

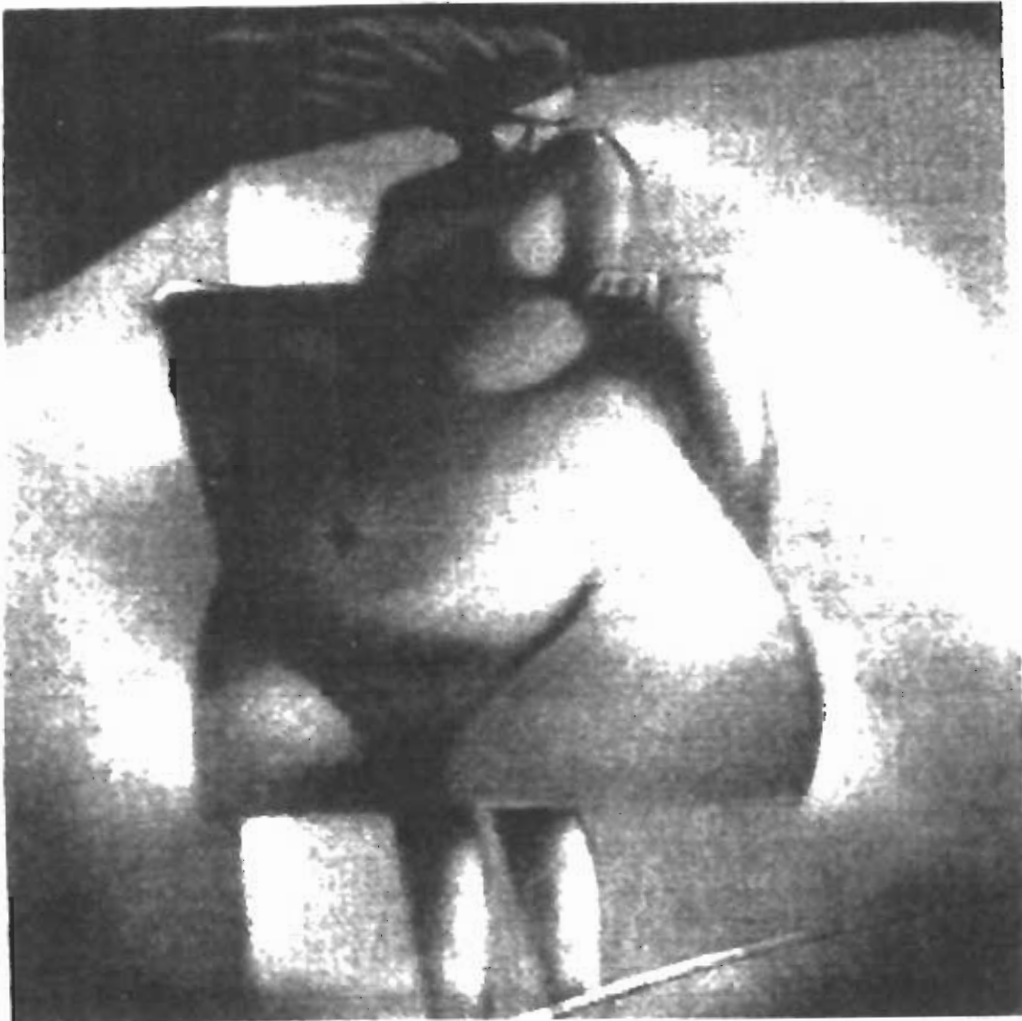
Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: «ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ &
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ»**



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

κ. ΝΟΜΙΚΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΜΑΡΓΑΡΙΤΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ

ΤΣΙΛΙΒΑΡΑΚΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΠΑΤΡΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	Σελ. I
- ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	Σελ. II
- ΕΙΣΑΓΩΓΗ	Σελ. IV

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ	Σελ.1
--	-------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΕΦΗΒΕΙΑ

2.1 : ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΕΦΗΒΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ	Σελ.4
2.2: ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΕΦΗΒΕΙΑΣ	Σελ.6
2.3: ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΦΗΒΩΝ	Σελ.10
2.4: ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΦΗΒΩΝ	Σελ.16
2.5: ΕΦΗΒΟΣ ΚΑΙ ΓΟΝΕΙΣ	Σελ.24
2.6: ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	Σελ.26
2.7: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	Σελ.21
2.8: ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	Σελ.32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

3.1: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	Σελ.39
3.2: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	Σελ.41
3.3: ΤΥΠΟΙ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	Σελ.43
3.4: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Σελ.50
3.5: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	Σελ.56
3.6: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	Σελ.59
3.7: ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ	Σελ.64

3.8: ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	Σελ.60
3.9: ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ	Σελ.68
3.10: ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	Σελ.71
3.11: ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Σελ.74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

4.1: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ	Σελ.92
4.2: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	Σελ.95
4.3: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Σελ.99
4.4: ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ	Σελ.111
4.5: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	Σελ.122
4.6: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΟΡΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ	Σελ.131
4.7: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ	Σελ.134
4.8: ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	Σελ.136
4.9: ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Σελ.137

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ

5.1: ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ (BINGE-EATING DISORDER)	Σελ.149
5.2: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ	Σελ.152
5.3: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	Σελ.154

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Σελ.157

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : ΜΕΛΕΤΗ ΙΣΤΟΡΙΚΩΝ

7.1: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	Σελ.161
7.2: ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΣΧΕΔΙΟΥ ΜΕΛΕΤΗΣ	Σελ.162
7.3: ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΠΕΝΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΩΝ	Σελ.164
7.4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	Σελ.178

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ Σελ.182

-ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Νιώθουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας συμπαραστάθηκαν στην πραγματοποίηση αυτής της εργασίας και ιδιαίτερα την Καθηγήτριά μας κ.Νομικού Αντωνία.

