

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ
ΒΟΥΛΗΜΙΑΣ, ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ
(16-22)

Μετέχοντες Σπουδαστές

Αβραμίδου Γεωργία

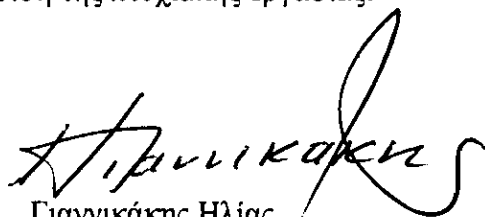
Σαραντίδου Μαρία



Πτυχιακή για την λήψη του πτυχίου στη Κοινωνική Εργασία απο το τμήμα
Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας
του Τεχνολογικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

ΠΑΤΡΑ ΜΑΙΟΣ 2005

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας:



Γιαννικάκης Ηλίας
Καθηγητής του Τμήματος
Κοινωνικής Εργασίας

Αλεξοπούλου Ουρανία
Καθηγήτρια Εφαρμογών Του
Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

Μοσχοπούλου Ελένη
Εργαστηριακή Συνεργάτης Του
Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίδα
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	IV
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	V
Κεφάλαιο	
I ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
Το πρόβλημα	2
Σκοπός της μελέτης	4
Ορισμοί όρων	5
II ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	
Ορισμός – Διαγνωστικά Κριτήρια Ψυχογενούς Βουλιμίας	9
Διαφορική Διάγνωση Ψυχογενούς Βουλιμίας	12
Διαταραχές που συνδέονται με την Ψυχογενή Βουλιμία	13
Αναγνώριση της ασθένειας –Χαρακτηριστικά της Ψυχογενούς Βουλιμίας	16
Τα Στάδια της Νόσου ενός βουλιμικού ατόμου	17
Το πορτραίτο της βουλιμικής έφηβης	22
Επιδημιολογία	24
Αιτιολογία	28
Θεραπεία Ψυχογενούς Βουλιμίας	42
Εφηβεία - Εισαγωγή	47
Η Ψυχογενής Βουλιμία στην Εφηβεία	48
Εννοιολογική προσέγγιση της εφηβείας	50

Χρονολογική προσέγγιση της εφηβείας	51
Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της εφηβικής ηλικίας	52
Προβλήματα στην εφηβεία	55
Παράγοντες κινδύνου εφηβικής ηλικίας	56
Ο Θεσμός της Οικογένειας	57
‘Σωστός Γονιός’	58
Επιπτώσεις στο παιδί	62
Ρόλος μητέρας-πατέρα	66
Ο θεσμός των σχολών – γονέων	70
III ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	73
IV ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	105
V ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	114
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	116
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	
A) Ερωτηματολόγιο	118
B) Αλληλογραφία	»»
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	119

Αναγνώριση:

Για τη δημιουργία της παρακάτω εργασίας, θα πρέπει να ευχαριστήσουμε όσους συνέβαλαν στην πραγματοποίησή της. Κατ' αρχάς θα πρέπει να ευχαριστήσουμε τον υπεύθυνο Καθηγητή μας Ηλία Γιαννικάκη, για τη συμβολή του και την αμέριστη συμπαράσταση στη διεκπεραίωση της εργασίας μας.

Επίσης, ευχαριστούμε πολύ την υπεύθυνη της πρακτικής μας άσκησης στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, κα Τασούλα Παπαδήμα και την υπεύθυνη στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, κα Θεοδώρα Βόγδου Λαζαρίδου, για την κατανόηση και τη συμπαράσταση που έδειξαν.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο πρόβλημα της ψυχογενούς βουλιμίας και το σκοπό της συγκεκριμένης μελέτης που μας οδήγησε στην πραγματοποίησή της, όπως και στους βασικούς ορισμούς όρων που αναλύονται σε αυτήν τη μελέτη.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην ανασκόπηση άλλων μελετών και σχετικών συγγραμμάτων.

A. Ορισμός, διαγνωστικά κριτήρια, διαφορική διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας, τα χαρακτηριστικά της νόσου και τα στάδια ενός βουλιμικού ατόμου (συμπεριφορά).

B. Επιδημιολογία της «νόσου». Αιτιολογικοί παράγοντες.

Γ. Θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας.

Δ. Ανάλυση της ηλικιακής φάσης της εφηβείας, τα κυριότερα χαρακτηριστικά και προβλήματα της εφηβείας.

E. Ο θεσμός της οικογένειας, οι βασικοί τύποι γονέων, ο ρόλος του πατέρα και της μητέρας μέσα στην οικογένεια και η σχέση των γονέων με τους εφήβους.

Στ. Θεσμός των σχολών γονέων.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη μεθοδολογία της περιγραφικής μελέτης. Γίνεται παράθεση 10 περιπτώσεων από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Θεσσαλονίκης και το Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης καθώς και συγκεντρωμένοι πίνακες των αποτελεσμάτων.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των περιπτώσεων.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα γενικά συμπεράσματα αυτής της μελέτης, με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τις περιπτώσεις.

Τέλος, γίνονται κάποιες προτάσεις και εισηγήσεις για την προσέγγιση της νόσου, την πρόληψη και την έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Υπάρχουν πολλές διαφορετικές θεωρίες που εξηγούν την ανάπτυξη και τη συντήρηση των διαταραχών διατροφής και ιδιαίτερα της βουλιμικής συμπεριφοράς. Μία όμως είναι η κοινώς αποδεκτή άποψη για το τι τελικά συντελεί στην εξάπλωση τους :Η ολοένα και μεγαλύτερη κοινωνική πίεση που δέχονται οι γυναίκες να είναι πιο αδύνατες .Αυτός ο λόγος εξηγεί και το γεγονός ότι οι διαταραχές αυτές αφορούν σχεδόν αποκλειστικά τις γυναίκες. Φορείς αυτής της πίεσης είναι η βιομηχανία της ομορφιάς από την μία και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης από την άλλη.

Η Ψυχογενής Βουλιμία και η Βουλιμία αποτελούν δύο από τις κυριότερες νοσολογικές οντότητες των Διαταραχών στην πρόσληψη τροφής. Καθώς οι επιδημιολογικές έρευνες επιβεβαιώνουν τη γενικότερη αίσθηση πως η συχνότητα των διαταραχών αυτών αυξάνεται τις τελευταίες δεκαετίες. Το ενδιαφέρον της μελέτης στρέφεται όλο και περισσότερο στις διάφορες παραμέτρους αυτής της διαταραχής. Πολλές ερωτήσεις που αφορούν την ακριβή συχνότητα, την αιτιολογία, την θεραπεία, τους παράγοντες, παραμένουν σε μεγάλο βαθμό αναπάντητες (Σίμος, 1996).

Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά αυτής της ασθένειας είναι ότι εμφανίζεται κυρίως στην εφηβεία των κοριτσιών. Η εφηβεία είναι μία περίοδος στη ζωή του ανθρώπου κατά την οποία συμβαίνουν πολύ σημαντικές αλλαγές σε όλους τους τομείς της ανάπτυξης. Το σώμα αρχίζει να αλλάζει και η κοπέλα πρέπει να είναι προετοιμασμένη να δεχτεί αυτές τις αλλαγές.

Επίσης έχουν συναισθηματικές μεταπτώσεις. Η έφηβη σε αυτήν την ηλικία προσπαθεί να ανεξαρτητοποιηθεί και να αυτονομηθεί. Να αποκτήσει δική της ταυτότητα. Ψάχνει να βρει τον εαυτό της και αυτό την κάνει ευάλωτη και τρωτή. Σε

αυτή τη φάση σημαντικός παράγοντας είναι η οικογένειά της. Η στάση και η συμπεριφορά τους θα βοηθήσει στην ευνοϊκή ή μη έκβαση της αλλαγής. Η οικογένεια αποτελεί έναν προστατευμένο χώρο όπου το παιδί, σιγά – σιγά, μεγαλώνει ,αναπτύσσεται και διαμορφώνει χαρακτήρα και προσωπικότητα, επηρεαζόμενο από το χαρακτήρα, την προσωπικότητα και τις προσδοκίες των γονιών.

Αυτό είναι και το θέμα της πτυχιακής εργασίας. Οι οικογενειακές σχέσεις και πως αυτές επηρεάζουν την έναρξη και πορεία της βουλιμικής συμπεριφοράς μιας έφηβης.

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Αποτελεί κοινή διαπίστωση πως η διαταραχή της ψυχογενούς βουλιμίας παρουσιάζει αύξηση τα τελευταία χρόνια και κυρίως σε νεαρό γυναικείο πληθυσμό. Το 90% των ατόμων δεν αναζητά βοήθεια θεωρώντας ότι το πρόβλημα είναι αθεράπευτο (Σίμος, 1996). Κρίνεται επομένως επιτακτική η ανάγκη ενημέρωσης σχετικά με το φαινόμενο της βουλιμίας, τις αιτίες και την πρόληψη τόσο πρωτογενούς όσο και δευτερογενούς.

Τι είναι όμως βουλιμία ; Ψυχίατροι, ψυχολόγοι, διατροφολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και κοινωνιολόγοι έχουν ασχοληθεί με το θέμα, γεγονός που υποδηλώνει την πολυσυνθετότητα του. Ο καθένας από αυτούς θα μπορούσε να περιγράψει την βουλιμία από την δική του οπτική γωνία.

Σαν ένα εθισμό ο οποίος προκαλεί και προκαλείται από ταλαντώσεις στα επίπεδα γλυκόζης του αίματος. Σαν ένα τρόπο να αποφευχθούν αισθήματα

κατάθλιψης ή στρεσογώνες αποφάσεις της ζωής ή σαν ένα τρόπο να ανακουφιστεί κάποιος, όταν βρίσκεται σε σύγχυση.

Σαν μια παθητική επανάσταση ενός ατόμου που δεν μπορεί να αντιδράσει πιο άμεσα ενάντια στους υπερπροστατευτικούς και απαιτητικούς γονείς. Σαν μια προσπάθεια να αποσπάσει κανείς την φροντίδα και την αγάπη ή να ανατρέψει την σοβαρότητα κάποιων προβλημάτων, μέσα σε μια οικογένεια, που αρνείται την ύπαρξη προβλημάτων ή όπου ο ανταγωνισμός μεταξύ των αδερφών είναι μεγάλος. Σαν μια απελπισμένη προσπάθεια ελέγχου του βάρους, σε μια κοινωνία όπου η προσωπική αξία κρίνεται από τη λεπτή σιλουέτα. Σαν ένα παράδειγμα των ακραίων τρόπων με τους οποίους μια γυναίκα προσπαθεί να κερδίσει έναν άντρα σε μια αντροκρατούμενη κοινωνία. Σαν ένα σύμπτωμα στη προσπάθεια των γυναικών να είναι ανταγωνιστικές και ωραίες.

Ο όρος βουλιμία προέρχεται από τις λέξεις 'βους = βόδι' και 'λιμός = πείνα' και με την έννοια αυτή μπορεί να περιγράψει δύο πράγματα: αυτόν που μπορεί να φάει 'σαν βόδι', αυτόν δηλαδή που είναι σε θέση να καταναλώσει μια μεγάλη ποσότητα τροφής, αλλά και κάποιον που πεινάει τόσο πολύ που μπορεί να φάει και ένα ολόκληρο (κυριολεκτικά) βόδι (Fairburn, 1999). Αυτή η περιγραφή είναι πολύ γλαφυρή. Με τον όρο λοιπόν βουλιμία εννοούνται επαναλαμβανόμενα επεισόδια έντονης επιθυμίας για φαγητό. Ένα επεισόδιο βουλιμίας συνεπάγεται ταχεία κατανάλωση δυσανάλογα μεγάλης ποσότητας τροφής σε μικρό χρονικό διάστημα και συνδέεται με ένα αίσθημα απώλειας του ελέγχου κατά την διαδικασία πρόσληψης τροφής.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι αρχικά η περιγραφή της διαταραχής της ψυχογενούς βουλιμίας, τα βασικά της διαγνωστικά χαρακτηριστικά και η πορεία μιας βουλιμικής συμπεριφοράς. Το γεγονός ότι η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται κυρίως στην εφηβεία νεαρών κοριτσιών, μας οδηγεί στο να αναφερθούμε στα χαρακτηριστικά αυτής της ηλικιακής περιόδου, με τις μεγάλες και σημαντικές αλλαγές που συμβαίνουν στη ζωή μιας έφηβης και ποια ή ποιες από αυτές τις αλλαγές μπορούν να συμβάλλουν στην έναρξη και πορεία – έκβαση της νόσου. Μια από τις σημαντικότερες παραμέτρους είναι η οικογένεια, η οποία αναλύεται μέσα στην παρακάτω μελέτη. Οι γονείς αποτελούν το άμεσο περιβάλλον της έφηβης. Η ταυτότητά της και η συμπεριφορά της προέρχονται κατά μεγάλο μέρος από αυτούς. Ειδικότερα στη διάρκεια της εφηβείας το άτομο είναι ευάλωτο, προσπαθεί να βρει τον εαυτό του, να ανεξαρτητοποιηθεί και γενικά περνάει συναισθηματικές μεταπτώσεις και η οικογένειά της σε αυτήν την σημαντική φάση της ζωής μπορεί είτε να δυσκολέψει είτε να διευκολύνει αυτήν την προσπάθεια.

Η μελέτη βασίζεται σε έρευνες που έδειξαν τη συνύπαρξη βουλιμίας και υψηλής συναισθηματικής υπερεμπλοκής της οικογένειας (Σίμος, 1999). Σε αντίθεση με την ψυχογενή ανορεξία, που οι σωματικές επιπτώσεις αυτής της συμπεριφοράς γίνονται εμφανής γρήγορα, στην ψυχογενή βουλιμία αυτή η συμπεριφορά μπορεί να περάσει απαρατήρητη τόσο επειδή τα συγκεκριμένα άτομα βρίσκουν τρόπους και καταφέρνουν να τη διατηρήσουν κρυφή όσο και επειδή τα σωματικά συμπτώματα δεν είναι άμεσα εμφανή, αυτό βέβαια δε σημαίνει πως δεν έχει σοβαρές συνέπειες στην υγεία και ότι μπορεί να οδηγήσει και στο θάνατο. Έτσι φαίνεται πως υπάρχουν λίγες εισαγωγές σε νοσοκομεία και επισκέψεις – συνεδρίες σε Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής

και γι' αυτό η μελέτη περιορίζεται στην παρουσίαση 10 βουλιμικών περιπτώσεων από την αρχή της διαταραχής έως την έκβασή της. Οι επιμέρους στόχοι αυτών των περιπτώσεων είναι :

1. Κλινικά χαρακτηριστικά της βουλιμικής έφηβης.
2. Προσωπικότητα της βουλιμικής έφηβης.
3. Οικογενειακές σχέσεις (αλληλεπιδράσεις) βουλιμικής –γονιών-αδελφών.
4. Έκβαση ασθένειας.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Διαταραχές πρόσληψης τροφής: ψυχολογικές διαταραχές της συμπεριφοράς που σχετίζονται με το φαγητό. Μπορεί να χαρακτηρίζονται από άρνηση λήψης οποιασδήποτε ποσότητας τροφής (νηστεία) ή από λήψη ακατάλληλης ποσότητας ή είδους τροφής ή από ανικανότητα συγκρότησης τροφής στον οργανισμό (Παιδαγωγική – Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια – Λεξικό, 1989, σελ. 1-123, Γ' Τόμος).

Ψυχογενής Βουλιμία: πρόκειται για διαταραχή στην πρόσληψη τροφής (η λέξη στην πρώτη της σημασία σημαίνει 'πείνα βοδιού' που παρουσιάζει επανειλημμένα επεισόδια μη ελεγχόμενης 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).

Ψυχογενής Ανορεξία: η άρνηση λήψης τροφής που μπορεί να προέρχεται από πραγματική έλλειψη της επιθυμίας για λήψη τροφής, δηλαδή από απουσία του αισθήματος της πείνας ή από εκούσιο αρνητισμό, από πόνο ψυχολογικό ή άλλα αίτια

άσχετα με το αίσθημα της πείνας (Παιδαγωγική – Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια – Λεξικό, 1989, σελ. 520, Α' Τόμος).

Διάγνωση ψυχολογική: η διαδικασία ή τα αποτελέσματα μίας διαδικασίας κατά την οποία αιτιολογείται η ιδιαιτερότητα μεμονωμένων 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 (Παιδαγωγική – Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια – Λεξικό, 1989, σελ. 1434, Γ' Τόμος).

Οικογένεια: 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).

Αίσθημα Κατωτερότητας: Κατά τον Adler, αίσθημα που θεμελιώνεται σε μία πραγματική οργανική κατωτερότητα. Κατά το σύμπλεγμα κατωτερότητας το άτομο προσπαθεί να αναπληρώσει με περισσότερο ή λιγότερο πετυχημένο τρόπο την ανεπάρκειά του. Ο Adler αποδίδει σε έναν τέτοιο μηχανισμό μια πολύ γενική αιτιολογική εμβέλεια που ισχύει για το σύνολο των ψυχικών παθήσεων. Κατά τον Freud το αίσθημα κατωτερότητας δεν έχει εκλεκτική σχέση με μια οργανική κατωτερότητα. Δεν αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα, αλλά πρέπει να κατανοηθεί και να ερμηνευτεί ως ένα σύμπτωμα. (Λεξικό της Ψυχανάλυσης, 1986, σελ. 5).

Ψυχοθεραπεία: με την ευρεία έννοια, κάθε θεραπευτική μέθοδος ψυχικών ή σωματικών διαταραχών που χρησιμοποιεί ψυχολογικά μέσα και ακριβέστερα, τη σχέση θεραπευτή και αρρώστου: ύπνωση / υποβολή / ψυχολογική επαναδιαπαιδαγώγηση κ.α. Με αυτή την έννοια η ψυχανάλυση είναι μορφή ψυχοθεραπείας. (Λεξικό της Ψυχανάλυσης, 1986, σελ. 560).

Θεραπεία: έχει σκοπό να καταπολεμήσει μία νόσο ή τουλάχιστο να την κάνει λιγότερο ενοχλητική (Παιδαγωγική – Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια – Λεξικό, 1989, σελ. 2330, Δ Τόμος).

Γνωστική – Συμπεριφορική θεραπεία: είναι, για τη βουλιμία, ένας συνδυασμός τεχνικών και πτυχών της γνωστικής θεραπείας. Η γνωστική θεραπεία (CT) ιδρύεται πάνω στην ελλοχέουσα λογική ότι η επιρροή και η συμπεριφορά ενός ατόμου καθορίζεται κατά ένα μεγάλο μέρος από τον τρόπο που κτίζει τον κόσμο. (Data Base Cognora).

Ψυχοθεραπεία: με την ευρεία έννοια, κάθε θεραπευτική μέθοδος ψυχικών ή σωματικών διαταραχών που χρησιμοποιεί ψυχολογικά μέσα και ακριβέστερα τη σχέση θεραπευτή και αρρώστου: ύπνωση, υποβολή, πειθώ κ.τ.λ. Με αυτή την έννοια η ψυχανάλυση είναι μορφή ψυχοθεραπείας (σελ. 50).

Εφηβεία (εφηβική ηλικία): είναι μια εκτεταμένη χρονική περίοδος κατά την οποία λαμβάνουν χώρα πολλές και σημαντικές βιοσωματικές, νοητικές, κοινωνικές και συναισθηματικές αλλαγές (Tucker, 1999, σελ.: 12).

Έφηβος: το άτομο που βρίσκεται στο αναπτυξιακό στάδιο της εφηβείας και καλύπτει την περίοδο από την ενήβωση μέχρι την ενηλικίωση, δηλαδή από το 11^ο ως το 20^ο έτος περίπου (Παιδαγωγική – Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια – Λεξικό, 1989, σελ. 1896, Δ Τόμος).

Ενήλικος: από ψυχολογικής άποψης ενήλικο θεωρείται το άτομο που αναπτυξιακά έχει εισέλθει στο στάδιο της ψυχοσωματικής ωριμότητας. Από νομικής απόψεως ενήλικο θεωρείται το άτομο που έχει φτάσει σε μία προσδιορισμένη χρονολογική ηλικία (Παιδαγωγική – Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια – Λεξικό, 1989, σελ. 1896, Δ Τόμος).

Προσωπικότητα: οι φυσικές και επίκτητες παρορμήσεις, συνήθειες, τα ενδιαφέροντα και τα συμπλέγματα, τα συναισθήματα και οι ιδεολογίες, γνώμες, πεποιθήσεις, όπως εκδηλώνονται στις σχέσεις του ατόμου με το περιβάλλον (Λεξικό της ψυχολογίας, Παπαδόπουλος, 1994, σελ. 493).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Σε μια προσπάθεια σύντομης ιστορικής αναδρομής, παρατηρείται ότι το ενδιαφέρον για τον αριθμό των ατόμων που υποφέρουν από βουλιμία ξεκίνησε με την εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας στα μέσα της δεκαετίας του '70. Όπως αναφέρει ο Fairburn (1999), η πρώτη μαρτυρία για την ύπαρξη της διαταραχής έκανε την εμφάνισή της με τη δημοσίευση ενός αριθμού άρθρων, που περιέγραφαν τη «Βουλιμαρεξία» ή το «Σύνδρομο Βουλιμίας – Κάθαρσης» που παρουσίαζαν φοιτήτριες που έμεναν σε εστίες Αμερικανικών πανεπιστημίων.

Στην εργασία του Russel (1979) γίνεται η πρώτη περιγραφή της διαταραχής. Το 1980 το σύνδρομο της βουλιμίας εισάγεται στο διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχωτικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (3^η έκδοση). Κατόπιν, το 1980-82 γίνονται μελέτες, οι οποίες περιγράφουν δύο πολλά υποσχόμενες θεραπείες, τη γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Το 1987 το σύνδρομο βουλιμία επαναπροσδιορίζεται και μετονομάζεται «Ψυχογενής Βουλιμία» στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (3^η έκδοση, αναθεωρημένη), ώστε να προσεγγίζει περισσότερο την αρχική περιγραφή του Russel (Fairburn, 1999).

Τρεις είναι κυρίως οι καταστάσεις πρόσληψης της τροφής (Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής) και χαρακτηρίζονται από βουλιμικά επεισόδια:

- η Ψυχολογική ή Νευρογενής Βουλιμία,

- ο βουλιμικός τύπος της ανορεξίας, δηλαδή η Ψυχογενής Ανορεξία τύπου υπερφαγίας
- και η διαταραχή της βουλιμίας.

Η Ψυχογενής Βουλιμία ορίζεται ως η διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων τροφής σε σύντομο χρονικό διάστημα, συχνά μικρότερο των δύο ωρών, στη διάρκεια των οποίων το άτομο νιώθει ότι δε μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του και αναγκάζεται να προβεί σε επανορθωτικές συμπεριφορές για να αποφύγει την ανάκτηση βάρους (χρήση καθαρκτικών ή διουρητικών, πρόκληση εμετού, υπερβολική και επίπονη άσκηση ή νηστεία). Τα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία, ασχολούνται ιδιαίτερα με το βάρος και το σχήμα του σώματός τους, σε τέτοιο βαθμό όπου τα στοιχεία αυτά παίζουν καθοριστικό ρόλο στον προσδιορισμό της συνολικής τους αυτοεκτίμησης. Το βάρος των ατόμων είναι κατά κανόνα φυσιολογικό (Fairburn, 1999).

Σύμφωνα με το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, τα διαγνωστικά κριτήρια κατά το (DSM IV, 1994) είναι:

- Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω:
- Ταχεία κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής μέσα σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. δύο ώρες). Η ποσότητα του φαγητού είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια μιας παρόμοιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες συνθήκες.

- Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας υπάρχει ένα αίσθημα έλλειψης ελέγχου της πρόσληψης τροφής, δηλαδή μία αίσθηση ότι κάποιος δε μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει πόσο και τι τρώει.
- Επανειλημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά για να αποτραπεί η απόκτηση βάρους, όπως πρόκληση εμετού, κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων, αυστηρή διαίτα, νηστεία ή επίπονη άσκηση.
- Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα επί τρεις μήνες.
- Η εκτίμηση του εαυτού επηρεάζεται αδικαιολόγητα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.
- Η διαταραχή δε συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχολογικής ανορεξίας.

Η Ψυχογενής Βουλιμία παρατηρείται με την ίδια περίπου συχνότητα σε όλες τις βιομηχανικές χώρες και αφορά το 1/3 % των γυναικών, ενώ πολύ χαμηλό είναι το ποσοστό των αντρών. Ακριβώς επειδή τα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία διέπονται από μία μυστικοπάθεια και δεν αναζητούν εύκολα ιατρική βοήθεια, είναι δύσκολη η εκτίμηση της επιδημιολογίας (Μάνος, 1997).

Η Ψυχογενής Ανορεξία τύπου Υπερφαγίας Κάθαρσης χαρακτηρίζεται από την άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του στο φυσιολογικό για το ύψος και την ηλικία του, από έναν υπερβολικό φόβο ότι είναι παχύ ή θα παχύνει, από την άσχημη εικόνα που έχει για το σώμα του και από την αμηνόρροια στις γυναίκες. Όλο και παραπάνω δηλαδή η εσφαλμένη εικόνα για το σώμα τους και ο φόβος ότι θα παχύνουν, κάνουν τα άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία να ζουν με ένα λιτό και αυστηρό τρόπο διατροφής. Αν και η νόσος λέγεται ανορεξία, τα άτομα συνεχίζουν να έχουν όρεξη για φαγητό, με αποτέλεσμα η στέρηση από το φαγητό να είναι βασανιστική.

Κάποια στιγμή όμως λυγίζουν και υποκύπτουν στην ανάγκη για φαγητό προκαλώντας βουλιμικά επεισόδια με διαφορετική ένταση και συχνότητα (βουλιμικός τύπος της Ψυχογενούς ανορεξίας). Τα άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία είναι πολύ αδύνατα γιατί αν και υποκύπτουν σε βουλιμικά επεισόδια, χρησιμοποιούν διάφορα μέσα που αναφέρθηκαν παραπάνω ώστε να διατηρούν το βάρος του σώματός τους σε χαμηλά επίπεδα.

Η διαταραχή της βουλιμίας αποτελεί μία καινούρια διαγνωστική κατηγορία. Η διαταραχή μοιάζει πολύ με την Ψυχογενή Βουλιμία από την άποψη των χαρακτηριστικών και της συχνότητας των βουλιμικών επεισοδίων. Στη διαταραχή της βουλιμίας όμως απουσιάζουν οι επανορθωτικές συμπεριφορές οι οποίες μειώνουν ή αναστρέφουν τα παχυντικά αποτελέσματα των επεισοδίων βουλιμίας. Για το λόγο αυτό τα άτομα είναι κατά κανόνα υπέρβαρα (Fairburn, 1999).

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Η διαφορική διάγνωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας θα γίνει από την Ψυχογενή Ανορεξία, Τύπου Υπερφαγίας – Κάθαρσης. Σύμφωνα με το DSM – IV(1994), εφόσον το άτομο παρουσιάζει επεισόδια υπερφαγίας / κάθαρσης μόνο κατά την πορεία Ψυχογενούς Ανορεξίας δε θα δοθεί ως επιπρόσθετη διάγνωση η Ψυχογενής Βουλιμία. Στην περίπτωση που κάποιο άτομο παρουσιάζει επεισόδια υπερφαγίας / κάθαρσης, αλλά δεν πληρεί πια όλα τα κριτήρια για Ψυχογενή Ανορεξία, Τύπου Υπερφαγίας / Κάθαρσης (π.χ. να έχει φυσιολογικό βάρος ή κανονική εμμηνορρυσία) τότε αφήνεται στην κρίση του κλινικού να βγάλει τη διάγνωση Ψυχογενούς Ανορεξίας Τύπου Υπερφαγίας / Κάθαρσης, σε μερική ύφεση ή τη διάγνωση Ψυχογενούς Βουλιμίας.

Ακόμη η διαφορική διάγνωση θα γίνει από νευρολογικές ή άλλες σωματικές καταστάσεις, όπως π.χ. το σύνδρομο Kleine – Levin, όπου υπάρχει βουλιμική συμπεριφορά, αλλά δεν υπάρχει σε μεγάλο βαθμό η ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος.

Επίσης η διαφορική διάγνωση θα γίνει και από τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, με Άτυπα Στοιχεία, όπου συχνά υπάρχει υπερφαγία θα βασιστεί στο ότι δεν υπάρχει η παθολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά, ούτε έντονη ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Βουλιμική συμπεριφορά παρατηρείται συχνά σε Μετ αιχμιακή Διαταραχή της προσωπικότητας σε γυναίκες. Αν όμως υπάρχει το πλήρες σύνδρομο τότε δίνονται και οι δύο διαγνώσεις (Μάνος, 1997).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια αναφέρονται περιστατικά, κυρίως εφήβων κοριτσιών, που παρουσιάζουν διαταραχές της συμπεριφοράς τους σχετικά με το φαγητό και συνήθως συνοδεύεται και από άλλες ψυχικές διαταραχές, ψυχώσεις ή νευρώσεις και διαταραχές προσωπικότητας. Η παχυσαρκία δεν ανήκει στις διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Δύο βασικά κλινικά σύνδρομα σχετικά με τη διατροφή, που εμφανίζονται στην εφηβεία των κοριτσιών, είναι η Ψυχογενής Ανορεξία και η Ψυχογενής Βουλιμία. «Η Ψυχογενής Ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας, στο οποίο το άτομο με τη θέλησή του περιορίζει την πρόσληψη τροφής, καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ.» Το ανορεκτικό άτομο αρχίζει ν' αδυνατίζει με

κάποια δίαιτα. Στη συνέχεια όμως η απώλεια βάρους γίνεται μεγαλύτερη και πιο αισθητή, η πρόσληψη τροφής ελαττώνεται όλο και περισσότερο, η οικογένεια και οι φίλοι αρχίζουν να τρομάζουν με τη διαφορά που βλέπουν, σε συνδυασμό με την αντίληψη του ανορεξικού ατόμου ότι είναι ακόμα παχύ και πρέπει να χάσει βάρος.

Μερικές επιπτώσεις είναι η υποθερμία, το οίδημα αστραγάλων, η βραδυκαρδία, η υπόταση, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές και μπορεί να οδηγήσει σε κώμα ή θάνατο. Η Ψυχογενής Ανορεξία είναι δυνητικά θανατηφόρα νόσος, καθώς η θνησιμότητα ξεπερνά το 10% (Μάνος, 1997).

Δύο τύποι Ψυχογενούς Ανορεξίας

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997) υπάρχουν δύο τύποι Ψυχογενούς Ανορεξίας:

1. Ο Περιοριστικός τύπος, όπου έχουμε τη διαταραχή στην οποία το άτομο επιταχύνει την απώλεια βάρους κυρίως με δίαιτα, νηστεία ή υπερβολική άσκηση,
2. Ο τύπος Υπερφαγίας / Κάθαρσης, όπου το άτομο επιταχύνει την απώλεια βάρους με την πρόκληση εμετού, τη χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμετών ύστερα από υπερφαγία ή και τη λήψη μικρών ποσοτήτων τροφής.

Συμπτώματα / Επιπλοκές

Η μεγάλη ελάττωση του βάρους συνοδεύεται από καταθλιπτικά συμπτώματα όπως: καταθλιπτική διάθεση, κοινωνική φοβία (ντρέπονται να τρώνε δημόσια), κοινωνική απόσυρση, αϋπνία, ευερεθιστικότητα. Μπορεί ακόμα ν' αναπτυχθεί πλήρης Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή. Τα ανορεκτικά άτομα συχνά έχουν προβλήματα ελέγχου των παρορμήσεων και κάνουν χρήση και κατάχρηση αλκοολούχων και άλλων ουσιών (αμφεταμίνες, ηρεμιστικά, κοκαΐνη). Εργαστηριακά

ο προκλητός εμετός, τα καθαρτικά και τα διουρητικά μπορεί να προκαλέσουν παθολογικά ευρήματα. Οι εξετάσεις αίματος μπορεί να δείξουν λευκοπενία, αναιμία, αύξηση ουρίας, χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων, βραδυκαρδία, αρρυθμία και πολλά άλλα. Σωματικά συμπτώματα όπως δυσκοιλιότητα, κοιλιακοί πόνοι, αδυναμία, λήθαργος, υπόταση, υποθερμία, ξηρότητα και κιτρίνισμα δέρματος. Λόγω του προκλητού εμετού μπορεί να παρουσιαστούν διαβρώσεις των ούλων, της αδαμαντίνης των δοντιών ή κάλους στη ράχη των χεριών. Σοβαρότερες επιπλοκές είναι η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, καρδιαγγειακά προβλήματα και η χειρότερη επιπλοκή είναι ο θάνατος. (Μάνος 1997)

Εκτός της Ψυχογενούς Ανορεξίας, άλλο βασικό κλινικό σύνδρομο είναι η Ψυχογενής Βουλιμία, η οποία μας απασχολεί στη Διπλωματική και αναλύουμε στο πρώτο κεφάλαιο. Η Ψυχογενής Βουλιμία εμφανίζεται σε δύο τύπους:

- τύπος Κάθαρσης, κατά τον οποίο το βουλιμικό άτομο, κατά τη διάρκεια του επεισοδίου βουλιμικής συμπεριφοράς, προκαλεί εμετό ή κάνει χρήση διουρητικών – καθαρτικών και
- τύπος Μη Κάθαρσης, όπου το βουλιμικό άτομο χρησιμοποιεί άλλες μεθόδους αντισταθμιστικές, όπως νηστεία ή υπερβολική άσκηση και δε χρησιμοποιεί μεθόδους όπως πρόκληση εμετού ή χρήση διουρητικών – καθαρτικών.

