφών ή μητέρων με διαταραχή ψυχογενούς ανορεξίας.

Επίσης όταν παρουσιάζονται στον ασθενή νευρωτικά συμπτώματα, βουλιμία κι όταν αυτός προέρχεται από χαμηλό κοινωνικό επίπεδο οικογένειας.

Στην περίπτωση που αυτά τα άτομα αφεθούν αβοήθητα, και όσα

επιζητήσουν, παραμένουν σεξουαλικά ανάπηρα και ψυχικά ανάκανα να δημιουργήσουν ομαλή οικογενειακή ζωή (Ιεροδιάκου 1988).

Οι γνώσεις για τους προγνωστικούς παράγοντες της ψυχογενούς βουλιμίας είναι περιορισμένες. Όμως γενικά παρουσιάζεται ως χρόνια και διαλείπουσα με εναλλαγές περιόδων υπερφαγίας και περιόδων φυσιολογικής δίαιτας ή νηστείας (Μάνος Ν. 1988).

Στοιχεία καλής πρόγνωσης είναι η εμφάνιση της νόσου πριν το 16ο έτος και αποδοχή θεραπείας στα πρώτα δύο χρόνια από την εμφάνιση της αρρώστειας.

Στοιχεία κακής πρόγνωσης θεωρούνται οι απόπειρες αυτοκτονίας (Μαράτος 1988), η παχυσαρκία, η καθυστερημένη έναρξη του συνδρόμου, η χρονιότητα, οι μη ικανοποιητικές σχέσεις με τους συνομήλικους ή με τους γονείς, το άγχος των γονιών. Επίσης δυσμενής για την ανάπτυξη ψυχογενούς βουλιμίας είναι η παρουσία γονιών και αδελφών παχύσαρκων.

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ - ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ

#### ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Στην προσπάθεια να δοθεί μια αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας, ψυχογενούς βουλιμίας έχουν δοθεί τρεις ερμηνείες η βιολογική, η ψυχολογική-ψυχαναλυτική, και η κοινωνική, τις οποίες θα εξετάσουμε παρακάτω.

#### Βιολογική ερμηνεία

Τη ψυχογενή ανορεξία συνοδεύουν πολλές ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές. Συνέπεια αυτών είναι τα δύο κύρια συμπτώματα η απίσχναση και η αμηνόρροια.

Η απίσχναση, σύμφωνα με τον JEAN LUC VENISSE (1987) συνδέεται με την ελλάτωση στη λήψη τροφής και θερμίδων. Ο περιο-

ρισμός των θερμίδων επιβάλλει να χρησιμοποιηθούν τα ενεργειακά αποθέματα του οργανισμού, έτσι συντελείται για κατάσταση καταβολισμού. Σ' αυτήν την περίπτωση καταναλώνεται ο λιπώδης ιστός (λιπόλυση) και όσο περισσότερο ο ανορεκτικό περιορίζει την τροφή του, τόσο και εξασθενεί ο οργανισμός του. Πρόκειται για διαταραχή της έκκρισης των ορμόνων από τα νησίδια του LANGERHANS στο πάγκρεας (ινσουλίνη, γλυκαγόνο) με αποτέλεσμα οι ορμόνες αυτές να χάνουν την αναβολική τους δράση.

Η αμηνόρροια, κατά τους ABRAHAM S. και LEWELLYN J. 1990) όταν το αρχικό σύμπτωμα της νόσου, εντάσσεται στις ενδοκρινολογικές διαταραχές της ωοθήκης (δυσσωρηξία) οι οποίες σχετίζονται και με ψυχογενείς παράγοντες και με την καθεαυτή απώλεια βάρους. Το κεντρικό νευρικό σύστημα είναι αυτό που ελέγχει τη λειτουργία των ορμόνων που σχετίζονται με την εμηνόρροια. Κέντρο ελέγχου των ορμονικών λειτουργιών είναι ο υποθάλαμος. Μία σειρά εκκρίσεων διαφόρων ορμόνων έχουν σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση της έμμηνης ρύσης. Αν όμως το βάρος του σώματος πέσει κάτω από ένα όριο, ο υποθάλαμος υπολείπεται με συνέπεια η υπόφυση να μην εκκρίνει αρκετή (FSH) ορμόνη κι έτσι έχουμε αμηνόρροια.

Ο RUSSELL (1969) υποστηρίζει, σύμφωνα με την HALMI (1980) ότι η ψυχογενής ανορεξία, οφείλεται σε δυσλειτουργία του υποθαλάμου γιατί παίζει θεμελιακό ρόλο σε "ζωτικές συμπεριφορές" όπως η λήψη τροφής.

Οι BARRY και KLAWAUS (1976) υποστήριξαν ότι η αυξημένη δραστηριότητα των κατεχολαμινών, ιδιαίτερα της ντοπαμίνης, σ' ένα ειδικό κεντρικό υποδοχέα του εγκεφάλου μπορεί να εξηγήσει την ανορεξία, το χάσιμο βάρους, την υπερδραστηριότητα,



την αμνηρόρροια την μειωμένη LIBIDO σε σεξουαλική δεκτικότητα και το νοσηρό φόβο πάχους (HALMI K. 1980).

Ο DICUMENS (1970) πιστεύει ότι υπάρχει μια γενετική προδιάθεση στην ανορεξία εξουσίας της συσχέτισης που διαπίστωσε ότι υπάρχει σε ασθενείς με σύνδρομο TURNER (XO) είναι αποκλειστικός φαινότυπος των γυναικών και οφείλεται στη απουσία του απλού χρωμοσώματος 'x', (HALMI K. 1980).

Οι βιολογικές αιτίες για την ύπαρξη της ψυχογενούς βουλιμίας είναι κληρονομικές, βιοχημικές ή οφείλονται σε δυσλειτουργία του υποθαλάμου με την εκδήλωση υπερθυροεισμού. Επίσης μπορεί να υπάρχει διαταραχή παχυσαρκίας στον βουλιμικό ασθενή. Ακόμα είναι δυνατή η ύπαρξη νευρολογικών νόσων όγκοι στο κεντρικό σύστημα, επιληπτικά επεισόδια, το σύνδρομο KLEIN-LEVIN.

#### Ψυχολογική - ψυχαναλυτική ερμηνεία

Από ψυχολογική άποψη οι αιτίες που προκαλούν τη γέννηση της ψυχογενούς ανορεξίας, ψυχογενούς βουλιμίας έχουν επικεντρωθεί στις φοβίες, όσο αφορά τη δυσμορφία του σώματος εξαιτίας του πάχους. Φοβούνται ότι είναι παχιές, ή ότι θα παχύνουν, μεγαλοποιώντας μια ατέλεια που ίσως πράγματι να υπάρχει (πχ. ανοικτή λεκάνη, πάχος από τη μέση και κάτω).

Ο CRISP (1967) υποστηρίζει κατά τη HALMI (1980) ότι η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί μια φοβική αντίδραση αποφυγής της τροφής, αποτέλεσμα, σεξουαλικών και κοινωνικών εντάσεων που προκαλούνται από τις φυσιολογικές αλλαγές που συνοδεύουν την εφηβεία.

Ο υποσιτισμός οδηγεί σε μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος, το οποίο οδηγεί όλο και σε μεγαλύτερη μείωση της λήψης

τροφής.

Επίσης πολλοί θεωρητικοί ισχυρίζονται σύμφωνα με τον Μάνο (1988) ότι ο φόβος της σεξουαλικότητας είναι ένας συντελεστικός παράγοντας στην εσωτερική παρότρυνση του ατόμου να γίνει κάτισχνο. Άλλοτε το δευτερογενές κέρδος (η προσοχή και η φροντίδα των άλλων) έρχεται να παγιώσει τη διαταραχή.

Όταν η ψυχογενής ανορεξία ακολουθεί τη γέννηση ενός παιδιού, είναι συχνά ένδειξη του φόβου που νιώθει η γυναίκα εξαιτίας της αλλαγής ρόλου της. Καλείται να αναλάβει καινούργιους ρόλους και να μοιραστεί τη φροντίδα και προστασία του άντρα της μαζί με το παιδί της (DALLY P. και COMEZ J. 1983).

Η ψυχαναλυτική άποψη ισχυρίζεται ότι η ανορεξία έχει συνδεθεί με τη σεξουαλικότητα. Η απόρριψη της τροφής ταυτίζεται με την αποστροφή προς το σεξ και με τον υποσυνείδητο φόβο στοματικής σύλληψης, κυρίως από τον πατέρα, οι οποίοι έχουν έντονες αιμομικτικές τάσεις προς τις κόρες τους (Μπούρα Μ. 19-20).

Οι ανορεκτικές θεωρούνται προσωπικότητες φτωχά οργανωμένες και ανώριμες με μηχανισμούς απώθησης και άρνησης των σεξουαλικών ορμών. Η στάση απέναντι στο σεξουαλικό θέμα είναι αμφιθυμική και αυτό εκδηλώνεται τόσο στο συνειδητό όσο και ασυνείδητο επίπεδο σε όνειρα, τέστ κ.α. Η ανδρική σεξουαλικότητα αντιμετωπίζεται σαν κάτι επιθετικό και η ανορεξία είναι μια άμυνα που βοηθάει να μείνουν αδύνατες, με παιδική εμφάνιση, χωρίς προκλητικές καμπύλες, αφανείς στα ανδρικά βλέμματα (Ιεροδιακόπου 1988, 1991).

Πολλοί όμως ειδικοί σύμφωνα με τη Δουβαλέτα Χίμπερ (1985) δεν παραδέχονται αυτήν την ερμηνεία και πραγματικά είναι δύσκολο να αποδείξει κανείς αυτές τις υποσυνείδητες φαντασίες.

Συχνά όμως κατά τη θεραπεία οι ανορεκτικές λένε "αισθάνομαι φουσκωμένη μετά το φαγητό" ή αισθάνομαι φουσκωμένη σαν να είμαι έγκυος.

Όσο αφορά τη ψυχολογική ερμηνεία που δίνεται για τη σχέση του ανορεκτικού ασθενή με την οικογένεια του αυτή θα δοθεί στη συνέχεια της εργασίας, μια και θα αναλύσουμε το θέμα "οικογένειας" ξεχωριστά.

### Κοινωνική ερμηνεία

Όπως έχουμε αναφέρει ήδη, η ψυχογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία παρουσιάζονται κυρίως στο δυτικό κόσμο με μια όλο και συνεχή αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης. Δεν είναι βέβαια καθόλου τυχαίο αυτό, μια και στα δυτικά κράτη τα μέσα μαζικής επικοινωνίας προβάλλουν το πρότυπο της λεπτής σιλουέτας, μέσα από την παρουσία αδύνατων και κομφών γυναικών.

Μέσω της διαφήμισης η οποία καταλαμβάνει μια σημαντική θέση στα "γυναικεία" περιοδικά και στα άλλα ΜΜΕ, εμφανίζονται τρόποι αδυνατίσματος ινστιτούτα που προσφέρουν γρήγορο αδυνάτισμα διαιτολόγια υγιεινής διατροφής που συντελούν στην εξιδανίκευση του λεπτού σώματος. Τώρα τελευταία άρχισαν να κάνουν την εμφάνισή τους και ινστιτούτα αδυνατίσματος που αφορούν άντρες και τους προσφέρουν αδυνάτισμα και γυμνασμένο σώμα. Λεπτό σώμα σημαίνει αυτοπεποίθηση, κομψότητα, σεξουαλικότητα, ελκυστικότητα.

Υπάρχει όμως μια αντιφατικότητα στον τρόπο που οι διαφημίσεις προβάλλουν το αδυνάτισμα από την μια πλευρά και την κατανάλωση τροφών από την άλλη. Κατακλιζόμαστε από εικόνες που παρουσιάζουν γαστρονομικές λιχουδιές οι οποίες ικανο-

ποιούν ανάγκες και ηδόνες. Αυτή η αντιφατικότητα οδηγεί σε εσφαλμένη προσαρμογή απέναντι στη διατροφή και προκαλεί εσωτερικές συγκρούσεις οι οποίες δημιουργούν διαστρεβλωμένη αντίληψη για την εικόνα του σώματος.

Τα παχύσαρκα ή κάπως παχιά άτομα ή οι βουλιμικοί και ανορεκτικοί ασθενείς θέλοντας να γίνουν ελκυστικοί στο άλλο φύλο καταφεύγουν στο χάσιμο βάρους, με ποικίλους τρόπους και αν είναι δυνατόν όσο γίνεται πιο γρήγορα. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις η επιχείρηση "χάσιμο βάρους" δεν κρατάει για πολύ και ακολουθείται από περιόδους αποχής που εναλλάσσονται με περιόδους βουλιμίας. Άλλες φορές πάλι συμβαίνει, τα άτομα αυτά να ξεκινούν κάποιο πρόγραμμα αδυνατίσματος κατά το οποίο να μην σταματούν να χάνουν βάρος ή ακόμα να αρνούνται εντελώς το αίσθημα πείνας (TOUYZ AND BEUMONT 1989).

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ

### ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Οι κύριοι σκοποί της θεραπείας της ψυχογενούς ανορεξίας σύμφωνα με τον G. RUSSELL <sup>(1989)</sup> είναι οι εξής: να εξασφαλίσει τη συνεργασία του ασθενή να επαναφέρει το βάρος στο φυσιολογικό, να ενθαρρύνει μια ευχάριστη έκβαση, να βελτιώσει την κακή διατροφή και να λύσει τα ψυχολογικά του προβλήματα.

Η θεραπεία εξαιτίας της πολυπλοκότητας των συμπτωμάτων και των παραγόντων που την προκαλούν διαφέρει στον τρόπο, στην ένταση και έκταση που δίνεται κάθε φορά. Όπως και να 'ναι, πρέπει να είναι εξατομικευμένη και να υποβάλεται ύστερα από επιβεβαίωση των γιατρών ότι δεν οφείλεται σε σωματικές αρρώστιες ή συγκεκριμένη νόσο.

Στις βαρείες περιπτώσεις της νόσου αυτοεκτιμάται από τη συνεχιζόμενη αμηνόρροια, απίσχναση, μεγάλη απώλεια βάρους οι ειδικοί καταφεύγουν στη νοσοκομειακή περίθαλψη που συχνά εφαρμόζεται με καθυστέρηση. Ο RUSSELL (1981) συνιστά η επανασίτιση στο νοσοκομείο να επιδιώκει αρχικά μικρή αλλά σταθερή ημερήσια αύξηση βάρους 200-400 γραμμαρίων. Η νοσηλεία χρησιμοποιείται αφενός για να τραφεί ο ασθενής-είτε ενδοφλεβίως είτε με ποσότητες πρωτεϊνών-για να ακολουθήσει θεραπεία με ορμόνες ώστε να επανέλθει η έμμηνος ρύση και αφετέρου για να απομονωθεί από τη οικογένεια του η οποία μπορεί να αποτελεί παθογόνο παράγοντα. Η απομόνωση σύμφωνα με τον C. GIRARD (1978) σημαίνει "προσπάθεια επέμβασης στις υπάρχουσες συνήθειες ώστε να διακοπούν οι συγκρούσεις με το περιβάλλον σχετικά με τη διατροφή και γεύματα. Επίσης σταματά τους χειρισμούς των γονιών μειώνει το άγχος τους και επιτρέπει στον καθένα να ξαναβρεί την αυτονομία του..." Μαράτος (1988)

Αυτό σημαίνει ότι η θεραπευτική ομάδα που συνίσταται δεν επαναλαμβάνει τη στάση των γονιών στο θέμα του φαγητού και ότι η προσφορά και φροντίδα δεν παρουσιάζει κενά.

Στο νοσοκομείο συντάσσεται ένα συμβόλαιο μεταξύ ασθενούς και θεραπευτικής ομάδας σύμφωνα με τον JEAN LUC VENISSE (1987) όπου αυτό περιλαμβάνει μια "κλίμακα ανάληψης βάρους" κατανεμημένη σε στάδια. Κάθε φορά που επιτυγχάνεται η συγκεκριμένη ανάληψη βάρους, ο ασθενής επιβραβεύεται με δυνατότητα αλληλογραφίας, τηλεφωνημάτων, επισκέψεων ακόμα και άδειας εξόδου από το νοσοκομείο.

Όσο αφορά το θέμα της κινητικότητας και της υπερδραστη-

ριότητας και σ' αυτή την περίπτωση καθορίζονται στιγμές κατά τις οποίες είναι μόνος ή μ' άλλον σε ανάπαυση ή με συγκεκριμένες δραστηριότητες κι αυτό επιτρέπει από την μια να κινείται σε ένα δομημένο χώρο και χρόνο και από την άλλη προσφέρει έναν καλύτερο έλεγχο, στη σχέση του με τους άλλους.

Επειδή η προσωπικότητα των ασθενών (Μαράτος 1988) είναι ισχυρή, με γεμάτη επινοητικότητα και εφευρητικότητα και με έντονη άρνηση στη λήψη θεραπείας, η θεραπευτική ομάδα πρέπει να είναι πεπειραμένη με ικανοποιητικές σχέσεις μεταξύ των μελών της. Πρέπει να είναι αποφασισμένη ότι θα συμπαρασταθεί στον ασθενή για χρόνια (αν χρειαστεί) και να επαγρυπνά για την πρόληψη επιπλοκών ή επιδεινώσεων της σωματικής ή ψυχικής υγείας. Η συνηθέστερη επιπλοκή είναι η πρόωρη διακοπή της θεραπείας. Κατά τους SZMUKLER και συνεργάτες (1985) η πρόωρη διακοπή συμβαίνει σε οικογένειες που εκφράζουν έντονα αρνητικά συναισθήματα και που τα μέλη τους είναι συναισθηματικά προσκολλημένα και εμπλεγμένα. Παρ' όλα αυτά, όταν η ομάδα εξηγήσει το στόχο της θεραπείας και αναπτυχθεί ειλικρινής σχέση με τον ασθενή, ο κίνδυνος διακοπής μειώνεται και ο ίδιος ο ασθενής αναλαμβάνει ενεργητικό ρόλο στη θεραπεία.

Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση που δε χρειάζεται νοσηλεία ή όταν ολοκληρωθεί η νοσηλεία του ακολουθεί κάποια ψυχοθεραπεία, που διαφέρει ανάλογα με τη προσωπικότητα, τις συνθήκες και την ηλικία.

Η θεραπεία συμπεριφοράς αποδείχθηκε αποτελεσματική σε ορισμένες περιπτώσεις καθώς λειτουργεί μέσα από ένα σύστημα θετικών και αρνητικών ενισχύσεων. Σε άλλες περιπτώσεις όμως το αποτέλεσμα ήταν προσωρινό και σε μια περίπτωση το παιδί

πήρε βάρος αλλά αυτοκτόνησε.

Όσο αφορά την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία και τη ψυχανάλυση οι περιγραφές διίστανται. Μερικοί πιστεύουν ότι η κλασική της μορφή δεν έχει αποδειχτεί επαρκής ως θεραπευτική μέθοδος γιατί "οι ασθενείς αντιστέκονται στη μεταβίβαση" JEAN LUC VENISSE (1987) και ότι "τα λόγια δεν γιατρεύουν". Άλλοι πάλι πιστεύουν ότι η ψυχανάλυση έχει συμβάλει στην ερμηνεία της ψυχογενούς ανορεξίας και άρα είναι η λύση στο πρόβλημα.

Τελευταία πολλοί μιλούν για την οικογενειακή θεραπεία με ενθουσιασμό. Στόχος της είναι η μείωση της υπερβολικής εμπλοκής της οικογένειας με το ανόρεκτο άτομο και η βοήθεια της οικογένειας ώστε να αλλάξει τους συνηθισμένους τρόπους της συναλλαγής (Μάνος 1988, Μαράτος 1988).

Όσο αφορά τη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας θα πρέπει να πούμε ότι η θεραπεία της είναι πιο δύσκολη από ότι αυτής της ψυχογενούς ανορεξίας. Ο πρωταρχικός σκοπός κατά τον G. RUSSELL (1989) είναι το σταμάτημα της υπερβολικής λήψης τροφής/η οποία προκαλεί αναγούλα και στη συνέχεια οδηγεί στον εμετό και στον καθαρισμό του στομαχιού.