Επίσης την κ. Λεοντιάδου Ελένη, κοινωνική λειτουργό του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας Θεσσαλονίκης, Κεντρικού Τομέα καθώς και τον κ. Σταματιάδη Παρασκευά, κοινωνικό λειτουργό του «Ιπποκράτειου» Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Ένα μεγάλο «ευχαριστώ» και στις οικογένειές μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στη μελέτη αυτή παρουσιάζονται οι διαταραχές της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας, ως δύο κύριες μορφές απόκλισης από την φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά. Η παρούσα εργασία, σκοπό έχει να ενημερώσει τον αναγνώστη για τις επιπτώσεις αυτών των διαταραχών στην σωματική και ψυχική υγεία, αλλά και των αιτίων που μπορεί να πυροδοτήσουν την έναρξή τους, η οποία είναι ικανή να σημαδέψει εφ' όρου ζωής το πάσχον άτομο.

Στο κεφάλαιο 1, δίνονται οι ορισμοί των όρων που μελετώνται εκτενέστερα σε αυτή την εργασία.

Στο κεφάλαιο 2, περιγράφεται η εφηβεία, μια περίοδος με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Επίσης, γίνεται αναφορά στη σχέση του εφήβου με τους γονείς και στις ψυχιατρικές διαταραχές που μπορεί να εμφανίσει το νεαρό άτομο, με κυριότερη την κατάθλιψη.

Στο κεφάλαιο 3, γίνεται μια ιστορική αναδρομή της ψυχογενούς ανορεξίας, αναλύονται οι τύποι της, οι αιτιολογικοί παράγοντες, δίνεται η κλινική της εικόνα και η επιδημιολογία της νόσου.

Επίσης, παρατίθεται η διάγνωση της νόσου, η σχέση ανορεξίας και σεξουαλικότητας, ο θάνατος ως το χειρότερο σενάριο εξέλιξής της και τέλος η προτεινόμενη θεραπεία.

Το κεφάλαιο 4 περιλαμβάνει μια ιστορική αναδρομή της νόσου με διάγνωση ψυχογενούς βουλιμίας, τους αιτιολογικούς παράγοντες που την προκαλούν και τα χαρακτηριστικά ενός βουλιμικού επεισοδίου. Δίνεται ακόμη η επιδημιολογία της νόσου, η διάγνωση και η θεραπεία της.

Στο κεφάλαιο 5 γίνεται αναφορά στην διαταραχή της υπερφαγίας ως μία τρίτη μορφή διαταραγμένης στάσης απέναντι στο φαγητό.

Επίσης, αναφέρεται το φαινόμενο των διαταραχών πρόσληψης τροφής στο διεθνές και ελληνικό πεδίο.

Στο κεφάλαιο 7 παραθέτονται πέντε παιδοψυχιατρικά ιστορικά ανορεκτικών ασθενών και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προκύπτουν σε σχέση με το πρόβλημα της ψυχογενούς ανορεξίας.

Στο κεφάλαιο 8 αναφέρονται συμπεράσματα και προτάσεις για την πρόληψη των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής.

Στο παράρτημα παραθέτονται εικόνες, άρθρα και μαρτυρίες σχετικές με το πρόβλημα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαγητό κατέχει έναν σημαντικό ρόλο στη ζωή όλων μας. Καταρχήν κάθε ένας μας τρώει για λόγους επιβίωσης, αλλά δεν τρώμε μόνο όταν πεινάμε. Μερικές φορές καταφεύγουμε στο φαγητό ή το αποφεύγουμε επιχειρώντας ουσιαστικά να εκφράσουμε τα αισθήματά μας. Μπορεί λοιπόν να τρώμε επειδή πεινάμε, καθώς επίσης μπορεί να τρώμε ή να αρνούμαστε να φάμε επειδή νιώθουμε δυστυχημένοι. Η υπερβολική ή ελάχιστη κατανάλωση τροφής πυροδοτεί αναπόφευκτα συναισθήματα.

Η διατροφική συμπεριφορά καθενός επηρεάζεται σημαντικά από τα συναισθήματά του, αλλά αυτό δεν σημαίνει πως όλοι θα αναπτύξουμε κάποια στιγμή στη ζωή μας μια διαταραχή διατροφής. Η διαταραχή διατροφής για κάποιους δεν είναι τίποτε περισσότερο από έναν τρόπο διαχείρισης δύσκολων συνθηκών και επώδυνων συναισθημάτων.

Η έμφαση που δίνεται στην εξωτερική μας εμφάνιση είναι μεγάλη. Ολοένα και πιο πολλές γυναίκες εκδηλώνουν διαταραχές διατροφής και επηρεάζονται καθοριστικά από τα πρότυπα γυναικείας ομορφιάς που προβάλλονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Σκοπός της παρούσης πτυχιακής εργασίας είναι η παρουσίαση των διαταραχών πρόσληψης τροφής (ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενή βουλιμία), οι οποίες εμφανίζονται στην εφηβική ηλικία και μπορούν να επηρεάσουν καθοριστικά την εξέλιξη του ατόμου. Πέρα από τις προφανείς επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου (αμηνόρροια, απίσχναση), οι διαταραχές διατροφής μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη, αυτοκτονία ή να αποτελέσουν προδιαθεσικό παράγοντα για άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.

Η παρούσα εργασία βασίζεται κυρίως σε βιβλιογραφική μελέτη και σε πηγές του διαδικτύου. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία που δόθηκαν από κοινωνικούς λειτουργούς οι οποίοι εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Η εφηβεία είναι περίοδος ραγδαίων αλλαγών στη σωματική ανάπτυξη του ατόμου. Στις αλλαγές αυτές προσπαθεί να προσαρμοστεί τόσο ο έφηβος όσο και ο κοινωνικός του περίγυρος.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι παράγοντες κινδύνου της παιδικής ηλικίας, όπως τα προβλήματα διατροφής, οι διαιτητικές συνήθειες και η αρνητική εικόνα του σώματος, συγκρούονται με τις προκλήσεις τις οποίες αντιμετωπίζει ο έφηβος. Αυτές οι συγκρούσεις μπορεί να οδηγήσουν μερικές φορές στην υπερβολική άσκηση αυτοελέγχου όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες με αποτέλεσμα την εκδήλωση διαταραχών στην πρόσληψη τροφής, όπως την ψυχογενή ανορεξία και τη ψυχογενή βουλιμία.