Η Ψυχογενής Ανορεξία και η Ψυχογενής Βουλιμία αποτελούν τις βασικές διαταραχές στην πρόσληψη τροφής. Υπάρχει και μία κατηγορία διαταραχών (DSM – IV 1994) που δεν πληρούν όλα τα κριτήρια ώστε να ενταχθούν κάπου συγκεκριμένα (Μάνος. 1997).

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ –ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Κατά τον Sheppard (2003) τα βασικά χαρακτηριστικά της βουλιμίας είναι τα εξής:

- Το πρώτο ειδικό χαρακτηριστικό της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι τα περιοδικά επαναλαμβανόμενα επεισόδια κατανάλωσης μεγάλης ποσότητας τροφής. «Δηλαδή βουλιμία σημαίνει να τρως μεγαλύτερη από τη συνηθισμένη ποσότητα φαγητού, σε μικρό χρονικό διάστημα, με επαναλαμβανόμενη συχνότητα». Η τροφή καταναλώνεται κατά τη διάρκεια βουλιμικών επεισοδίων, τις περισσότερες φορές έχει πολλές θερμίδες, έχει γλυκιά γεύση καθώς και όψη που διευκολύνει τη γρήγορη κατάποση. Αυτό γίνεται συνήθως κρυφά και διακριτικά.
- Δεύτερο χαρακτηριστικό ενός βουλιμικού επεισοδίου είναι το γεγονός ότι η τροφή καταβροχθίζεται εξαιρετικά γρήγορα· σχεδόν αμάσητη. Η έντονη επιθυμία και ο εθισμός οδηγούν το άτομο να οδηγή την τροφή στο στόμα του όσο γρήγορα γίνεται. Αυτός είναι ένας λόγος που οι περισσότεροι εξαρτημένοι του φαγητού τρώνε κρυφά. Το θέαμα της γρήγορης κατανάλωσης, του ανακατέματος της αμάσητης κατάποσης είναι καθαρή ένδειξη τροφικής εξάρτησης. Συνέπεια αυτού του εθισμού και της εξάρτησης είναι το αίσθημα έλλειψης ελέγχου· το εξαρτημένο άτομο νιώθει φόβο και πιστεύει πως δε θα καταφέρει να σταματήσει να τρώει.

Το άτομο προκαλεί μόνο του εμετό, κάνει αυστηρές δίαιτες, χρησιμοποιεί καθαρτικά και διουρητικά ή γυμνάζεται πάρα πολύ από φόβο μήπως παχύνει.

Συχνό φαινόμενο αυτών των συμπεριφορών είναι οι διακυμάνσεις στο βάρος,

που οφείλονται στην εναλλαγή βουλιμικών επεισοδίων και αποχής από το φαγητό. Όλες αυτές οι μέθοδοι (ακραίες) για την αποφυγή αύξησης βάρους προκαλούν σοβαρές παρενέργειες, σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα.

- Άλλο χαρακτηριστικό είναι τα συχνά βουλιμικά επεισόδια. Οι βουλιμικοί έχουν ένα μέσο όρο δύο βουλιμικών επεισοδίων τη βδομάδα, για τρεις τουλάχιστο μήνες. Οι εθισμένοι που βρίσκονται στα ενδιάμεσα και τελευταία στάδια του εθισμού και της εξάρτησης, είναι πιθανό να έχουν βουλιμικά επεισόδια καθημερινά.
- Και ένα τελευταίο χαρακτηριστικό είναι το έντονο ενδιαφέρον τους για το βάρος και τη σιλουέτα τους. Το μυαλό του εξαρτημένου παλεύει με την εμμονή στο φαγητό και την ανησυχία για το βάρος του.

ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΕΝΟΣ ΒΟΥΛΙΜΙΚΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

Πρώτο Στάδιο

Πρώτα σημάδια:

- Σύμφωνα με τον Sheppard(2003), ένα από τα πρώτα σημάδια της τροφικής αυτής εξάρτησης είναι η συνεχής ενασχόληση με το φαγητό. Τα βουλιμικά άτομα μιλάνε και ψάχνουν συνέχεια για φαγητό. Συνηθίζουν να περνούν το χρόνο τους μπροστά στο ψυγείο, ψάχνοντας φαγώσιμα. Συνδέουν δραστηριότητες και ημέρες με φαγώσιμα, όπως: Χριστούγεννα – κουραμπιέδες, Πάσχα – σοκολατένια αυγά. Κατά τη διάρκεια της ημέρας ανυπομονούν για τις ώρες φαγητού, δηλαδή το πρωί περιμένουν με

ανυπομονησία την ώρα του μεσημεριανού φαγητού και το απόγευμα πότε θα έρθει το βράδυ για το δείπνο.

- Ως συνέπεια αυτής της συνεχούς απασχόλησης με το φαγητό, το άτομο αρχίζει να νιώθει άσχημα, διακατέχεται από ενοχές και φόβο και συνεχίζοντας γίνεται ανειλικρινής και αρχίζει να εξαπατά τους γύρω του. Αρχίζει να κρύβει φαγητό, ώστε να μπορεί να το φάει μόνο του και χωρίς να το βλέπουν οι άλλοι, αφού τα βουλιμικά άτομα έχουν την τάση να τρώνε γρήγορα και μεγάλες ποσότητες, κάτι που ως θέαμα είναι αποκρουστικό και προδίδει την τροφική τους εξάρτηση. Τα βουλιμικά άτομα, όσον αφορά το κρύψιμο φαγητού, έχουν πολύ δημιουργική φαντασία.
- Τα εξαρτημένα από το φαγητό άτομα δε διαφέρουν από τα υπόλοιπα εξαρτημένα άτομα, με κάποια εθιστική ουσία. «Όλες οι έξεις προστάζουν τον εθισμένο να βρει και να κάνει χρήση της εθιστικής ουσίας» (Sheppard, 2003). Οι εξαρτημένοι ψάχνουν μανιασμένοι για φαγητό για να ικανοποιήσουν τον εθισμό τους. Δεν κλέβουν μόνο φαγητό, αλλά μπορεί να κλέψουν και χρήματα ή να σκαρφιστούν κάτι που θα τους φέρει πιο κοντά στο πολυπόθητο φαγητό.
- Άλλα δύο χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν αυτά τα άτομα στα πρώτα στάδια είναι η κρυψίνιοια και η δυσφορία όταν δεν υπάρχει γύρω τους φαΐ. Όπως αναφέραμε, τα βουλιμικά άτομα συνέχει σκέπτονται το φαΐ, σε όλη τη διάρκεια της ημέρας και οι δραστηριότητες και οι ενέργειές τους έχουν γνώμονα το φαγητό. Χειρίζονται καταστάσεις έτσι ώστε να τους προσφερθεί φαγητό, συμμετέχουν σε πράγματα μόνο όταν ξέρουν και την εξάρτησή τους και αν δε μπορέσουν απέχουν εντελώς. Επίσης, προσπαθούν να αποφεύγουν συζητήσεις γύρω από το φαγητό και να κρύβουν τα αισθήματά τους όσον αφορά την εξάρτησή τους, δηλαδή το φαγητό. Η μυστικοπάθεια είναι βασικό

χαρακτηριστικό τους. Προσπαθούν να κρατήσουν κρυφές πράξεις και συναισθήματα.

Τα άτομα αυτά με τα βουλιμικά επεισόδια στα πρώτα στάδια της ασθένειας δεν έχουν βάλει κλά και αυτό ίσως λόγω άσκησης ή μεταβολισμού, ενώ συνεχίζουν με την ψευδαίσθηση ότι δεν επηρεάζει το βάρος τους, πράγμα που δεν ισχύει. Στη συνέχεια όμως αυτής της εξάρτησης (λαιμαργίας) και καθώς η αρρώστια εξελίσσεται, είναι φυσικό ότι το άτομο βλέπει τις αλλαγές επάνω του και έτσι αναπτύσσει απέχθεια και αηδία για τον εαυτό του. «Η αρρώστια χτυπάει σε όλα τα επίπεδα: σωματικό, συναισθηματικό, ψυχικό, πνευματικό» (Sheppard, 2003).

Αυτά τα σημάδια εμφανίζονται στο πρώτο στάδιο που ένα άτομο παρουσιάζει βουλιμική συμπεριφορά. Αν δε γίνει άμεση επέμβαση και δε δοθεί βοήθεια, η εξάρτηση θα οδηγήσει σε σωματικές ασθένειες, συναισθηματικές διαταραχές και ψυχολογικά προβλήματα.

Δεύτερο Στάδιο

Κατά τον Sheppard(2003), σε αυτό το στάδιο το εθισμένο άτομο χάνει τόσο τον έλεγχο της ποσότητας που τρώει όσο και τον έλεγχο της συμπεριφοράς του. Στο στάδιο αυτό αρχίζει το άτομο να μη νιώθει άνετα με το βάρος του. Σιγά – σιγά ανακαλύπτει το πρόβλημα που λέγεται ‘βάρος’. Τότε έρχεται η δίαιτα. Η δίαιτα αποτελεί την προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει το πρόβλημα και το φόβο με το βάρος του. Τέτοιες προσπάθειες για απώλεια βάρους είναι πάντοτε παρούσες στην πορεία της τροφικής εξάρτησης.

Όταν τέτοιες απόπειρες αποτύχουν, κάτι που συμβαίνει πολύ συχνά, το εξαρτημένο άτομο ψάχνει να βρει εναλλακτικές λύσεις, για να αντιμετωπίσει την αύξηση του βάρους. Οι εξαρτημένοι έχουν πρόσβαση και στα διαιτητικά χάπια, που

διατίθενται ελεύθερα στο εμπόριο και προκαλούν εθισμό. Η κοκαΐνη επίσης βοηθά στον έλεγχο του βάρους, όμως ο εξαρτημένος από το φαγητό που χρησιμοποιεί ναρκωτικά, μοιραία θα εθιστεί και σε αυτά. Σε αυτή την κατηγορία έχουμε χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, ηρεμιστικών, αμφεταμινών, αλκοολούχων προϊόντων και τσιγάρου. Αυτές οι εξαρτήσεις δύσκολα κόβονται, διότι πιστεύουν πως αν τις κόψουν θα οδηγηθούν στην αύξηση του βάρους και έτσι συνεχίζουν.

Η άσκηση είναι ένας άλλος συνηθισμένος τρόπος για να αντιμετωπίσει ο εξαρτημένος το πρόβλημα του βάρους. Αν και φαίνεται υγιής επιλογή, ο τρόπος που το κάνει δεν είναι σωστός. Τα άτομα αυτά παθαίνουν ψύχωση με τη γυμναστική. Περνούν όλη την ώρα κάνοντας ασκήσεις και παθαίνουν κρίσεις πανικού αν δεν προλάβουν να ασκηθούν όσο θέλουν.

Η πιο εύκολη λύση για τον εθισμένο από την τροφή, είναι η αποβολή της τροφής από τον οργανισμό. Έτσι θα μπορέσει, χωρίς κόπο και θυσίες, να διατηρήσει το βάρος του. Τα καθαρτικά, τα διουρητικά και η πρόκληση τεχνητού εμετού είναι οι συνήθεις τρόποι που χρησιμοποιούν τα βουλιμικά άτομα για να αποβάλλουν τις τεράστιες ποσότητες φαγητού που καταναλώνουν. Ξεχνάν όμως το σωματικό και ψυχικό τίμημα που πληρώνουν.

Όσο περισσότερο μεγαλώνει η εξάρτηση και ο εθισμός για το φαγητό τόσο μεγαλύτερη γίνεται και η ανάγκη του ατόμου για να το κρύψει από τους γύρω του. Νιώθει άσχημα, βλέπει πως έχει χάσει τον έλεγχο και ως εύκολη λύση εξαπατάει τόσο τον εαυτό του όσο και τους άλλους. Για παράδειγμα, τρώει κρυφά, κρύβει φαγητό και γλυκά σε περίεργα μέρη, τρώει όταν οδηγεί, όταν δουλεύει, όταν βρίσκεται στην κρεβατοκάμαρα ή στο μπαλκόνι, κρύβει τις συσκευασίες και τα κουτιά από αυτά που έχει φάει και άλλα τέτοια. Και όταν δε μπορούν να κρυφτούν ή τους πάνουν, βρίσκουν άπειρες δικαιολογίες τόσο για τις ποσότητες και τον τρόπο

που τρώνε όσο και για το βάρος τους που αυξάνεται. Κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου το εθισμένο άτομο είναι πολύ ευαίσθητο συναισθηματικά και έχει μεταπτώσεις από κατάθλιψη και μελαγχολία σε νεύρα και ξεσπάσματα. Το άτομο έχει χάσει την ενέργειά του και νιώθει συνέχεια εξαντλημένο και κουρασμένο.

Τα Τελευταία Στάδια

Σύμφωνα με τον Sheppard(2003), όλες οι προσπάθειες ελέγχου του εθισμού αποτυγχάνουν. Οι διάφοροι μέθοδοι δεν έχουν αποτέλεσμα ακριβώς για τον λόγο ότι έχουν ως στόχο την καταπολέμηση του βάρους και όχι της εξάρτησης. Ο εξαρτημένος προσπαθεί απεγνωσμένα, δοκιμάζει νέες και παλιές μεθόδους αλλά χωρίς αποτέλεσμα. Αρχίζει να νιώθει έντονες τύψεις και ενοχές για τον τρόπο ζωής που ακολουθεί. Επίσης δίνει όρκους και υποσχέσεις στον εαυτό του και τους γύρω, που συχνά δεν τηρούνται. Στο τέλος χάνει το ενδιαφέρον για οτιδήποτε άλλο· το εθισμένο άτομο ασχολείται μόνο με το φαγητό, το οποίο γίνεται το κέντρο όλων των δραστηριοτήτων του, με αποτέλεσμα να οδηγείται σε απομόνωση. Προτιμάει να μένει μόνο του για να μπορεί να τρώει ό,τι θέλει και αυτό τον ευχαριστεί στην παρούσα φάση. Έτσι δεν αργούν να εμφανιστούν τα οικογενειακά και επαγγελματικά προβλήματα. Τα άτομα αυτά κατηγορούν τους πάντες και τα πάντα για τα προβλήματά τους, χωρίς να καταλαβαίνουν ότι η εξάρτηση από το φαγητό είναι η αιτία για του προβλήματος. Τα συναισθήματα που επικρατούν σε αυτήν τη φάση είναι οργή, εκνευρισμός, δυσφορία και μελαγχολία, αλλά και η σωματική υγεία χειροτερεύει, καθώς υπάρχει έλλειψη ενέργειας, κόπωση και αδυναμία συγκέντρωσης. Σε αυτή τη φάση, πολλοί απευθύνονται για βοήθεια σε γιατρό για σημαντικές ενοχλήσεις ή σε ψυχοθεραπευτή για ψυχολογικά προβλήματα.

Στο επόμενο στάδιο έχουμε την πλήρη παραίτηση από τις μεθόδους έλεγχου του βάρους. Δεν έχει πια σημασία τι τρώνε. Δεν έχουν τη δύναμη ν' ακολουθήσουν

καμία δίαιτα, καθώς είναι τελείως ανίσχυροι μπροστά στην εξάρτησή τους. Το φαγητό γίνεται βασικό σημείο αναφοράς. Όλες οι ανάγκες, σωματικές και ψυχικές, ικανοποιούνται με το φαγητό, το οποίο γίνεται πηγή ασφάλειας για αυτά τα άτομα. Μπορούμε να πούμε ότι αποκτούν ψύχωση με το φαγητό. «Εδώ υπάρχουν δύο επιλογές: ή παραιτούνται ή θεραπεύονται· δεν υπάρχει άλλη εκδοχή» (Sheppard, 2003).

ΤΟ ΠΟΡΤΡΑΙΤΟ ΤΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΚΗΣ ΕΦΗΒΗΣ

Σύμφωνα με τη R. Cocker (1994), η βουλιμική έφηβη είναι μια γυναίκα φαινομενικά τέλεια, αυστηρή, αλαζονική, ψυχρή και απόμακρη. Η ασκητική ζωή που επιβάλλει στον εαυτό της, την κάνει να διατηρείται σε λεπτή γραμμή και μέσα στη μόδα. Προκαλεί μια αίσθηση θαυμασμού και είναι αρκετά δύσκολο να την πλησιάσεις. Είναι ένας ορθολογικός, κριτικός εγκεφαλικός τύπος, ένα πρόσωπο το οποίο δε θα θέλαμε ποτέ να μας κρίνει.

Χαρακτηρίζεται από μία έντονη μυστικοπάθεια, που την καθιστά μοναχική, και ενώ εξωτερικά φαίνεται δυνατή, κανείς δε μπορεί να ξέρει τι κρύβει. Κρατά πολύ βαθιά κρυμμένη την τάση να καταβροχθίζει άπληστα οτιδήποτε βρεθεί μπροστά της και στη συνέχεια να το αποβάλλει από τον οργανισμό της με αυτοπροκαλούμενο εμετό. Είναι το μυστικό της και δεν πρόκειται να το μοιραστεί με κανέναν.

Κατακλύζεται από ένα έντονο αίσθημα κενού, το οποίο κουβαλάει μέσα της, την πονά και πρέπει να βρει τρόπο να το γεμίσει, καταφεύγοντας στο φαγητό.

Η βουλιμική έφηβη αποζητά υπερβολικά την αποδοχή των άλλων και εξαρτάται από αυτούς. Δυσκολεύεται υπερβολικά να πει 'όχι' γιατί δεν αφήνει τον

εαυτό της ελεύθερο να πράξει όπως θέλει. Φοβάται την αρνητική κριτική, που σημαίνει ένα μεγαλύτερο κίνδυνο: την επανάληψη της εγκατάλειψης ή της απόρριψης.

Ένα άλλο ιδιαίτερο χαρακτηριστικό, που διέπει την προσωπικότητα της βουλιμικής γυναίκας, είναι η απόσταση που η ίδια δημιουργεί. Δίνει στους άλλους μια εικόνα διαφορετική και ψεύτικη, η οποία απέχει από την πραγματική. Αρνείται το πραγματικό της 'Εγώ' και δέχεται την τέλεια εικόνα που έχει για τον εαυτό της. Στις ακατάσχετες κρίσεις λαιμαργίας της, επιβάλλεται το άγνωστο και διαφορετικό τμήμα της, που κάθε άλλο παρά τέλειο είναι και το οποίο πρέπει να καταστήσει ακίνδυνο, όμως ο ελάχιστος χώρος που παραχωρεί στην πραγματική προσωπικότητά της βρίσκει διέξοδο μόνο σε σωματικό επίπεδο.

Τα εν λόγω άτομα είναι πρόσωπα που δεν αγαπούν το 'Εγώ' τους, με χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, έχουν περιορισμένη ικανότητα αντοχής στις απογοητεύσεις, είναι άπληστα, λαιμαργα και με έντονη την τάση αγκίστρωσης από φιλικά ή συγγενικά πρόσωπα. Τέλος φοβούνται τις συγκινήσεις (Μελαγχολία – ψυχαναγκασμός) και τη σεξουαλικότητα (R. Cockerl, 1994).

Σύμφωνα με τον M. Strober (1995), αυθεντία στις διαταραχές πρόσληψης τροφής και προσωπικότητας, η διερεύνηση του εσωτερικού κόσμου της έφηβης κοπέλας μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως φοβάται μήπως φανεί ανεπαρκής ή αντλήσει ευχαρίστηση από την ξεκούραση και τη διασκέδαση ή ρισκάρει να εκφράσει τα συναισθήματά της. Θεωρεί αυτά τα άτομα «απελπιστικά απροετοίμαστα» στις αναπτυξιακές απαιτήσεις της εφηβείας (Fairburn, 1999).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι διαταραχές πρόσληψης της τροφής σε διεθνές επίπεδο

Σύμφωνα με το Fairburn (1999), ένα από τα πρώτα θέματα που απασχόλησαν τη διεθνή επιστημονική κοινότητα ήταν η έκταση που μπορεί να έχουν οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (ΔΠΤ). Είναι πολυάριθμες οι έρευνες που έγιναν σε γενικούς πληθυσμούς σε κλινικούς καθώς και μαθητικούς - σπουδαστικούς πληθυσμούς για την διερεύνηση της συχνότητας τους. Αν και τα αποτελέσματα τέτοιων ερευνών προήλθαν αρχικά από τη Δυτική Ευρώπη και Βόρεια Αμερική, σήμερα, έχουμε πληροφορίες που εκτείνονται από την Αίγυπτο και το Πακιστάν έως την Κίνα και τη Νέα Ζηλανδία.. Ένα πρώτο συμπέρασμα αυτών το ερευνών είναι ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής παρουσιάζουν μεγάλη συχνότητα. Το δεύτερο συμπέρασμα είναι ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής συνεχώς αυξάνονται. Το τρίτο, ότι η συχνότητα των διαταραχές πρόσληψης τροφής συμβαδίζει με το βαθμό δυτικοποίησης μίας κοινωνίας. Παρακάτω αναφέρονται μόνο κάποια από τα ενδεικτικά στοιχεία:

Μελέτη των ιατρικών αρχείων της Νότιο-Ανατολικής Σκωτίας έδειξαν πως η συχνότητα της Ψυχογενούς Ανορεξίας ανάμεσα στα έτη 1966-1969 και 1978-82 αυξήθηκε κατά 150%.(Fairburn,1999)

Η μελέτη των αρχείων όλων των ψυχιατρικών υπηρεσιών τριών περιοχών τη Βόρειο-Ανατολικής Σκωτίας για το διάστημα 1965-1991 απέδειξε πως ο ρυθμός ετήσιας αύξησης της Ψυχογενούς Ανορεξίας στο γυναικείο πληθυσμό ήταν 5,3%, κάτι το οποίο μπορεί να εξηγηθεί είτε από την πραγματική αύξηση της συχνότητας της Ψυχογενούς Ανορεξίας είτε από την μάλλον περισσότερο πρώιμη παραπομπή τέτοιων περιστατικών σε ψυχιατρικές υπηρεσίες.(Fairburn,1999)

Η διερεύνηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας σε μια ομάδα 12.391 κοριτσιών σχολικής ηλικίας του Λονδίνου, τόσο με βάση πληροφορίες από το σχολείο, όσο και από τα ιατρικά τους αρχεία μπόρεσε να ανιχνεύσει μια σοβαρή μορφή ΨΑ ανά 100 κορίτσια ηλικίας άνω των 16 ετών καθώς και μία μεγαλύτερη συχνότητα της διαταραχής σε ιδιωτικά σχολεία, ενδεικτική της συνεισφοράς ενός κοινωνικού παράγοντα στην ανάπτυξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας.(Fairburn,1999)

Η διερεύνηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας στη Νέα Ζηλανδία έδειξε πως ο ετήσιος ρυθμός παραπομπών περιστατικών Ψυχογενούς Βουλιμίας σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, αναφορικά με γυναίκες 15-29 ετών, αυξήθηκε στο διάστημα 1977-1986 κατά 8 περίπου φορές.(Fairburn,1999)

Η μελέτη της συχνότητας της Ψυχογενούς Βουλιμίας στη Δανία για το διάστημα 1970-1989, έδειξε πως η ετήσια εμφάνιση νέων περιπτώσεων Ψυχογενούς Βουλιμίας τετραπλασιάστηκε μέσα σ' αυτή την εικοσαετία.(Fairburn,1999)

Σε ότι αφορά λιγότερο τυπικές μορφές διαταραχές πρόσληψης τροφής και κυρίως συμπεριφορές που συνδέονται με τη βουλιμία, υπάρχουν τα εξής ευρήματα:

Η διερεύνηση βουλιμικών συμπεριφορών σε μία ομάδα 369 γυναικών μιας υπηρεσίας οικογενειακού προγραμματισμού στη Νότιο Αγγλία, μέσης ηλικίας 24 ετών. έδειξε πως το 21% των γυναικών αυτών ανέφερε επεισόδια βουλιμίας το 5% χρησιμοποιούσε υπακτικά και το 3% επιδίωταν σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ως μέσο για τον έλεγχο του σωματικού βάρους.(Fairburn1999)

Μια ανασκόπηση 38 μελετών που έγιναν με τη βοήθεια αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων και που αφορούσε έφηβες και νεαρές ενήλικες γυναίκες έδειξε επεισόδια βουλιμίας σε ποσοστό 36%, αυστηρή δίαιτα ή νηστεία σε ποσοστό 29% και αυτοπροκαλούμενους εμετούς σε ποσοστό 8% (Wilson & Fairburn, 1993).

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής στα Ελληνικά δεδομένα

Σύμφωνα με το Σίμο (1996), η αντίληψη ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι πολύ συχνότερες στις βιομηχανικές κοινωνίες βασίζεται στο γεγονός, ότι σε αυτές μία γυναίκα θεωρείται ελκυστική όταν είναι αδύνατη καθώς και στη διαπίστωση πως η δυτικοποίηση μιας κοινωνίας συνδέεται σταθερά με την αύξηση του ποσοστού των παθολογικών στάσεων και συμπεριφορών ως προς την πρόσληψη τροφής, έτσι ώστε και λόγω της επίδρασης των Μ.Μ.Ε. καμία κοινωνία να μη θεωρείται πλέον απροσπέλαστη στην ανάπτυξη των διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Μια πρόσφατη έρευνα (Σίμος 1996) αφορούσε τη διερεύνηση των διαταραγμένων στάσεων και συμπεριφορών στην πρόσληψη τροφής σε μαθητές και μαθήτριες λυκείων της πόλης της Θεσσαλονίκης ηλικίας 17 ετών. Το ποσοστό κοριτσιών με παθολογικές στάσεις και συμπεριφορές στην πρόσληψη τροφής ήταν ιδιαίτερα υψηλό (24,8%), ενώ το αντίστοιχο στα αγόρια ήταν 7,8%. Τα ποσοστά αυτά είναι από τα μεγαλύτερα που αναφέρονται στη βιβλιογραφία σε παρόμοιους πληθυσμούς. Η μέτρηση του βάρους και του ύψους αυτών των μαθητών αποκάλυψε ταυτόχρονα πως ενώ το μέσο βάρος τους ήταν μέσα σε φυσιολογικά πλαίσια εντούτοις ήταν υψηλότερο από αυτό αντίστοιχων δειγμάτων άλλων κρατών. Μια προσπάθεια ερμηνείας αυτών των ευρημάτων, αν και δεν μας δίνει άμεσα τα ποσοστά των βουλιμικών ή ανορεκτικών ατόμων, μας επιτρέπει να συμπεράνουμε πως το πρόβλημα είναι αρκετά έντονο, έστω σε μία προκλινική ή υποκλινική μορφή. Με άλλα λόγια η ιδιαίτερη δυσφορία και δυσαρέσκεια που βιώνουν οι Ελληνίδες έφηβες για το σώμα τους σε συνάρτηση με τα ακραία πρότυπα εικόνας σώματος που έχουν, τις κάνει να καταφεύγουν σε παθολογικές συμπεριφορές στην πρόσληψη τροφής και κατά συνέπεια προκαλούνται κίνδυνοι ανάπτυξης ανορεκτικών και βουλιμικών

συνδρόμων. Η παραπάνω υπόθεση επιβεβαιώνεται και από τις απαντήσεις τους σε μία σειρά ερωτήσεων σχετικών με το βάρος τους και τη διαίτα.

Μόνο το 50% των κοριτσιών και το 58% των αγοριών θεωρούν το βάρος τους κανονικό για το ύψος και την ηλικία τους.(Fairburn, 1999)

Δύο στα τρία κορίτσια (65%) σε αντίθεση με 1 στα 3 αγόρια (33,5%) θα ήθελαν να χάσουν κιλά, φανερώνοντας έτσι ότι ένα 15% των κοριτσιών θα ήθελε να αδυνατίσει, παρότι το βάρος του είναι κανονικό. .(Fairburn,1999)

Δύο περίπου στα τρία κορίτσια (66%) και 1 στα 4 αγόρια (27%) είχαν προσπαθήσει στο παρελθόν να χάσουν βάρος. .(Fairburn,1999)

Τρία στα τέσσερα κορίτσια (73%) και 1 στα 2 αγόρια (52%) που προσπάθησαν να χάσουν κιλά τα κατάφεραν. .(Fairburn,1999)

Παρότι το 48% του συνόλου των κοριτσιών είχε στο παρελθόν καταφέρει να χάσει κιλά, το γεγονός πως το 65% εξακολουθούσε επί του παρόντος να δηλώνει πως θα ήθελε να πετύχει κάτι τέτοιο, αφήνει ανοικτές δύο υποθέσεις: ή ότι παρότι υπήρξε μια απώλεια βάρους αυτή δεν κρινόταν επαρκής, γεννώντας έτσι την επιθυμία για περαιτέρω αδυνάτισμα, ή ότι μέρος του βάρους που χάθηκε με διαίτα έχει ξανακερδηθεί. .(Fairburn,1999)

Ένας περίπου στους τέσσερις συμμετέχοντες (25%) των κοριτσιών και 30% των αγοριών ανέφερε πως ήταν κάποτε ένα μάλλον παχύ παιδί, κάτι που μόνο κατά ένα μικρό μέρος εξηγεί τις προηγούμενες απόπειρες για απώλεια βάρους. .(Fairburn,1999)

Τα κορίτσια ζυγίζονται πολύ συχνότερα από τα αγόρια. Καθημερινή ενασχόληση με το βάρος του παρουσίαζε, ένα 15% των κοριτσιών.(Fairburn,1999)

Το 52% των νέων Ελληνίδων δήλωσε ότι θεωρεί τον εαυτό του υπέρβαρο, ενώ το 8,4% παχύσαρκο. Τα ίδια ποσοστά ήταν αυξημένα και για τους άνδρες, καθώς

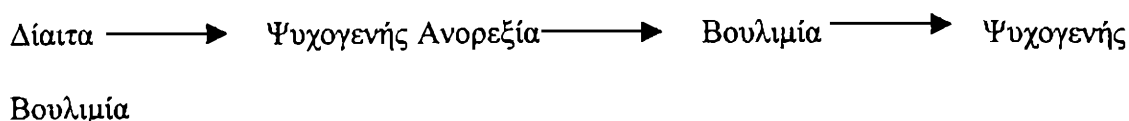
το 36% δήλωσαν ότι νιώθουν υπέρβαροι και το 5,5% παχύσαρκοι. Στην πραγματικότητα όμως μόνο το 8% είχε πρόβλημα περιττού βάρους και λιγότερο από το 1% ήταν παχύσαρκοι. Οι παραπάνω διαθέσεις και συμπεριφορές αποδόθηκαν από τους συμμετέχοντες μόνο σε κοινωνικούς και αισθητικούς λόγους, καθώς το πάχος θεωρήθηκε «ντροπή» και η κοινωνική πίεση για αδυνάτισμα ιδιαίτερα μεγάλη. (Fairburn,1999)

Συνοψίζοντας τα παραπάνω ευρήματα για την κατάσταση στον Ελληνικό χώρο σήμερα, σε σχέση με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, μπορούμε να πούμε ότι οι νεαρές Ελληνίδες: α) παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά διαταραγμένων στάσεων και συμπεριφορών στην πρόσληψη τροφής (που σημαίνει πως αρκετές από αυτές έχουν πολύ πιθανό αναπτύξει ανορεκτική ή βουλιμική παθολογία), β) παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά δυσαρέσκειας για το σώμα τους, γ) ασχολούνται αρκετά συχνά (πιθανόν μη έχοντας ικανοποιητικά αποτελέσματα) με δίαιτες. Συνοψολογίζοντας τα παραπάνω, αλλά και τα μηνύματα των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, μπορούμε να συμπεράνουμε πως το πρόβλημα των διαταραχών πρόσληψης τροφής στην Ελληνική πραγματικότητα είναι και υπαρκτό και ίσως, πολύ περισσότερο διαδεδομένο από ότι εμφανίζεται στην πράξη. (Fairburn,1999)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με το Fairburn (1999), οι λίγες έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με το πώς αναπτύσσονται τα προβλήματα βουλιμίας υποδηλώνουν, πως υπάρχουν περισσότεροι από ένας δρόμοι που οδηγούν σ' αυτά. Υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερα

πιθανά σενάρια. Είναι αποδεδειγμένο πως η ψυχογενής ανορεξία προηγείται συχνά της ψυχογενούς βουλιμίας και πως η δίαιτα προηγείται της ψυχογενούς ανορεξίας.