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί επίσης με την νοσηλεία της βουλιμίας. Όταν ο ασθενής απομονωθεί από την οικογένειά του και δεν λαμβάνει τροφή άλλη εκτός από τα κανονικά γεύματα, τα συμπτώματα σύντομα ελέγχονται. Έτσι αν το επίπεδο του κάλιου στο πλάσμα του αίματος ήταν αρχικά χαμηλά, μετά τον έλεγχο των συμπτωμάτων γρήγορα επιστρέφει στις φυσιολογικές τιμές. Δυστυχώς υπάρχει μια τάση οι συνήθειες διατροφής να επανέρχονται μετά την έξοδο από τα νοσοκομεία.

Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί η θεραπεία συμπεριφοράς, η αποκαλυπτική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία οι οποίες όμως προσφέρουν περιορισμένη επιτυχία.

Αυτές οι μέθοδοι συμπεριλαμβάνουν αυξημένο έλεγχο της υπερφαγίας, ρύθμιση των γευμάτων ώστε να είναι κανονικά κατανεμημένα, αποφυγή έκθεσης στις τροφές και βελτίωση της συμπεριφοράς όσο αφορά το μέγεθος του σώματος. Αυτός ο τελευταίος σκοπός είναι πάρα πολύ σημαντικός επειδή πολλοί ασθενείς προσπαθούν να κρατήσουν το "επιθυμητό" βάρος τους σ' ένα επίπεδο αρκετών κιλών χαμηλότερα από το φυσιολογικό ή το "υγιές" βάρος.

Γενικά ο θεραπευτής ή η θεραπευτική ομάδα θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος για διακυμάνσεις στην πορεία για βραδεία σταδιακή πρόοδο και να κάνει εισαγωγή στο νοσοκομείο σε περιπτώσεις που χρειάζεται (απόπειρες αυτοκτονίας ή κίνδυνος σοβαρών επιπλοκών) (Δουβαλέτα Χίμπε 1985).



Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ Ψ.Α.-Ψ.Β.

Ο κοινωνικός λειτουργός σ'ένα ψυχιατρικό πλαίσιο, όπου αντιμετωπίζεται η ψυχογενής ανορεξία-ψυχογενής βουλιμία, μπορεί να συμβάλει με διάφορους τρόπους στη διάγνωση και θεραπεία τους.

Αρχικά όταν δεν έχει το ρόλο του θεραπευτή και όταν ο ασθενής έχει τις σωματικές δυνάμεις να δώσει πληροφορίες λαμβάνει απ'αυτόν το κοινωνικό ιστορικό για όλες τις απαραίτητες πληροφορίες που είναι αναγκαίο να συλλεχθούν.

Επίσης καλεί στο γραφείο του και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας του ασθενούς για να συγκεντρώσει όσο περισσότερο αμερόληπτες πληροφορίες μπορεί.

Μπορεί ακόμη να επισκεφτεί την οικογένεια σε γεύμα τους για να διαπιστώσει ποια είναι η κατάσταση που επικρατεί την ώρα του φαγητού, ποια η συμπεριφορά των γονιών και του ασθενούς στο τραπέζι.

Τέλος συνεργάζεται με το γιατρό που τον παρακολουθεί με σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση της κατάστασης, σε θέματα που αφορούν τις σχέσεις του ασθενούς με την οικογένειά του.

Όταν ο Κ.Α. που αναλαμβάνει το ρόλο θεραπευτού -σε 3 περιπτώσεις που αναφέραμε, υπήρξε θεραπευτής- αναλαμβάνει να βοηθήσει τον ασθενή να αποκτήσει τη δικιά του ταυτότητα. Προσπαθεί να κατανοήσει τον/την έφηβο να ξεκαθαρίσει τις σχέσεις με την οικογένεια, να αναπτύξει δημιουργικότητα, να εξερευνήσει τον εαυτό του/της και να βρει προσωπικές λύσεις.

Είναι αναγκαίο να είναι εξοπλισμένος ο Κ.Α, με πολύ υπομονή, επιμονή και κουράγιο για να βοηθήσει στη θεραπεία, η οποία είναι επίπονη, μακρόχρονη και πολλές φορές χωρίς αποτέλεσμα.

Αν τέλος, η περίπτωση του ασθενούς είναι πολύ βαρεία και χρειά-

ζεται άμεση νοσηλεία, σε συνεργασία με το γιατρό, προετοιμάζει αυτόν και την οικογένειά του για την άμεση εισαγωγή του σε νοσοκομείο.

## Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η οικογένεια αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους κοινωνικούς θεσμούς.

Όποια μορφή κι αν εμφανίζει κάθε φορά, τη συναντάμε σ'όλες ανεξαιρέτα τις κοινωνίες, πράγμα που δείχνει ότι αποτελεί μια από τις κύριες μορφές οργάνωσης της συλλογικής ζωής του ανθρώπου. (Τσαούσης 1987).

Όλοι μας προερχόμαστε από μια οικογένεια, όπου σ'αυτήν μεγάλωσαμε, απογοητευθήκαμε αποκτήσαμε αξίες, ιδανικά και μια συγκεκριμένη στάση ζωής.

Ας πάρουμε τον ορισμό της οικογένειας από το λεξικό του LITTRE. "Οικογένεια είναι το σύνολο των προσώπων του ίδιου αίματος, που ζουν κάτω από την ίδια στέγη ιδίως ο πατέρας, η μητέρα και τα παιδιά" (Χουρδάκη 1988).

Ο MAURICE FOROT στο βιβλίο του "RELATIONS FAMILIALES" αναφέρει: "Καλά είναι να υπάρχει στην οικογένεια η ίδια στέγη και το ίδιο αίμα μ'αυτό που δένει την οικογένεια είναι η αγάπη, το αίσθημα που πρέπει να συνδέει αυτούς που καλούνται να ζήσουν μαζί" (Χουρδάκη 1988).

Βλέπουμε λοιπόν ότι τα θεμέλια για την ύπαρξη μιας "υγίους" οικογένειας είναι το συναίσθημα και κυρίως η αγάπη και η φροντίδα που δίνουν οι γονείς στα παιδιά τους.

Σ'εκείνο που ο FREUD κατέληξε σύμφωνα με τη Χουρδάκη (1988) είναι ότι "τα βιώματα της παιδικής ηλικίας είναι εκείνα που καθορίζουν τη μετέπειτα ψυχολογική δομή του ατόμου".

Για να μπορέσουμε να καταλάβουμε το ψυχικό κόσμο των ανθρώπων πρέπει να στραφούμε στην παιδική του ηλικία και στις σχέσεις με τους γονιούς του.

### Η σύνθεση της οικογένειας

Η οικογένεια ως θεσμός υπόκειται διαφοροποιήσεις κάθε φορά που

συμβαίνουν αλλαγές και ανακατατάξεις στο θεσμό της κοινωνίας. Έτσι είναι δυνατόν να αλλάξουν οι σκοποί, οι στόχοι και η μορφή της γενικά σε περιόδους βαθιάς κοινωνικής αλλαγής. Αυτό συνέβει και στην ελληνική οικογένεια η οποία πέρασε από διάφορα στάδια.

Στο πρώτο στάδιο σύμφωνα με την Κατάκη (1984) "παραδοσιακή οικογένεια" αποτελείται από το ζευγάρι, τα παιδιά που συνήθως είναι πολλά στον αριθμό, τους παππούδες γιαγιάδες, τους ανύπανδρους θείους, θείες.

Σ' αυτήν την μορφή οικογένειας "το άτομο εκπληρώνοντας τις υποχρεώσεις του προς την κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκε, δικαιωνόταν από τους άλλους και έτσι έτρεφε την αυτοεκτίμησή του. ... Οι υποχρεώσεις στους άλλους ήταν συνυφασμένες με την ικανοποίηση και προσωπικών αναγκών... Η θυσία ατομικών επιθυμιών απέβλεπε στην ικανοποίηση των αναγκών της ομάδας, άρα τελικά και του ίδιου του ατόμου... Δεν υπήρχε ριζικός διαχωρισμός συμφερόντων. Οι προτροπές, συμβουλές η καθοδήγηση γίνονταν αποδεκτές αφού το "καλό του" ήταν καλό για όλους".

Στο δεύτερο στάδιο ανήκει η "πυρηνική-ατομική οικογένεια" η οποία αποτελείται από τον πατέρα τη μητέρα και τα παιδιά. Σπάνια ζει μαζί τους κάποιος παππούς η γιαγιά.

Αυτή η μορφή της οικογένειας διαφέρει πολύ από την παραδοσιακή. Οι ρόλοι στην καινούρια αυτή μορφή έχουν αλλάξει. Η γυναίκα υποχρεώνεται να εργαστεί γιατί πρέπει να ενισχύσει τα οικονομικά της οικογένειάς της και γιατί έχει ανάγκη να αξιοποιήσει την προσωπικότητά της.

Ο άντρας χάνει πολλά από τα προνόμιά του, τις εξουσίες που ασκούσε, παύει να είναι ο αφέντης και ο "κουβαλητής".

Και οι δυο γονείς επικεντρώνουν το σκοπό του γάμου τους και

την επιτυχία του, στη γέννηση παιδιών που θα μορφώσουν για να γίνουν "χρήσιμοι άνθρωποι στην κοινωνία" και τα οποία θα διαφυλάξουν την ενότητα και ισορροπία της οικογένειάς τους. Απευθείας λοιπόν, τα παιδιά έχουν να σηκώσουν το βάρος της του "επιτυχημένου" παρόλο που οι γονείς δεν ότι "δεν περιμένουν τίποτα" από τα παιδιά τους. Η αλήθεια είναι ότι περιμένουν πάρα πολλά. (Κατάκη 1984, Χουρδάκη 1988).

Η Κατάκη (1984) παρουσιάζει κι ένα τρίτο στάδιο για το πως θα είναι η καινούρια μορφή της μελλοντικής οικογένειας. Τα νέα ζευγάρια δίνουν έμφαση στη δημιουργία "σχέσεις" όπου θα επικρατεί ο διάλογος, η επικοινωνία, η συναλλαγή και θεωρούν ότι η απόκτηση παιδιών έχει δευτερεύουσα σημασία.

#### Η κρίση του θεσμού της οικογένειας

Αναμφίβολα ο θεσμός της οικογένεια στις μέρες μας περνάει μεγάλη κρίση και αυτό συμβαίνει κυρίως γιατί δεν πληροφορούνται τα άτομα που πρόκειται να παντρευτούν καθόλου για την οικογενειακή ζωή και για τις υποχρεώσεις που αυτή συνεπάγεται.

Επίσης σύμφωνα με τη Χουρδάκη (1988) άλλοι λόγοι που δημιουργούν κρίση στην οικογένεια είναι μεγάλη διάρκεια της συζυγικής ζωής-και με το γεγονός ότι οι άνθρωποι παντρεύονται νωρίτερα σήμερα απ'ότι παλιά, ο μέσος όρος διάρκειας αγγίζει τα 40 χρόνια. Ακόμα η ευκολία του διαζυγίου, η εσφαλμένη άποψη ως προς την ευτυχία είναι παράγοντες που επηρεάζουν την ισορροπία και σταθερότητα της οικογένειας.

## Η ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι σημαντικό σ' αυτό το σημείο, να δούμε την εικόνα αυτών που αποτελούν την οικογένεια και να αναλύσουμε τους ρόλους που ο καθένας αναλαμβάνει σ' αυτήν.

### Η γυναίκα σύζυγος

Ο εκσυγχρονισμός του Οικογενειακού Δικαίου ψηφίστηκε μόλις το 1983 και καταργεί διατάξεις οι οποίες υποβίβαζαν τη θέση της γυναίκας και την έθεταν σε υποδιέστερη μοίρα απ' αυτή του άνδρα. Για παράδειγμα καταργείται η διάταξη που όριζε τον άντρα "ως αρχηγό της οικογένειας" και ψηφίζεται ο νόμος ότι οι σύζυγοι αποφασίζουν "από κοινού" για κάθε θέμα του συζυγικού βίου.

Πόσο όμως η κοινωνία έχει αποδεκτεί και συμβαδίζει μ' αυτόν τον εκσυγχρονισμό;

Την απάντηση την παίρνουμε από τα Μ.Μ.Ε. και ειδικά από τη διαφήμιση. Εξακολουθεί να προβάλλεται το κλασικό πρότυπο-εικόνα της γυναίκας (ως νοικοκυράς και της μητέρας). Η νοικοκυροσύνη αποτελεί φροντίδα των γυναικών. Αυτές ενδιαφέρονται για το πως θα καθαρίσουν το πάτωμα, τα ρούχα, πως θα μαγειρέψουν νόστιμα για το σύζυγο και τα παιδιά.

Στις τηλεοπτικές σειρές οι γυναίκες-σύζυγοι ζουν υπό τη σκιά του άντρα και θέματα όπως "αποφάσεις από κοινού" επιτυχίες στον εργασιακό χώρο, καριέρα, αγνοούνται. (Δουλμέρη 1990).

Παρουσιάζονται να πετυχαίνουν τους στόχους τους είτε αυτοί αφορούν το επαγγελματικό, είτε το συζυγικό τομέα, χρησιμοποιώντας τη γοητεία, τη λεπτή σιλουέτα, το όμορφο πρόσωπο και λιγότερο το μυαλό τους.

### Η γυναίκα μητέρα

Η ευθύνη και η ανατροφή των παιδιών σύμφωνα με τον καινούριο

Αστικό Κώδικα (Δουλκέρη 1990) δεν είναι μόνο υπόθεση της μητέρας αλλά και του πατέρα. Η γυναίκα είναι ισοτιμος σύντροφος με τον πατέρα και οι δυο γονείς αποφασίζουν για την επιμέλεια των παιδιών τους.

Με το πέρασμα στην πυρηνική οικογένεια ο βιολογικός ρόλος της μητέρας έχει περιοριστεί. Κανένας πια δεν την υποχρεώνει να κάνει παιδιά.

Ένας άλλος ρόλος όμως της έχει επιβληθεί, ο παιδαγωγικός ρόλος, τον οποίο δεν τον ζήτησε η ίδια.

Οι λόγοι για τους οποίους η γυναίκα-μητέρα έχει αφοσιωθεί τόσο στο παιδί σύμφωνα με την (Χουρδάκη 1988) είναι πολλοί. Αρχικά είναι λόγοι προσωπικής ανασφάλειας με το να εντάξει όλο το προσωπικό ενδιαφέρον της στο παιδί. Στη συνέχεια σήμερα ακολουθεί το γεγονός της ύπαρξης λίγων παιδιών στην οικογένεια άρα η σχέση είναι πιο στενή. Εξάλλου δε μεσολαβούν κι άλλα άτομα στο μέγιστο των παιδιών όπως συνέβαινε στην πατριαρχική οικογένεια (παππούδες, θείες, γιαγιάδες)

Ιδιαίτερα όταν η μητέρα δεν είναι εργαζόμενη, βρίσκει σύμφωνα με την (Κατάκη 1984) διέξοδο στη φροντίδα των παιδιών όταν μένει ώρες μόνη της στο σπίτι, αφού ο σύζυγος λείπει στη δουλειά. Αυτό έχει σαν συνέχεια να επωμίζεται μόνο αυτή όλη την ανατροφή και διαπαιδαγώγηση των παιδιών, ν' αναλαμβάνει το διάβασμα και την ευθύνη της απόδοσής τους στο σχολείο και να παραμελεί το ρόλο της ως σύζυγο, μια και όλη η προσοχή είναι στραμμένη στα παιδιά.

Όταν η μητέρα εργάζεται, ο ρόλος της γίνεται πιο περίπλοκος. Από την μια θέλει να προσφέρει τη φροντίδα στους δικούς της και από την άλλη να ικανοποιήσει δικές της επιδιώξεις και φιλοδοξίες.

Στην πράξη διχάζεται γιατί οι προτεραιότητες μπερδεύονται. Όταν ασχολείται με τη δουλειά της, νιώθει ότι στερεί στους δικούς

της την παρουσία της. Ενώ όταν ασχοληθεί παραπάνω με την οικογένεια, νιώθει ανεπαρκής στη δουλειά της. Αυτό τη γεμίζει απογοήτευση, ενοχές θυμό άγχος.

Όλοι θα ήταν πιο ευχαριστημένοι αν έπαυε να εργάζεται και να αφοσιωνόταν στον "πραγματικό" της "προορισμό" που είναι ο ρόλος της συζύγου και της μάνας (Κατάκη 1984).



## Η ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΑΝΤΡΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η εικόνα του άντρα και το πρότυπο που προβάλλεται από τα Μ.Μ.Ε. και τη διαφήμιση, αφορά άνδρες με κύρια χαρακτηριστικά τη γενναιότητα, το δυναμισμό, την αρρενωπότητα. Που σπάνια εμφανίζεται να φροντίζει το παιδί του ή να πηγαίνει για ψώνια στο Σούπερ-Μάρκετ.

### Ο άντρας σύζυγος

Ο μύθος του "προνομιούχου" άντρα έχει καταργηθεί με τη μορφή της πυρηνικής οικογένειας.

Σύμφωνα με το νέο Οικογενειακό Δίκαιο, κατά τη Δουλκέρη (1990) ο γάμος είναι μια ένωση δύο ισοτιμων ατόμων. Έπαψε να είναι ο "κουβαλητής" στην οικογένεια, γιατί πολύ συχνά και οι δύο σύζυγοι συμβάλλουν οικονομικά για τις ανάγκες της.

Παρόλες τις διατάξεις όμως, ο κοινωνικός του ρόλος σύμφωνα με την Κατάκη (1984) φαίνεται ότι πολύ λίγο έχει επηρεαστεί. Η επιτυχία του στον κοινωνικό τομέα είναι βασικό στοιχείο της προσωπικότητάς του, και είναι ανάλογη της προσφοράς της γυναίκας στην οικογενειακή σχέση. Είναι ο άντρας αυτός που θα προστατεύσει την οικογένειά του από τις εξωτερικές απειλές, που θα την εκπροσωπίσει, που θα διεκδικήσει γι' αυτήν. Όταν απειλείται σ' αυτό το σημείο, η ψυχολογική του ισορροπία κλονίζεται βαθειά.

### Ο άντρας-πατέρας

Σ' αυτόν το τομέα τα πράγματα είναι ξεκάθαρα, όσο αφορά το ρόλο του ως πατέρα. Γίνεται όλο και πιο επιτακτική η ανάγκη, ο πατέρας να ασχολείται με την ανατροφή και διαπαιδαγώγηση των παιδιών και να μην είναι μόνο ο δότης υλικών αγαθών. Ο ρόλος του αποκτά έκταση και γίνεται πολύπλευρος, σε αντίθεση με το παρελθόν.

Πολλές φορές όμως οι μητέρες οι ίδιες - ίσως γιατί νιώθει να

απειλείται ο ρόλος τους από την παρουσία του πατέρα - δυσαρεστούνται από την παρουσία του και αναλαμβάνουν μόνες όλη την ευθύνη των παιδιών.

Ο πατέρας για να εδραιώσει και να αξιοποιήσει το ρόλο του πρέπει - πρώτα να αποκτήσει θετική στάση απέναντι από την εικόνα του και την αποδεχτεί και να παραδεχτεί την αξία της.

Δεύτερον πρέπει να αποκτήσει αυτογνωσία και να ξέρει ποια κίνητρα έχει η συμπεριφορά του απέναντι στο σπίτι του. Γιατί π.χ είναι απορριπτικός ή πολύ ζεστός, γιατί είναι γκρινιαρός ή πολύ κεφάτος κ.λ.π.

Τρίτον να είναι ώριμος ψυχολογικά για να μπορέσει να σταθεί σαν σωστός ενήλικος δίπλα στο παιδί του. Να αποβάλλει δηλ. σιγά-σιγά τις παιδικές του στάσεις, όπως εξάρτηση από γονείς του, ισχυρογνωμοσύνη κ.λ.π.

Τέταρτον ο πατέρας πρέπει να ξέρει πως το κύρος του απέναντι στα παιδιά του θα απορρέει τώρα όχι από την ιδιότητά του την πατρική του "κουβαλητή" αλλά από την ηθική του προσωπικότητα, τις γνώσεις του, τη σοβαρότητα της σκέψης του και από το διάλογο.