Επίσης, συνήθειες ψυχιατρικές διαταραχές στην εφηβεία είναι οι ακόλουθες : Διαταραχές διαγωγής (σοβαρές και επίμονες μορφές αντικοινωνικής συμπεριφοράς), Αγχώδεις Διαταραχές (το βίωμα του άγχους είναι υπερβολικό σε ένταση, δυσανάλογο σε σχέση με το ερέθισμα που το προκαλεί και επίμονο στο χρόνο), Διαταραχές Διάθεσης (Κατάθλιψη, Δυσθυμική Διαταραχή, Διπολική Διαταραχή).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η διατροφή ορίζεται ως μία λειτουργία των ζωντανών οργανισμών και των ανθρώπων που έγκειται στην πρόσληψη και στον μεταβολισμό της τροφής με την οποία οικοδομούνται οι ιστοί και απελευθερώνουν ενέργεια (Stedman, 1997).

Διατροφή είναι η συντήρηση του οργανισμού με τη λήψη τροφής (Μπαμπινιώτης, 1998) .

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Διαταραχή ορίζεται ως η αναταραχή που προκαλείται κάπου , απώλεια της ισορροπίας στον οργανισμό είτε ψυχική είτε διανοητική (Μπαμπινιώτης, 1998) .

Διαταραχή είναι η διασάλευση, ανωμαλία στην κανονική λειτουργία του ζωικού οργανισμού.(Τεγόπουλος, Φυτράκης, 1993).

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η νευρική ανορεξία κατά DSM III περιγράφεται ως η διαταραχή εκείνη της οποίας τα προεξάρχοντα στοιχεία είναι η άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για το ύψος και την ηλικία του , από έναν υπερβολικό φόβο ότι το άτομο είναι ή θα γίνει παχύ , η διαταραχή της σωματικής του εικόνας (ως προς το βάρος , το σχήμα ή το μέγεθος) , η επίδραση που μπορεί η βίωση του βάρους ή του σχήματος του σώματος να έχει πάνω στην αυτοεκτίμηση

του ατόμου , καθώς και η άρνηση του ανορεκτικού ατόμου να δεχθεί τη σοβαρότητα της κατάστασης του και αμηνόρροια στις γυναίκες . (American Psychiatric Association / DSM - III – R , 1994) .

Ο Μάνος (1997) ορίζει την νευρική ανορεξία ως ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης αστίας όπου ένα άτομο εκούσια επιθυμεί τον περιορισμό λήψης τροφής και αρνείται να διατηρήσει το ελάχιστο φυσιολογικό βάρος . Παράλληλα πρόκειται πιθανόν για μια διαταραχή στην αίσθηση του εαυτού , στην ταυτότητα και στην αυτονομία του ατόμου καθώς το ίδιο το άτομο διακατέχεται από έντονο φόβο .

ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Μία διαταραχή στην πρόσληψη τροφής (η λέξη στην πρώτη σημασία της σημαίνει «πείνα βοδιού», η οποία παρουσιάζει επανειλημμένα επεισόδια μη ελεγχόμενης κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων τροφών και ποτών σε μικρό χρονικό διάστημα, συνήθως μικρότερο των δύο ωρών(ταχεία λήψη τροφής).Τα επεισόδια αυτά ακολουθούνται από καταθλιπτική διάθεση και από σκέψεις αυτοϋποτίμησης, σε πολλές δε περιπτώσεις και από επανειλημμένες προσπάθειες του ατόμου να χάσει βάρος με δίαιτες, να προκαλέσει εμετό ή να κάνει χρήση καθαρτικών. Η βουλιμία μπορεί μερικές φορές να οφείλεται σε ενδοκρινικές διαταραχές, αλλά αποδίδεται συχνότερα σε ψυχολογικούς παράγοντες όπως είναι η ανακούφιση της έντασης, η απόπειρα να επανακτηθούν τα αισθήματα ασφάλειας της παιδικής ηλικίας ή η αντικατάσταση με την τροφή ικανοποιήσεων που βρίσκονται σε κατάσταση στέρησης, όπως είναι η στοργή ή το σεξ (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια, Λεξικό, 1989).

Η ψυχογενής βουλιμία είναι η κατά περιόδους ανεξέλεγκτη πρόσληψη μεγάλων ποσοτήτων τροφής, που ακολουθείται από κένωση του στομάχου με αυτοπροκλητούς εμετούς, λήψη διουρητικών ή καθαρτικών ή από την εφαρμογή αυστηρής δίαιτας ή εξουθενωτικής άσκησης (Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική, 1994).

ΕΦΗΒΕΙΑ

Η εφηβεία αποτελεί μια αναπτυξιακή περίοδο, διάρκειας 7 ως 8 ετών, και περιλαμβάνει τις αλλαγές που συμβαίνουν και στους τέσσερις βασικούς τομείς της ανάπτυξης: το βιοσωματικό, το γνωστικό, το συναισθηματικό και τον κοινωνικό τομέα. (Παρασκευόπουλος, 1985)

Οι Φρανσουά και η Κατρίν Ντόλτο-Τόλις (1999) όρισαν την εφηβεία ως την περίοδο της μετάβασης από την παιδική στην ώριμη ηλικία, η οποία έχει ως κέντρο την ήβη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΦΗΒΕΙΑ

2.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Η εφηβεία αποτελεί μια αναπτυξιακή περίοδο, διάρκειας 7 ως 8 ετών, και περιλαμβάνει τις αλλαγές που συμβαίνουν και στους τέσσερις βασικούς τομείς της ανάπτυξης: το βιοσωματικό, το γνωστικό, το συναισθηματικό και τον κοινωνικό τομέα.