Συνήθως το άτομο αρχίζει να κάνει δίαιτα και να χάνει βάρος στα μέσα της εφηβείας του, παρόλο που σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι υπέρβαρο. Η μεγάλη απώλεια οδηγεί στην εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας. Τελικά μετά από ένα χρονικό διάστημα, που μπορεί να ποικίλει, το άτομο αρχίζει να μην είναι σε θέση να ελέγχει την κατανάλωση τροφών με αποτέλεσμα να εκδηλώνει βουλιμία. Το βάρος επανέρχεται σιγά - σιγά κοντά στα αρχικά του επίπεδα.

Ένα πολύ διαφορετικό σενάριο περιγράφουν πολλοί άνθρωποι που υποφέρουν από τη διαταραχή της βουλιμίας, ιδιαίτερα οι υπέρβαροι. Αναφέρουν πως παρουσίαζαν πρόβλημα βάρους από την παιδική τους ηλικία, πολύ πριν εκδηλώσουν βουλιμία. Γι' αυτούς ακολουθείται η πορεία από την παχυσαρκία στη δίαιτα και από τη δίαιτα στην βουλιμία. Σε αντίθεση με το προηγούμενο σενάριο, τα άτομα αυτά φαίνεται πως κάνουν δίαιτα για να καταπολεμήσουν την παχυσαρκία τους.

Κάποια άλλα άτομα με διαταραχή της βουλιμίας αναφέρουν μικρή σχετικά ηλικία, πως στη συνέχεια έκαναν δίαιτα για να χάσουν βάρος και πως αυτή χειροτέρευε την κατάσταση αφού συνέχισαν να τρώνε πολύ και συγχρόνως κατάλαβαν πως ήταν αδύνατο να χαλιναγωγήσουν την όρεξη τους. Το πότε ακριβώς σε αυτήν τη διαδικασία εμφανίζονται τα προβλήματα βάρους ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Ούτε ο δεύτερος ούτε ο τρίτος δρόμος αναφέρονται σε κάποιο στάδιο κατά το οποίο το άτομο είναι πολύ αδύνατο, αν και δεν είναι απίθανο να χάσει πολλά κιλά σαν αποτέλεσμα της δίαιτας.

Το τέταρτο σενάριο για τη βουλιμία είναι λιγότερο συνηθισμένο από τα άλλα τρία και σχετίζεται με μία άμεση πορεία προς τη βουλιμία, στην οποία δεν παρεμβάλλεται το «στάδιο» δίαιτας. Συναντάται, κυρίως, σε άτομα που αντιμετωπίζουν έναν αριθμό προβλημάτων ελέγχου των παρορμήσεων. Σε αυτά η υιοθέτηση της παρορμητικής συμπεριφοράς για την εκτόνωση της έντασης φαίνεται πως αποτελεί κυρίαρχο παράγοντα. Η δίαιτα δεν παίζει σημαντικό ρόλο.

Αν και αυτά τα τέσσερα σενάρια είναι τα πιο συνηθισμένα που έχουν παρατηρηθεί, έχει σημασία να συνειδητοποιήσουμε ότι υπάρχουν κι άλλα και ότι πολλοί άνθρωποι ακολουθούν ένα συνδυασμό τους (Fairburn, 1999).

ΦΥΛΛΟ

Σύμφωνα με το Fairburn (1999), τόσο η Ψυχογενής Βουλιμία όσο και η διαταραχή της βουλιμίας είναι πολύ πιο συχνές στις γυναίκες απ' ό τι στους άνδρες, και αυτή η διαφοροποίηση φαίνεται πως είναι λιγότερο έντονη στη διαταραχή της βουλιμίας. Γιατί οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν προβλήματα βουλιμίας; Ένας βασικός λόγος είναι πιθανότατα το γεγονός ότι οι δίαιτες αποτελούν γνώρισμα των γυναικών. Οι γυναίκες επιδίδονται σε δίαιτες περισσότερο από τους άντρες κι αυτό διότι οι κοινωνικές πιέσεις για λεπτή σιλουέτα εστιάζονται κυρίως στις γυναίκες, οι οποίες επιπρόσθετα είναι περισσότερο επιρρεπείς από τους άντρες στο να βασίσουν την αυτοπεποίθησή τους στην εξωτερική τους εμφάνιση. Και οι δύο αυτές παρατηρήσεις θέτουν σημαντικά θέματα που αφορούν τις διαφορές στην ανάπτυξη των δύο φύλων, καθώς και τους συγκρουόμενους και καθοριστικούς ρόλους των γυναικών στις δυτικές κοινωνίες.

ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Η (S.R.Moore,1993) περιγράφει πως ο τρόπος με τον οποίο οι γυναίκες βλέπουν τον εαυτό τους και οι προσδοκίες που τους επιβάλλει η κοινωνία συντελούν στο να τις κάνουν, ιδιαίτερα τις νεαρές, ευάλωτες στην παρουσία των προβλημάτων βουλιμίας. Υποστηρίζει πως «η εικόνα που έχει μια γυναίκα για τον εαυτό της βασίζεται στην επίγνωση των προσωπικών της χαρακτηριστικών, τα οποία ωστόσο επιβεβαιώνονται μέσα στο πλαίσιο σημαντικών σχέσεων»(S.R.Moore,1993). Αυτό κάνει τις γυναίκες ιδιαίτερα ευάλωτες στη γνώμη των άλλων. Επειδή η εξωτερική εμφάνιση συμβάλλει σημαντικά στην κοινωνική καταξίωση δεν είναι παράξενο το ότι οι γυναίκες θέτουν την εμφάνιση και το βάρος τους σαν υψηλές προτεραιότητες στη ζωή.

Αυτό εξακολουθεί να ισχύει μέχρι και σήμερα σε μια εποχή κατά την οποία ο κοινωνικός ρόλος των γυναικών αναβαθμίζεται και εμπλουτίζεται, δεδομένου ότι ξεχωρίζουν και διακρίνονται συνήθως νεαρές κομπές, ιδιαίτερα ελκυστικές γυναίκες.

Τα λανθασμένα στερεότυπα εξακολουθούν να καθορίζουν την κατάσταση. Επιπλέον, οι γυναίκες που αντιτίθενται στις παραδοσιακές αξίες της θηλυκότητας, είτε λόγω του πολιτικού τους προσανατολισμού (π. χ. φεμινισμός), είτε λόγω των σεξουαλικών τους προτιμήσεων προβάλλονται ως μη ελκυστικές.

Το πρόβλημα μ' αυτούς τους ορισμούς της θηλυκότητας είναι ότι οι γυναίκες ωθούνται στη δίαιτα. Για τις περισσότερες, όμως, γυναίκες το σύγχρονο ιδεώδες της ομορφιάς είναι βιολογικά ανέφικτο. Μπροστά στη αποτυχία τους να το προσεγγίσουν είναι πολύ πιθανό να αναπτύξουν βουλιμία και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Έτσι ξεκινά ένας φαύλος κύκλος (Wilson & Fairburn, 1993).

Η συνεχώς αυξανόμενη πίεση για ένα πιο αδύνατο σώμα επιβεβαιώνεται και από μία πρόσφατη έρευνα σχετική με τον αριθμό των διαφημίσεων στην τηλεόραση. Έτσι μεταξύ 1973-1991 οι διαφημίσεις των τριών μεγαλύτερων αμερικανικών καναλιών που αφορούσαν διαιτητικές τροφές, προγράμματα διαίτας, ή όργανα άσκησης «υπερτετραπλασιάστηκαν».

Η αναγνώριση του νοσηρού ρόλου των ΜΜΕ στην προαγωγή ανορεκτικών και βουλιμικών συμπεριφορών και ιδιαίτερα της βιομηχανίας διαφήμισης, σε άτομα κάτω των 18 ετών, ανάγκασε το Συμβούλιο Διαφημιστικής Δεοντολογίας της Μ. Βρετανίας να επιβάλει αυστηρούς κανόνες στη διαφήμιση διαιτητικών προϊόντων και υπηρεσιών στη Μ. Βρετανία (Murray, Touyz & Beumont, 1990).

Σύμφωνα με τον Σίμο (1996), η λειτουργία των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης στην Ελλάδα και η σχέση τους με μηνύματα που διαμορφώνουν διαθέσεις και στάσεις ως προς το σχήμα και το βάρος του σώματος δεν διαφέρουν από αυτές του διεθνούς χώρου. Ενδεικτικός αυτού του κλίματος είναι ο πίνακας της διαφημιστικής δαπάνης προϊόντων και υπηρεσιών από την τηλεόραση και τα περιοδικά, τις εφημερίδες και το ραδιόφωνο για το μήνα Ιούλιο του 1995. Μέσα στα 20 πρώτα σε δαπάνες διαφημιστικά μηνύματα συγκαταλέγονται μία εταιρεία προϊόντων διαίτας και αδυνατίσματος, ένα ευρείας κατανάλωσης τρόφιμο (παγωτό) με 0% ζάχαρη και 0% θερμίδες, και μία αλυσίδα κέντρων αδυνατίσματος. Είναι ενδιαφέρον ότι τα προϊόντα της παραπάνω εταιρείας ήταν πρώτα στη συνολική δαπάνη του μήνα, η οποία και αντιπροσώπευε ένα ποσό της τάξης των 662 εκατομμυρίων δραχμών, το οποίο είχε διανεμηθεί κατά 70% στην τηλεόραση, 17% στα περιοδικά και 10% στις εφημερίδες. Αντίθετα το 83% της δαπάνης για τη διαφήμιση της αλυσίδας κέντρων αδυνατίσματος διατέθηκε κυρίως για τη μετάδοση του μηνύματος μέσα από τις

σελίδες των περιοδικών, ενώ το μήνυμα του διαιτητικού προϊόντος μεταδόθηκε κυρίως μέσα από την τηλεόραση (86% της δαπάνης)(Σίμος,1996).

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ

Μελέτες στο γενικό πληθυσμό υποδηλώνουν πως η Διαταραχή της Βουλιμίας προσβάλλει στον ίδιο βαθμό τόσο τις λευκές όσο και τις μαύρες γυναίκες. Τα συμπεράσματα ωστόσο αυτά πρέπει να επιβεβαιωθούν, καθώς οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί ως σήμερα παρουσίαζαν σημαντικά μειονεκτήματα, ιδιαίτερα στην αξιολόγηση της βουλιμίας (Fairburn, 1999).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σύμφωνα με το Fairburn (1999), η Ψυχογενής Βουλιμία έκανε την εμφάνιση της στη δεκαετία του '70 και του '80 σε μέρη του κόσμου όπου είχαν ήδη παρατηρηθεί κρούσματα ψυχογενούς ανορεξίας όπως η Βόρεια Αμερική, η Βόρεια Ευρώπη, η Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία. Επειδή πρόκειται για χώρες στις οποίες οι γυναίκες επιθυμούν διακαώς να είναι αδύνατες και στις οποίες οι δίαιτες που ακολουθούν είναι σύνθητες φαινόμενο, θα μπορούσαμε να πούμε πως οι κοινωνικοί παράγοντες που τις παροτρύνουν προς τις δίαιτες οδηγούν στην ανάπτυξη του προβλήματος.

Το πρότυπο σιλουέτας που άρχισε να προβάλλεται από τα φωτομοντέλα έπαιξε καθοριστικό ρόλο. Η Ψυχογενής Βουλιμία εμφανίστηκε όταν μεσουρανούσε

το διάσημο μοντέλο Τουίγκι, οπότε και το υπερβολικά αδύνατο σώμα έγινε της μόδας.

Η γεωγραφική κατανομή της διαταραχής της Βουλιμίας δεν έχει ακόμη μελετηθεί, αν και θα παρουσίαζε ενδιαφέρον το να μάθουμε αν είναι ανάλογη μ' εκείνη της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Ψυχογενούς Βουλιμίας.

Η επίδραση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης στη διαμόρφωση μιας εικόνας σώματος και ο ρόλος τους στην ανάπτυξη και συντήρηση των Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι προφανής. Δεν είναι εύκολο να ανακαλύψουμε από πού και πώς ξεκίνησε αυτή η παράλογη προσπάθεια για ένα ολοένα και πιο αδύνατο γυναικείο σώμα. Υπάρχουν όμως πολύ ενδιαφέροντα στοιχεία για το πώς και με ποιους τρόπους εξελίσσεται. Κατά τη διάρκεια της 20ετίας 1959-1978 τόσο τα κορίτσια του μήνα στο Playboy όσο και ο υποψήφιος για τα αμερικανικά καλλιστεία μείωσαν το βάρος του σώματος τους (πάντοτε ανάλογα με το ύψος) κατά 10% ενώ παράλληλα το ίδιο διάστημα εξαπλασιάστηκαν τα άρθρα που αφορούσαν στη διαίτα, σε έξι δημοφιλή γυναικεία περιοδικά(Fairburn,1999).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΞΗ

Υπάρχουν ενδείξεις πως οι περισσότεροι άνθρωποι με Ψυχογενή Βουλιμία προέρχονται από ανώτερες ή μεσαίες, παρά από κατώτερες κοινωνικές τάξεις. Βέβαια τα άτομα των ανώτερων και μεσαίων κοινωνικών τάξεων είναι πιο πιθανό ότι απευθύνονται σε ειδικό για βοήθεια (Fairburn, 1999).

Η κατανομή στις κοινωνικές τάξεις της διαταραχής της βουλιμίας παραμένει ακόμη ένα θέμα προς διερεύνηση.

ΗΛΙΚΙΑ

Σύμφωνα με τον Fairburn (1999), υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι τα προβλήματα βουλιμίας, συνήθως, αναπτύσσονται στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Αυτό μπορεί πιθανότατα να αποδοθεί στο γεγονός πως οι γυναίκες ιδιαίτερα αυτής της ηλικίας καταφεύγουν πολύ συχνά στη δίαιτα. Πολλές έφηβες αποκτούν σιλουέτα που δε θεωρείται ιδανική στις μέρες μας, όπως τουλάχιστο αυτή προβάλλεται από τα μανεκέν. Δεν είναι, λοιπόν, παράξενο το ότι μία νεαρή κοπέλα, το υπό ανάπτυξη σώμα της οποίας δε μοιάζει με το ιδανικό, να επιχειρεί να το αποκτήσει μέσω της δίαιτας.

Ένας ακόμη παράγοντας σε σχέση με την ηλικία είναι ότι η εφηβεία παρουσιάζει τεράστιες αναπτυξιακές αλλαγές στην εξωτερική εμφάνιση, διακυμάνσεις στη διάθεση, καθώς και αλλαγές στους κοινωνικούς ρόλους και προσδοκίες. Οι έφηβες με στοιχεία προσωπικότητας που θεωρούνται ότι τις θέτουν σε κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα βουλιμίας, είναι πολύ πιθανό να αντιμετωπίσουν απώλεια του ελέγχου σ' αυτή την ηλικία. Ορισμένες γυναίκες διαπιστώνουν πως η δίαιτα αποκαθιστά τη δυνατότητα ελέγχου εκ μέρους τους και ως μία μορφή συμπεριφοράς κοινωνικά αποδεκτή από τους συνομηλίκους τους, τους προσφέρει ένα μετρήσιμο κριτήριο επιτυχίας. Γι' αυτές ισοδυναμεί με αυτοέλεγχο και αυτοπεποίθηση.

Σύμφωνα με τους Levine&Smokal (1992)ορισμένες αλλαγές που εξαρτώνται από την ηλικία είναι επίσης σημαντικές. Ένα ιδιαίτερα σημαντικό γεγονός είναι η εισαγωγή στο πανεπιστήμιο που συνεπάγεται τη φυγή από την οικογένεια. Δεν είναι καθόλου σπάνιο φαινόμενο τα προβλήματα πρόσληψης τροφής να αναπτύσσονται ή να επιδεινώνονται σ' αυτό το διάστημα. Οι έφηβες δε βιώνουν απλά μια κατάσταση

που τις προκαλεί άγχος αλλά και για πρώτη φορά μπορούν να ελέγχουν τι και πότε το τρώνε. Έτσι ορισμένες περνούν ένα στάδιο ανεξέλεγκτου υποσιτισμού, ενώ άλλες τρώνε υπερβολικά αυξάνοντας σε σημαντικό βαθμό το βάρος τους (Fairburn, 1999).

ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σύμφωνα με τον Fairburn, (1999) επί του παρόντος γίνονται έρευνες για το αν υπάρχει κάποιο ελαττωματικό γονίδιο, το οποίο ευθύνεται για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Σύμφωνα με τις πληροφορίες, είναι λίγες οι περιπτώσεις των ατόμων (κυρίως υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα), στα οποία η διαταραχή σχετίζεται με γενετικούς παράγοντες. Για τα περισσότερα άτομα δεν βρέθηκε κάποια τέτοια σχέση.

Ένας αριθμός μελετών οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν οικογενή χαρακτήρα. Ένας τρόπος διερεύνησης αυτής της πιθανότητας είναι η μελέτη διδύμων και η εξέταση των ποσοστών των προβλημάτων πρόσληψης τροφής σε μονοζυγωτικά και διζυγωτικά ζευγάρια διδύμων.

Τα μονοζυγωτικά δίδυμα έχουν τα ίδια γονίδια και έτσι διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο εφόσον η διαταραχή είναι κληρονομική, ενώ τα διζυγωτικά μοιράζονται περίπου κατά το ήμισυ τα γονίδια που έχουν, όπως και τα κανονικά αδέλφια.

Η καλύτερη έρευνα σε δίδυμα που έχει γίνει μέχρι σήμερα έδειξε τον αδιαμφισβήτητο ρόλο των γενετικών παραγόντων στην ανάπτυξη της Ψυχογενούς Βουλιμίας. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό πιο ακριβώς χαρακτηριστικό κληρονομείται. Υπάρχουν πολλές πιθανότητες, μεταξύ των οποίων η τάση του ατόμου να έχει ένα

ορισμένο βάρος, οι βιολογικές ή ψυχολογικές αντιδράσεις του στη δίαιτα, καθώς και συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας (Fairburn, 1999).

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Το γεγονός ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής συναντώνται σε οικογένειες δεν αποδεικνύει απαραίτητα ότι οι κληρονομικοί παράγοντες είναι εν μέρει, ή ακόμη και καθ' ολοκληρία, υπεύθυνοι για τη διαταραχή μέσα στην οποιαδήποτε οικογένεια. Η εξάπλωση της διαταραχής σε αυτές μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα μέλη τους επηρεάζουν το ένα το άλλο.

Αρκετές μελέτες έχουν διεξαχθεί αναφορικά με τη συμπεριφορά και τις στάσεις που έχουν απέναντι στο φαγητό, τη διατροφή, τη σιλουέτα και το βάρος σε μέλη οικογενειών ατόμων με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Μέχρι σήμερα οι έρευνες αυτές έχουν εστιασθεί στη μελέτη συγγενών των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία και τα ευρήματα τους ποικίλλουν σημαντικά. Ορισμένες ανακάλυψαν υψηλά ποσοστά ασυνήθιστης συμπεριφοράς και στάσεων, ενώ κάποιες άλλες όχι.

Στην κλινική πρακτική, οι αφηγήσεις περιστατικών μετάδοσης της διαταραχής δεν αποτελούν σπάνιο φαινόμενο. Ένα παράδειγμα είναι οι μητέρες που πιέζουν τις κόρες τους να τις ακολουθήσουν στη δίαιτα. Σύμφωνα με τους Pixe&Rodin(1991) δύο ομάδες αποτελούμενες από μητέρες και κόρες εντοπίστηκαν με βάση τις βαθμολογίες των κοριτσιών σε μία ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα μέτρησης του προβληματικού τρόπου πρόσληψης τροφής. Υπήρχε μία ομάδα με υψηλές βαθμολογίες και για λόγους σύγκρισης, μία άλλη με χαμηλές βαθμολογίες. Ο μέσος όρος ηλικίας των κοριτσιών ήταν τα 16 χρόνια και των μητέρων τα 43.

Οι μητέρες των κοριτσιών, στα οποία καθίσταται προβληματικός ο τρόπος πρόσληψης της τροφής, διέφεραν από τις υπόλοιπες στα εξής σημαντικά σημεία:

1. Παρουσίαζαν και οι ίδιες δυσχέρειες όσον αφορά την πρόσληψη τροφής.
2. Πίστευαν πως οι κόρες του έπρεπε να χάσουν περισσότερο βάρος.
3. Κατέκριναν περισσότερο την εμφάνιση των κοριτσιών τους.

Τα δεδομένα αυτά υποδηλώνουν πως οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής μέσα στις οικογένειες μπορεί να είναι εν μέρει τουλάχιστο «μεταδοτικές» (Fairburn, 1999).

Επίσης έχει μελετηθεί η πιθανότητα να αποτελεί παράγοντα πρόκλησης κινδύνου, όσον αφορά την πρόσληψη της τροφής, η ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής στην οικογένεια. Το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας αυτής έχει επικεντρωθεί σε άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία, αν και έχουν διεξαχθεί και έρευνες σε άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία. Η ψυχιατρική διαταραχή που έχει περισσότερο διερευνηθεί μέχρι σήμερα είναι η κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν πως η παρουσία έντονης κατάθλιψης μέσα σε μία οικογένεια αυξάνει τον κίνδυνο οι κόρες να αναπτύξουν διαταραχή πρόσληψης τροφής. Δεν είναι ακόμη γνωστό, όμως, ποιος μηχανισμός μπορεί να ευθύνεται γι' αυτό. Ενδεχομένως να οφείλεται σε ανωμαλία στη ρύθμιση της σεροτονίνης στον οργανισμό, η οποία θεωρείται ότι εμπλέκεται στην κατάθλιψη καθώς και στον έλεγχο πρόσληψης τροφής. Από την άλλη πάλι, ίσως να έχουμε να κάνουμε με τις συνέπειες της ανατροφής ενός παιδιού από έναν καταθλιπτικό γονιό.

Η άλλη διαταραχή που έχει μελετηθεί είναι η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Δεν έχει ακόμη ανακαλυφθεί ιδιαίτερη σχέση μεταξύ Ψυχογενούς Βουλιμίας και κατάχρησης ουσιών. Μπορούμε να εικάσουμε μια ακόμη, πιο ισχυρή σχέση μεταξύ

διαταραχής της βουλιμίας και κατάχρησης ουσιών, κάτι που πρέπει ωστόσο να ερευνηθεί (Fairburn, 1999).

Κακές οικογενειακές σχέσεις – Προβλήματα

Ένας από τους κυριότερους παράγοντες που ωθούν τη νεαρή έφηβη στην Ψυχογενή Βουλιμία, είναι το οικογενειακό περιβάλλον. Αναμφισβήτητα, το κλίμα που επικρατεί στην οικογένεια, οι κακές σχέσεις μεταξύ των γονέων και οι σχέσεις γονέων – παιδιών, η ύπαρξη σεξουαλικής / ψυχολογικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία, τυχόν απώλειες ή θάνατος, χωρισμοί και διαζύγια επηρεάζουν την έφηβη και μπορεί να την οδηγήσουν στην εμφάνιση διαταραχών στην πρόσληψη τροφής. Ακόμη, οι εντάσεις, οι απειλές, ο εξαναγκασμός, η μη σωστή εφαρμογή των ρόλων στην οικογένεια, όπως π.χ. ένας πατέρας σωματικά και ηθικά απών, σχεδόν ανύπαρκτος και μία μητέρα ψυχρή και αδιάφορη.

Η L.L. Huupher (1989) μελέτησε 20 βουλιμικές γυναίκες. Χρησιμοποίησε τη δομική ανάλυση του κοινωνικού μοντέλου και της μεθοδολογίας συμπεριφοράς (SASB) για να αξιολογήσει τις οικογενειακές τους σχέσεις. Το SASB είναι ένα μοντέλο των διαπροσωπικών σχέσεων και των ενδοψυχικών αντιπροσωπεύσεων τους που βασίζεται στη διαπροσωπική θεωρία Sullivan και τα προγενέστερα μοντέλα. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι βουλιμικές σε σχέση με τις κανονικές γυναίκες είχαν εχθρικές οικογενειακές σχέσεις, αισθάνονταν πως δε χρησιμοποιήθηκαν σωστά και παραμελήθηκαν από τους δύο γονείς.

Επίσης, σε μία δεύτερη μελέτη η L.L.Huupher (1989) συνέκρινε τις παρατηρήσεις των οικογενειακών αλληλεπιδράσεων μεταξύ ανορεκτικών, βουλιμικών – ανορεκτικών, βουλιμικών και κανονικών οικογενειών. Συνολικά 74 τριάδες συμμετείχαν (πατέρας – μητέρα – κόρη έφηβη). Κάθε οικογένεια ήταν

βιντεοσκοπημένη 10' πριν το χωρισμό της κόρης από την οικογένεια. Οι ταινίες κωδικοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας το σχήμα SASB. Η ανάλυση 34 βουλιμικών οικογενειών έδειξε πως οι βουλιμικές και οι γονείς είχαν εχθρικές σχέσεις. Εμφανίζουν λιγότερη αγάπη και υποστήριξη στις αλληλεπιδράσεις τους κόρη και γονείς, κατηγορούν και ελέγχουν αμοιβαία ο ένας τον άλλο, σε σχέση με τις κανονικές οικογένειες. (Πηγή: Humphreys, L. L., 1986 & Humphreys, L. L., 1989).

Σχέση μητέρας – παιδιού

Σύμφωνα με τη R.Gockel (1994), γερμανίδα ψυχολόγο ειδικευμένη στη θεραπεία βουλιμικών γυναικών, η άκρη του νήματος βρίσκεται στο παρελθόν, στη σχέση του νεογέννητου με τη μητέρα του και στον τρόπο με τον οποίο δινόταν η τροφή και ικανοποιούνταν οι ανάγκες του νεογέννητου.

Συγκεκριμένα ο τρόπος με τον οποίο η μητέρα ταΐζει το παιδί και ο χρόνος (το πότε) που το ταΐζει, παίζει σπουδαίο ρόλο. Εάν έχει ορίσει ένα ωράριο φαγητού και το τηρεί αυστηρά, ό,τι και να γίνει, περνάει στο παιδί το μήνυμα πως οι ώρες που θα τρώει είναι συγκεκριμένες και δεν αλλάζουν. Ακόμη και αν κλάψει ή προσπαθήσει να πείσει τη μητέρα με άλλο τρόπο. Ξέρει πως δεν πρόκειται να τα καταφέρει και έτσι παραιτείται από κάθε είδους προσπάθεια. Με αυτόν τον τρόπο η μητέρα προσφέρει στο παιδί ικανοποίηση των αναγκών του όταν η ίδια το επιθυμεί και όχι όταν το παιδί έχει πραγματικά ανάγκη.

Εν συνεχεία, το παιδί και συγκεκριμένα η νεαρή έφηβη, όταν μεγαλώσει και φύγει από την οικογένεια, θα μπορεί να ελέγχει τι και πότε θα τρώει, ακόμα και κρυφά. Θα μπορεί να παίρνει αυτό που θέλει όταν το θέλει και σε όση ποσότητα θέλει, για να ικανοποιήσει τις ανάγκες της.

Το ηθικό δίδαγμα που παίρνει το νεογέννητο κάτω από τις προαναφερόμενες συνθήκες είναι να αρπάζει ότι δέχεται, να γραπώνεται από αυτό πιστεύοντας πως ποτέ δε θα πάρει αρκετά τη στιγμή που το επιθυμεί, «ή τώρα ή ποτέ» και να εξαρτάται από αυτό ακόμα και αν πρόκειται για σχέσεις με άλλα άτομα, φίλιες, συντρόφους κ.τ.λ.

Σύμφωνα με τη R. Gockel (1994), η παιδική ηλικία είναι πολύ σημαντική για το παιδί. Σημαδεύει την εξέλιξη του στην εφηβεία αλλά και τη μετέπειτα ζωή του. Το παιδί θέλει να ανακαλύψει τον κόσμο, να γνωρίσει αυτά που υπάρχουν γύρω του, να τα παρατηρήσει και να ανακαλύψει καινούρια πράγματα. Θέλει να παίζει· το παιχνίδι είναι ζωτικής σημασίας γι' αυτό. Εάν λοιπόν δεν έζησε «σαν παιδί» και υιοθέτησε το ρόλο της «ενήλικης μητέρας», με αποτέλεσμα να έχει στο νου της την υπερβολική καθαριότητα, την τάξη και την υποταγή απέναντι σε αυτό το ρόλο που προστάζει η μητέρα και η υπόλοιπη οικογένεια, τότε θα έχει την τρυφερότητα και τη στοργή της μάνας. Θα αισθάνεται χρήσιμη και δε θα ρισκάρει να χάσει την αγάπη της μάνας της.

Ακόμα η R.Gockel (1994), τονίζει πως η μητέρα θα ήθελε την κόρη της σαν και αυτήν, δηλαδή να της μοιάζει. Εάν δεν είναι ίδια με αυτή, την περιφρονεί, γιατί ακριβώς περιφρονεί η ίδια τον εαυτό της. Ζηλεύει την κόρη της γιατί ενδεχομένως τα κατάφερε καλύτερα από αυτήν και ίσως έγινε και καλύτερη από αυτήν.

Κλείνοντας η R.Gockel (1994) λέει πως η μητέρα δημιουργεί στην κόρη υποκατάστατα τα οποία ψάχνει να τα βρει αλλού. Ψάχνει δηλαδή την «καλή μητέρα» και όλα αυτά που δεν της έδωσε.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Θεραπεία Ψυχογενούς Βουλιμίας

Σύμφωνα με τον Fairburn (1999), είναι λυπηρό το γεγονός ότι άνθρωποι με προβλήματα βουλιμίας δεν αναζητούν βοήθεια, παρ' όλο που σήμερα υπάρχει ποικιλία σε αποτελεσματικές θεραπευτικές μεθόδους. Παρακάτω παραθέτουμε τις σημαντικότερες θεραπείες της νόσου.

1. Αντικαταθλιπτικά Φάρμακα

Το ενδιαφέρον για τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα εμφανίστηκε το 1982 με τη δημοσίευση δύο επιστημονικών άρθρων που περιγράφουν μια ευνοϊκή αντίδραση των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία.

Ο ενθουσιασμός για τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ενισχύθηκε το 1984 με τη δημοσίευση ενός βιβλίου με τον τίτλο 'New Hope for Binge Eaters' (Νέα Ελπίδα για τους Βουλιμικούς), στο οποίο οι Δόκτορες Harrison Pope και James Hudson υποστήριζαν δυναμικά τη χρήση των φαρμάκων.

Μέσα από έρευνες που έγινα βρέθηκε πως τα φάρμακα έχουν κάποια θετικά στοιχεία: 1. μέσα σε λίγες εβδομάδες θεραπείας υπάρχει κατά μέσο όρο μείωση των επεισοδίων βουλιμίας, κατά 50 ή 60%, 2. σε συνδυασμό με το παραπάνω υπάρχει και μείωση στην πρόκληση εμετού, βελτίωση της διάθεσης, έλεγχος του φαγητού και λιγότερη ενασχόληση με αυτό, 3. η αντικαταθλιπτική δράση του φαρμάκου είναι το ίδιο πιθανό να εκδηλωθεί είτε ο ασθενής παρουσιάζει στην αρχή κατάθλιψη είτε όχι.

Δυστυχώς όμως τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα παρουσιάζουν κάποιες παρενέργειες. Αν και οι περισσότερες δεν είναι σοβαρές από ιατρικής άποψης, η χρήση, ως φαρμάκου, της βουπροπιόνης έχει συνδεθεί με επιληπτικές κρίσεις σε κάποιους ασθενείς.

Ακόμα, τα άτομα συνήθως υιοθετούν αρνητική στάση απέναντι στα φάρμακα και δε θέλουν να τα πάρουν.

Το κυριότερο όμως πρόβλημα είναι ότι υπάρχουν αμφιβολίες ως αναφορά τη διάρκεια των ενεργητικών αποτελεσμάτων. Από τις μελέτες που έγιναν βρέθηκε πως η αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων διαρκεί συνήθως 8 εβδομάδες. Το γεγονός ότι τα φάρμακα διαρκούν λίγο ίσως εξηγείται από το ότι τα άτομα συνεχίζουν τη δίαιτα.

2. Γνωστική – Συμπεριφορική Θεραπεία

Σύμφωνα με τον Fairburn (1999), η συγκεκριμένη θεραπεία αποτελεί πραγματική ελπίδα για τους ανθρώπους με προβλήματα βουλιμίας.

Μέχρι και σήμερα είχε τη μορφή γρήγορης ψυχοθεραπείας που σχεδιάστηκε αρχικά για άτομα που έπασχαν από ψυχογενή βουλιμία και πρόσφατα προσαρμόστηκε στις ανάγκες αυτών που πάσχουν από τη διαταραχή της βουλιμίας, ώσπου το 1981 πήρε τη σημερινή της μορφή.

Πρόκειται για την πιο αποτελεσματική θεραπεία, η οποία γίνεται δεκτή από τους περισσότερους ασθενείς, διεξάγεται σε ατομικό επίπεδο, με εξωτερικούς ασθενείς και περιλαμβάνει είκοσι περίπου θεραπευτικά ραντεβού.