(Χουρδάκη 1988)

Σε περίπτωση που ο άντρας-πατέρας δεν αποδεχτεί το νέο ρόλο του και παραμένει πιστός στον παρδοσιακό, θα νιώθει κάθε μέρα την ανεπάρκεια και τον περικλύει, καθώς τα όρια της προσφοράς του θα στενεύουν.

ΙΔΙΟΜΟΡΦΙΑ ΣΤΟ ΜΕΓΑΛΩΜΑ ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ-ΑΓΟΡΙΩΝ

Για να κατανοήσουμε την εικόνα των γυναικών και αντρών, ως γονιών και συζύγων μέσα στην οικογένειά τους, είναι σκόπιμο να δούμε πως μεγάλωναν και μεγαλώνουν τα παιδιά στην ελληνική κοινωνία.

α) Μεγάλωμα των κοριτσιών

Στην παροδοσιακή οικογένεια, η γέννηση των κοριτσιών προκαλούσε στενοχώρια και προβληματισμό. Τα κορίτσια μόλις μεγαλώσουν θα παντρευτούν και θα φύγουν από την πατρική οικογένεια. Αν αργήσουν να παντρευτούν οι γονείς και τα αδέρφια είναι υποχρεωμένοι να εξοικονομήσουν, την απαιτούμενη προίκα που θα τις οδηγήσει στο γάμο.

Στην πυρηνική οικογένεια ευτυχώς τα πράγματα έχουν αλλάξει. Η γέννηση των κοριτσιών δεν προκαλεί δυσανασχέτηση -εμφανή τουλάχιστον -.

Οι γονείς πιέζουν τα κορίτσια τους να σπουδάσουν, δε βιώνουν όμως την αποτυχία τόσο τραυματικά, όπως γίνεται στην περίπτωση των αγοριών τους. (Κατάκη 1984)

Τα Μ.Μ.Ε. κατά τη Δουλκέρη (1990) είναι αυτά αυτά που κάνουν σαφή διαχωρισμό των φύλων χρησιμοποιώντας στις διαφημίσεις παιδιά. Βλέπουμε κοριτσάκια να εμφανίζονται όμορφα σαν "καραμελίτσες", καθαρά, περιποιημένα, να παίζουν με κούκλες μέσα στο σπίτι. Να σώζονται από τα αγοράκια όταν κινδυνεύουν και να ασχολούνται με τα οικιακά από τη μικρή ηλικία.

Το κορίτσι ακούει από μικρό ότι δεν είναι ικανό και άξιο για δύσκολες και βαρειές δουλειές. Αδυνατώντας να κρίνει το βάσιμο και την ορθότητα της αντίληψης αυτής, θα θεωρήσει σαν μοιραία την ανικανότητα της γυναίκας και τελικά θα παραδεχτεί το ίδιο και για τον εαυτό του.

Όμως δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο κοριτσιών, γοητευμένα από τα πλεονεκτήματα του ανδρικού φύλου, να προσανατολίζονται προς το "ανδρικό" ιδεώδες, είτε σαν μορφή ανεκπλήρωτου πόθου, είτε σαν κρίση της συμπεριφοράς τους, είτε σαν σχήμα εμφάνισης και δράσης.

Στον τύπο κατά αυτό κατά τον Α. ANDLER (1986) ανήκουν τα κορίτσια που ασυγκράτητα στρέφονται προς τα σπορ ή τα παιχνίδια που ταιριάζουν περισσότερο σε αγόρια λόγω σωματικής κατασκευής.

Τα βλέπουμε π.χ να σκαρφαλώνουν στα δέντρα, να συναναστρέφονται αγόρια και να αποκρούουν οποιαδήποτε εργασία θεωρείται γυναικεία. Δεν ικανοποιούνται παρά μόνον ασχολούμενα με ανδρικές δουλειές.

### β) Μεγάλωμα αγοριών

Στην παροδοσιακή οικογένεια ο ερχομός του αγοριού γεμίζει τους γονείς με χαρά και καμάρι. Για τον πατέρα η γέννησή του, σημαίνει βοήθεια και συμπάρσταση στη δουλειά του, ενώ για την μητέρα, αποδοχή και εκτίμηση από την κοινότητα.

Στην πυρηνική οικογένεια οι γονείς έχουν σαν κύριο μέλημά τους τις σπουδές του γιου. Είναι προσδοκία που όταν δεν επιτευχθεί τους πληγώνει και όταν πραγματοποιηθεί τους φέρνει απέραντη ευχαρίστηση.

Ο πατέρας τώρα πια, δεν έχει στενή οικονομική-κοινωνική συνεργασία με το γιο, γιατί ο κοινωνικός του ρόλος, τον κρατάει έξω από το σπίτι, κι έτσι η σχέση εξασθενεί. (Κατάκη 1984)

Η μητέρα με το γιο αναπτύσσει μια ιδιαίτερα στενή σχέση, συναισθηματικά φορτισμένη, μια που εκείνη στο περιβάλλον της πόλης, έχει την αποκλειστική ευθύνη για την ανατροφή του.

Τα Μ.Μ.Ε. παρουσιάζουν "σκληρά αντράκια" που ποτέ δεν κλαψουρίζουν, αλλά που είναι βρώμικα, μουτζουρωμένα που αγαπούν την περιπέτεια και την ανεξαρτησία. Διαφήμιση παπουτσιών για αγόρια και κορίτσια εμφανίζει αγοράκι καθισμένο σε γραφείο, με ύψος επιχειρηματία, ενώ μια άλλη για παιχνίδια, εμφανίζει αγόρια μόνο, με

αυτοκίνηση, μηχανές κ.λ.π. (Δουλκέρη 1990)

Η ανταγωνιστικότητα και αγωνιστικότητα του άντρα είναι συμπεριφορές παραδεκτές και επικροτούνται. Αντίθετα η γυναίκα πρέπει να τις κρύβει. Γονείς ενθαρρύνουν τα αγόρια τους να μην υποχωρούν στους καυγάδες με τους συνομηλίκους, καιαρώνουν όταν οι γιοί τους δείχνουν τη δύναμή τους και αποδοκιμάζουν εκδηλώσεις αδυναμίας τους. (Κατάκη 1984)

Τα αγοράκια σύμφωνα με τον ANDLER (1986) αρνούνται θυμωμένα να φορέσουν ρούχα που μοιάζουν κοριτσίστικα, κάτι που θυμίζει τη συμπεριφορά των ανδρών που θεωρούν σαν τη χειρότερη προσβολή να τους πουν ότι έχουν κάτι γυναικείο π.χ τους τρόπους. Αντίθετα δεν είναι καθόλου μειωτικό για μια γυναίκα κάτι που θυμίζει άνδρα. Το κλίμα αυτό είναι πάντα με το μέρος του άνδρα.

Με βάση τα παραπάνω τι μπορεί άραγε να συμβεί στη ψυχική ισορροπία του έφηβου αγοριού ή κοριτσιού όταν αποκλείνει από τα πρότυπα που προβάλλει η κοινωνία;

Τι γίνεται όταν το αγόρι δεν είναι δυναμικό, επιθετικό, ρωμαλέο, όταν το κορίτσι δεν είναι η κούκλα της διαφήμισης, όταν η συμπεριφορά της δεν είναι τόσο θηλυκή; Σίγουρα στα χρόνια της εφηβείας και οι δυο θα δεχτούν κοροϊδίες, αποδοκιμασίες από συνομηλίκους κυρίως αλλά και από μεγάλους.

Αν το παιδί έχει ένα σωστό οικογενειακό περιβάλλον όπου θα μπορέσει να βρει στήριγμα, θα υπερπηδήσει το πρόβλημα της κρίσης ταυτότητας. Αν όμως βρεθεί σ'ένα όχι υποστηρικτικό περιβάλλον, με γονείς που μόνο πίεση ασκούν, τότε είναι πολύ πιθανόν να διαταραχθεί η ψυχική του σταθερότητα και να παρουσιάσει ψυχικές διαταραχές και προβλήματα συμπεριφοράς.

### ΤΥΠΟΙ-ΓΟΝΙΩΝ

Έρευνες για τη ψυχοδυναμική της οικογένειας, έχουν επισημάνει ποικίλους ψυχολογικούς παράγοντες οι οποίοι καθορίζουν τις διάφορες όψεις των οικογενειών.

Αυτές είναι: έκδηλη στοργή, χορήγηση αμοιβών, απόρριψη, άγχος για σεξουαλική διαπαιδαγώγηση -αντικοινωνική συμπεριφορά, επιθετικότητα των γονέων, χρήση προτύπων, σεβασμός στην ατομικότητα του παιδιού, εμπιστοσύνη, ενθάρρυνση κ.λ.π.

Όλα τα παραπάνω είναι δυνατόν να τα παρέχουν ή να μην τα παρέχουν οι γονείς, ανάλογα με την προσωπικότητά τους.

Υπάρχουν ορισμένοι τύποι γονιών οι οποίοι αναφέρονται από τη Χουρδάκη (1988) ως εξής:

α) Ευερέθιστοι γονείς. Περιμένουν το παραμικρό για να εκραγούν. Γνωρίζουν πολλές φορές ότι το θέμα δεν έπρεπε να τους ταραξει τόσο πολύ γιατί δεν ήταν σημαντικό κι όμως αναστατώθηκαν.

Σαν αποτέλεσμα, έχουμε από ένα μικροεπεισόδιο, να ξεσπούν φωνές-απειλές, ξύλο, κλείσιμο του παιδιού στο δωμάτιο, ένταση μεταξύ των γονιών όταν ο ένας πάρει το μέρος του παιδιού.

β) Απαιτητικοί γονείς: Συνήθως όταν τους πεις ότι έχουν πολλές απαιτήσεις από το παιδί, σου απαντάνε ότι δεν ζητάνε τίποτα.

Όμως είναι αυτοί που οργανώνουν το πρόγραμμα της ζωής του, χωρίς να μπορεί το παιδί να πει τίποτα. Είναι αυτοί που είπτε φορτώνουν το παιδί με δουλειές του σπιτιού ή του μαγαζιού, είτε το γεμίζουν με ιδιαίτερα μαθήματα, μουσική, ξένες γλώσσες, ρυθμική κλπ.

Επίσης ρυθμίζουν την ώρα παιχνιδιού, την ώρα ανάπαυσης, χωρίς να δίνουν την δυνατότητα στο παιδί να αποκτήσει το αίσθημα ευθύνης και πρωτοβουλίας. Από την μια πλευρά ζητούν το παιδί τους να

είναι υπάκουο, υποτακτικό, σωστό παράδειγμα και την ίδια στιγμή να είναι αυθόρμητο, θαρραλέο να επιβάλλεται στ' άλλα παιδιά. Αξιώνουν από το παιδί αλληλοσυγκρουόμενες ιδιότητες, τις οποίες δεν μπορεί να έχει.

γ) Υπερπροστατευτικοί γονείς: Δεν αφήνουν το παιδί να κινηθεί μόνο του, προετοιμάζουν το κάθε τι, στενοχωριούνται μήπως συμβεί κάτι χωρίς να το 'χουν προλάβει. Βρίσκονται πάντα στο πλευρό του παιδιού.

Συχνά σ' αυτό τον τύπο συγκαταλέγονται οι γονείς οι οποίοι φοβούνται πως το οποιοδήποτε κακό, θα έρθει πρώτα στα παιδιά τους. Αυτοί οι γονείς δεν μπορούν να ελέγξουν τη διαρκή ανησυχία (μήπως πέσει, κρυώσει, αρρωστήσει από επιδημία, αποτύχει στο σχολείο, κάνει κακές συναναστροφές).

γ) Φιλόδοξοι γονείς: Φιλοδοξίες που αγγίζουν την υπερβολή χωρίς να υπολογίζουν τις δυνατότητες του παιδιού μα τις δικές τους. Το παιδί δε λογαριάζεται, οι γονείς προγραμματίζουν να είναι πρώτα στα μαθήματα, στην ευγένεια, στα σπορ, στους διαγωνισμούς.

Συνήθως είναι άνθρωποι που στην παιδική τους ηλικία, στερήθηκαν οικονομική, συναισθηματική πληρότητα, ματαιώθηκαν τα δικά τους όνειρα. Τώρα, θέλουν να δουν στα παιδιά τους αυτό που οι ίδιοι δεν μπόρεσαν να δουν στον εαυτό τους.

ε) Μποέμ γονείς: Είναι αυτοί που ενδιαφέρονται να ικανοποιήσουν τις δικές τους ανάγκες που δεν ικανοποίησαν μικροί, με το να αρνούνται τις ευθύνες και τη φροντίδα των παιδιών.

Επικαλούνται γνώσεις ψυχολογίας ή παιδαγωγικής, τις οποίες εκλαμβάνουν λανθασμένα πολλές φορές και είναι της γνώμης ότι δεν τους έχουν τόσο ανάγκη τα παιδιά, ότι μπορούν να κάνουν τη ζωή τους.

Δεν παίρνουν καθόλου όμως υπόψη, ότι το παιδί έχει ανάγκη την

παρουσία και τη φροντίδα τους στα φυσιολογικά βέβαια πλαίσια.

Ο Παρασκευόπουλος (1985) αναφέρει τους εξής τύπους γονιών:

α) Εχθρικοί-απορριπτικοί γονείς: Χαρακτηρίζονται από εχθρότητα και ενθάρρυνση για ανεξαρτησία και αυτάρκεια. Είναι οι αδιάφοροι γονείς για την τύχη των παιδιών τους. Δείχνουν αποδοκιμασία, είναι φειδωλοί στις εκδηλώσεις στοργής και στις αμοιβές. Κάνουν κριτική και μεγιστοποιούν τα σφάλματα, το θεωρούν παρείσακτο και ανεπιθύμητο. Δείχνουν επιλεκτική προσοχή στα σφάλματα του παιδιού και δύσκολα συμφιλιώνονται μαζί του ύστερα από μια διαφωνία.

β) Στοργικοί-φιλικό γονείς: Δείχνουν την αγάπη προς το παιδί περισσότερο έκδηλα. Αποκομίζουν ευχαρίστηση από τη συντροφιά του, συμμετέχουν στις ασχολίες τους δείχνουν συμπάροια στα σφάλματα και στις δυσκολίες τους.

γ) Οι διαλεκτικοί γονείς: Είναι δημοκρατικοί, δείχνουν σεβασμό στην ατομικότητα του παιδιού αναγνωρίζουν δικαιώματα, σέβονται τις προτιμήσεις και τα ενδιαφέροντά του. Του έχουν εμπιστοσύνη, παρέχουν εναλλακτικές λύσεις, αξιολογούν τη δική τους συμπεριφορά, επιδιώκουν τη συνεργασία και την πειθώ.

δ) Οι αυταρχικοί γονείς: Παίρνουν τις αποφάσεις μονομερώς, δεν αναγνωρίζουν δικαιώματα στο παιδί, απαιτούν υπακοή και συμμόρφωση. Είναι αδιάλλακτοι στις γνώμες και στις εντολές, δεν λαμβάνουν υπόψη τις επιθυμίες και τα ενδιαφέροντα των παιδιών. Χρησιμοποιούν την απειλή της τιμωρίας ενώ ο έλεγχος είναι άμεσος και εμφανής.

Τέλος, αναφέρουμε ότι οι "ιδανικοί γονείς" πρέπει να συνδυάζουν τα εξής τρία χαρακτηριστικά στη συμπεριφορά τους.

α) Να είναι έκδηλα στοργικοί

β) Να ενθαρρύνουν την αυτονομία και την αυτάρκεια του παιδιού.

γ) Να απαιτούν από το παιδί υπεύθυνη και ώριμη συμπεριφορά.



Η συνύπαρξη των τριών αυτών χαρακτηριστικών στη συμπεριφορά των γονέων εξασφαλίζει ευνοϊκές προϋποθέσεις για μια στέρεη ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού.

### ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΤΟΥΣ

Όπως έχουμε δει βασικό χαρακτηριστικό στη συμπεριφορά του έφηβου, είναι η τάση του προς ανεξαρτησία και η άρνησή του σε κάθε μορφή εξουσίας - και ξεκινά από την εξουσία των γονιών του.

Η στάση του βέβαια, εξαρτάται κατά πολύ, από την εξουσία που ασκούν πάνω του οι γονείς, από την προσωπικότητά τους γενικά, από την προσωπικότητα του ίδιου και από τη σχέση που έχουν αναπτύξει μεταξύ τους.

Έτσι ο έφηβος κατά τον Μάνο Κ. (1986) μπορεί να παρατηρήσει πως σε κάποιον συνομήλικό του, επιτρέπεται από τους γονείς να αποφασίζει για τα χρήματα που θα ξοδέψει για τις παρόες που θα κάνει, για το επάγγελμα που θα διαλέξει, να ταξιδεύει μόνος με τους φίλους του. Θα παρατηρήσει όμως παράλληλα, πως σε άλλους συνομήλικους μόνο λίγες από τις παραπάνω ενέργειες επιτρέπονται.

Οι έφηβοι γενικά παρδέχονται πως οι σχέσεις, με τους γονείς είναι ταραγμένες και συμβαίνει αυτό, γιατί οι γονείς δεν δείχνουν κατανόηση, δεν τους συμπερίζονται, άλλα περιμένουν απ' αυτούς κι άλλα θέλουν οι έφηβοι.

Άλλο σημείο που τους πληγώνει, είναι ότι οι γονείς δεν τους έχουν εμπιστοσύνη. "Δε μας δείχνουν εμπιστοσύνη γιατί να τους δείξουμε εμείς;" Είναι αλήθεια ότι ακόμη κι αυτοί οι γονείς που θεωρούμε ότι εμπιστεύονται τα παιδιά τους, στις κρίσιμες στιγμές, εκεί που χρειάζεται η υποστήριξη κάνουν πίσω. Εκεί που ο έφηβος περιμένει την επιδοκιμασία, ο γονιός θυμάται την εξουσία που έχει και υψώνει τη φωνή του. (Χουρδάκη 1988).

Ακόμη ένα θέμα που τους ενοχλεί, σύμφωνα με την ίδια, είναι ότι οι γονείς δεν εκτιμούν την προσωπικότητά τους. Δεν τους αναγνωρίζουν σαν μια υπόσταση ξεχωριστή με δικές της δυνατότητες, κλίσεις, ενδιαφέροντα. Αυτό φαίνεται πολύ έντονα στο θέμα του επαγγελματικού προσανατολισμού, όπου οι γονείς προσπαθούν να πείσουν το παιδί να ακολουθήσει το επάγγελμα, που στην ουσία αυτοί επιθυμούν. Αυτήν την κίνηση τη εκλαμβάνει ο έφηβος σαν καταπίεση της προσωπικότητάς του. Σπάνια είναι ελεύθερος να τραβήξει το δικό του δρόμο.

Είναι σκόπιμο να εξετάσουμε πως οι γονείς αντιδρούν και με ποιον τρόπο, στα έφηβα παιδιά τους.

Είναι συχνό φαινόμενο γονείς που δεν έχουν προετοιμαστεί για τις αλλαγές να πανικοβάλλονται όταν αυτές συμβούν. Νιώθουν απογοητευμένοι και στενοχωρημένοι γιατί πιστεύουν ότι απέτυχαν στην αγωγή τους, ότι "χάνουν" το παιδί τους.

Εν μέρει έχουν δίκαιο, όταν σκεφτούμε ότι πολλοί έφηβοι χρησιμοποιούν βασανιστική τακτική απέναντι στους γονείς τους. Η Χουρδάκη (1988), αναφέρει ότι η πιο βασανιστική περίοδος για τους γονείς, όπως δείχνουν οι στατιστικές, είναι από τα 13 ως τα 16 για τα κορίτσια και από τα 15 ως τα 18 για τα αγόρια. Σημαίνει πως γονείς που έχουν αγόρι και κορίτσι πρέπει να προετοιμαστούν για την "επταετία" η οποία ευτυχώς δεν είναι τεταμένη και τα 7 χρόνια.