Η εφηβεία εμπεριέχει την ήβη. Η ήβη είναι η πιο χαρακτηριστική πλευρά της εφηβείας, αλλά είναι μόνο το βιολογικό μέρος της και διαρκεί από δύο έως τέσσερα χρόνια . Η εφηβεία αναφέρεται σε όλες τις αλλαγές, τόσο τις βιοσωματικές όσο και τις ψυχολογικές και τις ψυχοκοινωνικές, που επισυμβαίνουν στο χρονικό διάστημα ανάμεσα στην παιδική και στην ώριμη ηλικία.(Παρασκευόπουλος, 1985)

Οι Φρανσουά και η Κατρίν Ντόλτο-Τόλις (1999) όρισαν την εφηβεία ως την περίοδο της μετάβασης από την παιδική στην ώριμη ηλικία , η οποία έχει ως κέντρο την ήβη . Θεωρούν ότι τα όρια της είναι ασαφή .

Χαρακτηρίζουν την εφηβεία σαν μία δεύτερη γέννηση που γίνεται προοδευτικά . Ο έφηβος πρέπει να αφήσει σιγά-σιγά την οικογενειακή προστασία , όπως άφησε κάποτε τον προστατευτικό πλακούντα . Ο αποχωρισμός από την παιδική ηλικία αποτελεί μία μεταλλαγή με πολύ γρήγορους ρυθμούς :

Σύμφωνα με τον Martin Herbert η εφηβεία είναι μια ξεχωριστή αναπτυξιακή φάση εξαιτίας των ραγδαίων βιοσωματικών αλλαγών και των νέων εξελίξεων τόσο στις νοητικές ικανότητες των εφήβων όσο και στη σεξουαλικότητα τους . Η φάση αυτή δεν είναι εφήμερη ή ασυνεχής . Ανάμεσα στην ανάπτυξη , που έχει συντελεστεί στο παρελθόν , και στην ανάπτυξη , που θα λάβει χώρα στο μέλλον , υπάρχουν πολλοί συνδετικοί κρίκοι .

Σε μεγάλο βαθμό , η εφηβεία είναι απλώς ένας δρόμος που ενώνει την παιδική ηλικία με τη ζωή του ενήλικου και όπου οδεύοντας ο έφηβος θα προσλάβει τελικά , παρά τις λοξοδρομήσεις και τα αδιέξοδα , μια γνώριμη , αναγνωρίσιμη μορφή . (Καλαντζή, Αζίζι , 1999)

Η εφηβεία, όπως και η παιδική ηλικία, είναι περίοδος ανάπτυξης, με τη διαφορά πως τώρα το άτομο τείνει προς την ολοκλήρωση .Στις πρωτόγονες φυλές η εφηβεία συμπίπτει με την ήβη. Η σεξουαλική ωρίμανση σημαίνει πέρασμα του ατόμου στην κοινωνία των ωρίμων με ανάληψη όλων των υπευθυνοτήτων .Στις ανεπτυγμένες κοινωνίες η κυρίως εφηβεία αρχίζει μετά την ήβη και διαρκεί τόσο χρόνο . όσος χρειάζεται για την συνολική ανάπτυξη του ατόμου , δηλαδή τη σωματική , την πνευματική , την κοινωνική και τη συναισθηματική . Γι' αυτό η διάρκεια της εφηβείας είναι μεγαλύτερη . (Μάνος, 1999)

2.2 ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Ο Martin Herbert υποστηρίζει ότι ο όρος «εφηβεία» ουσιαστικά αναφέρεται στην ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου η οποία σχετίζεται με τις βιοσωματικές αναπτυξιακές διαδικασίες , με αυτό δηλαδή που ορίζουμε ως «ήβη» .Με άλλα λόγια , η εφηβεία έχει την αρχή της στην βιολογία και το τέλος της στον πολιτισμό – στο σημείο εκείνο που το κορίτσι και το αγόρι έχουν αποκτήσει έναν ικανοποιητικό βαθμό ψυχολογικής ανεξαρτησίας από τους γονείς τους .

Έτσι εξηγείται η έλλειψη ακρίβειας στον ορισμό και στα χρονικά όρια της εφηβείας . Δεν υπάρχει κανένα ευδιάκριτο «τέρμα» . Ακόμα και το σημείο έναρξης της εφηβείας - η ήβη καθεαυτή - είναι μια κινητή εορτή που ποικίλει ανάλογα με τους περιβαλλοντικούς – κλιματολογικούς και κληρονομικούς παράγοντες που υπόκειται . (Α. Καλαντζή , Αζίζι , 1999)

Ο ακριβής καθορισμός των χρονικών ορίων —έναρξη και λήξη— της εφηβικής ηλικίας παρουσιάζει σημαντικές δυσχέρειες. Ως αφετηρία της περιόδου λαμβάνεται το χρονικό σημείο στο οποίο το άτομο γίνεται ικανό για αναπαραγωγή και ως πέρας το χρονικό σημείο στο οποίο το άτομο θεωρείται έτοιμο να αναλάβει το ρόλο του ενηλίκου. Και τα δύο αυτά χρονικά σημεία είναι δύσκολο να προσδιοριστούν επακριβώς. (Παρασκευόπουλος, 1985)

Έναρξη εφηβείας

Είναι δύσκολο να καθορίσουμε πότε ακριβώς το άτομο γίνεται ικανό για αναπαραγωγή , γιατί η ικανότητα αυτή σχετίζεται με την ωρίμαση εσωτερικών οργάνων και λειτουργιών. Τα εξωτερικά γεγονότα

που χρησιμοποιούνται ως κριτήριο σεξουαλικής ωριμότητας (όπως είναι η πρώτη έμμηνη ρύση στα κορίτσια, η πρώτη εκσπερμάτωση στα αγόρια, η εμφάνιση της ηβικής κόμης) δεν είναι ασφαλή, γιατί δεν βρίσκονται σε απόλυτη συνάφεια με τις εσωτερικές βιολογικές μεταβολές. Έχει διαπιστωθεί ότι συχνά τα κορίτσια δεν παράγουν ώριμα-γονιμοποιήσιμα ωάρια για 1 ως 2 χρόνια μετά την πρώτη έμμηνη ρύση (εφηβική στειρότητα). Άλλωστε, υπάρχουν τεράστιες ατομικές και διομαδικές διαφορές στο χρόνο εμφάνισης των εξωτερικών αυτών φαινομένων.