Αναφέρουμε τρία στάδια με τα βασικά στοιχεία της Γνωστικής - Συμπεριφορικής Θεραπείας:

- Πρώτο Στάδιο: λεπτομερής καταγραφή των επεισοδίων βουλιμίας τη στιγμή της εκδήλωσης, μαζί με τις παρεπόμενες σκέψεις και τα ανάλογα συναισθήματα. Εισαγωγή μιας φυσιολογικής διατροφής με σκοπό την εξάλειψη των επεισοδίων βουλιμίας. Υιοθέτηση μιας εναλλακτικής συμπεριφοράς για την ενίσχυση της αντίστασης στις

παρορμήσεις της βουλιμίας. Εκπαίδευση στο φαγητό, στη διατροφή, στη σιλουέτα και στο βάρος.

- Δεύτερο Στάδιο: εισαγωγή τροφών που αποφεύγονται, με βάση το διαιτολόγιο και σταδιακή μείωση της αυστηρής διαίτας. Ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση δυσκολιών που πιθανώς θα προκαλούσαν προβλήματα βουλιμίας. Αναγνώριση και αλλαγή προβληματικών τρόπων σκέψης. Εξέταση των αιτιών του προβλήματος της βουλιμίας και του ρόλου των οικογενειακών και κοινωνικών παραγόντων.
- Τρίτο Στάδιο: προγραμματισμός για το μέλλον βάσει αληθινών προσδοκιών και μεθόδων που μπορεί να ακολουθήσει το άτομο σε περίπτωση επανεμφάνισης του προβλήματος.

Η Γνωστική – Συμπεριφορική προσέγγιση αφορά την καταπολέμηση των προβλημάτων βουλιμίας, γιατί τα στοιχεία της «απευθύνονται» στις γνωστικές πλευρές αυτών των προβλημάτων – την ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος, την τελειομανία και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση – ενώ τα συμπεριφορικά στοιχεία της «αντιμετωπίζουν» τις διαταραγμένες συνήθειες όσον αφορά την πρόσληψη τροφής.

Όπως με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, έτσι και η Γνωστική – Συμπεριφορική θεραπεία έχει σαν ευεργετική συνέπεια τη μείωση των επεισοδίων βουλιμίας.

Ακόμη, η μείωση της συχνότητας των επεισοδίων βουλιμίας συνοδεύεται από τη βελτίωση της διάθεσης, της συγκέντρωσης και του ελέγχου του φαγητού, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Τέλος, υποχωρεί η ανησυχία για το σχήμα και το βάρος του σώματος, όπως επίσης και η τάση προς τη δίαιτα. Γι' αυτό και η Γνωστική – Συμπεριφορική θεραπεία διαρκεί περισσότερο σε σχέση με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

3. Ομαδική Θεραπεία

Σύμφωνα με τον Fairburn (1999), η συγκεκριμένη θεραπεία μπορεί να βοηθήσει σε μεγάλο βαθμό το άτομο με το να τον κάνει να πιστέψει πως υπάρχουν και άλλα άτομα με το ίδιο πρόβλημα και ότι δεν είναι μόνος του, αφού αποτελεί μέλος μίας ομάδας όπου ο ένας βοηθάει τον άλλο και μαθαίνει από τον άλλο.

Μέχρι σήμερα οι ερευνητές πιστεύουν πως είναι λιγότερο αποτελεσματική, λόγω του ότι τα άτομα έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία με το πρόβλημα, που δε μπορούν να υποβληθούν σε θεραπεία, παρουσία άλλων ατόμων.

4. Συμπεριφορική Θεραπεία

- Έκθεση με πρόκληση απάντησης: Αυτή η μορφή θεραπείας απευθύνεται σε ανθρώπους που παρουσιάζουν βουλιμικά επεισόδια και μετά προκαλούν εμετό. Σε βασικές γραμμές στοχεύει στο να οδηγήσει τους ανθρώπους σε τέτοιο βαθμό βουλιμίας ώστε να τους αναγκάσει να «καταφύγουν» στην πρόκληση εμετού. Στη συνέχεια προσπαθούν να τους βοηθήσουν να αντισταθούν. Αυτού του είδους η θεραπεία δεν είναι συμπαθής στα βουλιμικά άτομα, διότι η τάση για εμετό είναι πολύ ισχυρή και η αντίσταση οδυνηρή. Οι μελετητές αυτής της θεραπείας πιστεύουν πως η πρόκληση εμετού είναι βασικό στοιχείο της βουλιμίας. Αν μπορέσει να ελαττωθεί ή να εξαλειφθεί, τότε τα βουλιμικά άτομα θα αντισταθούν στην παρόρμηση για βουλιμικά επεισόδια. Ο Fairburn πιστεύει πως η μέθοδος αυτή είναι δυσάρεστη, χρονοβόρα και όχι τόσο αποτελεσματική.

- Απλοποιημένη Γνωστική – Συμπεριφορική θεραπεία: αυτή η θεραπευτική προσέγγιση επικεντρώνεται στη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών των βουλιμικών ατόμων. Χρησιμοποιεί στοιχεία της Γνωστικής – Συμπεριφορικής θεραπείας αποκλείοντας απαιτητικές γνωστικές τεχνικές. Έχει παρατηρηθεί ότι μετά το τέλος της θεραπείας υπάρχουν αρκετές υποτροπές.

5. Οικογενειακή Θεραπεία

Αρκετοί ειδικοί από κλάδους ψυχικής υγείας συνειδητοποίησαν ότι στην προσπάθεια θεραπείας ενός ατόμου υπήρχε ένα μέρος του προβλήματος που δεν εμφανιζόταν στο προσκήνιο. Η υπόλοιπη οικογένεια (τα μέλη της) πολλές φορές προκαλούσαν κάποιες συμπεριφορές. Δηλαδή όταν η οικογένεια ήταν παρούσα έβγαιναν στην επιφάνεια συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις των μελών της. Έτσι σύντομα έγινε αντιληπτό ότι ακατανόητα συμπτώματα που εμφάνιζε το άτομο, μπορούσαν να γίνουν κατανοητά μόνο σε σχέση με την οικογένειά του (Ζαφείρης, 1999). Οι οικογενειακές αντιδράσεις ή εντάσεις μπορούν να συμβάλλουν στις διαταραχές πρόσληψης τροφής και ανάποδα, δηλαδή ότι οι διαταραχές στη διατροφή οδηγούν σε έντονη οικογενειακή ατμόσφαιρα. Η οικογενειακή λοιπόν θεραπεία μπορεί να αποβεί πολύ σημαντική, γιατί μπορεί να αποκαταστήσει κάποια κρυφά αίτια της κατάστασης (Μάνος, 1997).

ΕΦΗΒΕΙΑ - ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τι είναι εφηβεία:

Σύμφωνα με το Fransoize Dolto (1995), η εφηβεία είναι η περίοδος της μετάβασης από την παιδική στην ώριμη ηλικία και έχει ως κέντρο τη ήβη. Τα όριά της είναι ασαφή.

Η εφηβεία μοιάζει αναμφίβολα με τη γέννηση. Στη γέννηση το παιδί χωρίζεται με τη μητέρα με το κόψιμο του ομφάλιου λώρου. Συχνά όμως ξεχνάμε ότι ανάμεσα στη μητέρα και στο παιδί υπήρχε ένα εξωτερικό όργανο σύνδεσης, ο πλακούντας, ο οποίος ήταν απαραίτητος για την επιβίωση του παιδιού. Χωρίς αυτόν θα ήταν αδύνατη η ζωή πριν από τη γέννηση. Στη γέννηση όμως πρέπει να τον αποχωριστούμε για να μπορέσουμε να ζήσουμε.

Η εφηβεία λοιπόν είναι σαν μία δεύτερη γέννηση που γίνεται προοδευτικά. Πρέπει να αφήσουμε την οικογενειακή προστασία, όπως αφήσαμε τον πλακούντα. Το να αποχωριστούμε την παιδική ηλικία, να «εξαφανίσουμε» το παιδί που κρύβουμε μέσα μας, είναι μεταλλαγή. Μερικές φορές έχουμε την εντύπωση πως πεθαίνουμε. Όλες αυτές οι μεταλλαγές συντελούνται γρήγορα. Η φύση δουλεύει με το δικό της ρυθμό. Πρέπει να τον ακολουθήσουμε και δεν είμαστε πάντα έτοιμοι. Αν και γνωρίζουμε αυτό που πεθαίνει μέσα μας, δεν ξεχωρίζουμε προς τα που πηγαίνουμε. Είναι όλα απροσδιόριστα. Εκεί υπάρχει η δίψα για ελευθερία. Χρειάζεται όμως και η οικογενειακή προστασία. Η ισορροπία ανάμεσα στα δύο είναι δύσκολο πράγμα και η ιδανική λύση είναι άλλη για τους γονείς και άλλη για τους νέους.

Η εφηβεία είναι μια κίνηση γεμάτη δύναμη και ζωή, που μοιάζει με νερό που αναβλύζει. Αυτή η δύναμη είναι πολύ σημαντική, γιατί αποτελεί η ίδια ενέργεια της μεταμόρφωσης.

Όπως οι βλαστοί που βγαίνουν από το χώμα έτσι και οι έφηβοι έχουν την ανάγκη να «βγούνε». «Βγαίνω» σημαίνει αποχωρίζομαι το παλιό κουκούλι που άρχισε να γίνεται αποπνιχτικό. Σημαίνει επίσης «έχω ερωτική σχέση», έκφραση – κλειδί που αποδίδει σωστά τη θυελλώδη αλλαγή.

Δεν υπάρχει εφηβεία χωρίς πόνο και προβλήματα. Είναι ίσως η πιο επώδυνη περίοδος στη ζωή του ανθρώπου και συγχρόνων αποτελεί περίοδο έντονης χαράς. Η παγίδα βρίσκεται στο ότι επιθυμούμε να αποφύγουμε ό,τι είναι δύσκολο. Αν υπάρχει εμπιστοσύνη στη ζωή όλα λύνονται (F.Dolto, 1995).

Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Ενώ παλιότερα η μόδα ήθελε τη γυναίκα παχουλή, με καμπύλες και αυτό έδειχνε πως προερχόταν από εύπορη και καλή οικογένεια, τώρα η μόδα θέλει το γυναικείο σώμα να είναι λεπτό και κομψό. Τις τελευταίες δεκαετίες η αντίληψη του κοινού θέλει τη σημερινή γυναίκα λεπτή, ελκυστική, δυναμική και επιθυμητή. Σε όλα τα περιοδικά, στην τηλεόραση, στο ραδιόφωνο, στα βιβλία υπάρχουν ένα σωρό δίαιτες που υπόσχονται το τέλειο σώμα για κάθε γυναίκα. Η έκδοση νέων βιβλίων που περιέχουν καινούριες συναρπαστικές δίαιτες σε γρήγορο χρόνο είναι πολλές φορές εξοντωτικές και αρκετά επικίνδυνες. Το λεπτό σώμα κυριαρχεί παντού και εντυπωσιάζει ιδιαίτερα τις έφηβες κοπέλες οι οποίες βρίσκονται σε μία περίοδο συγκινησιακού στρες, προσπαθούν να κερδίσουν την ανεξαρτησία τους και να ανταγωνιστούν τις συνομήλικες. Η εφηβεία είναι μία περίοδος που η εξωτερική εικόνα παίζει σπουδαίο ρόλο και έχει ενδιαφέρον.

Η αναπτυξιακή έξαρση των εφήβων, επιτυγχάνεται με την αύξηση της ποσότητας του φαγητού. Στα κορίτσια η αναπτυξιακή έναρξη αρχίζει νωρίτερα, προηγείται της εφηβείας και συμπίπτει με την εμφάνιση της περιόδου γύρω στην ηλικία των δωδεκάμισι ετών. Χαρακτηριστικό στην αναπτυξιακή έξαρση είναι και οι σωματικές μεταβολές οι οποίες είναι διαφορετικές στα δύο φύλλα. Ενώ στα αγόρια είναι μεγαλύτερη η αύξηση της μυϊκής μάζας, στα κορίτσια υπάρχει αύξηση στους γοφούς, τους μηρούς και στο στήθος. Και ενώ τα κορίτσια αυξάνουν την εναπόθεση λίπους, δε χάνουν την αναπτυξιακή τους έξαρση. Το λίπος έχει σχέση με την ενέργεια που απορροφάται από το φαγητό που τρώει η έφηβη και επηρεάζεται από τις ορμονικές μεταβολές που συμβαίνουν τη δεδομένη περίοδο. Η ενέργεια που λαμβάνει η έφηβη από την τροφή περιορίζεται από την όρεξη. Στην ηλικία των 12 με 14 ετών οι ανάγκες της έφηβης για ενέργεια είναι μεγάλες και αγγίζουν το μέγιστο. Μετά από τα 14 αρχίζουν να μειώνονται. Εάν όμως η έφηβη συνεχίσει να τρώει με τον ίδιο ρυθμό και τις ίδιες ποσότητες, η ενέργεια θα είναι μεγάλη, θα μετατραπεί σε λίπος και θα καταλήξει να γίνει πάχος. Έτσι λοιπόν, θα πρέπει να μπει στη διαδικασία να διαλέξει ανάμεσα στη λεπτή σιλουέτα που επιβάλλει η κοινωνία ή στην παχουλή σιλουέτα. Φυσικά, αν αποφασίσει την πρώτη εκδοχή, θα πρέπει να αποκτήσει καινούριες συνήθειες στο φαγητό, για να μπορέσει να ελέγξει το βάρος του σώματός της.

Ακόμη, σύμφωνα με τον Fairburn (1999) δεν είναι τυχαία η εμφάνιση των διαταραχών διατροφής στην εφηβεία, γιατί σε αυτή την περίοδο η έφηβη αποχωρίζεται την οικογένεια με την εισαγωγή στο πανεπιστήμιο, αποβάλλει το άγχος και για πρώτη φορά είναι ελεύθερη να φάει ό,τι θέλει και όσο θέλει (Fairburn, 1999).

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Η εφηβεία είναι μια περίοδος που θεωρείται «δύσκολη», με την έννοια ότι ο έφηβος περνάει ένα μεταβατικό στάδιο, το οποίο είναι δύσκολο τόσο για τον ίδιο όσο και για τους γονείς αλλά και για το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Η περίοδος της εφηβείας έχει ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η ανάγκη προσδιορισμού της ταυτότητας και η επιδίωξη της αυτονομίας, με τη σταδιακή απώλεια του παιδικού κόσμου και την κατεύθυνση προς την ενηλικίωση, χωρίς την εξάρτηση και την καθοδήγηση της οικογένειας.

Ακόμα, η αφύπνιση της σεξουαλικότητας είναι πολύ σημαντική και θα προβληματίσει όχι μόνο τον έφηβο, αλλά και την οικογένειά του.

Επίσης, σπουδαίο ρόλο παίζουν οι φαντασιώσεις, οι οποίες ενώ του προσφέρουν ηδονή, του μειώνουν τους φόβους και τις απαγορεύσεις και βοηθούν στη σεξουαλική του ανάπτυξη (Π. Σακελλαρόπουλος, 1980).

Η εφηβεία είναι μια εκτεταμένη χρονική περίοδος, κατά την οποία λαμβάνουν χώρα πολλές και σημαντικές βιοσωματικές, νοητικές, κοινωνικές και συναισθηματικές αλλαγές (Tucker, 1999).

Πρόκειται για μια περίοδο ζωής 8 χρόνων, η οποία περιλαμβάνει την ήβη, μια σύντομη περίοδο, 2 ως 4 χρόνων, βιολογικής ανάπτυξης, κατά την οποία πραγματοποιούνται οι βιοσωματικές αλλαγές που σχετίζονται με τη σεξουαλική ανάπτυξη του εφήβου. Η εφηβεία αναφέρεται σε όλες τις αλλαγές, σε γνωστικό, βιοσωματικό, κοινωνικό και συναισθηματικό επίπεδο, ενώ η ήβη καλύπτει μόνο το βιολογικό μέρος.

Ορισμένοι μελετητές χωρίζουν την εφηβεία σε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση λέγεται προεφηβεία και αναφέρεται στην περίοδο που έχουν αρχίσει να γίνονται

εμφανή τα πρώτα γνωρίσματα της ήβης: τριχοφυΐα εφηβαίου, διόγκωση των διαστάσεων του σώματος, των γεννητικών οργάνων, χωρίς όμως την παραγωγή σπερματικών κυττάρων (ωάριο, σπερματοζωάρια). Και η δεύτερη φάση αναφέρεται στην περίοδο όπου υπάρχει μεν η παραγωγή των σπερματικών κυττάρων, δεν έχει ολοκληρωθεί όμως η διαμόρφωση των δευτερευόντων γνωρισμάτων, δηλαδή των εξωτερικών φυσιογνωμικών χαρακτηριστικών.

Διαχωριστικό σημείο ανάμεσα στην παιδική ηλικία και την εφηβεία είναι η πρώτη έμμηνος ρήση στα κορίτσια και η πρώτη εκσπερμάτωση στα αγόρια (Παρασκευόπουλος, 1985).

ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1995), ο καθορισμός των ορίων της εφηβικής ηλικίας – έναρξη και λήξη – είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί επακριβώς. Ως αφετηρία λαμβάνεται η χρονική στιγμή στην οποία το άτομο είναι ικανό για αναπαραγωγή και ως λήξη η στιγμή που το άτομο μπορεί να αναλάβει το ρόλο του ενήλικα.

Όμως δε μπορούμε να ξέρουμε πότε το άτομο είναι ικανό για αναπαραγωγή, γιατί αυτό σχετίζεται με την ωρίμανση των εσωτερικών οργάνων και λειτουργιών. Ακόμη, έχει διαπιστωθεί πως τα κορίτσια, μετά την πρώτη έμμηνου ρήση, για 1 ως 2 χρόνια δεν παράγουν ικανά να γονιμοποιηθούν ωάρια. Επίσης, αυτά που συμβαίνουν σε έναν έφηβο στην ηλικία των 11-12, σε κάποιον άλλο μπορεί να συμβαίνουν στην ηλικία των 15-16 ετών.

Ο χρονικός προσδιορισμός του τέλους της εφηβικής ηλικίας είναι επίσης δύσκολο να προσδιοριστεί και εξαρτάται από τοποχρονικά κοινωνικά δεδομένα. Όσο πιο πολύπλοκη είναι μία κοινωνία (αστική, βιομηχανική) τόσο οι ρόλοι των ατόμων είναι πιο ασαφείς και ποικίλοι. Ενώ όσο πιο απλή είναι μία κοινωνία, τόσο πιο ξεκάθαροι είναι οι ρόλοι των ενηλίκων.

Παρ' όλο που η ψυχολογική και νοητική ανάπτυξη έχει ολοκληρωθεί ήδη στο 16 ή 18 έτος, το άτομο θα μπορούσε να είναι ώριμο βιοσωματικά και ψυχοκοινωνικά. Όμως η ψυχοκοινωνική ωριμότητα είναι συνάρτηση και κοινωνικών δεδομένων.

Ανακεφαλαιώνοντας, η εφηβική ηλικία καλύπτει αναπτυξιακά φαινόμενα που συμβαίνουν στη δεύτερη δεκαετία της ζωής των ατόμων, για ένα διάστημα που διαρκεί έως 8 χρόνια, από το 11 στα κορίτσια και το 13 στα αγόρια, τονίζοντας ότι τα φαινόμενα αυτά είναι δυνατό να εκτυλίσσονται νωρίτερα ή να συνεχίσουν να υπάρχουν και πέρα από τα χρονικά αυτά όρια(Παρασκευόπουλος,1995).

ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Τα αναπτυξιακά φαινόμενα της εφηβείας χωρίζονται σε δύο επιμέρους φάσεις: 1. στην κυρίως εφηβεία (11-16) και 2. στην εφηβική νεότητα (16-20). Στην πρώτη φάση εκτυλίσσονται οι βιοσωματικές και γνωστικές αλλαγές και στη δεύτερη φάση γίνεται η προσαρμογή του ατόμου στο νέο βιοσωματικό και γνωστικό του εαυτό και οι κοινωνικές αλλαγές.

ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Η εφηβεία θεωρείται αναμφισβήτητα το μεγαλύτερο βιολογικό γεγονός, μετά τη γέννηση. Αλλαγές που συμβαίνουν στο ύψος, στο βάρος, στις αναλογίες, στο περίγραμμα, στη δύναμη, στην ωρίμανση των γεννητικών οργάνων. Κάποια γεγονότα, όπως η αύξηση του βάρους και η πρόωρη έμμηνος ρήση στα κορίτσια, μπορεί να δημιουργήσουν ντροπής και χαμηλής αυτοεκτίμησης.

Ακόμη, η στάση της οικογένειας απέναντι στις βιοσωματικές αλλαγές του εφήβου έχει να κάνει με το πως νιώθουν οι ίδιοι για τη βιοσωματική τους ανάπτυξη. Οι γονείς μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη ανάλογα με το αν είναι θετικοί στις αλλαγές των εφήβων, οι οποίες είναι απόλυτα φυσιολογικές (Tucker, 1999).

ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Σε αυτή τη φάση ο έφηβος αποκτά την αφαιρετική σκέψη. Η σκέψη του δεν κινείται μόνο στον υπαρκτό χώρο αλλά και στον πιθανό. Μπορεί να συλλαμβάνει και να επεξεργάζεται όχι μόνο ό,τι υπάρχει αλλά και ό,τι θα μπορούσε να υπάρχει. Να επεξεργάζεται εναλλακτικές λύσεις για την επίλυση των κοινωνικών και ατομικών του προβλημάτων (Παρασκευόπουλος, 1985). Παράλληλα με τη νοητική ανάπτυξη υπάρχει και η βελτίωση των γλωσσικών δεξιοτήτων, κατανόηση της ειρωνείας και μείωση του εγωκεντρισμού (Tucker, 1999).

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Η ψυχική ισορροπία του εφήβου διαταράσσεται και επικρατεί ένταση και αστάθεια της διάθεσης. Μπορεί να νιώθει θυμό, ευθυμία, μελαγχολία, χαρά, λύπη κ.α. Σύμφωνα με τον Αμερικάνο ψυχολόγο G. Stanley Hall, η εφηβεία είναι περίοδος ‘των καταιγίδων και των έντονων εσωτερικών συγκρούσεων’ (Παρασκευόπουλος, 1985).

Σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζονται καταθλιπτικές διαταραχές, κρούσματα σχιζοφρένειας ή και απόπειρες αυτοκτονίας (Tucker, 1999). Ο έφηβος αποσύρει το ενδιαφέρον και τη στοργή του από τους γονείς του. Στρέφεται, αναζητώντας ελευθερία και ανεξαρτησία, προς κάποια υποκατάστατα της οικογένειας, όπως είναι οι φίλοι – ομάδα συνομηλίκων – και δίνει σε αυτούς τη στοργή του. Πρέπει να εξακολουθήσει να νιώθει ότι ανήκει κάπου. Μπορεί να γίνει ναρκισσιστής, με το να νιώθει πετυχημένος, παντοδύναμος και άτρωτος, αρνητικός απέναντι σε οποιαδήποτε απόλαυση ή ασυμβίβαστος απέναντι στο ένστικτο και τις παρορμήσεις του (Παρασκευόπουλος, 1985).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Σε αυτό το στάδιο ο έφηβος νιώθει έντονη την ανάγκη για ανεξαρτησία και αυτονομία. Αποζητά την ελευθερία στους φίλους και την ομάδα των συνομηλίκων, όπως επίσης και την κοινωνική αποδοχή. Η γνώμη των άλλων παίζει σπουδαίο ρόλο στη μετέπειτα εξέλιξή του.

Ο έφηβος πρέπει να αποδεχτεί: 1. τις αλλαγές στο σώμα του, 2. να δρομολογήσει μία ετερόφυλη σχέση αγάπης, στοργής και έρωτα, 3. Να διεκδικήσει τη συναισθηματική αυτονομία με το χωρισμό από τους γονείς, 4. να εξασφαλίσει οικονομική ανεξαρτησία με την εκλογή επαγγέλματος και την προετοιμασία για την άσκησή του, 5. να αποκτήσει τα ανάλογα εφόδια για συμμετοχή στην κοινωνική και πολιτική ζωή και 6. να μάθει την ταυτότητά του (Tucker, 1999).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Ένα από τα χαρακτηριστικά της εφηβείας είναι η αλλαγή της διάθεσης του εφήβου. Σε αυτό το στάδιο της ανάπτυξης στο οποίο βρίσκεται, μπορεί να αλλάζει διάθεση πολύ γρήγορα: τη μία μέρα να νιώθει χαρά, την άλλη λύπη, ευτυχία, μελαγχολία κ.α. τα συναισθήματα αυτά μπορεί να οφείλονται σε κάποια απογοήτευση φιλική ή ερωτική ή και να τα βιώνει χωρία αιτία.

Η εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι συνηθισμένο φαινόμενο στην εφηβεία και προέρχεται από ψυχοκοινωνικούς, γενετικούς και βιολογικούς παράγοντες.

Οι Carlson και Strober(2001) κατέληξαν σε δύο χαρακτηριστικούς τύπους κατάθλιψης, τον πρωτογενή (τύπο) και τον δευτερογενή. Η πρωτογενής κατάθλιψη συνδέεται με διαταραχές του ύπνου, κεφαλαλγία, ημικρανίες, διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, όπως βουλιμία και ανορεξία, απώλεια ενδιαφέροντος, αδυναμία συγκέντρωσης σε καθημερινές δραστηριότητες και απόσυρση από την κοινωνική ζωή. Μπορεί να εμφανιστεί χωρίς σημαντική αιτία ή οι παράγοντες που την προκαλούν να είναι δυσανάλογοι ως προς το βάρος της κατάθλιψης.

Σε αντίθεση με την πρωτογενή κατάθλιψη, η δευτερογενής εμφανίζεται μετά από κάποια τραυματική εμπειρία, όπως απώλεια κάποιου σημαντικού προσώπου (θάνατος), διαταραχή των οικογενειακών σχέσεων (διαζύγιο – διάσταση), μεγάλη ερωτική απογοήτευση κ.α. Η δευτερογενής κατάθλιψη είναι διαρκής και συγκεχυμένη. Συνδέεται συνήθως με την ψυχογενή βουλιμία – ανορεξία, με κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών, φοβίες, ψευδαισθήσεις και μαθησιακές δυσκολίες.

Σε μεγάλο βαθμό επηρεάζεται η όρεξη και το φαγητό, ο ύπνος και η ψυχοκινητική δραστηριότητα. Υπάρχει απώλεια σκέψης, ελπίδας και ενδιαφέροντος, ενώ έντονη είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα αισθήματα ενοχής και η αναξιότητα (Παιονίδης, 2001).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Παιονίδη(2001), οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας είναι:

- Η χρήση αλκοόλ από τους γονείς (από τις πιο ισχυρές επιδράσεις). 57% των εφήβων που οι γονείς τους δεν πίνουν, απέχουν επίσης, σε αντίθεση με το 15% που οι γονείς τους πίνουν.
- Η χρήση αλκοόλ από συνομήλικο. 80% των εφήβων απέχουν, όταν ο φίλος τους δεν πίνει, σε αντίθεση με το 7%, όταν ο φίλος του πίνει.
- Το ιστορικό πολλαπλής χρήσης φαρμάκων.
- Η αντικανονική συμπεριφορά.
- Οι ανεκπλήρωτες ψυχολογικές ανάγκες.

- Η χρήση αλκοόλ, αλλαγές στη δραστηριότητα, στον ύπνο, στην πραγματικότητα, κατάθλιψη και προβλήματα με το νόμο.

Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Σύμφωνα με το Ζαφείρη (1999), η οικογένεια αποτελεί έναν από τους βασικούς θεσμούς της κοινωνίας μας. Η δύναμη των θεσμών, που δημιουργούνται ανάμεσα στο άτομο και την οικογένεια του, είναι πολύ μεγάλη. Τους ενώνουν κοινά πιστεύω, στόχοι, κοινωνικές και θρησκευτικές παραδοχές (πεποιθήσεις). Έτσι, μέσα στην οικογένεια καλλιεργούνται και ικανοποιούνται ηθικές, οικονομικές, συναισθηματικές και άλλες ανάγκες.

Στη σύγχρονη κοινωνία, που μεταβάλλεται με ραγδαίους ρυθμούς, οι κοινωνικές αλλαγές επηρεάζουν τους ρόλους των μελών της οικογένειας και οδηγούν στη μεταβολή της σύνθεσης και του χαρακτήρα της. Ο θεσμός της παραδοσιακής οικογένειας, όπου ο σύζυγος και πατέρας εργάζεται σκληρά και κερδίζει τα προς το ζην, η σύζυγος – μητέρα μεγαλώνει τα παιδιά και λειτουργεί ως υπηρέτρια στο σπίτι και τα υπάκουα και ήσυχα απιδιά, έχει υποστεί μια σειρά από μεταβολές: έχουμε την ‘ιδανική’ οικογένεια. Με τον όρο αυτό εννοούμε τη νόμιμα θεσμοθετημένη ομάδα ή όποια αποτελείται από τους δύο συζύγους και τα εξαρτημένα από αυτούς παιδιά τους. Η οικογένεια έχει το δικό της νοικοκυριό που στηρίζεται οικονομικά στην εργασία του πατέρα. Η μητέρα μεγαλώνει τα παιδιά και στηρίζει συναισθηματικά το σύζυγο κι αυτό την ευχαριστεί.

Η διευρυμένη οικογένεια, όπου το ζευγάρι ζούσε στο ίδιο νοικοκυριό με τους γονείς, αδέρφια – παππούδες, έχει αντικατασταθεί από την πυρηνική οικογένεια, η

οποία αποτελείται από τον πατέρα, τη μητέρα και τα παιδιά. Σπάνια μένει μαζί τους κάποιος παππούς ή γιαγιά, καθώς συνήθως έχουν το δικό τους ξεχωριστό νοικοκυριό.

Άλλος τύπος οικογένειας που βλέπουμε στη σύγχρονη κοινωνία, είναι η μονογονεϊκή. Όλο και πιο συχνά εμφανίζεται το φαινόμενο της μητέρας που ζει μόνη της με τα παιδιά της, είτε αυτό είναι από επιλογή είτε κατ' ανάγκη. Επίσης, αυξάνεται και ο αριθμός των ατόμων που συζούν, χωρίς να έχουν δημιουργήσει οικογένεια, συμπεριφέρονται όμως σα μία 'τυπική' οικογένεια.

‘ΣΩΣΤΟΣ ΓΟΝΙΟΣ’

Σύμφωνα με τη Χουρδάκη (1995), το να είσαι ένας σωστός και καλός γονιός είναι κάτι πολύ δύσκολο ως ρόλος και ως προσπάθεια. Στη σύγχρονη κοινωνία οι απόψεις δίστανται. Όλοι θέλουν να είναι 'καλοί γονείς'. Γι' αυτούς υπάρχουν διάφορα κριτήρια, άλλοι πιστεύουν πως σωστοί γονείς είναι αυτοί που έχουν φρόνιμα, ήσυχα παιδιά που υπακούουν. Άλλοι πάλι πιστεύουν πως είναι σωστοί γονείς όταν μεγαλώνουν τα παιδιά τους με βάση ένα συγκεκριμένο σύστημα (θρησκευτικό, πολιτικό, κοινωνικό). Τέλος καλοί γονείς μπορεί να θεωρηθούν αυτοί που μένουν ενωμένοι και τα παιδιά τους είναι προσκολλημένα πάνω τους. Υπάρχουν πολλές θεωρίες πάνω στη σωστή ανατροφή (μεγάλωμα) του παιδιού.

ΤΙ ΠΙΣΤΕΥΕΙ Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με την ψυχολογία 'καλός γονιός' είναι το «ώριμο ψυχολογικά άτομο που ξέρει να ελέγχει τη δική του ψυχολογία και αντιμετωπίζει σωστά τις

ανάγκες του παιδιού». Χαρακτηριστικά ενός ώριμου ανθρώπου είναι η αυτογνωσία και η αυτοκυριαρχία. Οι σωστοί γονείς θα πρέπει να έχουν αυτοκυριαρχία στις αντιδράσεις προς τα παιδιά και τις σχέσεις τους με αυτά. Δε θα πρέπει να είναι εγωκεντρικοί. Αυτό δημιουργεί προβλήματα τόσο στη συζυγική σχέση όσο και στον γονεϊκό ρόλο. Επίσης χρειάζεται να μπορούν να κάνουν αυτοκριτική και να παραδέχονται τα λάθη τους. Δεν είναι κακό να κάνεις λάθη, κακό είναι να τα κρύβεις, να θέλεις να τα περάσεις στους άλλους ή να μην τα παραδέχεσαι. Ωριμο είναι να μπορείς να τ' αναγνωρίζεις και να μαθαίνεις απ' αυτά.