Σύμφωνα με τον Κοσμόπουλο 1990 το αίσθημα της παντοδύναμης αγωγής που υπάρχει όταν τα παιδιά είναι μικρά, τώρα έχει εκλείψει. Τα παιδιά δε φαίνεται να επηρεάζονται αυτήν την περίοδο, τόσο πο- από την οικογενειακή αγωγή.

Οι γονείς καλούνται να αναλάβουν τώρα ρόλους ειδικούς. Πρέπει να αποκτήσουν δύο βασικές ιδιότητες.

α) Ψυχολογική και πνευματική ωριμότητα που εκδηλώνεται με την απο-

δοχή του συζυγικού και γονεϊκού ρόλου.

β) Ψυχική δυνατότητα ευκινησίας στο χώρο και στο χρόνο που ζουν τα παιδιά τους.

Επίσης η Χουρδάκη (1988) σημειώνει ότι έρχεται ο εγωκεντροισμός στην επιφάνεια και ο γονιός δεν μπορεί να πει απλά "μεγαλώνει το παιδί μου". Αντίθετα θέλουν να επιβάλουν το δικό τους τρόπο ζωής, γιατί έχουν την υποσυνείδητη τάση να μη θέλουν να μεγαλώσουν τα παιδιά τους και να απομακρυνθούν από κοντά τους. Συχνά για να έχει περιεχόμενο η δική τους ζωή, θέλουν τα παιδιά κοντά τους για να τους τροφοδοτεί η ζεστασιά τους.

Τέλος σύμφωνα με την ίδια, οι γονείς αντιδρούν με υποσυνείδητη ζήλεια προς τα παιδιά τους π.χ άρχισε ο γιος να οδηγεί και ο πατέρας ζηλεύει χωρίς να το θέλει. Οι γονείς έχουν την καλή διάθεση μα αν δεν δουλεύει ο εσωτερικός τους κόσμος πως θα παραδεχτούν τους εφήβους;

Ο Τσιάντης (1987) αναφέρει ότι οι γονείς είναι καλό να μην ευπλακούν σε διαμάχες αντιζηλίας και ανταγωνιστικότητας με τους εφήβους, γιατί μια φυσιολογική εκδήλωση μπορεί να εξελιχθεί σε μια πολύ σοβαρή σύγκρουση, η οποία πιθανόν να απομακρύνει τον έφηβο από την οικογένειά του.

Σ' αυτό το σημείο θα παραθέσουμε ξεχωριστά τη σχέση των γονιών με τα αγόρια και τα κορίτσια τους, κατά τη διάρκεια της εφηβείας. (Χουρδάκη 1988)

#### α) Σχέση μητέρας με κορίτσι:

Τόν πρώτο καιρό το κορίτσι εναντιώνεται στην μητέρα αλλά αργότερα ταυτίζεται και συχνά γίνονται φιλενάδες. Συχνά όμως το ίδιο κορίτσι δεν αντιδρά μ' αυτές τις δυο στάσεις. Μπορεί από την αρχή να 'ναι φίλη με την μητέρα ή μπορεί να εναντιωθεί στη μητέρα από την αρχή. Αυτός ο ανταγωνισμός συμβαίνει κυρίως όταν η μητέρα είναι νέα ή πιο καλοφτιαγμένη, πιο κομψή από το κορίτσι.

Εδώ πρέπει η μητέρα να μη βλέπει την κόρη της σαν αντίπαλο και να ξεχνά ότι είναι μητέρα, αλλά είναι καλό να δίνει προτεραιότητα στο παιδί της.

β) Σχέση μητέρας με αγόρι:

Το αγόρι έχει επιθετική διάθεση στην αρχή, απέναντι στην μητέρα, αυτή η διάθεση όμως εξαρτάται από τον τύπο και των δυο. Ωστόσο εναντιώνεται προς αυτήν, γιατί τη βλέπει πια σαν γυναίκα, σαν άλλο φύλο. Από την άλλη πλευρά η μητέρα παρουσιάζεται ως εκπρόσωπος του άλλου φύλου που για το αγόρι είναι ακόμη απλησίαστο, και αυτό κάνει το αγόρι να μην τη "χωνεύει".

Η μητέρα πρέπει να ενισχύει την ταύτιση του γιου της με το πρότυπο του πατέρα, γιατί αν δεν γίνει αυτό, το αγόρι θα προσκολληθεί πάνω της για την υπόλοιπη ζωή του.

γ) Σχέση πατέρα με κορίτσι:

Από την πλευρά του κοριτσιού δεν υπάρχει μεγάλη σύγκρουση. Μόνο αν ο πατέρας είναι πολύ καλοφτυγμένος σαν άντρα ή πολύ διαχυτικός μπορεί να δημιουργηθεί υποσυνείδητος ερωτισμός. Σπάνια όμως κορίτσια να είναι τόσο προσκολλημένα στον πατέρα τους σε σημείο που να δυσκολεύει αυτή η εξάρτηση την ομαλή λειτουργία τους.

δ) Σχέση πατέρα με αγόρι:

Οι συγκρούσεις υπάρχουν στην αρχή. Όταν ο πατέρας χειριστεί καλά την κατάσταση χωρίς θυμό και με ψυχραιμία τότε σιγά-σιγά εγκαθιδρύεται η παραδοχή και αρχίζει η συνεργασία.

Ο έφηβος πείθεται ότι ο πατέρας του τον αγαπά, του έχει εμπιστοσύνη, τον φροντίζει και παρ'όλες τις συγκρούσεις εξακολουθεί να είναι ζεστός απέναντί του.

Υπάρχει επίσης ένα πολύ λεπτό σημείο που οι γονείς πρέπει να προσέξουν στη σχέση τους με τα παιδιά της εφηβικής ηλικίας, τις προτιμήσεις τους.

θαυμάζουν το παιδί που είναι πιο όμορφο, πιο έξυπνο πιο γεροδεμένο, καμαρώναν τον καλό μαθητή, ενώ αυτό που δεν τα πάει καλά στο σχολείο το επικρίνουν.

Αυτό υπάρχει σ'όλες τις ηλικίες όμως στην εφηβεία πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα, γιατί οι έφηβοι είναι πολύ ευαίσθητοι, θίγονται εύκολα, συγκρούσεις τους μειώνουν, τους στεναχωρούν.

Σε κάθε περίπτωση οι γονείς είναι καλό να δείχνουν στα παιδιά τους ότι είναι ανοιχτοί στο διάλογο. Όταν το παιδί γεφυρώσει το χάσμα με τους γονείς του, εύκολα θα αναπτύξει σχέσεις με τους συνανθρώπους του και την κοινωνία.

#### Η ΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΓΟΝΙΩΝ

Σύμφωνα με την Ανθή Δοξιάδη Τρίπ<sup>η</sup> Οικογενειακή κρίση στην εφηβεία, (1985) έχουμε μια ατυχή σύμπτωση που συμβαίνει σε πολλές οικογένειες και τη διάρκεια της εφηβείας. Τα παιδιά γίνονται έφηβοι ενώ οι γονείς τους μπαίνουν ή βρίσκονται στη μέση φάση της ενήλικης ζωής τους. Και οι δυο έχουν να αντιμετωπίσουν διαμετρικά αντίθετες φάσεις ζωής που φέρνουν βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές.

Εκτός από τις συγκρούσεις των γονιών με τα παιδιά τους, έχουμε συχνές συγκρούσεις των συζύγων μεταξύ τους. Όλα τα τα απωθημένα της συζυγικής ζωής, όλες οι εμπειρίες του έγγαμου βίου βγαίνουν συχνά στην επιφάνεια όταν τα παιδιά βρίσκονται στην εφηβεία. Οι γονείς μπορεί να συνεννοούνται πολύ καλά μέχρι την εμφάνιση της κρίσιμης κατάστασης, της εφηβείας. Σ'αυτήν την περίοδο έρχεται στην επιφάνεια η προσωπικότητα των γονέων και οι διαπληκτισμοί γεγονός που εξηγεί τα συχνά διαζύγια των γονέων στην εφηβεία των παιδιών.

Περνάνε κρίση τα παιδιά; Κρίση και οι γονείς.

Τα παιδιά βλέπουν ότι οι γονείς τραβούν προς το διαζύγιο και αποδιοργανώνονται, τη στιγμή που χρειάζονται βοήθεια, περισσότερο από κάθε άλλη φορά.

Η Δοξιάδη - Τριπ στο ίδιο (1985) αναφέρει ότι ο HALEY συχνά μιλάει για τριαδικές σχέσεις γονιών και παιδιού που εκφράζουν δυσκολίες ανάμεσα στις γενιές. Μιλάει για το "άρρωστο παιδί" που ξέρει ότι μ'αυτό τον τρόπο κρατάει μαζί τους γονείς του, που αν δεν ήταν αυτό και η αρρώστεια του, θα χώριζαν.

Αναφέραμε το "άρρωστο παιδί" γιατί θα δούμε στη συνέχεια ότι συχνά αυτόν τον ρόλο παίζει και ο ανορεκτικός-βουλιμικός έφηβος, για να κρατήσει τη δυναμική της οικογένειάς του σε μια ισορροπία.

## ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΟΥ-ΒΟΥΛΙΜΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

### α) Εικόνα οικογένειας

Σύμφωνα με τον JEAN LUC VENISSE (1987) σελ. 25 ``οι οικογένει-  
ες αυτές χαρακτηρίζονται συχνά σαν φυσιολογικές, φαινομενικά  
κοινότοπες. Πολλές μελέτες απέδειξαν ότι πίσω απ' αυτήν την πρό-  
σοψη φυσιολογικότητας, κρύβεται μια αρκετά παθολογική οικογένεια  
υπ' οργάνωση. Κατά τις πρώτες συνεντεύξεις με τον ειδικό, η οικο-  
γένεια αυτοπεριγράφεται, με ευαρέσκεια, σαν σχεδόν ιδανική, οι-  
κογένεια που δεν γνώρισε ποτέ το παραμικρό πρόβλημα, με τέλεια  
συνεννόηση ανάμεσα σε όλα τα μέλη της``.

Οι ``ανορεκτικές οικογένειες`` (TA-NEA 1993) είναι συνήθως οι  
``τέλειες οικογένειες`` που ζούν φαινομενικά αρμονικά και δεν εκ-  
δηλώνουν φανερή ρήξη μεταξύ των μελών τους. Όμως απαγορεύουν  
κάθε εκδήλωση και προσπάθεια ατομικότητας και ανεξαρτησίας και  
δυσκολεύονται να παραδεχτούν ότι το παιδί τους μεγαλώνει, με φυ-  
σική συνέπεια την απομάκρυνσή του από την οικογένεια. Τότε για  
τον έφηβο, είτε αγόρι είναι είτε κορίτσι, η νόσος είναι ένας  
τρόπος να αποκτήσει ατομικότητα ή διαφοροποίηση από τα άλλα μέ-  
λη της οικογένειάς του.

Η BRUCH (1979) μιλάει για ``εγωκεντρική ατμόσφαιρα του σπι-  
τιού``. Οι οικογένειες είναι αναδιπλωμένες στον εαυτό τους και  
προσπαθούν πάντα να παρουσιάσουν μια ανεπίληπτη εικόνα. Νοιάζο-  
νται υπερβολικά για την μορφή που παρουσιάζουν στους άλλους κι  
αυτό εξηγεί την έλλειψη εκφραστικότητας, αυθεντικότητας, στην  
έκφραση των αισθημάτων στις σχέσεις τους με τους άλλους. Η επι-  
θετικότητα, η οργή ακόμα και η σεξουαλικότητα, συμπεριλαμβάνο-  
νται από ελάχιστα μέχρι καθόλου στις εκφράσεις και στη συμπερι-  
φορά μέσα σ' αυτές τις οικογένειες. Το ίδιο βέβαια ισχύει όσον

αφορά την έκφραση και εκδήλωση στοργής και τρυφερότητας ανάμεσα στο ανδρόγυνο και στα παιδιά (JEAN LUC VENISSE 1987).

Κατά την Δουβαλέτα-Χίμπε (1985) έχει αναφερθεί ότι οι οικογένειες αυτές παρουσιάζουν σοβαρή παθολογία και έχουν τα εξής κοινά χαρακτηριστικά:

- Είναι μεσαίας και ανώτερης κοινωνικο-οικονομικής τάξης
- Έχουν ένα ή δυο παιδιά
- Η ηλικία των γονιών όταν γεννήθηκε το ανορεκτικό παιδί ήταν μεγάλη (πάνω από 30).
- Έχουν μόνο μια ή δυο κόρες (στη δεύτερη περίπτωση η μεγαλύτερη κόρη καταλαμβάνεται από ανορεξία).
- Η συζυγική ζωή φαίνεται σταθερή επιφανειακά και οι γονείς δεν χάνουν ευκαιρία να διαλαλήσουν την ευτυχία τους.
- Το παιδί που υποφέρει από ανορεξία υπερέχει έναντι των αδελφών του σ' όλους τους τομείς.
- Οι πατέρες έχουν φθάσει σε ανώτερο κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Ασχολούνται όμως περισσότερο με την εξωτερική εμφάνιση και απαιτούν από τα παιδιά να συμπεριφέρονται όπως πρέπει και να είναι άριστα στο σχολείο.
- Οι μητέρες έχουν συνήθως δική τους καριέρα αλλά φαίνονται πολύ ευσυνείδητες και καλές μητέρες.

Σύμφωνα με τη M. SELVINI-PALAZZOLI (1986) σελ. 66 "Το τυπικό οικογενειακό περιβάλλον των ανορεκτικών είναι εσωστρεφές. Μια λεπτομερής εξέταση της παιδικής ηλικίας αυτών των υπερπροστατευμένων και συχνά κακομαθημένων ασθενών αποκαλύπτει μια σημαντική έλλειψη υποστήριξης από την πλευρά των γονιών τους για κάθε αυθόρμητη δραστηριότητα. Το αποτέλεσμα στην προνοσηρή φάση είναι ένας συμβατικός τρόπος ζωής που εμποδίζει τη δημιουρ-



γία κάθε αισθήματος αυτοαντίληψης ή προσωπικής ταυτότητας και προάγει μια σοβαρή μείωση του αισθήματος ότι είναι δυνατό να επηρεάσουν τους ανθρώπους και τα πράγματα γύρω τους. Οι βαθύτερες ανάγκες, οι συναισθηματικές ορμές, και η ατομικότητα αυτών των ασθενών έχει καταστραφεί από την έλλειψη κατανόησης και πλεεστικής στάσης που έχουν υποστεί από τους παντοδύναμους γονείς τους".

Τέλος η SELVINI-PALAZZOLI (1985) αναφέρει "τη δυσκαμψία της οικογένειας που εμποδίζει την ανορεκτική νέα να προσαρμοστεί στην αλλαγή του κοινωνικού περιβάλλοντος και προκαλεί την εχθρική αναμέτρηση μεταξύ των δυο γενεών" (Μαράτος 1988).

### β) σύνθεση της οικογένειας

Το γεγονός ότι οι οικογένειες αυτές βρίσκονται κάτω από την κυριαρχία των γυναικών σύμφωνα με τον JEAN LUC VENISSE υπογραμμίζεται από τους περισσότερους συγγραφείς. Μια κατάσταση που παρουσιάζεται συχνά είναι δυο ή τρία κορίτσια που ζούν με την μητέρα τους και μερικές φορές με την μητέρα της μητέρας τους δίπλα σ'έναν πατέρα, που είναι ο μόνος αρσενικός εκπρόσωπος. Η γιαγιά συχνά επιβάλλει ολοφάνερα την βούλησή της. Μπορεί να δίνει την εντύπωση ότι βρίσκεται σε δεύτερη μοίρα, αν η κόρη της εμφανίζεται ως αρκετά αυταρχική, αλλά πρόθυμα την υποτιμά σαν ακατάλληλη (στο μητρικό της ρόλο) απέναντι στην ανόρεκτη.

"Η θέση της ανορεκτικής ανάμεσα στα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας εκτιμάται κατά διαφόρους τρόπους. Ορισμένοι συγγραφείς ανακαλύπτουν ένα σημαντικό αριθμό από μοναχοκόρες. Άλλοι από πρωτότοκες κόρες, ενώ για τους JEAMMET και συνεργ.(1971), η θέση της δεύτερης ανάμεσα στις αδελφές εμφανίζεται ως η πιο εκτεθειμένη (37% στο δείγμα τους)" (JEAN LUC VENISSE 1987 σελ. 26)

Αν συμπεριλούμε την τελευταία άποψη, πρέπει να λάβουμε υπόψη και τις υποθέσεις που αφορούν την αντιζηλία με μιαν αδελφή

κατά μερικά χρόνια μεγαλύτερη (αντιζηλία που ενδεχόμενα την συντηρεί και η μητέρα), και το συναγωνισμό τους στο επίπεδο της θηλυκότητας.

γ) προσωπικότητα της μητέρας

Οι μητέρες συχνά περιγράφονται σύμφωνα με τον JEAN LUC VENISSE(1987) σαν ψυχρές, άκαμπτες, υπερπροστατευτικές. Ο JEAN-MET (1971) αναφέρει ότι υπάρχει "διαταραχή ταύτισης ως προς την ίδια τους την μητέρα" με την οποία η σχέση είναι πολύ αμφιθυμική. Αυτή η διαταραχή ταύτισης με την ίδια την μητέρα τους προκαλεί στις μητέρες των ανορεκτικών την αδυναμία να θεωρήσουν τον εαυτό τους σαν καλή μητέρα.

Στο συζυγικό επίπεδο (JEAN LUC VENISSE 1987)οι μητέρες παρουσιάζονται σαν ανικανοποίητες, ανεσταλμένες στην σεξουαλική συμπεριφορά τους, απογοητευμένες ως προς τις διανοητικές προσδοκίες και δυνατότητές τους. Συνεπώς ανατίθεται στο ανορεκτικό παιδί η φροντίδα να τις αποζημιώσει για τις απογοητεύσεις τους. Πολύ συχνά θυσιάζουν τις επιθυμίες τους για χάρη των παιδιών τους και ανορεκτικοί ασθενείς που προέρχονται από φτωχές οικογένειες μιλούν για θυσία διατροφής. "Η μητέρα μας στέρούνταν συχνά για να μπορούμε εμείς να τρώμε κανονικά".

Τέλος ορισμένοι συγγραφείς αναφέρονται στα σωματικά χαρακτηριστικά των μητέρων και στις δυσχέρειες που προκαλούν.

Είναι είτε λίγο παχύσαρκες, είτε αντίθετα "υπερθηλυκές", προσέχουν πολύ και ελέγχουν τη διατροφή τους και το βάρος τους και δεν αποτελούν ικανοποιητικό ή προσιτό μοντέλο ταύτισης (JEAN LUC VENISSE 1987)

δ) προσωπικότητα πατέρα

Ο πατέρας των ανορεκτικών περιγράφεται, μερικές φορές, σαν

απών, σαν ανύπαρκτος. Στην πραγματικότητα φαίνεται ότι ακόμη και αν είναι παρών στον οικογενειακό σχηματισμό (δεν μιλάμε για αποκλεισμό), τον παραμερίζουν ή θέτει ο ίδιος στον εαυτό του στο περιθώριο και θεωρείται από τη μητέρα ανάξιος σε ότι αφορά τους ρόλους του, του πατέρα και του συζύγου. Όσο πετυχημένος και αν είναι κοινωνικά και επαγγελματικά περιγράφεται συνήθως σαν υποταγμένος και παθητικός μέσα στον οικογενειακό κύκλο. Οι E.J.KESTEMBERG και S.DECOBERF (1972) μιλούν για "μητράζοντες" (MATERNISES) πατέρες που "επενδύονται τον ρόλο της "καλής μητέρας" σε περίπτωση ανοικτής ή υπολανθάνουσας ρήξης". Πατέρες που παρουσιάζονται περισσότερο σαν "τμήμα ή συμπλήρωμα" της μητέρας. (JEAN LUC VENISSE 1987)

Σύμφωνα με τη Ντολτό (1990 σελ. 250) ο πατέρας στα μάτια της κόρης είναι σαν μεγάλος αδελφός ή υποκατάστατο της μητέρας. Είναι απών από το μυαλό της γυναίκας του και για το κορίτσι είναι αδιανόητο πως η επιθυμία του πατέρα να έπαιζε κάποιο ρόλο στην συλληψή του. Αντίθετα, ο ίδιος λειτουργεί συνήθως υπερεγωτικά έχει μεγάλες απαιτήσεις σχετικά με τις σπουδές της κόρης του, με τις ασχολίες της, με τις εξόδους, με το τι διαβάζει. Είναι ανίκανος να παραδεχτεί ότι για τους άλλους είναι πια μεγάλη κοπέλα, όπως δεν ανέχεται να την βλέπει να προσπαθεί να μπει ενεργά στην κοινωνία ως δημιουργική και επιθυμητή γυναίκα, που έχει πια ελευθερωθεί από την πατρική κηδεμονία. Οι πατέρες αυτοί μπορεί να μην βιάζουν τις κόρες τους, κάνουν όμως κατάχρηση της εξουσίας τους. Με τους περιορισμούς, με το ζηλότυπο και συστηματικό έλεγχο που κάνουν της δημιουργούν ενοχές για την παραμικρή σεξουαλική διάθεση. Οι ερωτικές γεννητικές ορμές απωθούνται και προκαλούν λαιμαργία στο κορίτσι, δηλαδή για πληθωρική αναζήτηση

στοματικής ευχαρίστησης' :

ε) προσωπικότητα εφήβου ανορεκτικού-βουλιμικού

Πολλοί ανορεκτικοί έφηβοι δίνουν ιστορικό "πρότυπων παιδιών" HALMI(1980) τα οποία είναι εξαιρετικά υπάκουα, τελειοθηρικά Μάνος (1988) διακρίνονται απο υπερβολικό φόβο αποτυχίας και αποδοκιμασίας απο τους άλλους, έχουν άγχος, ανικανότητα κοινωνική, κοινωνική αδυναμία προσαρμογής στις αλλαγές χαρακτηριστικά στα οποία είναι εύλογη η επίδραση ενός νοσογόνου περιβάλλοντος.