Ακόμα έχει διαπιστωθεί ότι η πρώτη έμμηνη ρύση στο μέσο κορίτσι συμβαίνει στο 12ο ως 13ο έτος, ενώ η πρώτη εκσπερμάτωση στο μέσο αγόρι συμβαίνει στα 13 1/2 ως 14 δηλαδή σε μια χρονική απόσταση 1 ως 2 ετών. Τεράστιες διαφορές επίσης παρουσιάζονται τόσο μεταξύ των κοριτσιών όσο και μεταξύ των αγοριών. Ό,τι συμβαίνει σε έναν έφηβο στην ηλικία των 11-12 ετών μπορεί να συμβαίνει σε έναν άλλον έφηβο στην ηλικία των 15-16 ετών (πρώιμη ή όψιμη ήβη). (Παρασκευόπουλος, 1985)

Λήξη εφηβείας

Ακόμη μεγαλύτερες δυσχέρειες παρουσιάζει ο χρονικός προσδιορισμός του τέλους της εφηβικής ηλικίας, γιατί το περιεχόμενο της έννοιας της ωριμότητας καθορίζεται κατά ένα μεγάλο βαθμό από το είδος της κοινωνίας στην οποία ζει το άτομο, και είναι επομένως θέμα περισσότερο τόπου και χρόνου.

Όσο πιο πολύπλοκη είναι μια κοινωνία (αστική, βιομηχανική, ταχέως αναπτυσσόμενη) τόσο πιο ποικίλοι, απαιτητικοί και ασαφείς είναι οι ρόλοι των ενηλίκων. Συχνά η Προετοιμασία και η εκμάθηση των ρόλων αυτών απαιτεί μακρά άσκηση, πολύπλευρη εμπειρία και, σε

πολλές περιπτώσεις, πολυετή εκπαίδευση. Στις κοινωνίες αυτές η διάρκεια της μεταβατικής περιόδου είναι μακρύτερη από ό,τι είναι σε απλούστερες κοινωνίες (γεωργικές, αποκεντρωμένες), όπου οι ρόλοι των ενηλίκων είναι λιγότερο απαιτητικοί και σαφέστερα καθορισμένοι.

Ασφαλώς, τόσο η βιολογική ωρίμαση όσο και η νοητική ανάπτυξη έχουν, στις βασικές τους δομές, ολοκληρωθεί ήδη στο 16ο ή το αργότερο στο 18ο έτος. Θα μπορούσε λοιπόν να υποστηριχθεί ότι βιοσωματικά και ψυχοπνευματικά το άτομο είναι ώριμο ήδη από το 18ο έτος της ηλικίας του. (Παρασκευόπουλος, 1985)

Επιπλέον ο Παρασκευόπουλος (1985) διακρίνει στην εφηβεία δύο επιμέρους φάσεις:

- 1) Την κυρίως εφηβεία (από το 11ο ως το 16ο έτος περίπου), όπου εμφανίζονται και διαμορφώνονται όλες οι νέες βασικές βιοσωματικές αλλαγές της ήβης και οι νέες γνωστικές δομές που μετασχηματίζουν το παιδί σε ενήλικο.
- 2) Την εφηβική νεότητα (από το 16ο ως το 20ο έτος περίπου), όπου το άτομο προσπαθεί να προσαρμοστεί στο νέο του βιοσωματικό και γνωστικό εαυτό και στη νέα κοινωνική πραγματικότητα της εφηβικής ζωής και βαθμιαία να ενταχθεί στην κοινωνία των ενηλίκων.

Ο Μάνος (1999) αναφέρει ότι μέσα από πρόσφατες έρευνες διαπιστώθηκε ότι στα πρώτα χρόνια της εφηβείας οι μεταβολές είναι πιο γρήγορες από ότι στα τελευταία χρόνια κι ότι η συμπεριφορά του εφήβου στα πρώτα χρόνια είναι πολύ διαφορετική απ' τη συμπεριφορά του στα τελευταία χρόνια. Γι' αυτό και διακρίνει δύο επιμέρους φάσεις. Η πρώτη φάση διαρκεί από τα 13 ως τα 17 κι ο έφηβος ονομάζεται «νεαρός έφηβος». Η δεύτερη φάση διαρκεί από τα 17 ως τα 20 κι ο

έφηβος ονομάζεται «μεγάλος έφηβος». Διαχωριστική δηλαδή γραμμή ανάμεσα στις δύο φάσεις τις εφηβείας αποτελούν οι τελευταίες τάξεις του Λυκείου , οπότε ο μεγάλος έφηβος αρχίζει να αποκτά συμπεριφορά ακαδημαϊκού πολίτη και φαίνεται πως ενθαρρύνεται σ' αυτό από την πλειονότητα των γονέων και των εκπαιδευτικών , που του αναθέτουν περισσότερες πρωτοβουλίες και υπευθυνότητες .

2.3 ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Κύριο αναπτυξιακό γνώρισμα της εφηβείας είναι η ραγδαία αύξηση και η καθολική μεταλλαγή στη δομή και τη λειτουργία όλων των μελών του σώματος .Ορισμένες από τις αλλαγές αυτές αναφέρονται σε εξωτερικά-φυσιognωμικά χαρακτηριστικά και είναι ορατές , ενώ άλλες συμβαίνουν σε εσωτερικά όργανα και λειτουργίες και δεν είναι εμφανείς.