Ένα άλλο βασικό στοιχείο ενός 'καλού γονιού', είναι να ελέγχει την ψυχολογία του και αυτό γιατί η ψυχολογία των γονιών έχει επιδράσεις στη συμπεριφορά και ανάπτυξη του παιδιού. Είναι χαρακτηριστικό πως τα περισσότερα από τα προβληματικά παιδιά είχαν γονείς με προβλήματα άγχους, στρες, συμπλέγματα και εγωκεντρισμό, δηλαδή προβλήματα στον έλεγχο της ψυχολογία στους και αυτό το έβγαζαν στα παιδιά τους, με λογική συνέπεια αυτά να επηρεαστούν. Τέλος, ένα σημαντικό χαρακτηριστικό ενός σωστού γονιού είναι να ξέρει τις ανάγκες και την ψυχολογία του παιδιού του. Να μπορεί να καταλαβαίνει τις αλλαγές που περνάει, να είναι δίπλα του και να το υποστηρίζει στα βήματά του. Αυτό δεν προϋποθέτει μόνο ένστικτο αλλά και γνώσεις και τεχνική (Χουρδάκη, 1996).

ΠΝΕΥΜΑ ΑΓΑΠΗΣ

Πρωταρχικό χρέος των γονιών είναι η ανάπτυξη πνεύματος αγάπης και κατανόησης και η καλλιέργεια του ψυχικού δεσμού μεταξύ τους. Όταν ένα παιδί απολαμβάνει τη μητρική και πατρική στοργή και ζει μέσα σε ένα φυσιολογικό περιβάλλον, τότε μπορούμε να πούμε ότι θα αναπτυχθεί 'φυσιολογικά' και 'ομαλά',

χωρίς προβλήματα, ενώ αντίθετα όταν το παιδί βιώνει συχνά έντονες ψυχοσυναισθηματικές καταστάσεις, φωνές, σκηνές και διαπληκτισμούς των γονέων, τότε υπάρχει φόβος να καταλήξει ψυχονευρωτικό άτομο, με προβλήματα τόσο το ίδιο, όσο και στις σχέσεις του με το σύνολο.

Ο Ιωάννης Ε. Πυργιωτάκης (1989) αναφέρει ότι η Ψυχοκοινωνική σχέση που αναπτύσσουν οι γονείς με τα παιδιά τους καθορίζεται από δύο διαστάσεις. Η μία διάσταση υποδηλώνει τη συναισθηματική κατάσταση της σχέσης (κυμαίνεται από τη στοργή και αγάπη μέχρι την εχθρότητα) και η άλλη διάσταση καθορίζει το βαθμό που οι γονείς επηρεάζουν, κατευθύνουν, ελέγχουν και υπαγορεύουν στο παιδί τους τη συμπεριφορά του. Με βάση αυτές τις δύο διαστάσεις, έχουμε τέσσερις τύπους ψυχοκοινωνικών σχέσεων γονέων – παιδιών.

- **Αγάπη – Έλεγχος (υπερπροστατευτικοί γονείς)**

Καθορίζεται από στοργική διάθεση και αποδοχή του παιδιού και τους περιορισμούς που οι γονείς αυτοί θέτουν στη συμπεριφορά του. Διακρίνονται από θετική τοποθέτηση προς το παιδί, ταυτόχρονα όμως θέτουν περιορισμούς στις προθέσεις για αυτενέργειά του, φραγμούς σε δική του πρωτοβουλία και δραστηριότητα και ελέγχουν κάθε ενέργειά του. Ασχολούνται υπερβολικά με το παιδί και είναι υπερπροστατευτικοί.

- **Αγάπη – Αυτονομία (δημοκρατικοί γονείς)**

Συνδυάζουν αγάπη και ελευθερία. Τους παραχωρούν την απαιτούμενη ελευθερία και τα υποβοηθούν ώστε να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους και να αποκτήσουν αυτάρκεια και αυτονομία. Αυτός ο τύπος γονέων χρησιμοποιεί το διάλογο, συνεργάζεται με τα παιδιά του και τα ενθαρρύνει στην αποτυχία, τα επαινεί στην επιτυχία.

- Εχθρότητα - Έλεγχος (αυταρχικοί γονείς)

Οι γονείς αυτοί διακρίνονται για την αρνητική τους στάση απέναντι στα παιδιά τους. Ο τύπος αυτός βρίσκεται σε πλήρη αντίθεση με τον προηγούμενο. Δηλαδή, αντί να συνεργάζονται μαζί τους, είναι αυταρχικοί και δεν τα αφήνουν να παίρνουν πρωτοβουλίες. Μπορούμε να πούμε πως συγγενεύει με τον πρώτο τύπο, τους υπερπροστατευτικούς που θέλουν και αυτοί να έχουν τον έλεγχο, αυτό όμως γίνεται με αγάπη και φροντίδα, ενώ εδώ με ψυχρότητα και αυταρχισμό. Οι γονείς αυτοί είναι σκληροί, βάνανσοι και απογοητεύουν τα απιδιά τους.

- Εχθρότητα – Αυτονομία (φλεγματικοί γονείς)

Οι γονείς αυτοί μοιάζουν με αυτούς του προηγούμενου τύπου, η συμπεριφορά αυτή όμως ξεκινάει από απόρριψη, αδιαφορία και απάθεια προς το παιδί τους.

Επιπτώσεις στο παιδί (Πυργιωτάκης 1989):

	Έλεγχος	Αυτονομία
Α)	Εξάρτηση	Β) Ενεργητικότητα
	Περιορισμένη δημιουργικότητα	Αυτάρκεια
	Πειθαρχία	Κοινωνικότητα
	Ευγένεια	Δημιουργικότητα
	Υπερβολική υποχωρητικότητα	
Γ)	Νευρωτικές διαταραχές	Δ) Εγκληματική συμπεριφορά
	Επιθετικότητα	Επιθετικότητα
	Δειλία	Δυσκολίες κοινωνικής προσαρμογής
	Απόρριψη από το κοινωνικό περιβάλλον	

Βασική κατηγορία γονέων που συναντάμε σήμερα είναι οι νευρωτικοί γονείς.

Όταν λέμε νευρωτικούς τύπους, εννοούμε αυτούς που έχουν υπερβολή στις απαιτήσεις τους, στις φιλοδοξίες τους και στη στάση τους. Κι αυτό είναι βλαβερό για

τα παιδιά. Τέτοιοι τύποι είναι οι ευερέθιστοι γονείς, οι απαιτητικοί, οι υπερπροστατευτικοί, οι ανήσυχοι, οι φιλόδοξοι και οι κοσμικοί μποέμ γονείς (Χουρδάκη, 1995).

- Ευερέθιστοι γονείς

Οι γονείς αυτοί ερεθίζονται εύκολα από μικρά πράγματα και δημιουργούν σκηνές μέσα στο σπίτι. Όλα μπορούν να ξεκινήσουν από μια μικρή αφορμή που μπορεί να δοθεί και από το παιδί. Στην αρχή φωνές, απειλές, μετά τιμωρίες, ίσως και βία. Αν υπάρξει υποστήριξη του παιδιού από τον άλλο γονιό, μπορεί να οδηγήσει σε συζυγικό καυγά (σκηνή) και τότε το παιδί νιώθει τύψεις και ενοχές.

- Απαιτητικοί γονείς

Στην εποχή μας πολλοί γονείς είναι απαιτητικοί, αλλά λίγοι το παραδέχονται. Τους αρέσει να οργανώνουν τις ενέργειες και τη ζωή των παιδιών τους και τα χρειάζονται για να τους βοηθήνε σε διάφορες δουλειές τους. Με αυτό τον τρόπο γίνονται κουραστικοί και εξαντλούν τις δυνάμεις των παιδιών.

- Υπερπροστατευτικοί γονείς

Συνήθως αυτόν τον τύπο γονέα το συναντάμε στο πρόσωπο της μητέρας. Προσπαθούν να προστατέψουν το παιδί, σε υπερβολικό βαθμό. Δεν το αφήνουν να κινηθεί, προετοιμάζουν το κάθε τι, φοβούνται μήπως συμβεί τίποτα κακό και θέλουν να το προλάβουν.

- Ανήσυχοι γονείς

Είναι αυτοί που συνεχώς φοβούνται πως οποιοδήποτε κακό συμβαίνει στον κόσμο, θα έρθει πρώτα στα παιδιά τους. Δε μπορούν να ελέγξουν αυτή την ανησυχία τους (που μέχρι ενός σημείου είναι δικαιολογημένη). Έτσι υποφέρουν και μεταφέρουν αυτήν την κατάσταση και στο παιδί τους. Αυτού του είδους οι

γονείς καταλογίζουν στον εαυτό τους κάθε κακό που θα συμβεί για παραμέληση και αδιαφορία.

- Φιλόδοξοι γονείς

Όταν λέμε φιλόδοξοι γονείς στη συγκεκριμένη περίπτωση εννοούμε τους υπερβολικά φιλόδοξους. Το ανθρώπινο είναι όταν το παιδί έχει κάποιες δυνατότητες, βάσει αυτών να φιλοδοξούν. Οι υπερβολικά φιλόδοξοι γονείς δεν κοιτούν τις δυνατότητες των παιδιών τους, αλλά τις δικές τους δυνατότητες και φιλοδοξίες. Δεν τους νοιάζει τι θέλει το παιδί, αυτοί κοιτούν το πρόγραμμά τους. Τα παιδιά τους πρέπει να είναι πάντα πρώτα. Συχνά οι πολλοί φιλόδοξοι γονείς είναι άνθρωποι που δεν έχουν ζήσει τη δική τους παιδική ηλικία και δε μπόρεσαν να εκπληρώσουν για διάφορους λόγους τις επιθυμίες τους και τώρα βρίσκουν την ευκαιρία εκπλήρωσης μέσω των παιδιών τους.

- Κοσμικοί, μποέμ γονείς

Αυτός ο τύπος γονιών είναι σχετικά καινούριος. Δημιουργήθηκε και αναφέρεται στην εποχή μας. Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν κυρίως εγωκεντρικοί γονείς που δεν ήταν έτοιμοι ν' αναλάβουν τέτοιο ρόλο και το εκφράζουν με τα λόγια και τις πράξεις τους. Αρνούνται το ρόλο του γονέα, διατηρούν όμως το συζυγικό ρόλο, συμπεριφέρονται σα να μην έχουν λεφτά, στην πραγματικότητα όμως έχουν και δεν ενδιαφέρονται.

Σε βασικές γραμμές αυτοί είναι οι βασικοί τύποι γονιών που μπορούμε να συναντήσουμε.

Στην προσπάθεια να αντικαταστήσουμε κάθε αρνητικό τύπο με ένα θετικό, έχουμε τους εξής τύπους (Χαραλάμπους, 1999): στη θέση του αγχώδη γονιού μπορούμε να βάλουμε έναν ήρεμο γονιό, που μεταδίδει στα παιδιά του γαλήνη, ψυχική ηρεμία, σιγουριά, παρέχει ταυτόχρονα ελευθερία αλλά και προστασία, όπου

αυτό χρειάζεται. Στην αρχή όποτε ο ίδιος γονιός το αισθάνεται και αργότερα όταν το παιδί το ζητάει (είτε το δείχνει είτε το λέει).

Τον αυταρχικό γονιό τον αντικαθιστούμε με ένα δημοκρατικό που σέβεται την προσωπικότητα του κάθε μέλους της οικογένειας και χρησιμοποιεί το διάλογο, την επικοινωνία και τη συμμετοχή. Μπορούμε να απαλλαγούμε από τον υπερπροστατευτικό ρόλο του γονιού αν αφήσουμε τα παιδιά να παίρνουν πρωτοβουλίες ή ακόμα καλύτερα αν του δημιουργούμε ευκαιρίες. Αυτό χρειάζεται εμπιστοσύνη και σεβασμό απέναντι στα παιδιά ώστε να μπορούν να αναπτύξουν προσωπική ιδιωτική ζωή και να μπορούν, εφ' όσον θέλουν να κάνουν μόνα τους πράγματα.

Απέναντι από τον ανταγωνιστικό γονιό έχουμε το συνεργατικό. Αυτός ο πρώτος τύπος συγκρίνει συνέχεια τα παιδιά του με άλλα, είτε συμμαθητές είτε παιδιά συγγενών είτε μέσα στην οικογένεια (δηλητηριάζοντας τις σχέσεις μεταξύ των αδελφών). Αντί λοιπόν να συγκρίνει τα παιδιά του με άλλα θα έπρεπε να τα συγκρίνει με τον εαυτό του και μόνο. Την πρόοδο που έχει σε αυτά που κάνει και πόσο ικανοποιητικό είναι αυτό με βάση αυτά που μπορεί να καταφέρει.

Ο ασυνεπής γονιός έχει κύριο χαρακτηριστικό τις μεταπτώσεις στη συμπεριφορά του. Μεταμορφώνεται πολύ εύκολα από τρυφερό σε αυστηρό, από αυταρχικό σε υπερπροστατευτικό. Το αντίθετο είναι ο συνεπής γονιός που τηρεί τις υποσχέσεις του, ελέγχει τον εαυτό του και δεν παρουσιάζει εύκολες αλλαγές στη συμπεριφορά του (Χαραλάμπους, 1999).

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Ο Μαρτενσέν Λάρσεν (1994) στην αναφέρει πως στη ζωή μας όσες επιρροές και να έχουμε, πάντα θα φέρουμε μέσα μας ισχυρή αποτύπωση του οικογενειακού περιβάλλοντος. Κάτι τέτοιο αναφέρει και η Χουρδάκη(1995) λέγοντας πως οι σχέσεις γονέων – παιδιών είναι ένας φαύλος κύκλος, π.χ. νευρική μητέρα – νευρικό παιδί. Συνεχίζοντας ο Λάρσεν, εξηγεί πως το οικογενειακό διάγραμμα αποτελεί κλειδί για την καλύτερη κατανόηση των ανθρώπων και τη συγκέντρωση στοιχείων της ζωής ενός ατόμου. Η χαρτογράφηση της οικογενειακής κατάστασης είναι επίσης χρήσιμη σε όποιον ενδιαφέρεται να καταλάβει τον εαυτό του. (στη συνέχεια, στο ρόλο του πατέρα και της μητέρας φαίνεται η επίδραση στον χαρακτήρα του παιδιού ακόμα περισσότερο).

Επιπτώσεις

1. Υπερπροστατευτικοί γονείς

Παρεμποδίζουν τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού τους. Μαθαίνουν να ζουν στην εξάρτηση και την υποταγή, ενώ τους στερούν την δημιουργικότητα και την αποφασιστικότητα, τόσο στις σκέψεις όσο και στις πράξεις τους. Έχουν μάθει ευγενικούς τρόπους συμπεριφοράς, παρ' όλα αυτά έχουν δυσκολίες στις κοινωνικές τους σχέσεις αφού συνήθως τους απορρίπτουν.

2. Δημοκρατικοί – Συνεργάσιμοι γονείς

Παρουσιάζουν την ιδανική συμπεριφορά απέναντι στα παιδιά τους. Συνδυάζουν την αγάπη και την ελευθερία. Η στάση τους αυτή βοηθά στη θετική εξέλιξη της προσωπικότητας του παιδιού. Το παιδί μαθαίνει να βάζει στόχους, να έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του, να είναι συνεργάσιμο, να αναλαμβάνει ρόλους και

θέσεις και να τα φέρνει εις πέρας. Είναι δραστήριο, δημιουργικό, παίρνει πρωτοβουλίες και έχει υψηλές επιδιώξεις και επιτεύξεις.

3. Αυταρχικοί γονείς

Συνδυάζουν την εχθρική στάση με τον αυστηρό έλεγχο. Αυτό επιφέρει συναισθηματικές εντάσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχονευρωτικές διαταραχές. Παρουσιάζουν ασταθή συμπεριφορά, μεταπτώσεις που κυμαίνονται από υποτέλεια και εξάρτηση έως υποκριτική στάση, επιθετικότητα και ερωτική διάθεση. Σε περίπτωση εκτροπής μπορούν να γίνουν σκληροί και αδίστακτοι.

4. Φλεγματικοί γονείς

Ψυχρή αδιαφορία και εγκατάλειψη της εξέλιξης των παιδιών τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η συμπεριφορά, η προσωπικότητα και η πορεία του παιδιού να επηρεάζεται από το περιβάλλον και ομάδες συνομηλίκων τους. Η έλλειψη όμως αγάπης και προστασίας έχει αρνητικές επιπτώσεις στη συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Τα παιδιά αυτά μπορεί να συνάψουν σχέσεις με περιθωριακά άτομα, αφού μπορούν πιο εύκολα να γίνουν δεκτοί στις ομάδες τους (Συνδυασμός Πυργιωτάκη, 1989 – Χουρδάκη, 1995).

ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Μύθος... η εξιδανίκευση του ρόλου της μητέρας. Μία αναπόδεικτη συλλογική πεποίθηση που γίνεται άκριτα αποδεκτή και χρησιμοποιείται για την αιτιολόγηση κάποιου κοινωνικού θεσμού (Swigant, 1991). Οι μητέρες σήμερα ζουν σε ένα ιδεολογικό κλίμα που εξακολουθεί να επιμένει στη μοναδικότητα της μητέρας να ικανοποιεί τις ανάγκες των παιδιών και του συζύγου, η τέλεια μητέρα, ανεξάντλητη πηγή στοργής και αγάπης που ξέρει από τη φύση της πως να μεγαλώσει

τα παιδιά της, να αναλάβει το σημαντικότερο ρόλο στη ζωή της, αυτόν της μητέρας. Όσο εύκολο είναι όμως στην κοινωνία να εξιδανικεύει το ρόλο της μητέρας τόσο εύκολο είναι να τον υποβιβάζει. Πέρα από το μύθο της καλής μητέρας που αφιερώνει ανιδιοτελώς τη ζωή της στην ευτυχία των παιδιών της, έχουμε και το μύθο της κακής μητέρας που είναι υπεύθυνη για τα ψυχολογικά προβλήματα και τη δυστυχία των παιδιών της. (Swigant, 1991).

Στην παραδοσιακή οικογένεια είχαμε τον πατέρα ο οποίος εργάζεται και περνάει πολλές ώρες μακριά από το σπίτι και την οικογένεια. Εργάζεται για να συντηρήσει την οικογένεια. Η μητέρα ασχολείται αποκλειστικά με το νοικοκυριό και ο χώρος που κινείται είναι το σπίτι. Αναλαμβάνει εξ' ολοκλήρου το μέγιστο των παιδιών ώστε να γίνουν χρήσιμα μέλη της κοινωνίας.

Η μητέρα – σύζυγος – γυναίκα μεταβιβάζει τις φιλοδοξίες και τις επιδιώξεις της στον άντρα και τα παιδιά της και όταν τα επιτεύγματά τους αντιμετωπίζονται σκληρά τότε παραιτείται από την προσωπική της ζωή. Ζει υποκατάστατα και τελικά χάνει την προσωπικότητά της (Komer, 1990). αυτός ο ρόλος ήταν δύσκολο να απορριφθεί, ήταν αδύνατο να ξεφύγουν από το ιδανικό της μητρότητας και αυτό συμβαίνει διότι η ίδια η κοινωνία επιβάλλει το ρόλο της «Μητέρας» σε όλες τις γυναίκες που γεννάνε παιδιά. (Swigant, 1991). Είτε αυτός ο ρόλος γίνεται αποδεκτός και καθοριστικός είτε ανατίθεται σε κάποιον άλλο (νταντά, συγγενείς, παιδικός σταθμός, γονείς) γενικά εξαρτάται από το πολιτισμικό τους υπόβαθρο, κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, τις τρέχουσες αντιλήψεις για την ανατροφή των παιδιών, τη συναισθηματική δυνατότητα της μητέρας.

Οι κοινωνικές συνθήκες όμως αλλάζουν. Οι πρόσθετες ανάγκες για εργατική δύναμη απορρόφησαν τη γυναίκα – μητέρα στην εργασία. Έτσι ο ρόλος της γυναίκας σημείωσε εξέλιξη και ο παραδοσιακός δεσμός της με το σπίτι και τα παιδιά

χαλάρωσε. Τα παιδιά εξακολουθούν να αποτελούν υπόθεση της μητέρας αλλά η μητρότητα συνυπάρχει με τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις για προσωπική καταξίωση. Στην προσπάθεια αυτή, η γυναίκα να επαναπροσδιορίσει το ρόλο της ως εργαζόμενη και μητέρα προσβλέπει σε βοήθεια, υποστήριξη και συμπαράσταση από τη δική της μητέρα. Ο οικογενειακός και κοινωνικός ρόλος της γιαγιάς μετασχηματίζεται και αυτός με τη σειρά του. (Χουντουμάδη, 1994).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ

Η λέξη πατέρας προέρχεται από τη Λατινική λέξη «pater» που σημαίνει 'παραγωγός ενός παιδιού και κάτοχος της πατρικής εξουσίας' (Καντζ, 1981).

Κάθε άνθρωπος πρέπει να εκπληρώσει στη διάρκεια της ζωής του πολλούς ρόλους. Ένας άνδρας, για παράδειγμα, κατ' αρχήν είναι άνδρας. Παράλληλα μπορεί να είναι γιος, αδερφός, πατέρας, επαγγελματίας. Οι ρόλοι αυτοί δεν είναι πάντοτε το ίδιο σημαντικοί. Αυτό εξαρτάται από την κατάσταση που επικρατεί τη δεδομένη στιγμή και που αυτή καθορίζει ποιος ρόλος βρίσκεται στο προσκήνιο. Μερικοί ρόλοι εξαφανίζονται με τον καιρό, όπως π.χ. ο ρόλος του παιδιού και άλλοι διατηρούνται σχεδόν για πάντα άντρας. Ο ρόλος του πατέρα παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα σημαντικός και λειτουργεί στα πλαίσια μιας μικρής σχετικά ομάδας της οικογένειας. Χωρίς οικογένεια ένας πατέρας είναι το πολύ «βιολογικά» πατέρας (Καντζ, 1981).

Είναι αλήθεια πως για πολλά χρόνια διαμορφώθηκε η αντίληψη πως η ανατροφή των παιδιών είναι έργο της μητέρας και αυτό γιατί σε παλιότερες εποχές οι ρόλοι των δύο γονιών είχαν ως εξής: η γυναίκα ήταν στο σπίτι και ασχολούνταν

αποκλειστικά με το νοικοκυριό και την ανατροφή των παιδιών, ενώ ο μέσος πατέρας είναι ένας πατέρας που εργάζεται και συνεπώς ένας πατέρας που απουσιάζει. Με τη βιομηχανοποίηση που επικράτησε στις αναπτυγμένες χώρες, το βάρος της ανατροφής είχε πέσει στους ώμους της μητέρας ενώ ο πατέρας ήταν αυτός που προμήθευε στην οικογένεια τα υλικά αγαθά που χρειαζόταν για να ζήσει. Έτσι βλέπουμε έναν πατέρα που φεύγει το πρωί για τη δουλειά και γυρίζει το απόγευμα κουρασμένος και εξαντλημένος χωρίς σωματική και ψυχική ενέργεια να ασχοληθεί με τα παιδιά του. Σύμφωνα με την Α. Χουντουμάδη (1994) οι βιομηχανικά αναπτυγμένες κοινωνίες μπορούν να θεωρηθούν κοινωνίες χωρίς πατέρα.

Το γεγονός λοιπόν ότι ο πατέρας εργάζεται και περνάει πολλές ώρες της ημέρας έξω από το σπίτι δημιουργεί μία νέα πραγματικότητα. Αυτή η πραγματικότητα είναι συνήθως άγνωστη προς τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Πολλά παιδιά θεωρούν τον πατέρα τους σαν αυτόν που κερδίζει χρήματα και τους προσφέρει αγαθά. Αυτή η έλλειψη γνώσης συμβάλλει στην αποξένωση ανάμεσά τους. Η συνείδηση, η διάθεση, τα αισθήματα και ο τρόπος σκέψης επηρεάζονται από τον εξω-οικογενειακό κόσμο. Το ίδιο ισχύει και για τις στεναχώριες, τις πένσεις, το άγχος. Τα καθήκοντα και οι ρόλοι που αναλαμβάνει ένας πατέρας έξω από την οικογένεια επηρεάζουν και το ρόλο του ως πατέρα και σύζυγο μέσα στην οικογένεια.

Το πρόσωπο του πατέρα είναι πολύ σημαντικό για την ανάπτυξη του παιδιού, τόσο του αγοριού όσο και του κοριτσιού (Χαραλάμπους, 1999). Το αγόρι θα διαμορφώσει την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του ως άντρας, σύζυγος και πατέρας με βάση το πρόσωπο που του προσέφερε ο δικός του πατέρας και για το κορίτσι ο πατέρας είναι ο αντιπρόσωπος ολόκληρου του αντρικού φίλου. Στο πρόσωπό του βλέπει όλους τους άντρες. Αργότερα θα αποζητήσει στο σύζυγό της το

θετικό πρότυπο του πατέρα της. Αν αντίθετα είναι αρνητικό θα καταπολεμήσει στο σύζυγο της το πρόσωπο του πατέρα της (Χαραλάμπους, 1999).

Συμπερασματικά, η συμβολή ενός πατέρα που συμμετέχει ενεργά στη ζωή των παιδιών του βρίσκεται στα εξής σημεία (Χουντουμάδη, 1994):

- Η μητέρα απελευθερώνεται όσον αφορά την ευθύνη και το χρόνο από μια σειρά καθηκόντων μέσα στο σπίτι με αποτέλεσμα να μπορεί να ασχοληθεί με την αυτοπραγμάτωσή της έξω από το σπίτι. Η συμβολή του πατέρα στη χειραφέτηση της γυναίκας του.
- Ο πατέρας που συμμετέχει ενεργά στην οικογένεια προσφέρει ένα στοιχείο εξισορρόπησης στο οικογενειακό αίσθημα. Βοηθάει στην επίλυση προβλημάτων, στηρίζει τα μέλη της οικογένειας. Επίσης μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της προβληματικής σχέσης μητέρας – παιδιού. Μοιράζεται το ψυχολογικό βάρος της μητέρας και συζύγου.
- Ο πατέρας μπορεί να βιώσει και να αναπτύξει κάποιες πλευρές της προσωπικότητάς του που του ήταν ή άγνωστες ή καταπιεσμένες. Δεν έχουν μόνο τα παιδιά ανάγκη από τον πατέρα τους, αλλά και ο πατέρας από τα παιδιά.

Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ ΣΧΟΛΩΝ – ΓΟΝΕΩΝ

Ο ρόλος του σύγχρονου γονέα γίνεται όλο και πιο δύσκολος. Οι γρήγορες κοινωνικές και πολιτισμικές αλλαγές δεν αφήνουν ανέπαφες τις οικογενειακές αξίες και θεσμούς. Έτσι βλέπουμε πολλούς γονείς να νιώθουν ανασφαλείς για τις σχέσεις τους με τα παιδιά τους, την έλλειψη επικοινωνίας και τις αντικρουόμενες προσδοκίες. Αγχώνονται από τον κίνδυνο των εξαρτησιογόνων ουσιών και της παραβατικότητας,

παρασύρονται από την καθημερινότητα, το πιεστικό ωράριο, το άγχος και το στρες και νιώθουν αβέβαιοι για το ρόλο των γονέων.

Ο θεσμός των σχολών γονέων βασίζεται στην άποψη ότι ο γονέας εάν αποκτήσει παιδαγωγικές δεξιότητες θα μπορέσει να ανταποκριθεί στις ψυχολογικές ανάγκες του παιδιού και του συντρόφου του, να ενισχύσει το γονεϊκό και συζυγικό του ρόλο και να αντιμετωπίσει τις καθημερινές αντιξοότητες.

Η Διεθνής Ομοσπονδία Γονέων ιδρύθηκε το 1964 (24 Απριλίου) στη Γαλλία. Η πρώτη σχολή γονέων είχε δημιουργηθεί πολύ νωρίτερα, το 1928, στο Παρίσι και η βοήθεια που προσέφερε στην οικογένεια κατάφερε να οδηγήσει στην εξάπλωση του θεσμού σε όλη τη Γαλλία και σε άλλες χώρες του κόσμου. Το 1978 πολλά σωματεία και οργανισμοί από διάφορες χώρες που ασχολούνταν με την πληροφόρηση και την εκπαίδευση των γονέων ενώθηκαν και δημιούργησαν τη Διεθνής Ομοσπονδία για την εκπαίδευση των γονέων (International Federation for Parents Education - IFPE).

Στην Ελλάδα η επίσημη ίδρυση των σχολών γονέων έγινε από την Μ. Χουρδάκη (1962), η οποία συνεργαζόταν άμεσα με την IFPE και δημιούργησε και οργάνωσε πολλά παραρτήματα σε όλη τη χώρα. Η επίσημη αναγνώριση των σχολών γονέων έγινε τον Ιούνιο του 1998 με θέσπιση νόμου (ΦΕΚ 2621). Με αυτόν το νόμο δίνεται έγκριση σε δήμους και συλλόγους γονέων να οργανώσουν σχολές γονέων. (Μπεχράκη, 2002).

Σημαντικό γνώρισμα των σχολών γονέων είναι η μικρή ομάδα των 15 περίπου ατόμων με τον ίδιο συντονιστή σε όλη τη διάρκεια των συναντήσεων. Ο συντονιστής είναι εκπαιδευμένο στέλεχος με ψυχοπαιδαγωγική κατάρτιση και γνήσιο ενδιαφέρον και γνώση των ανθρώπινων σχέσεων. Με την έναρξη των εργασιών η ομάδα «κλείνει» αφού πρώτα συμφωνήσει το πλαίσιο πάνω στο οποίο θα δουλέψουν θα συνεργαστούν και θα επικοινωνήσουν. Οι συναντήσεις πραγματοποιούνται μια φορά

τη βδομάδα για περίπου μιάμιση ώρα στον ίδιο χώρο και χρόνο που αμφισβητήθηκε εξ' αρχής. Η συνολική διάρκεια των συναντήσεων εξαρτάται από τις ανάγκες της ομάδας. Συνήθως όμως κυμαίνεται από ένα έως ενάμιση χρόνο.

Η 'εκπαίδευση – διαπαιδαγώγηση' που προσφέρουν οι σχολές γονέων έχουν ως βάση το διάλογο, την επικοινωνία, την επεξεργασία παραδειγμάτων και εμπειριών με κατάθεση επιχειρημάτων και δίνει στο παιδί το δικαίωμα να έχει άποψη και κρίση. Πρόκειται λοιπόν για μία πολυδιάστατη αγωγή που έχει στόχο την ωρίμανση και τη σταδιακή ανεξαρτητοποίηση του ατόμου με εφόδια τα όσα κληρονόμησε από τους γονείς του. Οι σχολές γονέων βοηθούν τους γονείς: α. να επικοινωνήσουν και να συνεννοηθούν καλύτερα με το σύντροφό τους, β. να αντιληφθούν τις αναπτυξιακές ανάγκες των παιδιών τους αποδεχόμενοι τις δυνατότητες τους χωρίς να παρασύρονται από τις προσδοκίες που έχουν, γ. να βοηθήσουν το παιδί στην προοδευτική ανεξαρτητοποίησή του και δ. να ασχοληθούν με την προσωπική τους ανάπτυξη ώστε να δρουν με τρόπο εποικοδομητικό σε ατομικά και κοινωνικά ζητήματα.

Οι γονείς πριν την έναρξη των εργασιών συμπληρώνουν κάποια ερωτηματολόγια σχετικά με τα ενδιαφέροντά τους και σε ποιες ομάδες θα ήθελαν να ενταχθούν. Οι ομάδες χωρίζονται ανάλογα με την ηλικία των παιδιών τους. Με βάση το παραπάνω υπάρχουν διαφορετικές ομάδες με δική της η καθεμία ξεχωριστή θεματολογία. Μερικά από τα θέματα της εφηβικής ηλικίας είναι: η αναπτυξιακή φάση της εφηβείας, η προκλητική αντίδραση του εφήβου, η πορεία προς την εφηβεία, εφηβεία και ενδιαφέροντα, καταχρήσεις, διαφυλλικές σχέσεις, δεξιότητες επίλυσης συγκρούσεων, (Μπεχράκη, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ – ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΣΧΕΔΙΟΥ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή και περιγραφή δέκα περιπτώσεων βουλιμικών ασθενών, τις οποίες λάβαμε από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Θεσσαλονίκης και από το Ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Τα χαρακτηριστικά τα οποία μας ενδιαφέρει να μελετήσουμε είναι τα εξής:

- Η ηλικία έναρξης της νόσου
- Η προσωπικότητα της ασθενούς
- Η σύνθεση της οικογένειας
- Η σχέση της ασθενούς με τους γονείς
- Οι σχέσεις των γονιών μεταξύ τους
- Η σχέση της ασθενούς με τα αδέρφια της
- Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας
- Οι προσωπικότητες των γονέων
- Η εξέλιξη της θεραπείας

Κατά τη διάρκεια της εξάμηνης πρακτικής και μελέτης, τόσο στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής όσο και στο Ιπποκράτειο, είχαμε και οι δύο την ευκαιρία να παρακολουθήσουμε βουλιμικά περιστατικά, να ανταλλάξουμε απόψεις με το επιστημονικό προσωπικό καθώς και με την επόπτρια της πρακτικής άσκησης. Η κοινή αυτή εμπειρία, μας οδήγησε στο να επιλέξουμε το συγκεκριμένο θέμα.

Η μελέτη είναι περιγραφική και στόχος είναι η περιγραφή των χαρακτηριστικών που περιλαμβάνουν τα περιστατικά, ώστε να αποκαλυφθούν οι πτυχές της νόσου.