Κατά τον JEAN LUC VENISSE (1987) η ανορεκτική κόρη ήταν συχνά το παιδί παράδειγμα που δεν προκαλούσε ποτέ το παραμικρό πρόβλημα στους γονείς του όσον αφορά την εκπαίδευση, την υγεία, τη συμπεριφορά και την διατροφή. Τίποτα δεν ήταν δυνατόν να προβλέψει με τέτοια συμπεριφορά συχνά φαίνεται να λένε έκπληκτοι οι γονείς, που δεν θεωρούν τον εαυτό τους μέτοχο σ' αυτό που συμβαίνει.

Σύμφωνα επίσης με την έρευνα των KAY και LEIGH, σύμφωνα με τον Ιεροδιακόνου (1988, 1991) επισημάνθηκε ότι η νόσος εκδηλώνταν επι νευρωτικού εδάφους. Τα 2/3 ασθενών τους, είχαν νευρωτικά στοιχεία κατά την παιδική ηλικία και οι μισοί νευρωτικές εκδηλώσεις απο το 12ο έτος μέχρι την εμφάνιση της νόσου. (Στα 2/3 των περιπτώσεών τους η νόσος εκδηλώθηκε μετά απο τραυματική διαταραχή στις διαπροσωπικές σχέσεις). Η προσωπικότητα των ασθενών είναι φτωχά οργανωμένη και ανώριμη όπως και σε άλλες νευρωτικές ομάδες, όμως με λιγότερο άγχος και περισσότερο καταναγκαστικά και υστερικά στοιχεία.

Στα NEA (1993) διαβάζουμε ότι σύμφωνα με τους ειδικούς, το ανόρεκτο παιδί είναι το "θύμα" και ο "λυτρωτής" της οικογένειάς του, που στο πρόσωπό του συντελείται ένα είδος "κάθαρσης"

για τις ανταγωνιστικές σχέσεις της οικογένειας, που δεν εκδηλώνονται πουθενά.

Παρ'όλο που αυτά τα χαρακτηριστικά είναι κοινά στους ανορεκτικούς-βουλιμικούς ασθενείς και παρ'όλο που 'το αδυνάτισμα και το προοδευτικό χάσιμο βάρους είναι η πρώτη ευκαιρία για να αποκτήσουν ανεξαρτησία' (TOUYZ AND BEUMONT 1989) ωστόσο δεν μπορούμε να πούμε με σιγουριά ότι υπάρχει ένας συγκεκριμένος τύπος προσωπικότητας που προδιαθέτει για την εκδήλωση της ασθένειας.

### ΣΧΕΣΕΙΣ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΩΝ-ΒΟΥΛΙΜΙΚΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΤΟΥΣ

Σύμφωνα με τον Λυμπεράκη (1979) στην εφηβική ηλικία η ψυχοπαθολογία της νόσου, φαίνεται να στρέφεται γύρω απο οικογενειακές συγκρούσεις. Υπάρχει ένα συναίσθημα εξάρτησης και αγανάκτησης προς τους γονείς ή προς ένα απο τα αδέλφια του ασθενή.

Κατά την Δουβαλέτα Χίμψ (1985) το ιστορικό δείχνει ότι τα παιδιά αυτά είχαν πλήθος απο υλικά αγαθά, αλλά τους είχε στερηθεί το δικαίωμα να εκφράζουν τις σκέψεις τους.

Πως λοιπόν αντιδρά το παιδί μέσα σε μια φαινομενική οικογενειακή γαλήνη, με υπέρμετρη όμως καταπίεση; Βρίσκει σαν τρόπο αντίδρασης την πρόκτηση δίαιτας και χάσιμο βάρους για να κάνει γνωστό στους γονείς του, ότι υπάρχει, ότι έχει ξεχωριστή υπόσταση, ότι δεν θέλει να συμπεριφέρεται όπως ακριβώς θέλουν οι γονείς του. Τον καιρό της ανεξαρτησίας του, αντιδρά στην υπερβολική ενασχόληση των γονιών σχετικά με την διατροφή του.

Η μητέρα απο την πλευρά της, θέλοντας να αποδείξει ότι η σχέση με το παιδί της είναι καλή, χρησιμοποιεί την ενασχόληση με την διατροφή του ως απόδειξη και εκδήλωση φροντίδας. Προσπαθεί να προλάβει κάθε εκδήλωση ανικανοποίησης απο την πλευρά του παιδιού και θεωρεί ότι το πετυχαίνει με την πιεστική χορήγηση τροφής.

Ο IGOIN(1979), σύμφωνα με τον JEAN LUC VENISSE(1987) αναφέρει ότι "ή υπέρμετρη χορήγηση τροφής επιτοέπει την παραγνώριση του αιτήματος του παιδιού για αγάπη". Έτσι αποκαθίσταται μια σχέση όπου υπερεκτιμάται η τροφή, και το οικογενειακό γεύμα αποτελεί μια τελετουργία που για τους γονείς λειτουργεί ως εγγύηση οικογενειακής σταθερότητας.

Ο φαύλος κύκλος συνεχίζεται, μια και το παιδί αντιλαμβάνεται πολύ γρήγορα την αγωνία της μητέρας του έτσι ώστε αισθάνεται υποχρεωμένο να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις της, όχι μόνο τις διατροφικές-γιατί αλλιώς νομίζει ότι θα την "χάσει". Η BRUCH (1975) μιλά για "εύκολη αποδοχή που έγινε τρόπος ζωής τους" (JEAN LUC VENISSE 1987).

Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι πολλοί γονείς αν και συναισθάνονται την κατάσταση, ωστόσο εξακολουθούν να αντιστέκονται στις συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών τους. Είναι αρκετοί αυτοί που διατηρούν την κατάσταση, επειδή δεν θέλουν τα παιδιά τους να γίνουν καλά και να χαλάσουν την ηρεμία της οικογενειάς τους.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

#### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός της μελέτης αυτής, είναι η περιγραφή των χαρακτηριστικών έξι περιπτώσεων ανορεκτικών ασθενών όσον αφορά τις παραμέτρους όπως αυτές παρουσιάζονται από την λήψη κοινωνικών ιστορικών τα οποία λάβαμε από το Κ.Ψ.Υ. Θεσ/νίκης.

Με βάση τον σκοπό της μελέτης, οι παράμετροι που εξετάζονται είναι οι εξής:

- Τα στοιχεία της ασθενούς (ύψος, βάρος, ηλικία, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση).
- η ηλικία έναρξης της νόσου.
- η κλινική εικόνα
- το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας.
- η σύνθεση της οικογένειας.
- οι σχέσεις των γονιών μεταξύ τους.
- οι σχέσεις της ασθενούς με τους γονείς.
- οι σχέσεις της ασθενούς με τα αδέρφια.
- η προσωπικότητα της ασθενούς.
- η προσωπικότητα του πατέρα.
- η προσωπικότητα της μητέρας.

Η μελετήτρια κατά την διάρκεια της εξαμήνης πρακτικής της άσκησης στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, είχε την ευκαιρία να προσεγγίσει το πρόβλημα της νόσου από θεωρητική και βιβλιογραφική πλευρά. Επιπλέον είχε την δυνατότητα να συζητήσει και να επεξεργαστεί το θέμα, με επαγγελματίες των χώρων άσκησης της (Κοινωνικούς Λειτουργούς, Ψυχολόγους, Ψυχιάτρους). Η εμπειρία αυτή έδωσε το ερέθισμα για την επιλογή του θέματος. Επίσης το ερέθισμα ενισχύθηκε και από την παρακολούθηση του 5ου Πανελληνίου Συνεδ-

ρίου με θέμα "εφηβεία" το οποίο διοργανώθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Παιδιατρικής στις 14-15 Μαΐου 1993 στα Ιωάννινα.

Η μελέτη που διενεργείται είναι περιγραφική.

Στόχος είναι η περιγραφή των παραμέτρων που περιλαμβάνουν τα υπο μελέτη κοινωνικά ιστορικά, αποκαλυπτικών περιπτώσεων για το πρόβλημα της νόσου.

### **Κατάρτιση του σχεδίου**

Η μελέτη στηρίζεται στα στοιχεία των κοινωνικών ιστορικών μέσα από το αρχείο της Συμβουλευτικής Υπηρεσίας Ενηλίκων του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, Θεσ/νίκης.

Δεν ήταν δυνατή η συγκέντρωση μεγάλου αριθμού περιπτώσεων εξαιτίας των λιγοστών περιστατικών που είχαν προσέλθει στο Κ.Ψ.Υ. Έτσι συλλέγησαν όσο το δυνατόν περισσότερες περιπτώσεις, οι οποίες αντιμετωπίστηκαν κατά καιρούς στο Κ.Ψ.Υ. Αυτές αφορούν τη νόσο με διάγνωση ψυχογενούς ανορεξίας, και ανταποκρίνονται είτε σε έφηβα κορίτσια είτε σε γυναίκες οι οποίες η νόσος εκδηλώθηκε επίσης κατά την διάρκεια των εφηβικών τους χρόνων.

Το δείγμα της μελέτης δεν είναι αντιπροσωπευτικό και κατά συνέπεια τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν.

Σύμφωνα με τον Φίλια (1977) μια από τις μεθόδους συλλογής πληροφοριών είναι η χρησιμοποίηση ήδη υπαρχόντων γραπτών κειμένων ή στοιχείων που έχουν συλλεγεί για σκοπούς διαφορετικούς από εκείνους του ερευνητή.

Για την συλλογή των στοιχείων μελετήθηκαν κοινωνικά ιστορικά που είχαν παρθεί από Κοινωνικούς Λειτουργούς οι οποίοι εργάζονταν στην υπηρεσία.

Οι πληροφορίες πρέπει να σημειωθεί ότι δόθηκαν σ' αυτούς,



απο τους ίδιους τους ασθενείς.

Προκειμένου να δοθεί η άδεια πρόσβασης στο αρχείο της υπηρεσίας η μελετήτρια απεύθυνε έγγραφη αίτηση στην Επιστημονική Διεύθυνση του Κέντρου Ψυχικής Υγείας.

Τέλος για την κατάρτιση του σχεδίου μελέτης η μελετήτρια χρειάστηκε να ανατρέξει στο αρχείο της υπηρεσίας και να εντοπίσει τις περιπτώσεις με διάγνωση: ψυχογενής ανορεξία.

Στη συνέχεια παραθέτονται οι περιπτώσεις και οι παράμετροι που μελετήθηκαν σ' αυτές.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΚΟΙΝΩΝ. ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ 18-2-93

Ύψος: 1,63 Μ Βάρος: 45 ΚG Ιδαν.Βάρος:43 ΚG Ηλικία:19

Ηλικία έναρξης νόσου: 17 Επάγγελμα: Φοιτήτρια

Κλινική εικόνα: Άγχος προκαλεί διάθεση για φαγητό.

Γεύση, ποιότητα, ποσότητα χωρίς έλεγχο π.χ τρώει μαζί: τυριά, ψωμί και μέλι, τυριά, σοκολάτα, φρούτα, τυριά, μερέντα ώπου να προητεί η κοιλιά.

Συχνές αυξομειώσεις βάρους από 55 ΚG σε 42 ΚG και αντίστροφα.

Αμηνόρροια. Ορμονοθεραπεία. Έμμηνος ούση κάθε 50 μέρες.

Όχι ευχαριστημένη με εμφάνιση. Νιώθει απογοήτευση. θέλει να 'χει καλή σχέση μ'αυτό.

Δεν έχει καλή σχέση με σώμα εξαιτίας ραγάδων, κυταρίτιδας, μικρού στήθους.

Φόβος περιττών κιλών όταν βάζει 1/2 κιλό ενοχλείται.

Δυσκοιλιότητα μέχρι 10 μέρες. Λήψη καθαρτικών για τη δυσκοιλιότητα και αδυνάτισμα.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: Πεισματάρα, υλοποιεί στόχους, συνεπής,

φιλότιμη, υπερευαίσθητη, κλαίει συχνά, νιώθει μόνη, πληγώνεται εύκολα, δίνεται στους άλλους, οι άλλοι δεν ανταποκρίνονται.

Λέει ψέμματα στους γονείς για το φαγητό και το βάρος της.

Της αρέσει η επιστήμη της, χαίρεται αυτό που κάνει.

Αποφεύγει δημιουργία σχέσης εξαιτίας μικρού στήθους.

Άρχισε δίαιτα όταν της είπε μια φίλη "είσαι χοντρή, δεν παίζω μαζί σου" Διστακτική στις φιλίες με τα αγόρια.

Δεν είχε σεξουαλική επαφή μέχρι τώρα.

Δεν είχε ποτέ δεσμό γι' αρκετό καιρό.

Με τη φοιτητική ιδιότητα αποκτά επιπλέον ανεξαρτησία.

Σταθερές φιλίες.

### ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Πατέρας: 56 χρονών. Επάγγελμα: Συνταξιούχος υπάλληλος τράπεζας.

Προσωπικότητα: Φιλότημος, ευαίσθητος, ευσυνείδητος, ηθικός επηρεασμένος απο θρησκεία. Νευριάζει μαζί της γιατί κληρονόμησε το φιλότημό του . Απόμακρος απο ασθενή, άγνωστος κυκλοθυμικός, αναποφάσιτος όχι κοινωνικά δραστήριος, όχι ξεκάθαρος στις απόψεις τους.

Μητέρα: 50 χρονών. Επάγγελμα: Συνταξιούχος υπάλληλος τράπεζας.

Προσωπικότητα: Ευαίσθητη, φιλότημη, κοινωνική, δείχνει κατανόηση στην ασθενή. Απο παλιά, έλεγχος τροφής της κόρης συστάσεις να τρώει. Της δίνει να τρώει τα γλυκά που κρύβει ο πατέρας. Την πιέζει μαζί με τον πατέρα να εργαστεί στην τράπεζα.

Αδελφός: Ά παιδί, 23 χρονών. Επάγγελμα: Φοιτητής Α.Ε.Ι., υπάλληλος τράπεζας. Προσωπικότητα: Ο αδελφός μαζί με τον πατέρα αμφισβητούν την εμφάνιση και τις επιδόσεις της. Αντίθετα η μητέρα την εμπιστεύεται.

Σχέσεις γονιών: Με την συνταξιοδότηση βρίσκονται ώρα μαζί στο σπίτι, διαπληκτίζονται, νευριάζουν εύκολα. Όχι εκδηλωτικοί μεταξύ τους. Όχι εκδηλωτικοί στα παιδιά. Μερικές φορές μόνο η μητέρα.

Σχέση ασθενούς με γονείς: Δεμένη πολύ με την μητέρα της. Για τον πατέρα της, παραπονιέται ότι δεν την καταλαβαίνει. Οι γονείς ίσως της προσάπτουν ευθύνες για την φυγή του αδελφού απο το σπίτι (μένει σ'άλλη πόλη).

Σχέση ασθενούς με αδέρφια: Στην παιδική ηλικία καλές σχέσεις μαζί του. Στην εφηβεία του αδελφού, απομάκρυνση. Τώρα είναι δυο ξένοι. Ο αδελφός έχει φύγει απο το σπίτι, δε συμφωνεί με την ζωή που κάνει η αδελφή, προσπαθεί να την φέρει στον δρόμο του θεού.

Π Ε Ρ Ι Π Τ Ω Σ Η 2η

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ 26/11/92

Υψος: 1, 65 Μ Βάρος: 45 ΚΓ Ιδανικό βάρος: 45 ΚΓ ΗΛΙΚΙΑ: 24

Ηλικία έναρξης νόσου: 19 Επάγγελμα: Εργαζόμενη Ιδιωτ. υπαλ.

Κλινική εικόνα: Βλέμμα ζωντανό, δε φοράει γυναικεία ρούχα, τεχνητή οδοντοστοιχία. Σε θέση να ρυθμίζει το βάρος της. Αμηνόροια. Εσφαλμένη εικόνα του εαυτού της. Το βάρος που έχει δε τη δυσκολεύει, δε θέλει να χάσει άλλο. "Είναι ωραίο να ασχολούνται μαζί σου". Σπουδάζει σε ιδιωτική σχολή και διακόπτει λόγω καχεξίας. Ζει έντονα τη μοναξιά όταν σπουδάζει, εγκαταλείπει τις σπουδές για δεύτερη φορά.

Σήμερα εργάζεται ως ιδιωτική υπάλληλος σε γραφείο.

Προσωπικότητα ασθενούς: Εγώιστρια, πεισματάρη, απόλυτη. Αντιδρά έντονα, κλειστός χαρακτήρας, διαλακτική, ευχάριστη με χιούμορ, κυκλοθυμική, δραστήρια, μοιράζεται σε πολλά κομμάτια για άλλους. Δίνει όλο της τον εαυτό στη δουλειά για να αποδείξει στον πατέρα ότι αξίζει. Αισθάνεται απαίσια και αποτυχημένη όταν δεν καταφέρνει να πετύχει κάτι. Θεωρεί τους άντρες ειλικρινείς φίλους ενώ τις γυναίκες ανταγωνίστριες. Έχει δεσμό και σεξουαλική επαφή.

Έχει μικτές φιλίες.

Μικρή αισθανόταν "ασχημόπαπο" εξαιτίας σύγκρισης με συγγενείς και συμπεριφορά των γονιών.

ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Πατέρας: 56 χρονών Επάγγελμα: Ελεύθερος επαγγελματίας.

Προσωπικότητα: Τρυφερός, ευαίσθητος, γκρινιάρης, απότομος, οικογενειάρχης, στηρίζεται στη συζυγό του. Απόλυτος, εκφράζεται με χειρονομίες, τις οποίες η ασθενής απεύφευγε, παρα-

πονιάρης, έχει αδυναμία στη μητέρα του, πιστεύει πολύ στη δουλειά του.

**Μητέρα:** 46 χρονών. **Επάγγελμα:** Ελεύθερος επαγγελματίας.

**Προσωπικότητα:** Διαλακτική, επιεικής, δραστήρια, αποφασιστική ευαίσθητη, με κατανόηση, παίρνει τις αποφάσεις στο σπίτι. Εργάζεται πολύ, δεν ασχολείται με τον εαυτό της παρά μόνο με τα παιδιά της, στερείται προσωπική, κοινωνική ζωή, δεν είναι ιδιαίτερα εκδηλωτική. Η στάση της τελευταία άλλαξε, ύστερα απο πλησίωμα της ασθενούς.