Υπάρχουν τεράστιες ατομικές διαφορές τόσο ως προς τον χρόνο έναρξης των αλλαγών της εφηβείας όσο και ως προς την διάρκεια , την ένταση και τον ρυθμό πραγμάτωσης τους .Λόγω των τεράστιων διατομικών και διομαδικών διαφορών , η χρονολογική ηλικία δεν αποτελεί ασφαλές κριτήριο για τον χρονικό προσδιορισμό των αλλαγών της εφηβείας .

Η ραγδαία και καθολική μεταλλαγή στο σώμα του εφήβου προκαλεί έντονες ψυχικές εντάσεις . Συχνά ο έφηβος δεν μπορεί να αποδεχθεί τη νέα του εμφάνιση και να προσαρμοστεί .Η γνώση της φύσης των βιοσωματικών αλλαγών της εφηβείας και των αιτιών που τις προκαλούν είναι αναγκαία προϋπόθεση για την κατανόηση της συμπεριφοράς του εφήβου και για την ψυχοκοινωνική του καθοδήγηση . (Παρασκευόπουλος , 1985)

Πολλές από τις σημαντικές ψυχολογικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα κατά την εφηβεία φαίνεται ότι σχετίζονται με τη σωματική ωρίμανση του εφήβου .Οι σωματικές και βιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά μέσο όρο στην ηλικία των 12 ετών για τα κορίτσια και των 14 ετών για τα αγόρια , οφείλονται στην επενέργεια των ορμονών και είναι δραματικές .Η ανάπτυξη όλων των μερών του σώματος επιταχύνεται απότομα.. Είναι πολύ πιο έντονη και ραγδαία όμως στην περιφέρεια απ' ότι στον κορμό , με αποτέλεσμα το εφηβικό σώμα να

φαίνεται δυσανάλογο (τα άκρα φαίνονται πολύ μακριά σε σχέση με το υπόλοιπο σώμα). Φυσικά στο τέλος οι αναλογίες του σώματος αποκαθίστανται. Επίσης κάποιες φορές ο έφηβος βρίσκεται σε κατάσταση αδράνειας ή νωθρότητας .

Όλα αυτά τα γεγονότα αποτελούν αυτό που λέγεται «αυξητικό τίναγμα» της εφηβείας . Επειδή η κορύφωση του αναπτυξιακού ρυθμού συντελείται σε διαφορετικές χρονικές στιγμές για τα διάφορα μέρη του σώματος , η βασική ισορροπία του σώματος διαταράσσεται προσωρινά προκαλώντας σε μερικούς εφήβους την αίσθηση της έλλειψης σταθερότητας .(Martin Herbert , 1999)

Αυξητικό τίναγμα της εφηβείας

Το αυξητικό τίναγμα της εφηβείας αποτελεί μία από τις πιο χαρακτηριστικές μεταβολές και είναι η απότομη και ραγδαία αύξηση των διαστάσεων του σώματος στην εφηβεία .Σ' αυτή την φάση της εφηβείας , η ετήσια αύξηση του ύψους είναι 8-9 εκατοστά στα κορίτσια και 10-12 εκατοστά στα αγόρια .Όσον αφορά το βάρος , η ετήσια αύξηση είναι 5-6 κιλά στα κορίτσια και 6-7 κιλά στα αγόρια .

Οι αλλαγές στις διαστάσεις του σώματος είναι τόσο ραγδαίες και απότομες, ώστε μέσα σε ελάχιστο χρονικό διάστημα αλλάζει η εξωτερική εμφάνιση του ατόμου. Συχνά οι οικείοι μένουν κατάπληκτοι μπροστά στο γεγονός ότι , μέσα σε ένα καλοκαίρι , το παιδί που γίνεται έφηβος έχει αλλάξει τόσο απότομα στις σωματικές διαστάσεις , ώστε επιστρέφοντας από τις θερινές διακοπές να φαίνεται σχεδόν αγνώριστο . Μετά τη ραγδαία αυτή αύξηση η ανάπτυξη συνεχίζεται και στις επόμενες ηλικίες , ως την ολοκλήρωση της , γύρω στο 20ό έτος αλλά με βραδύτερο ρυθμό .

Καθόλη τη διάρκεια της εφηβείας το ύψος αυξάνει συνολικά κατά 25% και το βάρος κατά 50% περίπου .

Το φαινόμενο του αιφνίδιου αυξητικού τινάγματος της εφηβείας είναι καθολικό και συμβαίνει σε όλους τους εφήβους , ωστόσο υπάρχουν τεράστιες διαφορές ως προς τον χρόνο έναρξής του , την ένταση και τη διάρκεια του . Στα αγόρια , η επιτάχυνση της αύξησης του ύψους αρχίζει συνήθως στα 12 ½ χρόνια περίπου , κορυφώνεται στο 15^ο έτος και μειώνεται εμφανώς στο 16^ο έτος . Στα κορίτσια , η ακολουθία αυτή προηγείται χρονικά κατά δύο περίπου χρόνια . Η επιτάχυνση της αύξησης στα κορίτσια γίνεται εμφανής από το 10^ο έτος , κορυφώνεται στο 12^ο έτος και μειώνεται εμφανώς στο 14^ο έτος .