Η μελέτη στηρίζεται στα στοιχεία που υπάρχουν στα αρχεία του Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και του ψυχιατρικού τμήματος του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης .

Δεν ήταν δυνατό να συγκεντρωθεί μεγαλύτερος αριθμός περιπτώσεων. Σύμφωνα με το Σίμο, (1996) το 90% των βουλιμικών ασθενών δεν αναζητούν ιατρική βοήθεια. Προσπαθούν να το κρύψουν και αν το κάνουν, λίγοι απ' αυτούς ακολουθούν τη θεραπεία. Τα περιστατικά είναι παλιά και ελάχιστα άτομα προσήλθαν πρόσφατα. Στις περισσότερες περιπτώσεις η βουλιμία ξεκίνησε στην εφηβεία και σε ορισμένες στην ενήλικη ζωή.

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτελούν όλες οι βουλιμικές κοπέλες που ανήκουν στην εφηβική και μεταεφηβική ηλικία(16-22) και ζητούν βοήθεια και το δείγμα αποτελούν οι περιπτώσεις απο το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και το Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Επομένως το δείγμα της μελέτης δεν είναι αντιπροσωπευτικό, με συνέπεια να αποτελέσματα να μη μπορούν να γενικευτούν.

Οι πληροφορίες που υπάρχουν στα κοινωνικά ιστορικά πάρθηκαν από τις κοινωνικές λειτουργούς που εργάζονταν στην υπηρεσία κατά διαστήματα.

Για να ανατρέξουμε στα αρχεία και να χρησιμοποιήσουμε τα στοιχεία των κοινωνικών ιστορικών χρειάστηκε να ζητηθεί η έγκριση από το κεντρικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Αθήνας.

Η άδεια εγκρίθηκε με την προϋπόθεση να τηρηθεί εχεμύθεια. Στη συνέχεια παρατίθεται η ανάλυση των δέκα περιπτώσεων.

ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

1. 6306 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΚΟΙΝ. ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ: 17/11/1997

Ύψος: 1.67, Βάρος: 54κ., Ηλικία: 31χ.

Επάγγελμα: Ιδιωτικός Υπάλληλος, Ηλικία έναρξης νόσου: 15

Κλινική εικόνα:

Είναι μία κοπέλα μελαχρινή, με μαύρους κύκλους κάτω από τα μάτια και έντονο βλέμμα. Όταν ήταν μικρή της άρεσε να τρώει πολύ φρούτα, λαχανικά, ψαρόσουπες, κοφτά μακαρόνια μόνο, γάλα και ψωμί με βούτυρο ως και 1 κιλό. Επίσης είχε ιδιαίτερη προτίμηση στα τηγανητά. Τώρα δεν τρώει αυτά που έτρωγε μικρή, ιδίως την ψαρόσουπα την οποία σιχαίνεται. Όταν ήταν μικρή έτρωγε με τη γιαγιά της, επειδή η μητέρα της εργαζόταν. Με τους γονείς της άρχισε να ζει μετά τα 7 της χρόνια, όταν η μητέρα της ήταν έγκυος στο δεύτερο παιδί, οπότε και σταμάτησε να εργάζεται η ίδια δεν ήθελε να ζήσει μαζί τους και μέχρι σήμερα δε νιώθει μέλος της οικογένειας. Η γιαγιά πάντα της μαγείρευε ό,τι ήθελε. Ενώ ήταν αδύνατο παιδί, στη Β' γυμνασίου βάζει 5-6 κιλά, από τα 53 που ήταν. Το αποδίδει στη λαιμαργία, γιατί έτρωγε πολύ στα διαλείμματα πράγματα από το κυλικείο. Η ίδια θεωρεί τον εαυτό της 'βαρέλι'.

Συνεχίζει να έχει τα ίδια κιλά μέχρι την Α' λυκείου και χάνει 6 κιλά όταν οι γονείς της φεύγουν διακοπές. Μέχρι τη Γ' λυκείου παραμένει στα ίδια κιλά. Όταν πηγαίνει στο κολέγιο, κάνει μια σχέση, αρχίζει να βγαίνει και βάζει 5 κιλά. Ξεκινάει και τα αντισυλληπτικά, γεγονός που βοηθάει στο να πάρει βάρος. Επειδή αρχίζει να νιώθει άσχημα με το σώμα της αποφασίζει να κάνει δίαιτα. Ταυτόχρονα χωρίζει και από τη στεναχώρια της κόβεται η όρεξη. Με εξοντωτική δίαιτα φτάνει τα 50,5 κιλά

και βρίσκεται με τον θερμομετρητή στο χέρι. Η αυξομείωση του βάρους και η διαίτα την κούρασαν πολύ και έτσι αποφάσισε να μιμηθεί μια ξαδέρφη της και να πάρει χάπια για να πηγαίνει στην τουαλέτα, τα οποία συγχρόνως έκοβαν την όρεξη. Μετά ανακάλυψε και τα υπακτικά τα οποία παίρνει μέχρι και σήμερα. Λόγω του ωραρίου της οικογένειας τρώει πάντα μόνη, γρήγορα, μόνο φαγητό χωρίς συνοδευτικά και ποτέ ψωμί και φαγητό μαζί. Πρωινό δεν τρώει στο σπίτι, αλλά στη δουλειά μία τυρόπιτα. Το μεσημέρι τρώει συχνά σε fast food ακόμη και αν υπάρχει στο σπίτι φαγητό και τα βράδια τρώει επίσης έξω με το φίλο της. Για ένα διάστημα που ο φίλος της δούλευε σε ζαχαροπλαστείο, έτρωγε πολλά γλυκά, ακόμα και κρυφά από αυτόν. Πριν από 3 χρόνια πήγε γυμναστήριο, άρχισε υγιεινή διατροφή αλλά κουράστηκε και τα παράτησε. Ένωσε περισσότερες τύψεις. Εναλλάσσει το αλμυρό με το γλυκό και ζυγίζεται πάνω από 3 φορές την ημέρα.

Προσωπικότητα:

Συμπαθητική, κομψή και μοντέρνα κοπέλα. Έχει δεσμό και σεξουαλική επαφή. Είχε φίλες από το γυμνάσιο και από το κολέγιο με τις οποίες είναι τώρα παρεξηγημένη. Φίλους δεν έχει. Στις φάσεις όπου έβαζε τα παραπάνω κιλά ένιωθε άσχημα και κατώτερη από τους άλλους. Λειτουργεί περισσότερο εγκεφαλικά παρά συναισθηματικά. Αντιδραστική.

Σύνθεση οικογένειας:

Επάγγελμα πατέρα: επιχειρηματίας, ηλικία 52 χ., προσωπικότητα: αυταρχικός, αυστηρός, εργασιομανής. Αυτός παίρνει τις αποφάσεις για την οικογένεια ακόμη και αν είναι απών. Ποτέ δεν ευχαριστιέται από τις προσπάθειες των άλλων.

Επάγγελμα μητέρας: ιδιωτική υπάλληλος, ηλικία: 50χ., προσωπικότητα: μορφωμένη, παλιότερα εργαζόταν, τώρα προσφέρει τις υπηρεσίες της στην οικογενειακή επιχείρηση, γκρινιάρια, απέβαλε όταν η ασθενής ήταν 6 χρονών.

Σχέση ασθενούς με τους γονείς:

Η σχέση της ασθενούς με τον πατέρα δεν είναι καλή. Υπήρχαν μεταξύ τους έντονοι καυγάδες, ιδίως κατά την εφηβεία, που αφορούσαν το διάβασμα, τις παρέες, το ωράριο των εξόδων και ιδιαίτερα το ντύσιμο. Μια φορά ο πατέρας της, επειδή δεν του άρεσε η φούστα της, την έκοψε με το ψαλίδι. Την χτυπούσε γιατί θεωρούσε πως ντυνόταν προκλητικά. Η ίδια αντιδρούσε σε όλα. Σκεφτόταν να φύγει από το σπίτι, πράγμα που δεν έκανε ποτέ. Κάποτε απείλησε τον πατέρα της ότι θα αυτοκτονήσει. Η σχέση με τη μητέρα της επίσης δεν ήταν καλή. Αν και η μητέρα της δεν της φώναζε 'έβαζε λόγια στον πατέρα της για τη συμπεριφορά της' και έκανε εκείνος τις φασαρίες. Δεν συζητάνε μεταξύ τους γυναικεία θέματα π.χ. έμμηνος ρύση, πρώτη σεξουαλική επαφή, σχολιάζει το βάρος της κόρης της με το να την αποκαλεί 'πετσι και κόκαλο' σε σχέση με την αδερφή της που όταν την αγκαλιάζει 'πάνει κρέας'. Ο πατέρας λέει πως ακόμη κι αν πήγαινε κουρεμένη 'γουλί' δεν θα το καταλάβαινε.

Αδερφή:

Δεύτερο παιδί, 7.5 χρόνια μικρότερη.

Σχέσεις μεταξύ τους:

Όταν ήταν μικρές μάλωναν πολύ κι αυτό γιατί η αδερφή της είχε καλύτερες σχέσεις με τους γονείς της. Ήταν πιο ομιλητική και λιγότερο αντιδραστική. Ήταν το δεύτερο παιδί. Ο μπαμπάς δεν ήταν τόσο αυστηρός μαζί της για το ντύσιμο, το ωράριο και το διάβασμα. Τώρα τα πάνε καλά. Η αδερφή της 'δεν ασχολείται μαζί της εκτός κι αν τη ρωτήσει τη γνώμη της' και λέει πως είναι τρελή γιατί αγχώνεται χωρίς λόγο.

Σχέσεις γονιών μεταξύ τους:

Όχι πολύ καλές. Καυγαδίζουν λόγω του ωραρίου του πατέρα. Οι γονείς παντρεύτηκαν ενώ η μητέρα ήταν 3 μηνών έγκυος.

Η γιαγιά:

Η ασθενής είχε πολύ καλές σχέσεις με τη γιαγιά της. Ήταν αυστηρή αλλά αυτό δεν την ενοχλούσε γιατί ένιωθε ότι την αγαπούσε και την ήθελε.

Ολοκλήρωσε τη θεραπευτική της συνεργασία. Κατάφερε να διακόψει την χρήση των υπακτικών ή την πρόκληση εμετού. Επέλεξε τον τρόπο διατροφής της. Έχει τη δική της οικογένεια και είναι μητέρα ενός παιδιού.

2. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΚΟΙΝ. ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ: 01/02/1996

Ύψος: -, Βάρος: -, ηλικία: 26

Επάγγελμα: δημόσιος υπάλληλος, ηλικία έναρξης νόσου: -

Κλινική εικόνα:

Μέχρι 4 ετών δεν έτρωγε. Μετά όμως άρχισε να τρώει και πάνω από το κανονικό φαγητό. Το γεύμα της σε ηλικία 16 ετών ήταν: πρωί: σάντουιτς, γάλα, τυρόπιτα, γλυκό. Μεσημέρι: φαγητό, ψωμί, γλυκό. Απόγευμα: σοκολάτα, γλυκό και εμετός το απόγευμα ή το βράδυ. Γεύματα τώρα: Πρωί: τυρόπιτα, γλυκό. Κρουασάν, κυρίως ζάχαρη. Μεσημέρι: φαγητό, τυρί, σαλάτα, καμιά φορά διπλά πιάτα ψωμί. Απόγευμα: γλυκό που τρώει πάντα, σπίτι για να μπορεί μετά να κάνει εμετό. Νιώθει πολύ καλά πριν το φαγητό και απαίσια μετά. Το γλυκό το νιώθει ως ευχαρίστηση. Οι γονείς δεν ξέρουν πως προκαλεί εμετό.

Σύνθεση οικογένειας:

Επάγγελμα πατέρα: ιδιωτικός υπάλληλος, ηλικία:

Προσωπικότητα:

Επιπόλαιος. Παίρνει αποφάσεις χωρίς να υπολογίζει τους υπόλοιπους.

Υπερπροστατευτικός απέναντι στα παιδιά του.

Επάγγελμα μητέρας: βοηθούσε τον πατέρα, οικιακά, ηλικία:

Προσωπικότητα:

Αυταρχική, υπερπροστατευτική. Είχε προβλήματα στη γέννηση του δεύτερου παιδιού της. Είχε καρκίνο στο στήθος και αναγκάστηκε να πάει στην Αγγλία για εγχείρηση. Δεν το είπε στα παιδιά αλλά αυτά το έμαθαν. Παλιότερα ήταν αδύνατη, τώρα πάχυνε.

Σχέσεις ασθενούς με τους γονείς:

Όταν ήταν μικρή και ήθελε να παίζει με τον πατέρα της, την έδιωχνε συνεχώς έχοντας την πρόφαση της δουλειάς. Η μητέρα υποστήριζε περισσότερο τον αδερφό της και υποτιμούσε αυτήν. Η μητέρα της είχε τρόπο να την εκνευρίζει. Όταν ήταν στο λύκειο, αναφερόμενη στις επιδόσεις της είπε ότι πρέπει να πάει με ειδικά παιδιά. Έφαγε πολύ ξύλο για να γυρίσει στο σπίτι γιατί λόγω προβλημάτων της μητέρας έμενε μαζί της.

Σχέση μεταξύ γονέων:

Οι γονείς παντρεύτηκαν επειδή η μητέρα ήταν έγκυος. Οι συγκρούσεις τους οφείλονταν στα οικονομικά και στην κυριαρχία σχετικά με το ποιος θα επικρατήσει στο σπίτι. Ο πατέρας ζήλευε τη μητέρα και δεν την άφηνε να βγαίνει με φίλους.

Σχέση ασθενούς με αδέρφια:

Είχε αρκετή ζήλια με τον αδερφό της γιατί η μητέρα της τον υποστήριζε περισσότερο, ενώ αυτήν την υποτιμούσε. Μετά τον μισούσε, αλλά τα τελευταία χρόνια αδιαφορεί για αυτόν.

Αδερφός:

Β' παιδί, 21 ετών, φοιτητής. Προσωπικότητα: πλησίαζε την αδερφή του όταν ήθελε να κερδίσει κάτι.

Προσωπικότητα ασθενούς:

Δεν είχε ερωτική σχέση. Είχε κάποτε φίλες σταθερές που μπορούσε να μιλήσει άνετα. Στα 23 προσπάθησε να την βιάσει ο ξάδερφός της.

3. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΚΟΙΝ. ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ: 18/02/1993

Ύψος: 1.63, βάρος: 52 κιλά, ηλικία: 19 ετών

Ηλικία έναρξης νόσου: 17, επάγγελμα: φοιτήτρια

Κλινική εικόνα:

Το άγχος την οδηγεί στο φαγητό, με αποτέλεσμα να τρώει μεγάλες ποσότητες χωρίς έλεγχο και να εναλλάσσει το γλυκό με το αρμυρό, π.χ. τυριά, ψωμί και μέλι, τυριά, μερέντα και φρούτο κ.α. μέχρι να της πρηστεί η κοιλιά από το φαγητό. Δεν έχει καλή εικόνα για το σώμα της και θέλει να τη βελτιώσει. Αυξομείωση στο βάρος από μ55 κιλά σε 42 και αντίστροφα. Πρόβλημα με τον κύκλο της. Έμμηνος ρήση κάθε 50 μέρες. Δυσκοιλιότητα μέχρι και 10 μέρες. Παίρνει καθαρτικά, όχι μόνο για τη δυσκοιλιότητα, αλλά και για αδυνάτισμα.

Προσωπικότητα ασθενούς:

Ευαίσθητη, δοτική απέναντι στους άλλους, κλαίει συχνά, πεισματάρικη και συνεπής. Λέει ψέματα για το φαγητό και το βάρος της στους γονείς της. Εξαιτίας του μικρού στήθους που έχει αποφεύγει τα αγόρια και τη σύναψη δεσμού. Δεν είχε

σεξουαλική επαφή μέχρι τώρα. Είναι διστακτική όσον αφορά τις φίλιες της και ξεκίνησε δίαιτα όταν μια φίλη της είπε πως είναι χοντρή και δε θέλει να παίζουν μαζί. Μετά την ανεξαρτησία της ως φοιτήτρια, άρχισε να δημιουργεί σταθερές φίλιες.

Σύνθεση οικογένειας:

Πατέρας: 56 ετών, συνταξιούχος υπάλληλος τράπεζας.

Προσωπικότητα

Ευαίσθητος και φιλότιμος, γι' αυτό νευριάζει με την κόρη του που κληρονόμησε το φιλότιμό του. Είναι θρήσκος, ευσυνείδητος και ηθικός. Δεν είναι δεμένος με την ασθενή, αναποφάσιστος και κυκλοθυμικός.

Μητέρα: 50 χρονών, συνταξιούχος υπάλληλος τράπεζας.

Προσωπικότητα

Φιλότιμη, ευαίσθητη, κοινωνική. Από μικρή έλεγχε την ασθενή για την τροφή και της έδινε να τρώει γλυκά που έκρυβε ο πατέρας.

Σχέσεις γονέων μεταξύ τους:

Μετά τη συνταξιοδότηση περνάν πολλές ώρες μαζί με αποτέλεσμα να μαλώνουν συχνά. Δεν είναι εκδηλωτικοί, ούτε μεταξύ τους ούτε με τα παιδιά τους. Μόνο η μητέρα κάποιες φορές.

Σχέσεις ασθενούς με τους γονείς:

Είναι περισσότερο δεμένη με τη μητέρα. Νομίζει πως την καταλαβαίνει περισσότερο από τον πατέρα. Τον θεωρούν υπεύθυνο για τη φυγή του αδερφού από το σπίτι. Τώρα διαμένει σε άλλη πόλη.

Αδερφός:

Α' παιδί, 23 ετών. Επάγγελμα: φοιτητής και υπάλληλος τράπεζας.

Προσωπικότητα

Την επικρίνει για την εμφάνιση και τις επιδόσεις της.

Σχέση ασθενούς με τον αδερφό:

Στην παιδική ηλικία είχαν καλές σχέσεις. Μετά απομακρύνθηκαν, μέχρι που έγιναν δύο ξένοι. Ο αδερφός ζει σε άλλη πόλη.

4. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΚΟΙΝ. ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ: 30/01/1998

Ύψος: 1.58, βάρος: 52-54, ηλικία: 26

Επάγγελμα: ιδιωτικός υπάλληλος, ηλικία έναρξης νόσου: 21

Κλινική εικόνα:

Οι κρίσεις βουλιμίας ξεκίνησαν όταν ξύπναγε το βράδυ και έτρωγε κουτιά από μπισκότα και γλυκά, ώσπου έφτασε να τρώει ό,τι βρίσκεται μπροστά της όλη τη διάρκεια της ημέρας. Λίγο πριν αρχίσει η κρίση έχει ταχυπαλμία, τρέμει και το στόμα της εκκρίνει πολύ σάλιο. Υπάρχει εναλλαγή γλυκού – αρμυρού και έντονες γεύσεις. Μετά από την κρίση νιώθει τύψεις και τα βάζει με τον εαυτό της. Νομίζει πως αυτοί που τη βλέπουν στο δρόμο θέλουν να τη φτύσουν για τη βουλιμία της. Προκαλεί εμετό και στη συνέχεια τρώει φαγητά που προκαλούν εμετό. Όταν ήταν 1·έτους έπαθε αδενοπάθεια, γεγονός που προκάλεσε τον πανικό των γονιών και ιδιαίτερα του πατέρα με αποτέλεσμα να της δίνουν 3 βιταμίνες αντί για 1 την ημέρα. Οι βιταμίνες της άνοιξαν την όρεξη και άρχισε να τρώει γαριδάκια, γλυκά, σαλάμι και ψωμί, έντονες γεύσεις και ταυτόχρονα φρούτα και γιαούρτι. Το πρωί έπινε γάλα και στο σχολείο ό,τι είχε το κυλικείο. Έτρωγε σε κάθε διάλειμμα. Το μεσημέρι έτρωγε ελαφρά το φαγητό της μαμάς. Το απόγευμα τσιμπούσε ό,τι έβρισκε. Άφθονο ψωμί σκέτο ή σε συνδυασμό με ό,τι υπήρχε στο σπίτι. Το βράδυ έτρωγε όπως το μεσημέρι.

Αυτό συνέβαινε από τα 2 ως 12 χρόνια. Θεωρούσε τον εαυτό της υπέρβαρο για την ηλικία της. Από τα 13 της που της ήρθε περίοδος, μέχρι και σήμερα, το σώμα της έχει συσσωρευμένα κιλά κάτω από τη μέση. Τη φώναζαν στρουμπουλή, χοντρή και η οικογένεια και οι συγγενείς και οι φίλοι της. Ένιωθε άσχημα. Νόμιζε πως το πάχος της θα σκεπάσει την καρδιά της γιατί έτσι της έλεγαν. Πίστευε πως θα πεθάνει. Ζύγιζε 15 κιλά πάνω από το κανονικό. Οι γονείς της την πήγανε το δημοτικό σε κάποιο διατροφολόγο αλλά δε συνέχισε τη διαίτα. Στο γυμνάσιο έβαλε και άλλα κιλά. Στο λύκειο έκοψε το βραδινό, άρχισε τα φρούτα και έχασε 3 κιλά. Στο τέλος του λυκείου ζύγιζε 65 κιλά και ένα χρόνο μετά, στα 18, έγινε 75 κιλά. Τότε σκέφτηκε να κάνει διαίτα και έτρωγε μαρούλι και λαχανικά. Έκοψε το λάδι για 1 χρόνο, αλλά έχασε 10 κιλά. Παθαίνει ελκώδη κολίτιδα και έλκος. Πηγαίνει σε γιατρό ο οποίος της λέει ότι για να γίνει καλά πρέπει να ξαναβάλει κιλά με αποτέλεσμα να φτάσει πάλι τα 75 κιλά. Οι προσβολές από το φιλικό περιβάλλον την αναγκάζουν να καταφύγει σε ινστιτούτο αδυνατίσματος. Με ειδική διαίτα και ψυχολογική υποστήριξη χάνει 23 κιλά και γίνεται 52. Τότε (21) αρχίζει να έχει τάσεις βουλιμίας, τις οποίες συνδέει με την επιστροφή της αδερφής της στο πατρικό σπίτι, μαζί με το 7χρονο αγοράκι της, μετά από το χωρισμό της. Αρχίζει να τρώει πολλά γλυκά όλη την ημέρα και φτάνει τα 55. κάνει όμως διαίτα και γίνεται 52. Στη συνέχεια ξαναρχίζει η βουλιμία που την ενοχλεί μέχρι και σήμερα και την οποία αποδίδει στην άσχημη σχέση με την αδερφή της.

Προσωπικότητα:

Είναι μια μελαγχρινή κοπέλα, με εκφραστικό πρόσωπο και καλή οπτική επαφή. Έχει άγχος και στρες και δεν πιστεύει πως μπορεί να κάνει πράγματα και νιώθει άσχημη και χοντρή. Δεν είχε ποτέ ερωτικό σύντροφο.

Σχέσεις γονέων μεταξύ τους:

Η σχέση των γονέων δεν ήταν καλή. Υπήρχε βία στην οικογένεια και ο πατέρας χτυπούσε τη μητέρα. Ο πατέρας έπαιρνε πάντα το μέρος της μεγάλης κόρης. Η μητέρα δεν ανταπέδιδε το ξύλο, δεν αντιδρούσε. Επειδή η αδερφή της ήταν μεγαλύτερη την άκουγαν και της ικανοποιούσαν τις επιθυμίες της.

Σχέση γονέων με την ασθενή:

Η σχέση της ασθενούς με τη μητέρα ήταν πολύ καλύτερη από τη σχέση που είχε με τον πατέρα της. Δεν την υποστήριζε. Την ενοχλούσαν οι καυγάδες των γονιών της, το ότι ο πατέρας της χτυπούσε τη μητέρα της.

Αδερφή:

8.5 χρόνια μεγαλύτερη. Σχέσεις: πολύ ισχυρές διαμάχες μεταξύ τους. Τη ζήλευε και ήθελε να τη διώξει από το σπίτι. Την αποκαλούσε χοντρή και άσχημη και συνεχώς την προσέβαλε. Είχε τη μητέρα με το μέρος της. Χτυπούσε τη μητέρα της. Είχε δεσμό με κάποιον που δεν ήθελε ο πατέρας της αλλά τελικά κατάφερε και τον παντρεύτηκε. Στη συνέχεια απέκτησε ένα, τώρα 7 ετών, αγοράκι και μετά χώρισε. Γύρισε στο σπίτι και άρχισε να δημιουργεί προβλήματα. Η συμπεριφορά της ήταν τόσο ενοχλητική που οδήγησε την ασθενή σε σκέψεις αυτοκτονίας και στο να της κάνει κακό. Σύμφωνα με την ασθενή αυτή ήταν η αιτία των κρίσεων βουλιμίας.

5. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΚΟΙΝ. ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ: 29/01/1998

Ύψος: 1.58, βάρος: 52 κλά, ηλικία: 22

Επάγγελμα: φοιτήτρια, ηλικία έναρξης νόσου: 18

Κλινική εικόνα:

Παράπονό της είναι ότι δε μπορεί να ελέγξει τον εαυτό της στο φαγητό και μετά προκαλεί εμετό, ο οποίος τώρα 'γίνεται και από μόνος του'. Μετά τον εμετό καπνίζει πολύ και είναι κακοδιάθετη, γεγονός που επηρεάζει την καθημερινότητά της και γίνεται νευρική και ευέξαπτη. Δεν έχει καθόλου υπομονή και βάζει τις φωνές χωρίς αφορμή. Έχει άγχος. Επειδή είναι φοιτήτρια και ζει μόνη στη Θεσσαλονίκη (οι δικοί της μένουν στην Πρέβεζα), δεν τρώει μαγειρεμένο φαγητό. Συνήθως αγοράζει τυρόπιτες, σάντουιτς και γύρους. Το πρωί πίνει γάλα με ένα κρουασάν. Διαχωρισμός μεταξύ πρωινού και μεσημεριανού δεν υπάρχει. Τρώει μία φορά αλλά σε μεγάλες ποσότητες. Εναλλάσσει γλυκές με αλμυρές γεύσεις. Τρώει πολύ ψωμί και πολλά γλυκά. Δεν έχει προτιμήσεις ε φαγητά. Δεν τρώει έξω από το σπίτι γιατί ντρέπεται. Σκέφτεται συνέχεια το φαγητό και κάνει εμετό 1 ή 2 φορές την ημέρα. Επιδιώκει να φάει αυτά που δεν πρέπει για να κάνει εμετό. Νιώθει εξαντλημένη.

Σε ηλικία 2 ετών έπαθε άσμα και νοσηλεύτηκε πολλές φορές στο νοσοκομείο με οξυγόνο. Αυτό προκάλεσε το ενδιαφέρον των γονέων που μέλημά τους ήταν να μην κουράζεται και να τρώει καλά. Η μητέρα την κυνηγούσε με το φαγητό και την τάιζε με το 'κουταλάκι', μέχρι την 1^η γυμνασίου. Γκρίνιαζαν για το ότι δεν έτρωγε και πολλές φορές πετούσε κρυφά το φαγητό της. Στο τραπέζι υπήρχε κυρίως πιάτο, ψωμί, σαλάτα, αναψυκτικά αλλά όχι φρούτο. Σαν παιδί θεωρεί τον εαυτό της κανονικό στα κιλά. Μέχρι τη 2^η γυμνασίου ήταν 48 κ. το ιδανικό βάρος γι' αυτήν. Στην 3^η λυκείου, εξαιτίας του άγχους των εξετάσεων αρχίζει να τρώει και στο σχολείο σοκολάτες, γαριδάκια, τوست, αναψυκτικά, με αποτέλεσμα να φτάσει τα 62 κιλά. Δεν κατάλαβε πως πάχυνε. Το καλοκαίρι μετά την 3^η λυκείου κατέβηκε στα 58 κιλά χωρίς δίαιτα. Αλλά τον ίδιο χειμώνα τα ξαναέβαλε και αυτό οδήγησε στην αλλαγή της. Δεν έβγαине, ντρεπόταν, δεν είχε ενδιαφέροντα – χόμπι.

Με τον ερχομό της στη Θεσσαλονίκη δυσκολεύεται να προσαρμοστεί και αρχίζει να τρώει ακόμα πιο πολύ. Στο 1^ο έτος κάνει δίαιτα τρώγοντας νερόβραστα και φτάνει τα 56 κιλά. Στην προσπάθειά της να μην ξαναβάλει κιλά τρώει γιαούρτια, γάλα, φρούτα και αυτό της προκαλεί εμετό. Επισκέπτεται γιατρό ο οποίος της δίνει φάρμακα. Στη συνέχεια βάζει 2-3 κιλά και μετά τα χάνει. Την 3^η χρονιά παθαίνει ανορεξία για 1 μήνα και δεν τρώει τίποτα.

Προσωπικότητα:

Είναι μία ξανθιά κοπέλα με κουρασμένα μάτια και μαύρους κύκλους, έχει χαμηλή αυτοπεποίθηση και είναι ντροπαλή. Δεν είχε πολλές φίλες. Έκανε παρέα με την αδερφή της. Θέλει γυναίκες φίλες.

Σύνθεση οικογένειας:

Επάγγελμα πατέρα: ΚΤΕΛ Πρεβέζης, ηλικία 52 ετών, προσωπικότητα: αυταρχικός, νευρικός, απών ώρες από το σπίτι λόγω εργασίας και στα χωράφια.

Επάγγελμα μητέρας: οικιακά, ηλικία: 45, προσωπικότητα: υπερπροστατευτική, νοιάζεται πολύ, ρωτάει τα πάντα, θέλει να συμβουλευτεί συνέχεια, δεν της έχει εμπιστοσύνη γι' αυτό θέλει να επιβάλλει τη γνώμη της και αυτό την ενοχλεί. Έχει άγχος.

Σχέσεις γονέων μεταξύ τους:

Οι γονείς είναι διαφορετικοί χαρακτήρες και καυγαδίζουν συχνά. Η ένταση στους καυγάδες οφείλεται στη νευρικότητα του πατέρα. Η μητέρα παραπονιέται που λείπει πολλές ώρες και άκουσε κάποτε για εξωσυζυγικές σχέσεις του συζύγου της χωρίς να θέλει να το πιστέψει. Οι γονείς παντρεύτηκαν από έρωτα σε ηλικία 19-25 και το πρώτο παιδί γεννήθηκε μετά το γάμο. Σύμφωνα με την ασθενή υπάρχει κάποιο βαθύ πρόβλημα που οι γονείς δεν το λένε στα παιδιά. Και ενώ στην αρχή οι γονείς

τους έλεγαν ότι παντρεύτηκαν με προξενιό, μετά τα παιδιά έμαθαν από συγγενείς ότι αγαπήθηκαν και παντρεύτηκαν.

Σχέση γονέων και ασθενούς:

Δεν υπάρχουν ιδανικές σχέσεις μέσα στην οικογένεια. Είναι σα να υπάρχουν δύο συμμαχίες στην οικογένεια, των παιδιών και των γονέων. Είναι σαν οι γονείς να ζουν στο δικό τους κόσμο. Δε μπορούν να λύσουν από κοινού τα προβλήματα, κατηγορεί ο ένας τον άλλο και η σχέση τους είναι ανταγωνιστική. Είχαν πολλές απαιτήσεις από την ασθενή και την αδερφή της όσον αφορά τα μαθήματα και τις σπουδές.

Αδερφή:

26 ετών, επάγγελμα Εθνική Τράπεζα, προσωπικότητα:είναι αρραβωνιασμένη εδώ και δύο χρόνια.

Σχέση με την αδερφή:

Είναι καλή. Τη θεωρεί πρότυπό της. Μια φορά ανταποκρίθηκε στα χάρδια και τα φιλιά του γαμπρού της μετά όμως το μετάνιωσε. Αν και υποψιάζεται πως η αδερφή της το ξέρει, δεν της είπε τίποτα.

Σχέση ερωτική:

Η περίοδος της ήρθε στα 14. η ενημέρωση προήλθε από την αδερφή – φίλη.
Δεν έχει κάνει έρωτα.

6. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ: 15/12/2004

Ηλικία: 17, ύψος: 1.63, βάρος: 58 κιλά, μαθήτρια λυκείου

Ημερομηνία έναρξης νόσου: από εξαμήνου άρχισε τους εμετούς (με βάση την 1^η ημερομηνία)

Κλινική εικόνα:

Όταν ήταν μικρή είχε κάποια προβλήματα υγείας. Ήταν ευάλωτη στις αρρώστιες και σε συνδυασμό με το ότι φαίνονταν αδύνατη οδήγησε τους γονείς της να την ταΐζουν πολύ διότι πίστευαν πως αυτό έφταιγε 'δεν έτρωγε καλά', έπαιρνε βιταμίνες που της άνοιγαν την όρεξη. Όταν έφτασε στην εφηβεία ένιωθε άσχημα με τον εαυτό της. Ένιωθε άσχημη, ανεπιθύμητη και παρείσακτη. Στην αρχή δεν έβγαине πολύ από το σπίτι, αργότερα το έριξε στο φαί, καθόταν σπίτι και έτρωγε ό,τι έβρισκε, μετά άρχισε τα γλυκά και τις σοκολάτες. Κάθε φορά όμως που έτρωγε ένιωθε πιο άσχημη και ανεπιθύμητη. Προσπαθούσε να αλλάξει αλλά δε μπορούσε. Δεν είχε φίλες, λόγω του κλειστού χαρακτήρα της. Στο σχολείο κάποια παιδιά την κορόιδευαν. Άρχισε να προκαλεί εμετούς από τύψεις, δε μπορούσε να σταματήσει να τρώει. Μόνο σε αυτό έβρισκε ευχαρίστηση.