**Σχέσεις γονιών:** Ο πατέρας λατρεύει τη συζυγό του. Αγαπημένοι χωρίς να έχουν έντονες διαφορές. Απογοητεύθηκαν στεναχωρήθηκαν με αποτυχία ασθενούς. Η μητέρα δεν έχει απαιτήσεις απο το σύζυγο. Και οι δυο περίμεναν περισσότερα απο την ασθενή.

**Σχέση ασθενούς με γονείς:** Απο τα 16 χρόνια της, όπου η ασθενής ζητά ανεξαρτησία, οι σχέσεις με τον πατέρα αρχίζουν να οξύνονται πα'όλο που αγαπιούνται. Ο πατέρας χάνει την εμπιστοσύνη του απεναντί της, τη β'φορά που παρατάει τις σπουδές της. Της λέει ότι είναι βάρος, αποτυχημένη, ότι δεν μπορεί να σταθεί στα πόδια της. Της προτείνει να παντρευτεί. Η μητέρα κρατάει στάση διαιτητή. Οι γονείς ασκούν έλεγχο στις εξόδους της.

**Αδελφή:** Β' παιδί 21 χρονών. **Επάγγελμα:** Φοιτήτρια Α.Ε.Ι.

**Προσωπικότητα:** Ναζιλάρα, πέτυχε τους στόχους της, εγώιστρια, ξεφεύγει απο τις στεναχώριες.

**Σχέση ασθενούς με αδέρφια:** Τα πηγαίνει καλύτερα μ'αυτήν παρά με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, παρά τις διαφορές του χαρακτήρα τους. Το ίδιο για τη σχέση τους, αισθάνεται και η αδελφή της.

Πατρική γλαγιά: Υπερίληκας απεβίωσε. Προσωπικότητα: Δυναμική, αποφάσιζε για την οικογένεια, δεν διαφωνούσε κανείς μαζί της εργατική, ευερέθιστη, υπερκινητική.

Π Ε Ρ Ι Π Τ Ω Σ Η 3η

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΚΟΙΝΩΝ. ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ 30-6-87

Ύψος: 1,63 Μ Βάρος: 44 ΚG Ιδαν. Βάρος: 43 ΚG Ηλικία: 21  
Ηλικία έναρξης νόσου: 19 Επάγγελμα: Φοιτήτρια

Κλινική εικόνα: Πολύ αδύνατη, χαμογελαστή. Συνεχείς αυξομειώσεις βάρους. Από 60 ΚG στα 19 της, σε 1/2 χρόνο γίνεται 38 ΚG. Αμηνόρροια.

Στην αρχή της νόσου, κλάμμα, χτύπημα του χεριού στον τοίχο, επιθετικότητα, μελαγχολία, στεναχώρια. Διανύει μεγάλες αποστάσεις με τα πόδια. Όχι έλεγχος στη γεύση, ποσότητα του φαγητού: Τρώει π.χ. γλυκό, φαγητό, γλυκό, ψωμί κ.λ.π. Τρώει 1/2 ΚG ψωμί σ'ένα μόνο γεύμα. Όταν είναι 45 ΚG νιώθει ότι είναι παχειά. Νευριάζει όταν κάποιος της πει ότι πάχυνε. Δε νιώθει συμφιλιωμένη με τον εαυτό της. Δεν κάνει εμετό παρά μόνο όταν μεθύσει. Τρώει μια φορά την ημέρα και πάντα την ίδια ώρα: Τρώει φρούτα, σαλάτες, όχι γλυκά. Το Σάββατο τρώει απ'όλα, ανεξάρτητα από την όρεξη και θέλησή της.

Προσωπικότητα ασθενούς: Εγωίστρια, αντικοινωνική, εσωστρεφής. Της αρέσει η μοναξιά, της αρέσει να διαβάσει τα πάντα, εκτός από ερωτικά βιβλία, τα οποία θεωρεί σαχλαμάρες.

Με τα αγόρια έχει περισσότερα κοινά ενδιαφέροντα. Δεν έχει δεσμό. Οι φιλίες είναι μεικτές αλλά περιορισμένες.

Δεν μπορεί να δείξει συναίσθημα στους άλλους.

ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Πατέρας: 72 χρονών. Επάγγελμα: Συνταξιούχος Δημόσιος Υπάλληλος  
Προσωπικότητα: Πολύ έξυπνος, ισχυρογνώμων, εγωιστής, θεωρεί ότι ο πατέρας στην οικογένεια είναι να παρέχει τα υλικά αγαθά. Ήταν ο μόνος που διατηρούσε και επεδίωκε τη σύγκρουση μαζί της. Της ελέγχει το φαγητό, ενώ συγχρόνως της φέρνει να φάει.

Μητέρα: 49 χρονών. Επάγγελμα: Οικιακά. Προσωπικότητα: Μορφωμένη,

καλός άνθρωπος, καλή μάνα, τη βοηθάει. Κατανοεί την αγάπη της και την αισθάνεται μόνο όταν τα συμπτώματα της νόσου είναι φανερά. Σε άλλες περιπτώσεις σπάνια εκδηλώνει συναίσθημα.

**Σχέσεις γονιών:** Η σχέση τους είναι ένας συμβιβασμός. Η μητέρα δεν αντιδρά απέναντι στον πατέρα. Ο πατέρας φωνάζει και η μητέρα κλαίει.

**Σχέση ασθενούς με γονείς:** Από τα 18 της μέχρι τα 20 χρόνια, είχε μεγάλους καυγάδες με τον πατέρα της. Τον προκαλούσε, του μιλούσε άσχημα, μείωνε αυτόν και το σόι του, ήθελε να τον πείσει μ' αυτόν τον τρόπο ότι δεν τον αγαπάει. Δεν κατανοεί την αγάπη του πατέρα, αν και μικρή τον αγαπούσε πάρα πολύ. Η μητέρα αμέτοχη στους καυγάδες τους, ουσιαστικά όμως με το μέρος της ασθενούς. Αγαπάει τη μητέρα και τη νονά της.

**Αδελφή:** β' παιδί, 20 χρονών. **Επάγγελμα:** Εργάζεται σε βιοτεχνία. **Προσωπικότητα:** Αδιάφορη, εσωστρεφής, μοναχική, περνά τον ελεύθερο χρόνο στο σπίτι, αγοράζει ρούχα, κάνει δουλειές του σπιτιού.

**Σχέση ασθενούς με αδελφή:** Από μικρά παιδιά η σχέση ήταν αδιάφορη, το ίδιο εξακολουθεί να είναι και σήμερα.

**Μητρική γλαγιά:** Απεβίωσε όταν η ασθενής ήταν 17 χρονών.

**Σχέση ασθενούς με γλαγιά:** Η ασθενής είχε πολύ καλές σχέσεις μαζί της. Επίσης με τη νονά της, η οποία ήταν άτεκνη.



Π Ε Ρ Ι Π Τ Ω Σ Η 4η

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΚΟΙΝΩΝ. ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ 3-2-77

Ύψος: 1,52 Μ Βάρος: 35 ΚG Ίδαν. Βάρος: 35 ΚG Ηλικία: 37

Ηλικία έναρξης νόσου: 18 Επάγγελμα: Εργαζόμενη: Δημ.Υπάλληλος

Κλινική εικόνα: Όταν τρώει και βάζει 1 ΚG αγχώνεται, κλαίει, έχει ταχυπαλμίες, φόβο ότι θα παχύνει, μελαγχολική διάθεση, δύσπνοια. Δίνει σημασία στην ποιότητα και όχι στην ποσότητα. Χρησιμοποιεί ελάχιστο λίπος, λάδι, αποφεύγει να μαγειρέψει. Το χτένισμα και το ντύσιμο δεν τονίζουν τα χαρακτηριστικά του φύλου της. Τρώει γλυκά με βουλιμία μόνο το απόγευμα. Το βράδυ τρώει γιαούρτι, πίνει σόδα αντί για νερό. Αν πρόκειται να βγει για φαγητό το βράδυ, πρέπει να μην έχει φάει τίποτα όλη την ημέρα. Στο τέλος του γυμνασίου με δίαιτα χάνει 20 κιλά. Από τα 19 της αμηνόρροια. Ορμόνοθεραπεία χωρίς αποτέλεσμα. Όταν φάει παραπάνω νιώθει να τιμωρεί τον εαυτό της, δε θέλει να δει κανέναν, δε μιλάει σε κανέναν. Νομίζει ότι την καροϊδεύουν για το ύψος και το βάρος της. Αποφεύγει τη ζυγαριά. Κοιμάται 6 ώρες το 24ωρο. Ζει μόνη της. Οικονομικά ανεξάρτητη. Διαζευγμένη.

Προσωπικότητα ασθενούς: Συμπαθητική, ανεξάρτητη, έχει άγχος. Από μικρή ήταν παχουλή, το παρατσούκλι της ήταν "χοντρούλα". Νιώθει κομπλεξική, δε μπορεί να ξεσπάει στους φίλους κι έτσι ξεσπάει στην οικογένειά της.

Φοβάται ότι θα χάσει την ανεξαρτησία της αν δεχτεί να δημιουργήσει κάποιο δεσμό.

Έχει πολλές φίλες.

ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Επάγγελμα πατέρα: Δάσκαλος συνταξιούχος Προσωπικότητα: Αυταρχικός, οξύθυμος, νευρικός, έχει αδυναμία στην αδελφή της. Το όνει-

ρό του ήταν η ασθενής να σπουδάσει και δυσανασχέτησε όταν αυτή παντρεύτηκε. Με την επιρροή του χάλασε έναν αρραβώνα της. Η ασθενής τον φοβάται, γιατί νευριάζει με το παραμικρό.

Επάγγελμα μητέρας: Δασκάλα συνταξιούχα. Προσωπικότητα: Δειλή χωρίς πρωτοβουλία, φροντίζει την οικογένεια χωρίς να αντιδρά. Δε βρίσκει δύναμη να αντισταθεί στον πατέρα. Έχει κι αυτή αδυναμία στη μεγάλη κόρη.

Σχέσεις γονιών: Ο πατέρας φέρεται σαν αφέντης απέναντι στη μητέρα της.

Σχέση ασθενούς με γονείς: Οι γονείς τη θεωρούν ότι είναι αδύναμο πλάσμα.

Αδελφή: Α' παιδί. Σχέσεις με την αδελφή: Αρκετά καλές οι σχέσεις τους.

Μαζί με την οικογένεια ζουν 3 γλαγιάδες.

Π Ε Ρ Ι Π Τ Ω Σ Η 5η

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ 19/2/89

Υψος: 1, 72 Μ Βάρος: 23½ ΚG Ιδανικό βάρος: 34 ΚG Ηλικία: 19  
Ηλικία έναρξης νόσου: 15 Επάγγελμα: Μαθήτρια.

Κλινική εικόνα: Όταν ήταν 15 χρονών είχε βάρος 51 ΚG και ήθελε να καλυτερέψει τον εαυτό της κάνοντας δίαιτα. Περιορίσε το φαγητό, ώσπου έφτασε 34 ΚG και θέλησε να παραμείνει εκεί. Ξεκίνησε η αστία από τότε που χώρισαν οι γονείς της και έμεινε με τον πατέρα και τη μεγαλύτερη αδερφή. Δεν αποδέχεται τη διάγνωση. Δεν έχει σαφή εικόνα του εαυτού της είναι όμως ευχαριστημένη με το σώμα της. Τρώει μια κρέμα BEBELAC την ημέρα. Προκαλεί εμετό ύστερα από σύγκλιση. Απειρες απόπειρες αυτοκτονίας με χάπια. Όταν έτρωγε κανονικά πάθαινε οίδημα στο πρόσωπο και τα άκρα. Είχε εφιάλτες. Νιώθει ενοχές όταν δεν τρώει και το αποκρύπτει από την οικογένειά της. Με άδειο στομάχι έχει ενεργητικότητα. Όταν τρώει της πονάει το στομάχι. Θεωρεί αφύσικη κατάσταση για το στομάχι και τον οργανισμό να τρώει. Ήθελε όλα όσα έκανε να είναι τέλεια. Φοβάται να ζυγιστεί μήπως πάρει βάρος. Αμηνόρροια. Ζηλεύει τα ωραία σώματα. Θά'θελε να ήταν άλλος άνθρωπος (να τρώει, να έχει ωραίο σώμα). Έχει υπερθυροειδισμό. Μόνο με την παρουσία της μητέρας, τρώει τοματόζουμο. Είναι επιθετική. Δεν θέλει να νοσηλευτεί, απειλεί ότι θ' αυτοκτονήσει. Θέλει να πάθει αμνησία για την περίοδο των τριών χρόνων που διαρκεί η αρρώστεια. Αν δεν έφευγε η μητέρα από το σπίτι δεν θα πάθαινε ψυχογενή ανορεξία. Αν γυρίσει δεν θα γιατρευτεί. Θέλει να μείνει μωρό. Αν την κάνουν να παχύνει πάλι θα χάσει βάρος.

Προσωπικότητα ασθενούς: Είναι τελειομανής, της αρέσουν τα ωραία πράγματα, θέλει να ζήσει, δεν δέχεται την αποτυχία, δεν έχει κουράγιο για τίποτα, είναι απαισιόδοξη, θέλει να αυτοκτονήσει. Μικρή ήταν παχιά (63 KG) την αποκαλούσαν "βοδάκι". Στα 13 της έκανε δίαιτα για πρώτη φορά. Δεν έχει φίλίες, μένει μόνη της για ώρες στο σπίτι. Την εκνευρίζει το ότι δεν την δέχονται οι δικοί της εξαιτίας της καταστάσης της. Δεν έχει δεσμό.

#### ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Πατέρας: 53 χρονών Επάγγελμα: Συνταξιούχος βιβλιοθηκάριος.

Προσωπικότητα: Η ίδια λέει ότι δεν ενδιαφέρεται ο πατέρας για την κατάσταση της.

Μητέρα: 39 χρονών Επάγγελμα: Υπάλληλος ΔΕΗ Προσωπικότητα: Υπερπροστατευτική. Η ίδια λέει ότι ίσως φταίει για τον τρόπο που μεγάλωσε την ασθενή. Θέλει να την βλέπει σαν μωρό ακόμα. Συμπληρώνει ότι η ασθενής τους ταλαιπώρει, δε θέλει να ασχολούνται οι γονείς - ειδικά η μητέρα - με τ'άλλα παιδιά.

Σχέσεις γονιών: Ο πατέρας δημιούργησε εξωσυζυγική σχέση κι έτσι το ζευγάρι χώρισε. Αρνούνται να υπογράψουν υπεύθυνη δήλωση για να μπει η ασθενής επειγόντως στο νοσοκομείο. Λένε ότι αν το κάνουν θα'χουν τύψεις.

Σχέση ασθενούς με γονείς: Παλιά η σχέση ήταν καλή, χάλασε μετά το διαζύγιο. Έχει αδυναμία στη μητέρα της, της λείπει από το σπίτι, αποφάσισε να επισκεφθεί το Κ.Ψ.Υ., επειδή θα ερχόταν η μητέρα της στο σπίτι να την δει.

Αδελφή: Α' παιδί 22 χρονών. Επάγγελμα: Φοιτήτρια Α.Ε.Ι.

Αδελφός: Γ' παιδί 14 χρονών. Επάγγελμα: Μαθητής.

Σχέση ασθενούς με αδέρφια: Δεν είναι τόσο καλές, χάλασε μετά τα 15 της χρόνια.

Π Ε Ρ Ι Π Τ Ω Σ Η 6η

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ 6/7/84

**Υψος:** 1, 50 M **Βάρος:** 29 KG **Ηλικία:** 35 **Ηλικία έναρξης νόσου:** 16 **Επάγγελμα:** Εργαζόμενη Δημ. Υπάλληλος.

**Κλινική εικόνα:** Λαμπερά μάτια, φωνή που χάνει την έντασή της, επιδερμίδα ωχρή, προς το καφέ, ανήσυχη για την εξέλιξη του προβληματός της. Δεν της αρέσει το σώμα της. Όταν ήταν φοιτήτρια, χάνει βάρος, κάνει ψυχανάλυση. Αυξομειώσεις βάρους από 55 KG στο γυμνάσιο φτάνει σταδιακά στο πανεπιστήμιο τα 32 KG. Δεν κάνει εμετό. Αμηνόρροια. Ορμονοθεραπεία. Επανέρχεται η έμμηνος ρύση. Μένει έγκυος. Προβλήματα με τα δόντια, τ' αλλάζει. Ενδοκρινολογικές εξετάσεις αρνητικές. Παντρεμένη. Έχει παιδί 9 χρονών. Μετά τον τοκετό ξαναρχίζουν ανωμαλίες στην περίοδο.

**Προσωπικότητα ασθενούς:** Ευχάριστη, κοινωνική, αντιμετωπίζει στην εφηβεία πρόβλημα πάχους. Δεν κάνει συντροφιάς με αγόρια, αισθάνεται ότι είναι καταπιεσμένη από τους γονείς.

Στα 35 χρόνια της λέει ότι είναι πολύ ευαίσθητη, αναφέρεται συνεχώς στο πρόβλημά της και στο τι κάνει για να το ξεπεράσει. Είναι δυνατή στο να αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις όταν εμφανιστούν, μετά καταρρέει. Δημιουργική, συνεργάσιμη, συζητήσιμη, αγχώδης.

Πολύ καλή η σχέση με το σύζυγο, αλληλοκατανόηση, δέσιμο.

**ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

**Πατέρας:** 75 χρονών **Επάγγελμα:** Δάσκαλος συνταξιούχος

**Προσωπικότητα:** Υπερπροστατευτικός, πήγαινε τα παιδιά του στους γιατρούς χωρίς λόγο. Η παρουσία του ακόμα και εκτός σπιτιού ήταν αισθητή για την ασθενή.

Οχι εκδηλωτικός, πολύ πειστικός με ταμπού. Τρομερή αδυναμία στα παιδιά.

**Μητέρα:** 63 χρονών **Επάγγελμα:** Οικιακά **Προσωπικότητα:** Τρομερά πειστική στο θέμα του φαγητού. Αποτέλεσμα αυτού να υπάρχουν συγκρούσεις μεταξύ τους.

Εκδηλωτική, πολύ πειστική με ταμπού.

**Σχέσεις γονιών:** Πολύ καλές οι σχέσεις μεταξύ τους. Δείχνει μεγάλο ενδιαφέρον ο ένας για τον άλλον. Ακολουθούσαν τα παιδιά στις σπουδές για να μη μείνουν μόνα τους.

**Σχέση ασθενούς με γονείς:** Επικρατεί καλή σχέση. Πολλές φορές όμως η συμπεριφορά της είναι αντιδραστική προς την καταπίεση που της ασκούν οι γονείς. "Ακόμα και τώρα χαίρομαι σαδιστικά να μην τρώω μπροστά τους". Τρομερά πειστικοί γονείς, με πολλά ταμπού και απαγορεύσεις π.χ. (όχι συντροφιάς με αγόρια, φλέρτ, ωράριο κυκλοφορίας).

**Αδελφός:** Β' παιδί 34 χρονών. **Επάγγελμα:** Απόφοιτος Α.Ε.Ι., Ελεύθερος επαγγελματίας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Στοιχεία ασθενούς

**Πίνακας 1**

Επάγγελμα ασθενούς

| <u>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</u>    | <u>ΑΡΙΘΜΟΣ</u> |
|---------------------|----------------|
| Δημόσιος υπάλληλος  | 2              |
| Ιδιωτικός υπάλληλος | 2              |
| Φοιτήτρια           | 1              |
| Μαθήτρια            | 1              |

Από τον πίνακα 1 παρατηρούμε ότι 4 ασθενείς είναι εργαζόμενες (δημόσιοι-ιδιωτικοί υπάλληλοι), ενώ 2 απ'αυτές ανήκουν στον φοιτητικό και μαθητικό χώρο (φοιτήτρια-μαθήτρια).

**Πίνακας 2**

Ηλικία έναρξης νόσου

| <u>ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ</u> | <u>ΑΡΙΘΜΟΣ</u> |
|-----------------------|----------------|
| 19                    | 2              |
| 18                    | 1              |
| 17                    | 1              |
| 16                    | 1              |
| 15                    | 1              |

Από τον πίνακα 2 παρατηρούμε ότι η ηλικία έναρξης της νόσου αρχίζει στη μέση φάση της εφηβείας (15-16 χρονών) και καταλήγει στην μετεφηβική ηλικία (17-19 χρονών).