Η αύξηση του βάρους κατά την εφηβεία οφείλεται τόσο σε συσσώρευση περισσότερου λίπους και σε αύξηση του μυϊκού συστήματος . όσο και σε αύξηση και αλλαγή της σύστασης των οστών . Λίγο πριν και αμέσως μετά την εμφάνιση της ήβης παρατηρείται αύξηση του λίπους τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια . Η συσσώρευση αυτή του λίπους οφείλεται στις ορμονικές μεταλλάξεις του εφήβου και στην αύξηση της βουλιμίας . (Παρασκευόπουλος, 1985)

Αλλαγές στο σώμα:

Τα χαρακτηριστικά του προσώπου των νέων καθορίζονται και σταθεροποιούνται . Η μύτη μεγεθύνεται συχνά ταχύτερα από τα άλλα μέρη του προσώπου , το σαγόνι πλατύνεται , ο χρωματισμός της ίριδας αλλάζει (γίνεται συχνά ανοιχτότερου χρώματος) . Το όριο των γραμμών στο μέτωπο αρχίζει να χάνει την παιδική καμπύλη και να διαφαίνονται δύο ελαφρές εσοχές πάνω από τον μετωπιαίο όγκο . Η φυσιγνωμία της εφήβου μεταβάλλεται λιγότερο , διατηρεί περισσότερο τη στρογγυλότητα

, αλλά καθορίζεται και γίνεται εκφραστικότερη . Τα οστά των χεριών και των ποδιών αναπτύσσονται και γίνονται τέσσερις φορές μεγαλύτερα από την παιδική ηλικία , ο κορμός μεγαλώνει , οι αδένες δραστηριοποιούνται και αυξάνεται η μυϊκή δύναμη .Η μυϊκή δύναμη τριπλασιάζεται στα έτη 12 και 18 . (Μάνος, 1999)

Οι αλλαγές στις αναλογίες και στο γενικό σχήμα του σώματος , που συμβαίνουν με την πάροδο της ηλικίας , οφείλονται στο γεγονός ότι η ανάπτυξη των διαφόρων μερών του σώματος γίνεται με διαφορετικό ρυθμό .Από τις πιο χαρακτηριστικές αλλαγές στις αναλογίες του σώματος , οι οποίες συμβαίνουν ειδικότερα στην περίοδο της εφηβείας , είναι η ραγδαία αύξηση του μήκους στα μακρά οστά (μηριαίο, κνήμη ,βραχίονας, πήχυς).Η απότομη αυτή επιμήκυνση των οστών αυτών έχει σαν αποτέλεσμα πολλοί έφηβοι , οι οποίοι στο τέλος της παιδικής ηλικίας είχαν αποκτήσει επαρκή έλεγχο των μυών και συντονισμό των κινήσεων και είχαν προσαρμοστεί στο μέγεθος και στις αναλογίες του σώματος τους , τώρα με την επιμήκυνση των χεριών και των ποδιών , να παρουσιάζουν μια αδεξιότητα στις κινήσεις . Αυτή η αδεξιότητα έχει αρνητική συνέπεια στο αυτοσυναίσθημα του εφήβου. (Παρασκευόπουλος 1985)

Ο Παρασκευόπουλος (1989) περιγράφοντας τη εφηβεία αναφέρει τα εξής γνωρίσματα της ήβης :

Αγόρια:

- Οι όρχεις , το πέος και το όσχεο μεγαλώνουν ,εμφανίζεται ηβική κόμη, τρίχωση στις μασχάλες ,στο σώμα και το πρόσωπο , ο προστάτης και σπερματοδόχοι κύστες ωριμάζουν, παράγονται σπερματοζώαρια ,αλλάζει ο τόνος της φωνής .

Κορίτσια:

- Στρογγυλοποίηση των ισχύων , το στήθος διογκώνεται , αναπτύσσεται η μήτρα , παράγονται ωάρια, εμφανίζεται έμμηνη ρήση , εμφανίζεται ηβική κόμη και τρίχωση στις μασχάλες .

Σύμφωνα με τον Martin Herbert (1999) ,η ήβη δεν είναι μόνο ένα θέμα αλλαγών στο μέγεθος και στο σχήμα του σώματος. Συμβαίνουν βιολογικές αλλαγές στις εκκρίσεις των ενδοκρινών αδένων, Ιδιαίτερα εκείνων επιδρούν στη σεξουαλική λειτουργία. Μέχρι την εμφάνιση της ήβης, αγόρια κ κορίτσια έχουν την ίδια ποσότητα των ορμονών των δύο φύλων στο αίμα με ελαφρά μόνο υπεροχή στην αναλογία της αντίστοιχης με το φύλο του ατόμου ορμόνης. Έτσι, τα αγόρια έχουν σχεδόν τόσα οιστρογόνα (θηλυκή ορμόνη) όσα και ανδρογόνα (αρσενική ορμόνη). Στην ήβη ωστόσο, παρατηρείται μια απότομη αύξηση στην της αντίστοιχης με το φύλο του ατόμου ορμόνης . Η υπόφυση , ένας ενδοκρινής αδένας που βρίσκεται στη βάση του εγκεφάλου, αρχίζει να εκκρίνει δύο ορμόνες - τις γοναδοτροπίνες -τις οποίες απελευθερώνει μέσα στο αίμα. Αυτές οι πολύπλοκες χημικές ουσίες είναι ίδιες και στα δύο φύλα , με τη διαφορά ότι στα αγόρια εκκρίνονται ταυτόχρονα συνεχώς ενώ στα κορίτσια παράγονται η μια μετά την άλλη ακολουθώντας μηνιαίο περιοδικό κύκλο.

Οι δύο αυτές ορμόνες είναι η ωοθυλακίνη (F.S.H.) και η ωχρήνη (L.H.) Στα αγόρια η F.L.H. «δίνει εντολές στους όρχεις να αρχίσουν να παράγουν τα σπερματικά κύτταρα (σπερματοζώαρια) και η L.H. προκαλεί την παραγωγή της τεστοστερόνης , της ορμόνης του άνδρα , στους όρχεις . Οι δύο αυτές ορμόνες της υπόφυσης είναι η αιτία της ανάπτυξης των όρχεων, η τεστοστερόνη όμως είναι αυτή που προκαλεί τις άλλες αλλαγές της ήβης, όπως π.χ. την ανάπτυξη του πέους ή το

βάθεμα της φωνής ως αποτέλεσμα της αύξησης του μεγέθους του λάρυγγα. Η φωνή των αγοριών σπάει μερικές φορές μετατοπιζόμενη ανησυχητικά από βαθιά μπάσο σε υψηλή κοντράλτο. Τα αγόρια επίσης αναπτύσσουν τρίχωμα στο πρόσωπο, στο σώμα και στα άκρα. Η ίδια ορμόνη προκαλεί την απώλεια μαλλιών («φαλάκρα») από το τριχωτό της κεφαλής σε κάποιους άνδρες στα κατοπινά χρόνια. Σημάδια της ακμής στο πρόσωπο και στην πλάτη είναι αποτέλεσμα της ξαφνικής περίσσειας τεστοστερόνης κατά την ήβη.