Προσωπικότητα ασθενούς:

Ήσυχος, κλειστό στο εαυτό του κορίτσι, αδύναμη παρουσία, μέτρια μαθήτρια στο σχολείο, δεν έχει φίλους, δεν είναι καθόλου κοινωνική, της αρέσει να κλείνεται στο δωμάτιό της και να 'ταξιδεύει'. Νιώθει αμήχανα μπροστά σε πολύ κόσμο και ντρέπεται πολύ όταν μιλάει.

Σύνθεση οικογένειας:

Πατέρας, μητέρα, μοναχοπαίδι.

Επάγγελμα πατέρα: Συνταξιούχος 60 ετών

Προσωπικότητα:

Άνθρωπος παλαιών αρχών, ένας τυπικός πατέρας, δε βρίσκεται πολύ κοντά στην κόρη του, δεν έχουν ιδιαίτερα καλές σχέσεις. Πιστεύει πως για όλα ευθύνεται η

μητέρα, 'εσύ φταις που έγινε έτσι', ότι είναι τα χαρακτηριστικά της εφηβείας, δεν υπάρχει πρόβλημα. Έχει προσδοκίες από την κόρη του (καταπιεστικός, σκληρός).

Επάγγελμα μητέρας: οικιακά, 55 ετών

Προσωπικότητα:

Έσυχος άνθρωπος, αμέτοχος μπροστά στο λόγο του άνδρα και απαθής σε αυτά που συμβαίνουν. Προσπαθεί να κατανοήσει τι γίνεται, νιώθει άσχημα για αυτό που συμβαίνει στην κόρη της, πιστεύει πως φταίει αυτή (της το περνάει και ο σύζυγός της), δεν την πρόσεξε, δεν της συμπαραστάθηκε, δεν της έδωσε την απαιτούμενη προσοχή.

Σχέσεις γονιών μεταξύ τους: όχι πολύ καλές (τυπικές)

Σχέσεις γονιών – ασθενούς:

Νιώθει καταπιεσμένη. Μοναχοκόρη με αυστηρό πατέρα και μητέρα που δεν της συμπαραστέκεται όσο θα ήθελε και χρειαζόταν. Πιστεύει πως δε μπορεί να ανταποκριθεί στο ρόλο της κόρης και αυτό τη στεναχωρεί, νιώθει άσχημα. Πιστεύει πως δε μπορεί να ανταποκριθεί στις προσδοκίες τους.

Ερωτικές σχέσεις: καμία

Τι έγινε μετά: στάδιο συνεδρίας.

7. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ: 11/01/2001

Ηλικία: 17, ύψος: 1.62, βάρος: 55 κιλά

Μαθήτρια λυκείου

Ημερομηνία έναρξης νόσου: 1 χρόνο νωρίτερα

Κλινική εικόνα:

Αδύνατη ως το λύκειο. Στις πρώτες τάξεις άρχισε να βλέπει το σώμα της να αλλάζει, να παίρνει κιλά σε διάφορα σημεία. Άρχισε να αποκτά γυναικείο σώμα. Αυτό δεν της άρεσε. Προσπάθησε να σταματήσει να τρώει. Πρόσεχε τη διατροφή της για λίγες μέρες, αλλά στη συνέχεια δε μπορούσε να κρατηθεί. Έτρωγε πολλά γλυκά, γαριδάκια, πρόχειρο φαγητό από έξω. Μετά ένιωθε τύψεις για τις προσπάθειες που είχε κάνει. Ένιωθε χοντρή, το μετάνιωνε και έτσι κατέληγε στην τουαλέτα να κάνει εμετό. Πίστευε πως έτσι θα ξαλάφρωνε. Συνέχισε να το κάνει αρκετές φορές σε μία εβδομάδα για έναν περίπου χρόνο, μέχρι που επισκέφτηκε ειδικό με τους γονείς της. Κάποιες φορές που έτυχε να την πιάσει η μάνα της βγαίνοντας από την τουαλέτα έλεγε πως κάτι την πείραζε, αναγούλιασε ή είναι κρυωμένη.

Ως παιδί ήταν πολύ όμορφη και γλυκιά. Αυτό ήταν το κύριο χαρακτηριστικό της. Μεγάλωσε ακούγοντας πόσο όμορφο κοριτσάκι είναι και πόσο ψηλή, αδύνατη φιγούρα έχει και μεγαλώνοντας θα γίνει μια πολύ όμορφη κοπέλα. Το θεωρούσε δεδομένο. Όταν έφτασε στο λύκειο άρχισε να τρώει παραπάνω, το σώμα της άρχισε να αλλάζει, έβαλε κάποια κιλά και αυτό δεν της άρεσε. Οι οικογενειακοί γνωστοί και οι συγγενείς της έλεγαν ότι είχε παχύνει. Αν και δεν είχε βάλει κιλά, αυτή άρχισε να νιώθει άσχημα με το σώμα της, που δεν είχε διατηρηθεί όπως όταν ήταν κοριτσάκι. Ήθελε να είναι αγαπητή και αρεστή στους γύρω της και προσπαθούσε πολύ γι' αυτό. Είχε όμως εύκολες μεταπτώσεις. Σε περίπτωση απόρριψης ή όταν ερχόταν σε δύσκολη θέση κλεινόταν στον εαυτό της, ένιωθε ότι είναι άσχημη, ότι κανείς δε νοιάζονταν γι' αυτήν, απομονωνόταν στον εαυτό της και αυτό μπορούσε πολύ εύκολα να συμβεί με ένα χαρούμενο συμβάν.

Σύνθεση οικογένειας:

Μητέρα, πατέρας και δύο μικρότερες αδερφές

Επάγγελμα πατέρα:

Ελαιοχρωματιστής, ηλικία: 42 ετών

Προσωπικότητα:

Άνθρωπος χαμηλών τόνων, που δουλεύει όλη μέρα για να μπορέσει να τα βγάλει πέρα. Χωρίς ιδιαίτερη μόρφωση (δημοτικού), προέρχεται από χωριό και μεγάλη οικογένεια. Χωρίς ιδιαίτερες απαιτήσεις από τα παιδιά του, μόνο 'να είναι γερά και καλά'. Έχει ιδιαίτερη αδυναμία στις κόρες του και σπάνια τις χαλάει το χατίρι.

Επάγγελμα μητέρας:

Εργάτρια σε βιοτεχνία, ηλικίας 38 ετών

Προσωπικότητα:

Προέρχεται και αυτή από χωριό, με δύσκολα παιδικά χρόνια και γονείς γεωργούς με πολλά παιδιά. Βλέπει τον εαυτό της στις κόρες της, προσπαθεί να τους δώσει όσα αυτή δεν είχε και δεν απέκτησε ως παιδί. Θέλει να τις δει να σπουδάζουν ώστε να γίνουν ανεξάρτητες. 'Να έχουν μια καλή τύχη, ένα καλό μέλλον'. Γι' αυτό προσέχει πολύ, τις συμβουλεύει στα βήματά τους και ίσως κάποιες φορές να τις καταπιέζει, πράγμα που δε γίνεται αισθητό, διότι είναι πολύ ευαίσθητη και προστατευτική.

Σχέσεις γονέων μεταξύ τους:

Παντρεύτηκαν όταν ο πατέρας ήταν 21 ετών (αφού απολύθηκε από το στρατό) και εκείνη 15. ήταν και οι δύο πολύ μικροί. Δε γνώριζαν καλά τι θέλανε. Μπορούμε να πούμε ότι ήταν κάτι σα συνοικέσιο. Η Κα λέει πως τον αγάπησε πολύ και πως ακόμα τον αγαπάει. Ο Κοσ είναι πιο κλειστός, δεν εκφράζεται εύκολα, ούτε ανοίγεται πολύ. Η συμπεριφορά του απέναντί της δείχνει σεβασμό και εμπιστοσύνη.

Είναι πολλά χρόνια μαζί, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Η ατμόσφαιρα μέσα στο σπίτι μπορούμε να πούμε πως είναι πολύ καλή.

Σχέσεις γονέων – ασθενούς:

Ο πατέρας απουσιάζει πολλές ώρες από το σπίτι και δεν ασχολείται ιδιαίτερα με την ανατροφή. Το μέγαλωμα και τα προβλήματά τους τα έχει αναλάβει η μητέρα. Παρ' όλα αυτά είναι στοργικός, της έχει αδυναμία, επειδή είναι η μεγαλύτερη και επειδή νιώθει τύψεις που δεν περνάει χρόνο μαζί τους δεν της χαλάει χατίρι. Η μητέρα είναι πιο συναισθηματική απέναντί τους, προσπαθεί να και δουλεύει, να γνωρίζει τα πάντα, πολλές φορές γίνεται κουραστική, υπάρχει προσκόλληση της ασθενούς πάνω της, έχουν πολύ καλή σχέση, αν και το γεγονός ότι έχει 3 αδερφές κάποιες φορές δημιουργεί προστριβές ως προς τους ρόλους μέσα στην οικογένεια.

Α' ή Β' παιδί, σχέσεις μεταξύ τους:

Έχει δύο αδερφές μικρότερες, έχει πολύ καλές σχέσεις με τη μεσαία. Είναι ένα χρόνο μικρότερη και ταιριάζουν στο χαρακτήρα. Η ψυχολόγος πιστεύει πως και αυτή φαίνεται να χρειάζεται βοήθεια, περνάει την ίδια φάση. Με τη μικρότερη, 12 ετών, δεν τα πηγαίνουν καλά, δεν της δίνουν καθόλου σημασία, τους εκνευρίζει επειδή δεν είναι τόσο 'έξυπνη', ασχολείται με 'χαζά πράγματα'.

Ερωτικές σχέσεις:

Λέει πως 'δεν την ενδιαφέρουν τα αγόρια'.

Τι έγινε μετά...

Η θεραπεία συνεχίζεται, παίρνει χάπια. Ατομική ψυχοθεραπεία.

8. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ: 21/02/2004

Ηλικία: 16.5, ύψος: 1.67, βάρος: 108 κιλά

Ημερομηνία έναρξης νόσου: από πάντα παχυσαρκία / βουλιμικές τάσεις: αρχές
λυκείου

Κλινική εικόνα:

Είχε τάσεις παχυσαρκίας από πολύ μικρή. Από τότε που γεννήθηκε ήταν παχουλό μωρό. Και η μητέρα της είχε το ίδιο πρόβλημα, ήταν κι αυτή παχύσαρκη. Στο γυμνάσιο άρχισε τις βουλιμικές τάσεις., έτρωγε χωρίς να σταματά και είχε ιδιαίτερη αδυναμία στα γλυκά. Συνήθιζε να κλέβει γλυκά και να τα κρύβει στο δωμάτιό της, ώστε να έχει απόθεμα για τις υπόλοιπες ώρες ή όταν θα νιώθει λαιμαργία. Ξυπνάει τα βράδια επειδή της πονάει η κοιλιά από την πείνα και πρέπει να φάει για να ηρεμήσει. Όταν της μπει στο μυαλό δε μπορεί να περιμένει ούτε λεπτό. Πρέπει να φάει αμέσως. Τρώει λαίμαργα και γρήγορα ακόμα και αν έχει μόλις φάει πολύ καλά. Νιώθει ικανοποίηση και ευχαρίστηση με το φαί και τα γλυκά.

Προσωπικότητα ασθενούς:

Κοπέλα που φαίνεται να αρνείται τη θηλυκή της πλευρά, προτιμά να συμπεριφέρεται και να ντύνεται σαν κοριτσάκι. Θέλει να βρίσκεται στο κέντρο της προσοχής, να ασχολούνται μαζί της. Μπορούμε να πούμε πως είναι χαρούμενη κοπέλα και ομιλητική. Είναι καλή μαθήτρια στο σχολείο. Της αρέσει πολύ το σχολείο, περνάει καλά, είναι συμπαθητική στους άλλους, ανοιχτός χαρακτήρας, δεν την ενδιαφέρει η εμφάνισή της, δεν την πειράζει που έχει παραπάνω κιλά (δεν την απασχολεί καθόλου το θέμα). Έχει αδυναμία στον πατέρα της, προσκόλληση επάνω του, της αρέσει να της φέρεται σαν μωρό, να της κάνει τα χατίρια, να ασχολείται μαζί της.

Σύνθεση οικογένειας: πατέρας, μητέρα, μοναχοπαίδι.

Επάγγελμα πατέρα: λογιστής, ηλικίας 40 ετών

Προσωπικότητα:

Στις πρώτες συνεντεύξεις (συνεδρίες) άφησε καλή εντύπωση, ήταν καλός ομιλητής και ακροατής, νοιάζεται πολύ για την κόρη του και είναι πολύ προστατευτικός απέναντί της. Πιστεύει ότι του μοιάζει πολύ στο χαρακτήρα. Ήσυχος άνθρωπος, με τρόπους και ευγενικός.

Επάγγελμα μητέρας: οικιακά, ηλικία: 38 ετών

Προσωπικότητα:

Όπως και η κόρη της, είχε και αυτή από μικρή τάσεις παχυσαρκίας. Ευχάριστος άνθρωπος που αγαπάει πολύ την κόρη της. Δεν πιστεύει πως η κόρη της έχει ιδιαίτερο πρόβλημα. 'Είναι ψηλή και δε φαίνεται, είναι νταρντάνα'.

Σχέσεις των γονέων μεταξύ τους:

Εδώ και δύο χρόνια βρίσκονται σε διάσταση. Παρ' όλα αυτά έχουν καλές σχέσεις για χάρη του παιδιού. Στις συνεδρίες έρχονται μαζί, έχουν καλή επικοινωνία. Ότι αφορά στο καλό της κόρης τους συμφωνούν σε αυτά που τους έχουν συσταθεί. Έχουν και οι δύο συνειδητοποιήσει την ιδέα του χωρισμού τους και έχουν προχωρήσει τη ζωή τους. Δεν έχουν αντιθέσεις, προστριβές και διαμάχες.

Σχέσεις γονιών – ασθενούς:

Η κοπέλα έχει πολύ καλή σχέση με τον πατέρα της. Μπορούμε να πούμε πως είναι προσκολλημένη σε αυτόν. Μένει με τη μητέρα της, μετά το χωρισμό των γονιών της και αυτό την έκανε να προσκολληθεί ακόμα περισσότερο. Όταν ήταν πιο μικρή συνήθιζε να κλέβει γλυκά για να μπορεί να βλέπει πιο συχνά τον πατέρα της (δημιουργούσε θέμα στο σπίτι ώστε να την επισκεφτεί ο πατέρα της). Είναι πολύ δεμένη με τη μητέρα της. Από τότε που χώρισαν οι γονείς της μένει μαζί της. Η

μητέρα της δε δουλεύει και περνάνε πολλές ώρες μαζί. Έχουν καλές σχέσεις και νιώθει άνετα απέναντί της.

Α' ή Β' παιδί και σχέσεις μεταξύ τους: μοναχοπαιδί

Ερωτικές σχέσεις: δεν έχει.

Συμβουλές – συστάσεις: συνέχιση θεραπείας

9. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ: Μάιος 2003

Ηλικία: 20-21, ύψος: 1.50, βάρος: 53 κιλά

Ημερομηνία έναρξης νόσου: 2 χρόνια νωρίτερα από την πρώτη ημερομηνία

Κλινική εικόνα:

Μετά από μια ερωτική απογοήτευση παθαίνει κατάθλιψη, κλείνεται στον εαυτό της, δε μιλάει σε κανέναν, είναι νευρική και ευέξαπτη, στην αρχή δεν τρώει καθόλου, αργότερα κόβει όλες τις σχέσεις της με το περιβάλλον, κλείνεται ακόμη περισσότερο και αρχίζει να το ρίχνει στο φαΐ, στην αρχή περισσότερο γλυκά, σοκολάτες γαριδάκια και όχι τόσο φαΐ, στη συνέχεια και μεγάλες ποσότητες φαγητού. Προκαλούσε εμετούς από τη ντροπή της γι' αυτό που έκανε. Στους γονείς της έλεγε πως κάτι θα την πείραξε. Έκρυβε πολύ καλά την κατάστασή της από τους γονείς της.

Προσωπικότητα ασθενούς:

Ήταν ένα κορίτσι με φυσιολογική ζωή. Αρκετά καλή μαθήτρια, ιδιαίτερα κοινωνική, εμφανίσιμη, είχε πολλές φίλες και κολλητές, είχε σχέση με ένα παιδί. Η σχέση αυτή κράτησε 3 χρόνια. Στη διάρκεια της σχέσης το αγόρι της άρχισε να τη χτυπάει και η σχέση τελείωσε βίαια. Η κοπέλα έπεσε σε κατάθλιψη, άλλαξε εντελώς, κλείστηκε στον εαυτό της, σταμάτησε να βγαίνει, έβγαινε μόνο και μόνο από

υποχρέωση, σταμάτησε να μιλάει σε γονείς και φίλες, ('δεν ένιωθα τίποτα'), ήταν συνέχεια νευρική, όλα της έφταιγαν, μάλωνε με τους γονείς της και γι' αυτό δεν ήθελε να τους βλέπει, τους απέφευγε, ήθελε να του κάνει κακό επειδή την πλήγωσε, άρχισε να σκέφτεται περίεργα πράγματα, είχε τάσεις αυτοκαταστροφής, σταμάτησε να νιώθει, να αισθάνεται, είχε τάσεις αυτοκτονίας, ('έπαιρνα το αυτοκίνητο και πήγαινα και τράκαρα έτσι χωρίς λόγο').

Σύνθεση οικογένειας: πατέρας, μητέρα, ένας αδερφός, κατά τρία χρόνια μικρότερος.

Επάγγελμα πατέρα: οδηγός, ηλικία: 49 ετών

Προσωπικότητα:

Πολύ ευαίσθητος, κρύβει τα συναισθήματά του, δεν εκφράζεται, δεν ανοίγεται εύκολα, είχε την τάση να περνάει αυτό που ήθελε να πει μέσω της συζύγου του, ενώ είχε άποψη για το τι συνέβαινε δεν το έλεγε, τα συζητούσε μόνο με τη σύζυγο του. Ήταν πολύ ανήσυχος για το τι συνέβαινε.

Επάγγελμα μητέρας: οικιακά, ηλικία: 38 ετών

Προσωπικότητα:

Στεναχωριόταν πολύ με την κατάσταση της κόρης της. Δε μπορούσε να τη βλέπει έτσι. Την παρακάλεσε να πάνε να δούνε κάποιον ειδικό. Ύστερα από δική της παρακίνηση ζήτησαν βοήθεια. Ήταν πολύ φορτισμένη συναισθηματικά. Κουβάλησε το βάρος μόνη της. Ο πατέρας ξεσπούσε κατά κάποιο τρόπο πάνω της. Καυγάδιζε συνέχεια με την κόρη της επειδή ήταν πολύ νευρική και δε μπορούσε να συζητήσει, υπήρχε και ο μικρός γιος στο σπίτι που ένιωθε αμήχανα και προβληματιζόταν, ένιωθε αδύναμη να ανταποκριθεί στην κρίση που περνούσε, ένιωθε άσχημα, ότι δε μπορούσε να βοηθήσει.

Σχέσεις γονέων μεταξύ τους:

Καλές. Ο πατέρας πιο κλειστός, η μητέρα πιο δραστήρια, είχαν βρει τον τρόπο να λειτουργούν ως ζευγάρι. Κρατούσαν ισορροπίες. Συζητούν πολύ μεταξύ τους για ό,τι συμβαίνει, έχουν καλή επικοινωνία και δεν έχουν εντάσεις.

Σχέσεις γονέων – ασθενούς:

Όχι πολύ καλές. Οι γονείς όσο μπορούσαν να την βοηθήσουν, αυτή αδιαφορούσε τελείως, δεν τους έδινε σημασία. 'Δεν ήθελα να τους βλέπω'. Μαλώνανε συνέχεια χωρίς λόγο.

A' ή B' παιδί, σχέση μεταξύ τους:

Ένας μικρότερος αδερφός (κατά 3 χρόνια) 15 χρονών. Μοιραζόντουσαν το ίδιο δωμάτιο, ήξερε τα πάντα για αυτή, του έλεγε τα πάντα, τύχαινε να τη βλέπει όταν έκλαιγε, όταν ήταν άσχημα, όταν έτρωγε πολύ, συνήθιζαν τα βράδια πριν κοιμηθούνε να μιλάνε, με τον τρόπο του τη βοηθούσε, τον ένιωθε πιο κοντά από τους γονείς της, τον εμπιστευόταν. Δεν της έδινε συμβουλές, δεν τα έλεγε στους γονείς, απλά την άκουγε και τη βοηθούσε.

Ερωτική ζωή:

Πρώτη σχέση στα 17 (ολοκληρωμένη). Κράτησε 3 χρόνια. Αυτός τη χτυπούσε και η σχέση τους τελείωσε άσχημα. Μετά για ένα χρόνο έμεινε μόνη της. Μετά άρχισε μικρές αποτυχημένες σχέσεις, τίποτα σοβαρό. Βαριέται εύκολα, είναι απόλυτη σε αυτό που θέλει και όταν δεν το βρίσκει τα παρατάει. Πιστεύει πως δεν έχουν τίποτα να της προσφέρουν. Δεν έχει το κουράγιο να προσπαθεί να πετύχει μια σχέση.

Τι έγινε μετά:

Έχουν περάσει 2 χρόνια από την πρώτη συνεδρία. Έχει τακτικές συνεδρίες με τον ψυχίατρό της. Τρώει κανονικά. Έχει επανέλθει στην κοινωνική ζωή. Δε μπορεί να

εμπιστευτεί εύκολα τους άντρες και αγανακτεί που δε μπορεί να κάνει μια σταθερή σχέση.

10. 7281, ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΚΟΙΝ. ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ 22/11/2000

Ύψος: 1.75, βάρος: 74κ., ηλικία: 28 ετών,

Επάγγελμα: υπάλληλος casino, ηλικία έναρξης νόσου: 17χ.

Κλινική εικόνα:

Από 17 ετών αρχίζει δίαιτα με στόχο να φτάσει τα 60 κ.. τελικά φτάνει στα 51 κ. Για 3 χρόνια μετά κάνει διαρκώς δίαιτες, όμως δε χάνει βάρος. Αισθάνεται 'στερημένη' και αρχίζει να τρώει και να προκαλεί εμετό μέχρι και σήμερα 1 φορά την ημέρα. Όταν ήταν στα 50 κιλά για 7 μήνες δεν είχε περίοδο. Με το φαγητό ήταν πάντα λαιμαργη. Προτιμούσε τα αλμυρά και όχι τα γλυκά. Δε μπορεί τις σοκολάτες, τρώει οτιδήποτε και σε διάφορες ποσότητες, προκαλεί εμετό με το χέρι της και ξανατρώει μετά από λίγη ώρα.

Το 1989 εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα όταν μάσησε κάτι και το έφτυσε. Μετά για οτιδήποτε έτρωγε ένιωθε ενοχή. Θεώρησε πως το να τρως και να μην παχαίνεις είναι εύκολος τρόπος και έτσι προκάλεσε εμετό. Με το που θα ξυπνήσει τρώει οτιδήποτε βρει, κάνει εμετό και ξανατρώει. Μετά από ώρα κάνει ξανά εμετό. Οι κρίσεις γίνονται στο σπίτι και όχι στη δουλειά. Όταν ήταν 58 κ. ήταν καλά. Είχε πάει διακοπές και δεν είχε ανάγκη το φαγητό. Το ξεχνούσε. Όταν βρίσκεται οι προβληματισμοί είναι έντονοι σκέφτεται να φάει πολύ αλλά τις περισσότερες φορές απασχολεί τη σκέψη της με κάτι άλλο και δεν το κάνει. Δίαιτα ξεκίνησε όταν ο αγαπημένος της θείος, ο αδερφός της μαμάς της, της είπε 'πως έγινες έτσι;'

Προσωπικότητα:

Δεν εκφράζει εύκολα τα συναισθήματά της γιατί φοβάται μην εκτεθεί, νιώθει κατώτερη σε σχέση με την αδερφή της, ανασφαλής, αναποφάσιστη, με χαμηλή αυτοεκτίμηση. Είχε φίλους και παρέες. Δεν έχει σχέση αν και είχε σεξουαλική επαφή στο λύκειο.

Σύνθεση οικογένειας:

Πατέρας: επάγγελμα έμπορος, ηλικίας 60 ετών.

Προσωπικότητα: πήγε σχολείο μέχρι 2^η γυμνασίου. Η υγεία είναι κρίσιμη γιατί πάσχει από επιληψία και δεν ακολούθησε ποτέ φαρμακευτική αγωγή. Ασταθής και άπιστος στη σύζυγό του. Χαρτοπαίκτης, με αποτέλεσμα η οικογένεια να πληρώνει χρέη τώρα. Δεν έχει σταθερή δουλειά. Θυμίζει μποέμ τύπο, ζητά χρήματα από την ασθενή και σύμφωνα με αυτήν δεν έπρεπε ποτέ να γίνει πατέρας.

Μητέρα: επάγγελμα οικιακά, ηλικία 63 ετών, προσωπικότητα: είναι απόφοιτος δημοτικού. Δραστήρια και δυναμική γυναίκα που ποτέ δεν επενέβαινε στη ζωή των παιδιών της, δεν πίεζε για τίποτα και είναι άνθρωπος που μπορείς να του μιλήσεις και να σε καταλάβει. Η μητέρα άλλαξε συμπεριφορά, έγινε λιγότερο ζωντανή και δραστήρια μετά το θάνατο της μητέρας της. Προσέχει τη διατροφή της και είναι ευτραφής λόγω θυρεοειδούς.

Σχέση γονέων μεταξύ τους:

Οι γονείς της ασθενούς είναι διαζευγμένοι εδώ και 6 χρόνια. Οι μεταξύ τους σχέσεις δεν ήταν ποτέ καλές. Ο πατέρας διατηρούσε εξωσυζυγικές σχέσεις και έπαιζε χαρτιά. Ενώ η οικονομική κατάσταση της οικογένειας ήταν άριστη, κατέληξε να έχει χρέη. Η ασθενής με τη μητέρα και την αδερφή της ζούνε μαζί, ενώ ο πατέρας ζει με μία άλλη γυναίκα. Μια φορά έγινε ένας μεγάλος καυγάς, η μητέρα έδωχνε τον πατέρα και είπε στην ασθενή 'αν θέλεις λεφτά πήγαινε με τον πατέρα σου, αν θέλεις

αγάπη μείνε μαζί μου'. Η ασθενής έκλαψε πολύ γι' αυτό και οι γονείς ηρέμησαν και δε χώρισαν ποτέ. Τώρα δεν έχουν σχέσεις.

Σχέση ασθενούς με γονείς:

Όταν μπήκε η ασθενής στην εφηβεία ο πατέρας της είχε αδυναμία. Πιο πριν είχε την αδερφή της γιατί έμοιαζαν και ήταν αγριοκόριτσο. Με τη μητέρα της μπορούσε να μιλήσει και να την καταλάβει. Τώρα μένει μαζί της ενώ τον πατέρα πλέον δε θέλει να τον βλέπει, γιατί της ζητάει λεφτά, στεναχωριέται και συνεχώς την πιέζει να πουλήσουν ένα οικόπεδο για να πάρει λεφτά.

Αδελφή:

Πρώτο παιδί, 3.5 χρόνια μεγαλύτερη, προσωπικότητα: πιο κοινωνική, εκρηκτική και κοκαλιάρια. Ξέρει να χτίζει καλύτερα τις σχέσεις της, κρύβει τα συναισθήματά της.

Σχέση ασθενούς – αδελφής:

Η ασθενής θεωρεί πως η αδερφή της έχει άστρο, είναι κούκλα σε σχέση με αυτήν που είναι άσχημη και δε θέλει να έχουν κοινές παρέες. Έχουν ανταγωνιστική σχέση. Συγκρίνει τον εαυτό της με την αδερφή της, το ίδιο και οι φίλοι και οι γονείς. Η αδερφή της την κατηγορεί συνεχώς για πολλά πράγματα. Έχουν μία σχέση 'μίσους – πάθους', την αγαπάει αλλά δεν ταιριάζουν. Αν δεν ήταν αδερφή της δε θα έκαναν παρέα.

Δεν ολοκλήρωσε. Διέκοψε μετά τη 16^η συνεδρία. Ουσιαστικά παρευρέθη σε 8 συνεδρίες, λόγω κυλιόμενου ωραρίου εργασίας.

Ερωτική ζωή:

Φλέγον ζήτημα. Στα 16.5 της σε ένα σχολικό χορό συνευρέθηκε ερωτικά με ένα μεθυσμένο συμμαθητή της, άσχημη εμπειρία, δεν το ήθελε. Άλλα αυτό δεν την επηρέασε με τους άντρες.

Συγκεντρωτικοί Πίνακες

1.

Ηλικία έναρξης νόσου	Αριθμός
16	2
16.5	1
17	3
18	1
20	1
21	1
15	1

2.

Ασθενής	Ύψος	Βάρος	Ιδ. Βάρος
1 ^η περίπτωση	1.67	54	67
2 ^η περίπτωση	—	—	—
3 ^η περίπτωση	1.63	52	63
4 ^η περίπτωση	1.58	52	58
5 ^η περίπτωση	1.58	53	58
6 ^η περίπτωση	1.63	58	63
7 ^η περίπτωση	1.62	55	62
8 ^η περίπτωση	1.67	108	67
9 ^η περίπτωση	1.50	53	50
10 ^η περίπτωση	1.75	74	75

3. Επάγγελμα Ασθενούς

Ιδιωτικός υπάλληλος	2
Δημόσιος υπάλληλος	3
Φοιτήτρια	2
Μαθήτρια λυκείου	3

4.

Αριθμός μελών	Αριθμός
4 μελής	7
3 μελής	2
5 μελής	1

5.

Επάγγελμα πατέρα	Αριθμός
Ιδιωτικός υπάλληλος	2
Δημόσιος υπάλληλος	1
Ελεύθερος επαγγελματίας	4
Συνταξιούχος	2

6.

Επάγγελμα μητέρας	Αριθμός
Οικιακά	6
Ιδιωτική υπάλληλος	1
Συνταξιούχος	1
Εργάτρια	1
Δεν υπάρχουν στοιχεία	1

7.

Σεξουαλική επαφή	Όχι Σεξουαλική επαφή
3	7

8.i

Σειρά γέννησης ασθενούς	Αριθμός
1 ^ο παιδί	3
2 ^ο παιδί	4
3 ^ο παιδί	—
Μοναχοπαιδί	2

8.ii

Φύλλο Αδερφών

Φύλλο	Αριθμός
Αδερφός	3
Αδερφή	4
Δύο αδερφές	1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

1. Αποτέλεσμα για την ηλικία

Η ηλικία έναρξης ψυχογενούς βουλιμίας είναι κυρίως κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας και ιδιαίτερα στην ηλικία των 17 ετών.

2. Αποτέλεσμα για την αναλογία ύψους – βάρους

Με βάση τις αναλογίες ύψους – βάρους των περιπτώσεων φαίνεται ότι οι περισσότερες κοπέλες είχαν κανονικό βάρος, αλλά οι ίδιες πίστευαν πως ήταν χοντρές. Εξαιρέση αποτελεί η περίπτωση 8, που παρουσιάζει παχυσαρκία (κληρονομική) και ήταν 110 κλά με ύψος 1.63.

Όπως φαίνεται στον πίνακα οι 7 από τις 10 κοπέλες βρίσκονται κάτω από το κανονικό βάρος, δύο στις 10 είναι πάνω από το όριο και μία έχει κανονικό βάρος.

3. Αποτέλεσμα για το επάγγελμα ασθενούς

Δύο κοπέλες είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, δύο είναι δημόσιοι υπάλληλοι, τρεις μαθήτριες λυκείου. Κατά βάση είναι μαθήτριες – φοιτήτριες και στην αρχή της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας και δεν έχουν ανεξαρτητοποιηθεί τελείως από την οικογένειά τους.

4. Αποτέλεσμα για την σύνθεση οικογένειας

Στις δύο από τις δέκα περιπτώσεις, οι οικογένειες είναι τριμελείς. Αποτελούνται από τον πατέρα, την μητέρα και την ασθενή. Είναι δηλαδή μοναχοπαίδι. Σε επτά περιπτώσεις οι οικογένειες είναι τετραμελείς, δηλαδή η

ασθενής έχει κάποιον αδερφό ή αδερφή και μία μόνο περίπτωση είναι πενταμελής, που σημαίνει πως η οικογένεια έχει 3 παιδιά.

5. Αποτέλεσμα για το επάγγελμα του πατέρα

Δύο περιπτώσεις ασθενών έχουν πατέρα ιδιωτικό υπάλληλο, δύο δημόσιο, τέσσερις ελεύθερο επαγγελματία και δύο συνταξιούχο.