### Πίνακας 3

Οικογενειακή κατάσταση ασθενούς

#### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΡΙΘΜΟΣ

|             |   |
|-------------|---|
| Ανύπανδρη   | 4 |
| Παντρεμένη  | 1 |
| Διαζευγμένη | 1 |

Από τον πίνακα 3 παρατηρούμε ότι 4 ασθενείς είναι ανύπανδρες, 1 ασθενής είναι διαζευγμένη, ενώ μόνο 1 είναι παντρεμένη.

### Πίνακας 4

Σειρά γέννησης ασθενούς

#### ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΑΡΙΘΜΟΣ

|          |   |
|----------|---|
| 1ο παιδί | 3 |
| 2ο παιδί | 3 |

Στον πίνακα 4 φαίνεται ότι 3 ασθενείς είναι πρωτότοκα παιδιά, ενώ 3 δευτερότοκα.

### Πίνακας 5

Αριθμός παιδιών στην οικογένεια

#### ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΑΡΙΘΜΟΣ

|          |   |
|----------|---|
| 2 παιδιά | 5 |
| 3 παιδιά | 1 |

Στον πίνακα 5 φαίνεται ότι 5 ασθενείς προέρχονται από οικογένειες με 2 παιδιά, ενώ μόνο 1 ασθενής από οικογένεια με 3 παιδιά.

### Πίνακας 6

Φύλο αδελφών

#### ΦΥΛΟ ΑΡΙΘΜΟΣ

|                    |   |
|--------------------|---|
| Μόνο αδελφή        | 3 |
| Μόνο αδελφό        | 2 |
| 1 αδελφή, 1 αδελφό | 1 |

Από τον πίνακα 6 παρατηρούμε ότι 3 ασθενείς έχουν αδέρφια του ίδιου φύλου, 2 ασθενείς αδέρφια του αντίθετου φύλου και μόνο 1 ασθενής έχει αδέρφια του ίδιου και του αντίθετου μ' αυτήν φύλου.

### Κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα που είναι κοινά και στις 6 περιπτώσεις είναι τα εξής:

- Έναρξη της νόσου κατά τη διάρκεια της εφηβείας.
- Άγχος και φόβος ότι θα αποκτήσουν βάρος.
- Συχνές αυξομειώσεις βάρους.
- Αμηνόρροια.
- Εσφαλμένη εντύπωση για την εικόνα του εαυτού τους και του σώματος και μη ικανοποίηση απ' αυτό.

Θα αναφέρουμε επίσης συμπτώματα που δεν παρατηρούνται και στις έξι περιπτώσεις, αναφέρονται όμως στη βιβλιογραφία και παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον.

- 3 ασθενείς δεν κάνουν εμετό, ενώ 1 ασθενής κάνει εμετό, ύστερα από σύγκλιση.
- 2 ασθενείς δεν τονίζουν τα χαρακτηριστικά του φύλου τους με το ντύσιμο και το χτένισμα που υιοθετούν.
- 2 ασθενείς θέλουν να παραμείνουν μωρά (‘‘είναι ωραίο να σε φροντίζουν’’).
- 2 ασθενείς τρώνε χωρίς έλεγχο στη γεύση, ποιότητα, ποσότητα ενώ 1 ασθενής δίνει σημασία στην ποσότητα.
- 1 ασθενής έχει κάνει απόπειρες αυτοκτονίας.

Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

Πίνακας 7α

Επάγγελμα πατέρα

| <u>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</u>        | <u>ΑΡΙΘΜΟΣ</u> |
|-------------------------|----------------|
| Δημόσιος υπάλληλος      | 5              |
| Ελεύθερος επαγγελματίας | 1              |

Παρατηρούμε ότι 5 από τους πατέρες των ασθενών είναι δημόσιοι υπάλληλοι (εκ των οποίων 2 δάσκαλοι) και 1 πατέρας είναι ελεύθερος επαγγελματίας.

Πίνακας 7β

Επάγγελμα μητέρας

| <u>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</u>        | <u>ΑΡΙΘΜΟΣ</u> |
|-------------------------|----------------|
| Δημόσιος υπάλληλος      | 3              |
| Οικιακά                 | 2              |
| Ελεύθερος επαγγελματίας | 1              |

Παρατηρούμε ότι 3 από τις μητέρες των ασθενών είναι δημόσιοι υπάλληλοι, (εκ των οποίων 1 δασκάλα), 2 μητέρες ασχολούνται με τα οικιακά και 1 είναι ελεύθερος επαγγελματίας.

Πίνακας 8

Επάγγελμα αδελφών

| <u>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</u>        | <u>ΑΡΙΘΜΟΣ</u> |
|-------------------------|----------------|
| Φοιτητής                | 3              |
| Μαθητής                 | 1              |
| Ιδιωτικός υπάλληλος     | 1              |
| Ελεύθερος επαγγελματίας | 1              |
| Δεν υπάρχουν στοιχεία   | 1              |

Από τον πίνακα 8 παρατηρούμε ότι 3 αδέλφια των ασθενών είναι

φοιτητές, ενώ 1 αδελφός μαθητής, 1 ιδιωτικός υπάλληλος, 1 ελεύθερος επαγγελματίας και για έναν δεν υπάρχουν στοιχεία.

Σύνθεση οικογένειας

Πίνακας 9

Αριθμός μελών

| <u>ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ</u> | <u>ΑΡΙΘΜΟΣ</u> |
|----------------------|----------------|
| 4 μελής              | 2              |
| 5 μελής              | 3              |
| 7 μελής              | 1              |

Από τον πίνακα 9 παρατηρούμε ότι 2 ασθενείς προέρχονται από 4 μελή οικογένεια, 3 ασθενείς από 5 μελή, ενώ 1 ασθενής από 7 μελή οικογένεια.

Σχέσεις γονιών μεταξύ τους

Από τα κοινωνικά ιστορικά που έδωσαν οι ασθενείς παρατηρούμε:

- 3 ζευγάρια παρουσιάζονται να διαπληκτίζονται και να ζουν συμβιβαστικά.
- 2 ζευγάρια παρουσιάζονται να ζουν αγαπημένα
- 1 ζευγάρι παρουσιάζεται να έχει χωρίσει.

Για ένα ζευγάρι γονιών δεν υπάρχουν στοιχεία.

Σχέσεις ασθενούς με αδέρφια

Από τα κοινωνικά ιστορικά βγάζουμε τα εξής παοτελέσματα:

- 2 ασθενείς παρουσιάζονται να μην έχουν καλή σχέση με τ'αδέρφια.
- 2 ασθενείς παρουσιάζονται να έχουν καλές σχέσεις με τ'αδέρφια.
- 1 ασθενής χαρακτηρίζει αδιάφορη τη σχέση.

Για μια ασθενή δεν υπάρχουν στοιχεία.

Σχέσεις ασθενούς με γονείς

Από τα κοινωνικά ιστορικά παίρνουμε τις εξής πληροφορίες:

- 3 ασθενείς δηλώνουν δεμένες με τις μητέρες τους, ενώ μια απ' αυτές δηλώνει ότι ο πατέρας της δεν την καταλαβαίνει, και μια ασθενής ότι επικρατούσαν καυγάδες με τον πατέρα.
- 1 ασθενής δηλώνει έλεγχο από τους γονείς, ενώ συμπληρώνει ότι η σχέση με τον πατέρα είναι τεταμένη και υπάρχει έλλειψη εμπιστοσύνης από μέρους του.
- 1 ασθενής δηλώνει καλή σχέση με τους γονείς με στοιχεία αντιδραστικής συμπεριφοράς από μέρους της.
- 1 ασθενή θεωρούν οι γονείς αδύναμο πλάσμα.

#### Προσωπικότητα μητέρας

Από τα κοινωνικά ιστορικά συγκεντρώσαμε κάποια χαρακτηριστικά των μητέρων, τα οποία θεωρούμε σημαντικό να παρουσιάσουμε:

- Δυο μητέρες ασθενών ασκούν έλεγχο και πίεση στο θέμα του φαγητού, όπως επίσης είναι πειστικές και σε άλλες εκδηλώσεις (εξόδους, ταμπού).
- Δυο μητέρες δείχνουν κατανόηση στην ασθενή και στο πρόβλημά της.
- Δυο απ' αυτές δεν είναι τόσο εκδηλωτικές όσο θα 'θελαν οι ασθενείς.
- Μια απ' αυτές παρουσιάζεται να παίρνει τις αποφάσεις στο σπίτι, να στερείται προσωπικής ζωής, να εργάζεται πολύ, να ασχολείται μόνο με τα παιδιά της.
- Μια απ' αυτές εμφανίζεται δειλή, χωρίς πρωτοβουλία.
- Μια μητέρα παρουσιάζεται υπερπροστατευτική.

#### Προσωπικότητα πατέρα

Επίσης κάποια ενδιαφέροντα χαρακτηριστικά των πατέρων είναι τα παρακάτω:

- Ένας πατέρας παρουσιάζεται ως άγνωστος και απόμακρος από την ασθενή.

- Ένας στηρίζεται στην σύζυγό του, έχει αδυναμία στην μητέρα του και πιστεύει στην δουλειά του.
- Ένας απ' αυτούς θεωρεί ότι ο πατέρας παρέχει μόνο τα υλικά αγαθά. Επίσης επεδίωκε και διατηρούσε τη σύγκρουση με ασθενή, μόνο αυτός απ' όλη την οικογένεια. Έλεγχος της τροφής της.
- Ένας πατέρας επηρεάζει τη ζωή της ασθενούς η οποία δείχνει να τον φοβάται.
- Ένας παρουσιάζεται ότι δεν ενδιαφέρεται για την κατάσταση της ασθενούς.
- Ένας εμφανίζεται υπερπροστατευτικός, με αισθητή παρουσία, όχι εκδηλωτικός, πλεστικός (ταμπού, αδυναμία στα παιδιά του).

#### Προσωπικότητα ασθενούς

Απο τα κοινωνικά ιστορικά συγκεντρώσαμε κάποια χαρακτηριστικά των ασθενών τα οποία θεωρούμε ότι είναι τα πιο αντιπροσωπευτικά.

- 2 απο τις ασθενείς παρουσιάζονται να δίνονται στους άλλους και να μοιράζονται σε κομμάτια γι' αυτούς.
- 2 απ' αυτές δεν ανέχονται την αποτυχία και αισθάνονται άσχημα αν αποτύχουν.
- 2 ασθενείς παρουσιάζονται κλειστοί και εσωστρεφείς χαρακτήρες.
- Ένας ασθενής λέει ψέματα στους γονείς για το φαγητό της.
- Ένας ασθενής παρουσιάζεται τελειομανής.
- Ένας ασθενής δε δείχνει συναίσθημα σ' άλλους.

#### **Πίνακας 10**

Σχέση με το αντίθετο φύλο

| <u>Σ Χ Ε Σ Η</u> | <u>ΑΡΙΘΜΟΣ</u> |
|------------------|----------------|
| Χωρίς δεσμό      | 3              |
| Με δεσμό         | 1              |
| Παντρεμένη       | 1              |
| Διαζευγμένη      | 1              |

Από τον πίνακα 10 και σε συσχέτιση με τον πίνακα 3, παρατηρούμε ότι από τις ανύπανδρες ασθενείς, 3 απ'αυτές δεν έχουν δεσμό, ενώ 1 ασθενής έχει δεσμό. Επίσης 1 ασθενής είναι παντρεμένη, ενώ 1 ασθενής χωρισμένη και η οποία φοβάται να προχωρήσει σε δημιουργία δεσμού.

#### Πίνακας 11

Σωματική-εξωτερική εμφάνιση πριν τη νόσο

| <u>ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</u> | <u>ΑΡΙΘΜΟΣ</u> |
|---------------------------|----------------|
| Παχουλή                   | 4              |
| Ασχημόπαπο                | 1              |
| Δεν υπάρχουν στοιχεία     | 1              |

Από τον πίνακα 11 φαίνεται ότι 4 ασθενείς πριν την έναρξη της νόσου ήταν παχουλές, 1 ασθενής θεωρούσε τον εαυτό της ασχημόπαπο, ενώ για 1 ασθενή δεν υπάρχουν στοιχεία.

#### Πίνακας 12

Φιλίες ασθενών

| <u>ΕΧΟΥΝ ΦΙΛΙΕΣ</u>   | <u>ΑΡΙΘΜΟΣ</u> |
|-----------------------|----------------|
| ΝΑΙ                   | 4              |
| ΟΧΙ                   | 1              |
| Δεν υπάρχουν στοιχεία | 1              |

Από τον πίνακα 12 παρατηρούμε ότι 4 από τις ασθενείς είχαν φιλίες (μεικτές και σταθερές); ενώ 1 ασθενής μόνο δεν είχε φιλίες, όπως και για 1 ασθενή δεν υπάρχουν στοιχεία.



ΕΒΕΛΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Περίπτωση 1η

Η ασθενής παρακολούθησε θεραπεία για ένα εξάμηνο περίπου. Σταμάτησε τη θεραπεία γιατί θα φύγει στο εξωτερικό για σπουδές, ύστερα από μια υποτροφία που πήρε.

Περίπτωση 2η

Η ασθενής συνεχίζει να παρακολουθείται από τον ειδικό μέχρι σήμερα σε πιο αραιά διαστήματα.

Περίπτωση 3η

Η ασθενής επίσης συνεχίζει να παρακολουθείται από τον ειδικό μέχρι σήμερα σε πιο αραιά διαστήματα.

Περίπτωση 4η

Η ασθενής αποθεραπεύτηκε αλλά εξακολουθεί να συναντάται περιοδικά με τον ειδικό λόγω της πολύ καλής σχέσης που έχει αναπτυχθεί μεταξύ τους.

Περίπτωση 5η

Η ασθενής αποθεραπεύτηκε ύστερα από την επανασύνδεση των γονιών της.

Περίπτωση 6η

Η ασθενής δεν συνέχισε την θεραπεία, σταμάτησε ύστερα από δυο συναντήσεις. Κάθε επικοινωνία μαζί της απέβη άκαρπη.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση τη βιβλιογραφική μελέτη και στηριζόμενοι στα αποτελέσματα από την ανάλυση των παραμέτρων που συναντήσαμε στα κοινωνικά ιστορικά, καταλήξαμε στα ακόλουθα συμπεράσματα.

1. Ο Μάνος (1988) αναφέρει ότι η νόσος εμφανίζεται σ'ένα ποσοστό 95% σε γυναίκες κυρίως έφηβες ή στην αρχή της ενήλικης ζωής τους. Διαπιστώνουμε ότι οι ασθενείς ήταν γυναίκες και η έναρξη της νόσου συναντάται να εμφανίζεται στα χρόνια της εφηβείας, ή της μετεφηβικής ηλικίας.

2. Όπως είδαμε στο θεωρητικό μέρος ο JEAN LUC VENISSE (1987) αναφέρει ότι οι ασθενείς έχουν 90% λανθασμένη αντίληψη της εικόνας του σώματός τους. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώνουμε ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν εσφαλμένη αντίληψη για το σώμα τους π.χ. δεν τους αρέσει το σώμα τους, ζηλεύουν τα ωραία σώματα, δεν τονίζουν τα χαρακτηριστικά του φύλου τους.

3. Ο Μαράτος (1988) αναφέρει ότι οι ασθενείς είναι προσωπικότητες ισχυρές με μεγάλη επινοητικότητα. Διαπιστώνουμε ότι οι ασθενείς των οποίων τους φακέλους μελετήσαμε, ανήκουν σ'ένα αρκετά υψηλό μορφωτικό επίπεδο που τους επιτρέπει να παρακολουθούν το σχολείο, να σπουδάζουν ή να δουλεύουν στο δημόσιο ή στον ιδιωτικό χώρο.

Επίσης η Δουβαλέτα-Χίμπος (1985) αναφέρει ότι οι ανορεκτικές υπερέχουν έναντι των αδελφών τους, γεγονός που φαίνεται και από το δικό μας αποτέλεσμα ότι δηλ. το επίπεδό τους μπορεί να συγκριθεί ισάξια με τις επιδόσεις και τα επιτεύγματα των αδελφών τους.

4. Οι JEAMMEF και συνεργ. (1971) αναφέρουν ένα ποσοστό 37% στο δείγμα της έρευνάς τους να είναι δευτερότοκα κορίτσια. Διαπιστώνουμε ότι τα στοιχεία που έχουμε για την σειρά γέννησης των ασθενών, δεν είναι ικανά να μας δώσουν πληροφορίες όσον αφορά την

επίδραση που έχει η σειρά γέννησης στη νόσο. Τρεις απο τις ασθενείς είναι πρωτότοκα παιδιά και τρεις είναι δευτερότοκα.

Αντίθετα η Δουβαλέτα Χίμψ (1985) αναφέρει ότι οι οικογένειες αυτές έχουν 1 ή 2 παιδιά.

Τα αποτελέσματα που πήραμε όσον αφορά τον αριθμό των παιδιών στην οικογένεια (5 οικογένειες με 2 παιδιά) δείχνουν να συμφωνούν με την άποψή της.

5. Διαπιστώνουμε επίσης ότι οι οικογένειες ανήκουν στην μεσαία κοινωνικοοικονομική τάξη (Μάνος 1988).

6. Ο JEAN LUC VENISSE (1987) αναφέρει ότι στις οικογένειες αυτές επικρατούν οι γυναικείες παρουσίες και η παρουσία μητρικών γιαγιάδων. Διαπιστώνουμε ότι σε τρεις οικογένειες ζουν μαζί γιαγιάδες (είτε μητρικές είτε πατρικές). Για μια απ' αυτές έχουμε στοιχεία του χαρακτήρα της (δυναμική, κυρίαρχη παρουσία στην οικογένεια).

7. Μια διαπίστωση που αγγίζει την ψυχαναλυτική θεωρία είναι η επιθυμία κάποιων ασθενών να παραμείνουν μωρά για να τους φροντίζουν οι γονείς τους.

8. Απο τα αποτελέσματα επίσης διαπιστώνουμε ότι η σχέση των ανορεκτικών ασθενών με τ'αδέλφια τους είναι αδιάφορη.

9. Ο JEAN LUC VENISSE (1987) αναφέρει ότι οι μητέρες των ανορεκτικών προσπαθούν να αποδείξουν στον εαυτό τους πως η σχέση με το παιδί τους είναι καλή, προλαμβάνοντας κάθε εκδήλωση ανικανοποίησης απο την πλευρά του παιδιού. Διαπιστώνουμε απο τα αποτελέσματα ότι οι περισσότερες ασθενείς δηλώνουν δεμένες με τις μητέρες τους.

10. Επίσης ο JEAN LUC VENISSE (1987) όσον αφορά την προσωπικότητα της μητέρας, αναφέρει τον τύπο μητέρας που στερείται και θυσιάζεται για τα παιδιά της όπως επίσης ο Μαράτος (1988) ανα-

φέρεται στον τύπο που ασκεί έλεγχο και πίεση στο θέμα του φαγητού. Από τα αποτελέσματα διαπιστώνουμε ότι οι μητέρες παρουσιάζουν τέτοια χαρακτηριστικά όπως επίσης υπερπροστασία, χλιαρό συναίσθημα και πρωτοβουλία.

11. Ο JEAN LUC VENISSE (1987) αναφέρει ότι ο πατέρας των ανορεκτικών ασθενών είναι "απών και ανύπαρκτος". Από τα αποτελέσματα καταλήγουμε στη διαπίστωση ότι σε αρκετές περιπτώσεις ο πατέρας των ασθενών είναι άγνωστος και απόμακρος απ'αυτές όπως επίσης αδύναμος χαρακτήρας που στηρίζεται στην σύζυγό του, που δείχνει αδυναμία στην μητέρα του, που είναι υπερπροστατευτικός απέναντι στα παιδιά του.

12. Στο θεωρητικό μέρος αναφέραμε ότι οι ειδικοί αποκαλούν τους ανορεκτικούς ασθενείς "θύμα" και "λυτρωτές" της οικογένειας (ΤΑ ΝΕΑ 1993).