Έξι από τους πατέρες έχουν τη βασική μόρφωση του δημοτικού, δύο ανώτατη εκπαίδευση και για τις άλλες δύο περιπτώσεις έχουμε ελλιπή στοιχεία για τη μόρφωσή τους.

6. Αποτέλεσμα για το επάγγελμα μητέρας

Στις έξι από τις περιπτώσεις, η μητέρα ασχολείται με τα οικιακά, μία είναι ιδιωτική υπάλληλος, μία συνταξιούχος και μία εργάτρια.

Στις περισσότερες από τις περιπτώσεις οι μητέρες δεν εργάζονται αλλά βρίσκονται στο σπίτι, είναι νοικοκυρές και ασχολούνται με τα οικιακά.

Έξι μόρφωση δημοτικού, δύο ανώτατη εκπαίδευση, δύο δε γνωρίζουμε.

7. Αποτέλεσμα για τις ερωτικές τους σχέσεις

Οι 7 από τις 10 περιπτώσεις δεν έχουν ολοκληρωμένη ερωτική ζωή και τρεις στις 10 είχαν σεξουαλική επαφή. Τρεις από τις περιπτώσεις δεν το σκεφτόντουσαν, 'ήταν μικρές', όπως είπαν οι ίδιες, δεν τους ενδιέφερε το θέμα.

Οι τρεις αν και είχαν σεξουαλική επαφή δεν έμεινα ικανοποιημένες από αυτήν τους την εμπειρία και μία δεν ήθελε σεξουαλική επαφή επειδή δεν ένιωθε καλά με το σώμα της.

8. Αποτέλεσμα για τη σχέση γονέων μεταξύ τους

- Σε δύο περιπτώσεις οι γονείς είναι χωρισμένοι και δε ζουν στο ίδιο σπίτι.
- Σε μία περίπτωση υπήρχε βία μεταξύ των συζύγων.
- Σε δύο περιπτώσεις οι σχέσεις των γονιών είναι τυπικές και αδιάφορες.

- Σε επτά περιπτώσεις οι γονείς δεν έχουν καλές σχέσεις και καυγαδίζουν συχνά.
- Σε δύο περιπτώσεις η σύζυγος ήταν έγκυος πριν το γάμο.
- Σε τρεις περιπτώσεις οι καυγάδες του ζευγαριού οφείλονταν στην απουσία του συζύγου από το σπίτι, λόγω δουλειάς.

9. Αποτελέσματα για τις σχέσεις ασθενούς με γονείς

- Σε τρεις περιπτώσεις η ασθενής έχει καλύτερες σχέσεις με τη μητέρα απ' ότι με τον πατέρα.
- Σε δύο περιπτώσεις η ασθενής δεν έχει καλές σχέσεις με κανέναν από τους γονείς.
- Σε μία περίπτωση η ασθενής έχει καλές σχέσεις και με τους δύο γονείς.
- Σε μία περίπτωση η ασθενής και η αδερφή της έχει ανταγωνιστικές σχέσεις με τους γονείς της.
- Σε μία περίπτωση ο πατέρας προτιμούσε να ήταν η ασθενής 'αγόρι' αντί κορίτσι.

Προσωπικότητα ασθενούς

- Δύο ασθενείς έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Δύο ασθενείς προτιμούν τη γυναικεία φιλία
- Δύο ασθενείς έχουν σταθερές φιλίες
- Μία ασθενής έπεσε θύμα σεξουαλικής παρενόχλησης από συγγενικό πρόσωπο
- Μία ασθενής δεν έχει φίλες / φίλους και δεν είναι κοινωνική
- Δύο ασθενείς νιώθουν άγχος – στρες
- Δύο ασθενείς έχουν σταθερές φιλίες ενώ άλλες δύο έχουν λίγους φίλους

Αποτελέσματα για την κλινική εικόνα

- Εννιά ασθενείς παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης
- Μία ασθενής έχει τάσεις αυτοκτονίας
- Έξι ασθενείς προκαλούσαν εμετό μετά το φαγητό
- Ένας ασθενής χρησιμοποιούσε καθαρτικές ουσίες
- Εννιά ασθενείς νιώθουν άσχημα για τον εαυτό τους και την εικόνα του σώματός τους, ενώ μία ασθενής νιώθει καλά με το σώμα της και το θεωρεί φυσιολογικό
- Τέσσερις ασθενείς προσήλθαν μετά από πίεση των γονιών τους
- Δύο ασθενείς παρουσίασαν ανορεξία και μία είναι παχύσαρκη
- Έξι ασθενείς χρησιμοποίησαν τη δίαιτα για να διορθώσουν την άσχημη εικόνα του σώματός τους
- Τρεις ασθενείς είχαν προβλήματα υγείας και έπαιρναν βιταμίνες με αποτέλεσμα να επηρεαστεί η διατροφική τους συμπεριφορά
- Εννιά ασθενείς εναλλάσσουν τα αλμυρά με τα γλυκά κατά τη διάρκεια του φαγητού
- Δύο ασθενείς νιώθουν άγχος και για αυτό οδηγούνται στο φαγητό
- Πέντε ασθενείς παρουσιάζουν αυξομείωση στο βάρος τους
- Μία ασθενής έχει πρόβλημα με τον κύκλο της, έμμηνο ρήση κάθε 50 μέρες και δυσκοιλιότητα
- Σε όλες τις περιπτώσεις βλέπουμε ότι η νόσος αρχίζει στην εφηβική ηλικία
- Βασικό χαρακτηριστικό της νόσου σε όλες τις περιπτώσεις είναι η μυστικοπάθεια και η ντροπή

Αποτελέσματα για τις σχέσεις αδελφών – ασθενούς

- Σε δύο περιπτώσεις που η ασθενής είχε αδερφό, οι σχέσεις τους δεν ήταν καλές. Υπήρχε ζήλια και ανταγωνισμός μεταξύ τους. Επίσης ο αδερφός είχε την τάση να επικρίνει τη συμπεριφορά και τις πράξεις της, δημιουργώντας εντάσεις στην οικογένεια.
- Σε μία περίπτωση μόνο έχουμε καλές σχέσεις με τον αδερφό. Η περίπτωση μιλάει πολύ με τον αδερφό. Αυτός της συμπαραστέκεται. Νοιώθει πολύ πιο κοντά μαζί του από ότι με τους γονείς της. Του έχει αδυναμία.
- Σε τέσσερις περιπτώσεις όπου η ασθενής έχει αδερφή, βλέπουμε πως υπάρχουν ανταγωνιστικές σχέσεις μεταξύ τους. Δεν έχουν καλές σχέσεις, δεν μιλάνε για προσωπικά τους θέματα, ούτε βγαίνουν μαζί, δεν έχουν κοινές παρέες. Έχουν διαφορετικό χαρακτήρα. Συχνά οι διαμάχες τους οδηγούν τους γονείς στο να πάρουν μέρος υπέρ της μίας ή της άλλης και αυτό χειροτερεύει τα πράγματα γιατί φαίνεται πως υπάρχουν αδυναμίες από τους γονείς
- Σε μία περίπτωση η ασθενής έχει δύο αδερφές. Με αυτή που βρίσκεται πιο κοντά στην ηλικία της τα πηγαίνουν πολύ καλά και αυτό γιατί ταιριάζουν οι χαρακτήρες τους, με τη μικρότερη αδερφή δεν έχουν καλές σχέσεις, αδιαφορεί για την παρουσία της εντελώς.
- Εξέλιξη της θεραπείας
- 1^η περίπτωση: ολοκλήρωσε τη θεραπευτική της συνεργασία. Κατάφερε να διακόψει τη χρήση καθαρτικών και να σταματήσει την πρόκληση εμετού. Επέλεξε τον τρόπο διατροφής της. Έχει τη δική της οικογένεια και είναι μητέρα ενός παιδιού.
- 2^η περίπτωση: -

- 3^η περίπτωση: διέκοψε.
- 4^η περίπτωση: διέκοψε μετά την Τρίτη συνεδρία.
- 5^η περίπτωση: παρακολούθησε 6 θεραπευτικές συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας. Διέκοψε αυτοβούλως.
- 6^η περίπτωση: συνεχίζει τη θεραπεία.
- 7^η περίπτωση: η θεραπεία συνεχίζεται. Παίρνει χάπια. Ατομική ψυχοθεραπεία.
- 8^η περίπτωση: συνεχίζει τη θεραπεία.
- 9^η περίπτωση: η θεραπεία συνεχίζεται. Τακτικές συνεδρίες με τον ψυχίατρό της. Τρώει κανονικά. Έχει επανέλθει στην κοινωνική ζωή. Δε μπορεί να εμπιστευτεί εύκολα τους άντρες και αγανακτεί που δε μπορεί να κάνει μια σταθερή σχέση.
- 10^η περίπτωση: δεν ολοκλήρωσε. Διέκοψε μετά τη 16^η συνεδρία. Ουσιαστικά παρευρέθη σε 8 συνεδρίες, λόγω κυλιόμενου ωραρίου εργασίας.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

Σε τέσσερις περιπτώσεις οι μητέρες είναι υπερπροστατευτικές απέναντι στις κόρες τους σε βαθμό καταπίεσης. Προσπαθούν να ελέγξουν τη ζωή τους, τις αποφάσεις τους. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα της δικής τους καταπίεσης από τους γονείς τους ή της προσπάθειάς τους να αποτρέψουν το να κάνουν τα δικά τους λάθη. Ίσως να νιώθουν άτυχες στη ζωή τους και προσπαθούν να ξαναζήσουν μέσω των παιδιών τους.

Σε δύο περιπτώσεις οι μητέρες νιώθουν άσχημα για την εξέλιξη αυτή. Ένιωθαν κοντά στις κόρες τους, νόμιζαν ότι όλα είναι καλά στην οικογένειά τους, δεν το είχαν καταλάβει και τους ρίχνουν φταιξιμο που δεν το είχαν καταλάβει, μήπως

αυτές με τη συμπεριφορά τους συνέβαλαν στην εξέλιξη αυτή. Τι δεν έκαναν ή τι έπρεπε να κάνουν για να το αποτρέψουν. Νιώθουν αδύναμες να αντιμετωπίσουν αυτήν την κρίση που περνάει η οικογένειά τους. Αυτές οι μητέρες συνήθως έχουν πάρει το βάρος της ανατροφής πάνω τους, γι' αυτό και νιώθουν έτσι. Παίρνουν όλο το βάρος πάνω τους.

Υπάρχει μία περίπτωση μητέρας όπου δεν αναγνωρίζει το πρόβλημα της κόρης της, ότι δηλαδή έχει βουλιμικές τάσεις. Επειδή η ίδια είναι παχύσαρκτη. Πιστεύει πως απλά είναι το σώμα της έτσι, δεν έχει κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα.

Υπάρχουν τρεις περιπτώσεις μητέρων που ο ρόλος τους είναι αυτός της αμέτοχης και απαθούς. Έχουν ευαίσθητο χαρακτήρα. Προσπαθούν να ισορροπήσουν την κατάσταση μέσα στην οικογένεια μεταξύ πατέρα (συμπεριφοράς του) και ασθενούς. Στεναχωριούνται πολύ και προσπαθούν να βοηθήσουν, αλλά δε γνωρίζουν πως.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΠΑΤΕΡΑ

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η προσωπικότητα και ο χαρακτήρας του πατέρα δεν αποτελεί ανεξάρτητη μεταβλητή στην επιρροή απέναντι στην ασθενή. Θα πρέπει να δούμε πως λειτουργεί ως ομάδα με τη σύζυγο απέναντι στην περίπτωση. Δηλαδή μπορεί κάποια του χαρακτηριστικά να επηρεάζονται και να αλλάζουν προς το καλύτερο ή χειρότερο από την προσωπικότητα της συζύγου, του παιδιού, των συγγενών, του περιβάλλοντος.

Κύρια χαρακτηριστικά

Αυτό που μπορούμε να δούμε είναι ότι οι πατεράδες ή θα είναι πολύ αυταρχικοί και καταπιεστικοί ή πολύ αδιάφοροι, απαθείς ή θα απουσιάζουν από το σπίτι λόγω φόρτου εργασίας. Το τελευταίο σημαίνει πως δεν ασχολούνται πολύ με τα

παιδιά τους, αφήνουν την ανατροφή στις μητέρες, αν αυτές δεν εργάζονται ή νιώθουν τύψεις λόγω της απουσίας τους και γίνονται υπερπροστατευτικοί απέναντι στα παιδιά τους, τους κάνουν όλα τα χατίρια ή έχουν πολλές απαιτήσεις από αυτά για ένα καλό μέλλον.

Σε δύο περιπτώσεις οι πατέρες ήταν αυταρχικοί και παλαιών αρχών. Μπορούμε να πούμε ότι καταπιέζουν τις ασθενείς με τη συμπεριφορά τους. Έχουν άλλες ιδέες και αρχές που προσπαθούν να τις περάσουν. Έτσι γίνονται καταπρεστικοί και αυτό οδηγεί σε αντιδράσεις, φωνές και φασαρίες μεταξύ των γονιών ή του γονιού και της ασθενούς.

Σε τρεις περιπτώσεις οι πατέρες δεν ασχολούνται με την ανατροφή των παιδιών. Έχουν αφήσει αυτό το ρόλο στη μητέρα. Είναι ήρεμοι, ήσυχοι άνθρωποι που δεν ασχολούνται σε βάθος με αυτά που γίνονται μέσα στην οικογένεια. Έχουν καλές σχέσεις με τις ασθενείς αλλά δεν υπάρχει αυτή η εμπιστοσύνη και η ειλικρίνεια μιας πιο στενής σχέσης.

Σε τέσσερις περιπτώσεις οι πατέρες λείπουν πολλές ώρες από το σπίτι λόγω της εργασίας τους. Αυτό δρα αρνητικά στις σχέσεις τους με τις ασθενείς. Είτε δεν έχουν πολύ καλές σχέσεις είτε οι πατέρες, λόγω κούρασης, γίνονται απαθείς και απόμακροι είτε οι περιπτώσεις δένονται περισσότερο με τις μητέρες και απομακρύνονται από τη σχέση τους με τον πατέρα.

Υπάρχει μία περίπτωση βίας στην οικογένεια, όπου ο πατέρας χτυπούσε και τη μητέρα και την ασθενή. Επίσης σε δύο περιπτώσεις οι γονείς των ασθενών δε ζουν μαζί, (διαζύγιο, διάσταση) και οι ασθενείς ζουν με τη μητέρα τους. Οι περισσότεροι γονείς έχουν μόρφωση δημοτικού, χωρίς ιδιαίτερες σπουδές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση τη βιβλιογραφική μελέτη και την ανάλυση των περιστατικών καταλήγουμε στα παρακάτω συμπεράσματα:

1. Με βάση το Μάνο (1988) η έναρξη της ψυχογενούς βουλιμίας είναι στην όψιμη εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής και αφορά σε ποσοστό 90% κυρίως έφηβες κοπέλες. Διαπιστώνεται πως οι ασθενείς ήταν γυναίκες που όντως βρίσκονταν στην εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής τους.
2. Όπως αναφέρει ο Σίμος (1996), περίπου το 90% των βουλιμικών γυναικών δεν αποζητά βοήθεια, αν και θα το ήθελε, γιατί θεωρεί πως δεν υπάρχει λύση στο πρόβλημα. Από το θεωρητικό μέρος φαίνεται ότι τους ασθενείς τους διακρίνει μία έντονη μυστικοπάθεια και ντροπή για αυτό που κάνουν, με αποτέλεσμα να κρύβουν το πρόβλημα από όλους και να μη ζητούν βοήθεια. Παρατηρείται πως σε όλες τις περιπτώσεις κανείς ασθενής δε ζήτησε μόνο βοήθεια αλλά παραπέμφθηκε από την οικογένειά τους ή κάποιο φιλικό / συγγενικό πρόσωπο.
3. Σύμφωνα με το Σίμο (1996) και τα υψηλά ποσοστά δυσαρέσκειας στις έρευνες του σχετικά με τις Διαταραχές Διατροφής, οι έφηβες κοπέλες παρουσιάζουν τον εαυτό τους ως παχύ άτομο που έπρεπε να χάσει κιλά. Και στις περιπτώσεις φαίνεται πως το σχήμα, το βάρος και το μέγεθος του σώματος απασχολούσε ιδιαίτερα τα κορίτσια στην εφηβική ηλικία.
4. Ο Σίμος (1996) αναφέρει πως η εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας είναι ανεξάρτητη από κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες. Κάτι τέτοιο φαίνεται

και στις περιπτώσεις όπου η κοινωνική και οικονομική κατάσταση διαφέρει από οικογένεια σε οικογένεια.

5. Οι Brewertou και Ballenger (1994) υποστηρίζουν πως υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ βουλιμίας και κατάθλιψης και ο Yates (1989) πιστεύει πως η κατάθλιψη εμφανίζεται κυρίως ως συνέπεια παρά ως αιτία τη Ψ.Β. Σε όλες τις περιπτώσεις η βουλιμική έφηβη, λίγο μετά τα πρώτα της βουλιμικά επεισόδια, εμφανίζει καταθλιπτική συμπεριφορά.

Στην έρευνα τους οι Brewerton, Lydiard, Brotman(1995) αναφέρεται η συνύπαρξη συναισθηματικών διαταραχών αλλά και αγχωδών διαταραχών ιδιαίτερα κοινωνική φοβία.

6. Ο Humphrer (1989) αναφέρει ότι οι πατέρες των βουλιμικών κοριτσιών φαίνεται πως κατάφεραν καλύτερα να παρακολουθούν και να ανταποκρίνονται αλλά επίσης και να κατηγορούν ευκολότερα τις κόρες, κάτι το οποίο παρατηρούμε και στις περιπτώσεις μας. Παρατηρούνται στις περιπτώσεις ότι υπάρχουν πατέρες οι οποίοι έχουν την τάση να απαιτούν περισσότερα από τις κόρες τους, παρουσιάζουν χαρακτήρα αυταρχικό και καταπιεστικό στην αρχή, στη διάρκεια όμως της εξέλιξης της νόσου αλλάζουν, γίνονται πιο διακριτικοί και πιο υποστηρικτικοί.

7. Ο Σίμος αναφέρει πως στις συσχετίσεις που έχουν γίνει μεταξύ οικογενειακών παραμέτρων και πρόγνωσης και πορείας της νόσου, έδειξαν ότι τουλάχιστον μία διαταραγμένη σχέση με ένα άλλο μέλος της οικογένειας πριν την έναρξη της νόσου αποτελούσε σημαντικό αρνητικό προγνωστικό παράγοντα. Στις περιπτώσεις της μελέτης φαίνεται πως κάτι τέτοιο ισχύει. Έτσι υπάρχουν περιπτώσεις που ο πατέρας είναι πολύ αυταρχικός και σκληρός με την κόρη

του, διαταραγμένη σχέση με υπερβολική εξάρτηση της ασθενούς από την μητέρα και το αντίστροφο και πιο σπάνια κάποια αδερφική αντιπαλότητα.

8. Κατά τη διάρκεια της βουλιμικής συμπεριφοράς της ασθενούς φαίνεται ότι οι γονείς της ασθενούς αγνοούν και αρνούνται την κατάσταση.

Η βουλιμική κοπέλα προσπαθεί για αυτοέκφραση και εξατομίκευση, η συμπεριφορά όμως των γονιών της την κρατά εξαρτημένη πάνω τους. Έτσι η κόρη ανταποκρίνεται στα συγκεκριμένα μηνύματα με την αμφιθυμία γύρω από τον αποχωρισμό και την ανακάλυψη των αισθημάτων και του εαυτού της, χωρίς να υποτάσσεται στις γνώμες και στις προσδοκίες των γονιών της. Ίσως αυτός ο τύπος γονεϊκού ελέγχου και η άρνηση ανεξάρτητου εαυτού της βουλιμικής κόρης να οδηγεί στην ανάπτυξη ενός ψεύτικου εαυτού και μιας καταστροφικής διάθεσης απέναντι στο σώμα της. (Σίμος, 1996).

9. Συμπερασματικά θα μπορούσε να αναφερθεί ότι η ανάπτυξη βουλιμικής συμπεριφοράς συσχετίστηκε με την ύπαρξη αρνητικού οικογενειακού περιβάλλοντος (Kinzi, 1994). Έχει συνδεθεί με υψηλά επίπεδα δυσλειτουργικής γονεϊκής σχέσης. Αρνητικές στάσεις γονέων απέναντι στις ανάγκες των παιδιών, υψηλές προσδοκίες γονέων για διάκριση και επιτυχία, που καταπιέζουν τις έφηβες και οδηγούν σε συγκρούσεις, μέχρι την ψυχολογική παραίτηση ενός από τους δύο (γονιός ή κόρη).

Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι παράγοντες όπως οικογενειακή ή κοινωνική τάξη, ανώμαλη οικογενειακή δομή, αδερφική αντιπαλότητα ή ιστορικό ψυχικής νόσου στην οικογένεια, δε συσχετίζονταν με το ευνοϊκό ή μη της έκβασης της ασθένειας (Σίμος, 1996).

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Η πρόληψη μιας διαταραχής πρόσληψης τροφής διακρίνεται στην πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή. Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης μιας διαταραχής, μία προσπάθεια να παρουσιαστούν στο ευρύ κοινό οι κίνδυνοι της βουλιμίας και της βουλιμικής συμπεριφοράς, αποκαλύπτοντας με ρεαλιστικό τρόπο τις αρνητικές όψεις αυτού που πιστεύουν πολλές κοπέλες στην εφηβεία πως είναι 'καλό και σωστό'. Επίσης η εφαρμογή ενός προγράμματος προαγωγής της υγείας, θα βοηθούσε στη σωστή διατροφή και μείωση του βάρους, που είναι πολύπλοκη στις νεαρές κοπέλες και δε θα οδηγούνται στην απόγνωση και δυσφορία με την εικόνα και το σώμα τους και αυτό με την σειρά το να οδηγεί στις αυτοκαταστροφικές βουλιμικές συμπεριφορές.

Η ενεργός συμμετοχή της νοσηλευτικής ιατρικής κοινότητας μπορεί να βοηθήσει. Προτείνεται τόσο η κοινωνική δράση, ψυχοκοινωνικές και κοινωνικο - πολιτισμικές παρεμβάσεις όσο και διαπροσωπική δράση με την ενημέρωση και παρέμβαση σε ομάδες γονέων. Επίσης προτείνεται η κινητοποίηση και ευαισθητοποίηση στο χώρο του σχολείου για αναγνώριση χαρακτηριστικών ατόμων, που είναι ευάλωτα σε τέτοιες συμπεριφορές, όπως: γυναίκα – έφηβη που νιώθει παχιά, επιθυμεί να είναι αδύνατη, προσπαθεί να κάνει δίαιτες και γυμναστική, προέρχεται από οικογένεια που εμφανίζουν ιδιαίτερη συναισθηματική υπερεμπλοκή.

Στο επίπεδο της πρωτογενούς πρόληψης, η πρόσληψη μπορεί να αρχίσει από την παιδική ηλικία ή το αργότερο την εφηβεία και οι παρεμβάσεις να αφορούν: 1. την παιδική παχυσαρκία. Προσπάθεια αποφυγής της με παρεμβάσεις τόσο σε μητέρες όσο και στα ίδια τα παιδιά τους. 2. Αποφυγή άγχους και οικογενειακών συγκρούσεων και άλλων συμπεριφορών που μπορούν να επηρεάσουν την ψυχολογική κατάσταση

ενός παιδιού και μετέπειτα εφήβου. 3. Δυσμορφοφοβία: η εξοικείωση με τον παράλογο φόβο όχι του ‘υπερβολικού πάχους’ αλλά του ‘πάχους’ που συνεπάγεται το πέρασμα από την παιδική στην εφηβική ηλικία και την ανάλογη διαμόρφωση του σώματος. 4. προσωπική ανάπτυξη: αντιμετώπιση όσων συνεπάγεται η εφηβεία όπως παγίωση της ταυτότητας, ετεροφυλικές σχέσεις, βελτίωση αυτοεκτίμησης, ολοκλήρωση ή αναδιαπραγμάτευση του δεσμού με την οικογένεια.

Στην πρωτογενή πρόληψη εμπλέκονται και κάποιες επιφυλάξεις τόσο ως προς την πιθανότητα του να είναι αποτελεσματική όσο και ως προς τη χωρίς αντιπαραθέσεις εφαρμογή της. Έτσι υπάρχουν αντιρρήσεις πως τα προγράμματα πρόληψης τα οποία μπορεί να ευαισθητοποιούν το κοινό για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, ουσιαστικά μπορεί άθελά τους να τις προάγουν.

Η δευτερογενής πρόληψη εστιάζεται στη μείωση της διάρκειας μιας διαταραχής μέσα από την πρόωπη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση, ενώ ο σκοπός της τριτογενούς πρόληψης είναι η παρέμβαση σε μία ήδη αναπτυγμένη και ίσως χρόνια διαταραχή με στόχο τη μείωση της περαιτέρω επιδείνωσης, την πρόληψη υποτροπών και βέβαια την αποθεραπεία, όπου αυτή είναι δυνατή. Στην μελέτη αυτή έγινε προσπάθεια συγκέντρωσης και καταγραφής των βασικών χαρακτηριστικών μιας βουλιμικής έφηβης και της επιρροής που έχει το οικογενειακό περιβάλλον στην έναρξη και πορεία της νόσου. Θα μπορούσε να εισηγηθεί μια μελέτη με αντιπροσωπευτικότερο δείγμα με πληροφορίες με μεγαλύτερο φάσμα πέρα του κοινωνικού ιστορικού (διεπιστημονική ομάδα) και εις βάθος ανάλυση των συμπεριφορών τόσο της βουλιμικής όσο και του οικογενειακού της περιβάλλοντος της.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

A) Ερωτηματολόγιο

Τα δεδομένα των κοινωνικών ιστορικών πάρθηκαν από τα αρχεία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης με επίσημη έγκριση .Πληροφορίες επίσης για τις περιπτώσεις αυτές είχαμε από νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό .Θα πρέπει να αναφερθεί πως σε κάποιες περιπτώσεις υπήρξε προσωπική επαφή – γνωριμία με την «ασθενή».

Τα κοινωνικά ιστορικά συμπληρώθηκαν με βάση τις εξής ζητούμενες πληροφορίες :

- Ηλικία, ύψος , βάρος
- Ημερομηνία έναρξης νόσου
- Κλινική εικόνα
- Προσωπικότητα ασθενούς
- Σύνθεση οικογένειας
- Ηλικία ,επάγγελμα ,προσωπικότητα πατέρα
- Ηλικία ,επάγγελμα ,προσωπικότητα μητέρας
- Σχέσεις γονιών μεταξύ του
- Σχέσεις γονιών – ασθενούς
- Αδέλφια και η σχέση της ασθενούς μαζί τους
- Ερωτική ζωή
- Αποθεραπεία



ΚΕΝΤΡΟΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

ΚΕΝΤΡΟΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Αριθ. Πρωτ. 19276
Ημερομηνία 11-11-04/002

ΝΟΤΑΡΑ 58 - 106 83 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛΕΦΩΝΑ: 8231.210 - 8212.944
FAX: (01) 8232.833

Αριθ. Πρωτ. 2553

Αθήνα, 08 ΝΟΕ. 2004

Προς την
κα Σαραντίδου Μ.
Σπουδάστρια ΤΕΙ Πάτρας
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Σας κάνουμε γνωστό ότι το Δ.Σ. (Συν.593/4.11.04) ενέκρινε το αίτημά σας για διεξαγωγή έρευνας στα αρχεία του Ψυχιατρικού Τμήματος Ενηλίκων του Παρ/ματος ΚΨΥ Θεσ/νικης για την εκπόνηση της διπλωματικής σας εργασίας.

Τα ανωτέρω θα υλοποιηθούν με την προϋπόθεση ότι θα τηρηθεί το απόρρητο των περιπτώσεων.

Η Προϊσταμένη Διοικητικού



Γ. Μπόση

Κοινοποίηση:

1. Διοικ. Τμήμα
2. ΣΥΤΕ ΚΨΥ Θεσ/νικης

Γυύβιο αντίγραφο

ΥΠΗΡΕΣΙΑ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Ο αυ. Διευθ. Διευθ. Κωνσταντίνος Κωνσταντίνου

Θ ΚΟΣΤΟΥΔΑΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cockel R., *Γυναίκες που τρώνε πολύ*, Οδυσσέας, 1994
2. Dolto Françoise, *έφηβοι, προβλήματα, ανησυχίες*, Πατάκη: Αθήνα, 1995
3. Dorfer G. A., *Ανορεξία, Βουλιμία, Παχυσαρκία*, Π. Τραυλός & Ε. Κωσταράκης, 1997
4. Fairburn Ch., *Βουλιμία: ξανακερδίστε τον έλεγχο*, Πατάκη: Αθήνα, 1999
5. Humphrey L. L., 'Observed Family Luteractions among Subtypes of Eating Disorders, using Structural Analysis of Social Bahaviour' in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (2) (1989), pp. 206-214
6. Humphrey L. L., 'Structural Analysis of Pareut – Child in Fating Disorders', in: *Journal of Abnormal Psychology*, 95 (4) (1989), pp. 395-402
7. Julien P., *Για την Πατρότητα*, Αθήνα, 1993
8. Komer L., *Μύθος της Μητρότητας*, Ελεύθερος Τύπος, 1980
9. Laplance J. & Pontalis J. B., *Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης*, Κέδρος, 1986
10. Parkt R. D., *Πατέρας. Η συμβολή στη διαμόρφωση του παιδιού*, Αθήνα, 1987
11. Sheppard K., *Νικήστε την εξάρτηση από το φαγητό*, Κριτική: 2003
12. Suigart J., *Μύθος της κακής μητέρας*, Αποσπερίτης, 1991
13. Suzain A. & Derek L. J., *Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής*, Χατζηνικολή: 1990
14. Tucker N., *Εφηβεία, Ωριμότητα και Τρίτη Ηλικία*, Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα, 1999
15. Βινίτσι Ντ., *Το παιδί, η Οικογένεια και ο Εξωτερικός Κόσμος*, Καστανιώτη: Αθήνα, 1988
16. Γκάρμαρ Κ., *Οικογένεια Μωσαϊκό*, Αθήνα, 1996

17. Ζαφείρης Γ. Α., *Οικογενειακή Θεραπεία*, Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα, 1999
18. Κάνιτζ Α. Λ. Φ., *Πατέρας (νέος Ρόλος του)*, Αθήνα, 1981
19. Κατάκη Χ. Δ., *Τρεις Ταυτότητες της Ελληνικής Οικογένειας*, 1984
20. Μάνος Ν., *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη, 1997
21. Μάρτενσεν Ο., *Οικογενειακά Πρότυπα και Προσωπικότητα*, Αθήνα, 1994
22. Μουσούρου Λ. Μ., *Κοινωνιολογία της σύγχρονης οικογένειας*, Gutenberg: Αθήνα, 2000
23. Μπεχράκη Κ., *Σχολές Γονέων*, Αθήνα, 2002
24. Ομάδα Γυναικών της Βοστώνης, *Εμείς και τα παιδιά μας*, Αθήνα, 1990
25. Παιδαγωγική – Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια – Λεξικό, 1989, Α, Β, Γ Τόμος
26. Παιονίδης Α., *Μαθήματα Κοινωνικής Παιδιατρικής*, Θεσσαλονίκη, 2001
27. Παπαδόπουλος Ν. Γ., *Λεξικό της Ψυχολογίας*, Αθήνα, 1994
28. Παρασκευόπουλος Ι., *Εξελικτική Ψυχολογία: Εφηβεία*, 4^{ος} Τόμος, 1985
29. Πιντέρης Γ., *Εσύ, τα δικαιώματά σου και οι άλλοι*, Θυμάρι: Αθήνα, 1988
30. Πυργιωτάκης Ι. Ε., *Κοινωνικοποίηση και Εκπαιδευτικές Ανισότητες*, Γρηγόρης, Αθήνα, 1989
31. Σακελλαρόπουλος Π., *Εφηβεία Τετράδια ψυχιατρικής*, Νο 58, 1980
32. Σίμος Γ. Μ., *Διερεύνηση των Ψυχολογικών Διαταραχών στην Πρόσληψη τροφής και των Δυνατοτήτων πρόληψης (PHD)*, Θεσσαλονίκη, 1996
33. Τσαούση Δ. Γ., *Η κοινωνία του Ανθρώπου*, Gutenberg: Αθήνα, 2000
34. Τσιάντης Γ., *Ψυχική υγεία του παιδιού και της Οικογένειας*, Καστανιώτη: Αθήνα, 1991
35. Χαραλάμπους Ν., *Μπορούμε να γίνουμε καλύτεροι γονείς*, Λευκωσία, 1999
36. Χουντουμάδη Α., *Παιδιά και Γονείς στο ξεκίνημα μιας σχέσης*, Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα, 1994

37. Χουρδάκη Μαρία , *Ψυχολογία της οικογένειας ,εξελικτική,σχολικής,εφηβείας,*
Ελληνικά Γράμματα:Αθήνα, 1995