Απο την μελέτη διαπιστώνουμε ότι υπάρχουν ασθενείς που λένε ότι μοιράζονται σε πολλά κομμάτια για τους άλλους. Επίσης ο Ιεροδιακόνου (1991) θεωρεί τους ανορεκτικούς ασθενείς ανώριμες και φτωχές προσωπικότητες. Διαπιστώνουμε ότι αναφέρονται στα κοινωνικά ιστορικά ως τελειομανείς, φτωχές σε συναίσθημα προσωπικότητες που δεν αποδέχονται εύκολα την αποτυχία.

## **ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Μέσα απο τις διαπιστώσεις και τους προβληματισμούς της μελέτης που έχουν ήδη αναφερθεί, γίνεται προσπάθεια παράθεσης ορισμένων εισηγήσεων-προτάσεων που αφορούν την ψυχογενή ανορεξία-ψυχογενή βουλιμία και την πρόληψή τους.

1. Όπως αναφέρθηκε στο θεωρητικό μέρος οι γονείς συχνά δεν γνωρίζουν τις ανάγκες των παιδιών τους κατά την διάρκεια της εφηβείας και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την όχι σωστή αντιμετώπιση των παιδιών τους.

Προτείνεται να ενημερώνονται οι γονείς όσο το δυνατόν καλύτερα για όλες τις ηλικιακές περιόδους και για τις ανάγκες που ενυπάρχουν σ'αυτές. Μ'αυτόν τον τρόπο θα γνωρίζουν οι γονείς τις ανάγκες της κάθε ηλικίας και δεν θα φτάνουν απληροφόρητοι στην εφηβεία των παιδιών τους. Πρέπει να γνωρίζουν οι γονείς ότι τα προβλήματα οξύνονται και κάνουν την εμφάνισή τους στην εφηβεία αλλά τα σημάδια υπάρχουν ήδη απο την παιδική ηλικία και απλά δεν έχουν επισημανθεί.

2. Απο το θεωρητικό επίσης μέρος διαπιστώνουμε ότι οι σχέσεις στην οικογένεια επηρεάζουν τη λειτουργία του εφήβου. Προτείνουμε οι γονείς να ενημερώνονται πάνω σε θέματα επικοινωνίας με τα παιδιά τους, δημιουργίας καλής σχέσης μεταξύ των συζύγων, και καλής σχέσης με τα παιδιά τους. Αυτή η ενημέρωση μπορεί να γίνει μέσω σχολών γονέων, σεμιναρίων αυτογνωσίας τα οποία θα αναλάβουν εκπαιδευτικά ιδρύματα, κοινοτικά κέντρα κέντρα ψυχικής υγιεινής.

3. Ακόμη απο την θεωρητική επεξεργασία του θέματος προκύπτει ότι κατά την εφηβική ηλικία συμβαίνουν διάφορες ανωμαλίες στη διατροφή. Συναντάμε έφηβους ανορεκτικούς, βουλιμικούς, παχύσαρκους, έφηβους που τρέφονται χωρίς να παίρνουν τα απαραίτητα

συστατικά στην τροφή τους. Προτείνεται τα παιδιά της εφηβικής ηλικίας-στα Γυμνάσια και Λύκεια-να ενημερώνονται με σχετικά μαθήματα για τις διατροφικές συνήθειες που πρέπει να αποκτήσουν.

4. Προτείνουμε επίσης κατά την εφηβική και νεανική ηλικία να γίνονται σεμινάρια στα σχολεία, Πανεπιστήμια, ΤΕΙ, πάνω σε θέματα επικοινωνίας στις ανθρώπινες σχέσεις, ψυχολογίας συζύγων, για την επιτυχή δημιουργία γάμου και οικογένειας.
5. Είναι φανερό ότι υπάρχει έλλειψη εξειδικευμένων Κοινωνικών Λειτουργών που απασχολούνται σε πλαίσια ψυχικής υγείας. Συνεπώς είναι επιβαλλόμενη η επιμόρφωσή τους σε θέματα που αφορούν τόσο περίπλοκες καταστάσεις όπως η ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία, προκειμένου να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του ρόλου τους σε σχέση με το πρόβλημα.

Την επιμόρφωση θα μπορούσαν να αναλάβουν κύρια τα πλαίσια ψυχικής υγείας (Ψυχιατρεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας) όπως επίσης οι σχολές Κοινωνικής Εργασίας σε συνεργασία με τους παραπάνω τομείς καθώς και ο σύλλογος Κοινωνικών Λειτουργών μέσω εκπαιδευτικών σεμιναρίων.

6. Στον Ελλαδικό χώρο δεν έχουν γίνει έρευνες που να καταγράφουν τις διαστάσεις του προβλήματος. Γι' αυτό το λόγο προτείνεται η διεξαγωγή επιδημιολογικής έρευνας σε πανελλήνια κλίμακα για τον εντοπισμό των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία-ψυχογενή βουλιμία.
7. Για την καλύτερη προσέγγιση του προβλήματος προτείνεται η ίδρυση κέντρων για τις διαταραχές στην πρόσληψη τροφής τα οποία θα ασχολούνται τόσο με την ενημέρωση-πρόληψη-διάγνωση-αντιμετώπιση όσο και την έρευνα και μελέτη της ψυχογενούς ανορεξίας-ψυχογενούς βουλιμίας.

Αριθ. Πρωτ. 14105  
Ημερομηνία 29-6-93

Π ρ ο ς

τη Δ/ση του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής  
Νοταρά 58

106 83 Α Θ Η Ν Α

Λ Ι Τ Η Σ Η

Της ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΣ ΜΠΡΟΥΣΣΟΥ  
κατοίκου Θεσ/νίκης  
Φιλελλήνων 22

Θέμα: "Εγκριση μελέτης και χρησιμοποίησης στοιχείων των φακέλων περιπτώσεων του Σ.Υ.Τ.Ε."

Θεσσαλονίκη 22-6-93

Είμαι ασκούμενη σπουδάστρια του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Πραγματοποιώ την πρακτική μου άσκηση στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Θεσ/νίκης και είχα την ευκαιρία να προσεγγίσω περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας, ψυχογενούς βουλιμίας, να μελετήσω το θέμα βιβλιογραφικά και να κατανοήσω την έκταση του προβλήματος.

Το ενδιαφέρον μου για τις διαταραχές στη πρόσληψη τροφής στην εφηβεία, αποτέλεσε το βασικό κίνητρο που με οδήγησε να το επιλέξω ως θέμα της διπλωματικής μου εργασίας.

Η διπλωματική μου εργασία εσπεύεται από την κα Γραβάνη και έχει σαν θέμα: "Διαταραχές στη πρόσληψη τροφής στην εφηβική ηλικία, ψυχογενής ανορεξία-ψυχογενής βουλιμία".

Στα πλαίσια της εργασίας αυτής, ενδιαφέρομαι να πραγματοποιήσω μια έρευνα στο αρχείο του Κ.Ψ.Υ., να συλλέξω έναν αριθμό κοινωνικών ιστορικών ατόμων, που σύμφωνα με τη διάγνωση, πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία-ψυχογενή βουλιμία.

Στη συνέχεια θα γίνει καταγραφή και ανάλυση όλων των παραγόντων που εμφανίζονται στα κοινωνικά ιστορικά και που πιθανόν επηρέασαν τη γέννηση της ψυχογενούς ανορεξίας -ψυχογενούς βουλιμίας.

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να προκύψει ποιοί είναι οι κύριοι παράγοντες που συναντάμε στα κοινωνικά ιστορικά και οδηγούν το άτομο σ'αυτή τη μορφή λειτουργικότητας.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας θα παρακαλούσα να μου δοθεί άδεια πρόσβασης στο αρχείο περιπτώσεων του Συμβουλευτικού Ψυχιατρικού Τμήματος Ενηλίκων του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Θεσ/νίκης, με την αυτονόητη δέσμευση της τήρησης του απορρήτου των περιπτώσεων.

Η αιτούσα

*Αναστασία Μπρουσέου*

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΜΠΡΟΥΣΣΕΟΥ

*πρόκειται για έρωτα  
γιωτάς των παιδιών  
των γονιών τους  
ή όχι για διαμοιχεία  
Παρακαλώ να σημειώσω  
Αλοδα*

*Ε. Λυμπεράκης*

Ε. ΛΥΜΠΕΡΆΚΗΣ  
Ψυχίατρος - Διευθυντής Υ.Κ.Π.Θ.  
Επισκέπτης Καθηγητής  
Πανεπιστημίου Memorial, Canada



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ABRAH AM SUZAIN AND LEWELLY JONES DEREK. "Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής.  
Εκδόσεις Χατζηνικολή 1990.
2. ANDLER ALFREND. Ανθρώπινοι χαρακτήρες.  
Εκδόσεις "Βιβλιοθήκη για όλους". Αθήνα 1986.
3. DALLY PETTER, COMEZ JOAN. OBESITY AND ANOTEXIA.  
A QUESTION OF SHAPE 5.  
SECOND EDITION, 1983, BY FABER AND FABER, G. BRITAIN.
4. ΔΟΞΙΑΔΗ-ΤΡΙΠ ΑΝΘΗ. "Οικογενειακή κρίση στην εφηβεία",  
"Ο ΕΦΗΒΟΣ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ. ΔΥΟ ΣΥΜΠΟΣΙΑ".  
Επιμέλεια Ανθή Δοξιάδη-Τριπ - Εύη Ζαχαρακοπούλου.  
Εκδόσεις Βιβλιοπωλείον της "Εστίας", Αθήνα 1985.
5. ΔΟΞΙΑΔΗ ΤΡΙΠ ΑΝΘΗ. "Οικογενειακή θεραπεία με εφήβους",  
"Ο ΕΦΗΒΟΣ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ. ΔΥΟ ΣΥΜΠΟΣΙΑ".  
Επιμέλεια Ανθή Δοξιάδη-Τριπ-Εύη Ζαχαρακοπούλου.  
Εκδόσεις Βιβλιοπωλείον της "Εστίας", Αθήνα 1985.
6. ΔΟΞΙΑΔΗΣ ΣΠΥΡΟΣ. "Ανορεξία νερβόσα και παχυσαρκία".  
"Ο ΕΦΗΒΟΣ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ. ΔΥΟ ΣΥΜΠΟΣΙΑ".  
Επιμέλεια Ανθή Δοξιάδη - Τριπ- Εύη Ζαχαρακοπούλου.  
Εκδόσεις Βιβλιοπωλείον της "Εστίας", Αθήνα 1985.
7. ΔΟΥΛΑΒΕΤΑ - ΧΙΜΠΣ ΕΥΘΥΜΙΑ. "Ανορεξία Νερβόσα και παχυσαρκία".  
"Ο ΕΦΗΒΟΣ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ. ΔΥΟ ΣΥΜΠΟΣΙΑ".  
Επιμέλεια Ανθή Δοξιάδα-Τριπ - Εύη Ζαχαρακοπούλου.  
Εκδόσεις Βιβλιοπωλείον της "Εστίας", Αθήνα 1985.
8. ΔΟΥΛΚΕΡΗ ΤΕΣΣΑ. "Μέσα μαζικής επικοινωνίας και ισοότητα των δυο φύλων".  
Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1990.

9. HALMI K.M.D. ANOREXIA NERVOSA. COMPRCHENSIVE TEXT-BOOK OF PSYCHIATRY/III. EDITED BY: KARLAN I. HAROLD, M.D.FREEDMAN M. ALFRED M.D. SADOCK J. BENJAMIN M.B. CTR-III VOLUME 2 - THIRD EDITION.
10. ΙΕΡΟΔΙΑΚΟΝΟΥ Χ. "Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία". Τόμος 2 Εκδόσεις Μαστορίδης 1988.
11. ΙΕΡΟΔΙΑΚΟΝΟΥ Χ. "Ψυχικά προβλήματα στα παιδιά". Τόμος 3 Εκδόσεις Μαστορίδης 1991.
12. ΚΑΤΑΚΗ Δ. ΧΑΡΙΣ. "Οι τρεις ταυτότητες της Ελληνικής Οικογένειας". Εκδόσεις Κέρδος, γ' έκδοση. Αθήνα 1984.
13. ΚΟΣΜΟΠΟΥΛΟΣ Α. "Ψυχολογική και Οδηγητική της παιδικής και νεανικής ηλικίας". Εκδόσεις Γρηγόρη, 1990.
14. ΛΑΜΠΡΟΥ Σ. ΣΤΑΥΡΟΥ. "Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία νηπίου-παιδιού-εφήβου". Αθήνα 1984 Γ' έκδοση.
15. ΛΕΞΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ: υπό την αιγίδα της UNESCO, Εκδόσεις Ελληνική Παιδεία, 1972, τόμοι α,β,γ.
16. ΛΥΜΠΕΡΑΚΗΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ. "Νευρική ανορεξία" Β' ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΜΕΤΟΛΟΓΙΑΣ. Θεσ/νίκη 3-6 Μάη 1979.
17. ΜΑΝΟΣ ΚΩΣΤΑΣ. "Ψυχολογία του εφήβου, Με εισαγωγή στην ψυχολογία του παιδιού. Εξελικτική Ψυχολογία". Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1986.
18. ΜΑΝΟΣ ΝΙΚΟΣ. "Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής". UNIVERSITY STUDIO PRESS. Θεσσαλονίκη 1988.
19. ΜΑΡΑΤΟΣ. ΙΑΣΩΝ. "Διαταραχές της διατροφής. Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής". Δεύτερος τόμος. Δεύτερο μέρος. Ψυχοπαθο-



# ΚΕΝΤΡΟΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

ΝΟΤΑΡΑ 58 - 104 83 ΑΘΗΝΑ  
ΤΗΛΕΦΩΝΑ : 8231.210 - 8212.944  
FAX : (01) 8232.823

Αριθ. Πρωτ. 82749

ΚΕΝΤΡΟΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ  
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Αθήνα, 14 7 93

Αριθ. Πρωτ. 14134  
Ημερομηνία 14 / 7 / 1993

Προς την  
κ. Α. Μπούσσου  
Φιλελλήνων 22  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Σε απάντηση της από 29.6.93 αίτησής σας, με ευχαρίστηση σας κάνουμε γνωστό ότι εγκρίνεται η εκπόνηση ερευνητικής εργασίας στο ΚΨΥ Παράρτημα Θεσσαλονίκης (χρησιμοποίηση αρχείου Συμβουλευτικού Ψυχιατρικού Τμήματος Ενηλίκων) για το διάστημα από 15.7.93 μέχρι και 17.10.93 (3 μήνες), με την προϋπόθεση ότι σε τυχόν ανακοινώσεις και δημοσιεύσεις της εργασίας θα αναφέρεται ότι το υλικό το συγκεντρώσατε από το ΚΨΥ. Επίσης αντίγραφο της δημοσιευμένης εργασίας σας να σταλεί στην Επιστημονική Διεύθυνση του Κέντρου. Η συνεργασία σας με το ΚΨΥ θα είναι δίχως οικονομική επιβάρυνση γι' αυτό και η παραμονή σας θα διακοπεί μετά την παρέλευση των τριών (3) μηνών χωρίς οποιαδήποτε άλλη προειδοποίηση.

Για τις ημέρες και ώρες προσέλευσης παρακαλούμε να συνεννοηθείτε με τον Διευθυντή του Παραρτήματος κ. Ε. Λυμπεράκη και με τον Προϊστάμενο του ΣΨΤΕ κ. Θ. Τασόπουλο.

Ο Επιστημονικός Διευθυντής



Β. Κονταξάκης  
Επικ. Καθηγητής Ψυχιατρικής

Κοινοποιήσεις:

1. Διοικ. Τμήμα
2. Δ/ντη Παρ. Θεσ/νικης
3. Σ.Ψ.Τ.Ε. Θεσ/νικης

- λογία. Επιμέλεια Τσιάντης-Μανωλόπουλος.  
Εκδόσεις: Καστανιώτης. Αθήνα 1988.
20. ΜΑΡΑΤΟΥ - ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΟΛΓΑ. "Γνωστικές λειτουργίες στην εφηβεία". "Ο ΕΦΗΒΟΣ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ. ΔΥΟ ΣΥΜΠΟΣΙΑ".  
Επιμέλεια Ανθή Δοξιάδη Τριπ-Εύη Ζαχαρακοπούλου.  
Εκδόσεις Βιβλιοπωλείον της "Εστίας", Αθήνα 1985.
21. ΜΠΟΥΡΑ ΜΙΝΑ. "Πάνω στην ψυχογενή ανορεξία".  
Τετράδια ψυχιατρικής Νο 19-20, σελ. 48.
22. ΝΑΣΙΑΚΟΥ ΜΑΡΙΑ. "Κοινωνικός καθορισμός της εφηβείας".  
"Ο ΕΦΗΒΟΣ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ. ΔΥΟ ΣΥΜΠΟΣΙΑ".  
Επιμέλεια Ανθή Δοξιάδη Τριπ-Εύη Ζαχαροπούλου.  
Εκδόσεις Βιβλιοπωλείον της "Εστίας", Αθήνα 1985.
23. DOLTO FRANCOISE. "Σεμινάριο ψυχανάλυσης παιδιών", β' τόμος.  
Εκδόσεις βιβλιοπωλείον της "Εστίας" 1990.
24. ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ-ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ. ΛΕΞΙΚΟ.  
Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ". Τόμοι α, β, γ, δ, ε, στ, ζ, η.
25. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ. "Εξελικτική ψυχολογία".  
Τόμοι β, δ. Αθήνα 1985.
26. RUSSELL F.M. GERALD. "ANOREXIA AND BULIMIA NERVOSA".  
CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. MODERN APPROACHES.  
SECOND EDITION 1989. EDITED BY MICHAEL BUTTER, LIONEL  
HERSOV. BLACKWELL SCIENTIFIC PUBLICATIONS.
27. SELVIVI-PALAZZOLI MARA. SELF-STARVATION.  
FROM INDIVIDUAL TO FAMILY THERAPY IN THE TREATMENT OF A.N.  
JASON ARONSON-NORTHVALE NEW JERSEY, LONDON 1986.
28. "ΤΑ ΝΕΑ". ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ.  
Έκδοση 1993.
29. ΤΣΑΟΥΣΗΣ Δ.Γ. "Η κοινωνία του ανθρώπου".  
Εκδόσεις GUTENBERG. Αθήνα 1987.

30. ΤΣΙΑΝΤΗΣ ΓΙΑΝΝΗΣ. "Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας". Σύγχρονη Παιδαγωγική βιβλιοθήκη.  
Αθήνα 1987.
31. ΤΟΥΥΖ S.W. AND ΒΕΥΜΟΝΤ P.F.U. ANOREXIA AND BULIMIA NERVOSA, THE DIEFING DISORDERS. TEXTBOOK OF PSYCHIATRY.  
BEUMONT AND HAMPSHIRE 1989.
32. ΦΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝ. "Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των Κοινωνικών Επιστημών".  
Εκδόσεις GUTENBERG, Αθήνα 1977.
33. ΦΡΑΓΚΟΥ Χ. "Ψυχοπαιδαγωγική". Θέματα Παιδαγωγικής Ψυχολογίας, Παιδείας και μάθησης.  
GUTENBERG, ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΣΕΙΡΑ 1984.
34. VENISSE JEAN LUC. "Η ψυχογενής ανορεξία".  
Εκδόσεις Χατζηνικολή 1987.
35. ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ ΠΕΤΡΟΣ. "Εισαγωγή στην Ψυχιατρική".  
Εκδόσεις Θεμέλιο. Αθήνα 1986.
36. ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ ΠΕΤΡΟΣ. "Ιστορική Ανασκόπηση. Η εφηβεία από την αρχαιότητα ως σήμερα".  
Επιμέλεια Ανθή Δοξιάδη Τριπ-Εύη Ζαχαρακοπούλου.  
Εκδόσεις Βιβλιοπωλείον της "Εστίας".  
Αθήνα 1985.
37. ΧΟΥΡΔΑΚΗ ΜΑΡΙΑ. "Οικογενειακή Ψυχολογία".  
Εκδόσεις Γρηγόρη. Αθήνα 1988.