Στα κορίτσια η F.L.H. διεγείρει τις ωοθήκες ώστε να απελευθερώσουν ωάρια και να παράγουν τη μια θηλυκή ορμόνη, τα οιστρογόνα. Η L.H. επιφέρει αλλαγές στις ωοθήκες και προκαλεί την έκκριση της θηλυκής ορμόνης, της προγεστερόνης. Οι ορμόνες που εκκρίνονται από τις ωοθήκες προκαλούν σωματικές αλλαγές, στις οποίες περιλαμβάνονται η ανάπτυξη του στήθους και μήτρας, η ανάπτυξη της ηβικής κόμης και το καμπυλώδες περίγραμμα του γυναικείου σώματος.

2.4 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Κύριο αναπτυξιακό χαρακτηριστικό των εφήβων είναι η μεγάλη ένταση και αστάθεια της ψυχικής διάθεσης .Ο Hall περιγράφει την εφηβεία ως περίοδο εσωτερικού αναβρασμού και θυμικής αναστάτωσης, ως την περίοδο «των καταιγίδων και των έντονων εσωτερικών συγκρούσεων». Η συναισθηματική ζωή του εφήβου περιγράφεται γεμάτη μεταπτώσεις και ταλαντεύσεις ανάμεσα σε αντιφατικές και συγκρουόμενες διαθέσεις, όπως μεταξύ υπερδιέγερσης και λήθαργου , πάθους και αδιαφορίας , χαράς και κατήφειας , φιλίας και εχθρότητας , ευφορίας και μελαγχολίας κτλ.

Ο έντονος αυτός ψυχικός αναβρασμός της εφηβικής ηλικίας θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα των βιολογικών αλλαγών της ήβης και κυρίως του ορμονικού συστήματος του εφήβου. Ο Freud έχει διευρύνει τη βιολογική αυτή ερμηνεία για να συμπεριλάβει στους αιτιολογικούς παράγοντες την αφύπνιση της σεξουαλικότητας και τις συγκρούσεις που δημιουργούνται από την αδιάκοπη πάλη ανάμεσα στις βιολογικές απαιτήσεις του Εκείνο και στους κοινωνικούς περιορισμούς του Εγώ.

Φαίνεται ότι το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζει ο έφηβος αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στην μορφή και στην έκταση που παίρνει η θυμική αναστάτωση της εφηβικής ηλικίας . Οι ψυχικές εντάσεις και οι αλλαγές στη συμπεριφορά εμφανίζονται κυρίως στα πρώτα χρόνια της εφηβικής ηλικίας και συμπίπτουν χρονικά με τις μεγάλες βιοσωματικές αλλαγές της ήβης .Η ένταση αυτών των αντιδράσεων , καθώς και η διάρκεια τους ,δεν είναι μόνο θέμα ιδιοσυγκρασίας του κάθε εφήβου , αλλά και της γενικής στάσης των ενηλίκων απέναντι στους νέους .

Η τάση για ανεξαρτητοποίηση από τους ενηλίκους και για τη συμμόρφωση προς την ομάδα των συνομήλικων φθάνει στο αποκορύφωμα της . Ο έφηβος νιώθει έντονη την επιθυμία να κόψει τον ψυχολογικό «ομφάλιο» λώρο και να ανεξαρτητοποιηθεί από την οικογένεια . Η έντονη αυτή τάση του εφήβου για αυτονομία και αυτοδιαχείριση συχνά γίνεται αιτία προστριβών και διακοπής της επικοινωνίας μεταξύ γονέων και παιδιού, ιδίως στις αυταρχικές οικογένειες .(Παρασκευόπουλος , 1985)

Ο Τσιάντης (2000), διακρίνει τα εξής χαρακτηριστικά για τον έφηβο:

1. Ο έφηβος κινείται μεταξύ εξάρτησης και ανεξαρτησίας: Η σχέση του με το γονέα χρειάζεται να ξαναδουλευτεί μέσα από τις διεργασίες της μετάβασης από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή Ο τελικός στόχος βέβαια είναι να πετύχει την αυτονομία και την ανεξαρτητοποίησή του. Δύο βασικές διεργασίες απαιτούνται από την πλευρά του εφήβου: Η μία είναι οι διαδικασίες του πένθους , μέσα από τις οποίες περνάει ο έφηβος, και ό,τι σημαίνει γι' αυτόν η απώλεια της παιδικής του ηλικίας. Η άλλη είναι η επώδυνη διαδικασία της απεξιδανίκευσης των γονέων του.

2. Ο έφηβος πρέπει να εξοικειωθεί με τις συμβαίνουσες σωματικές μεταβολές: Ο ορμονικές αλλαγές επίσης επηρεάζουν τη σεξουαλική ανάπτυξη. Ο έφηβος, δηλαδή, αποκτά την αίσθηση της ώριμης σωματικής του ανάπτυξης. Εδώ συμπεριλαμβάνεται η στάση του εφήβου απέναντι στον εαυτό του ως αρσενικό ή θηλυκό πρόσωπο. Ο έφηβος αρχίζει να αισθάνεται ότι είναι ο κάτοχος του σώματός του, αίσθηση που ίσως να εναλλάσσεται με το ότι μπορεί να αισθάνεται σαν ξένος στο σώμα του.

3. Στενά συνδεδεμένο με το παραπάνω είναι το γεγονός ότι στην εφηβεία μπαίνουν οι βάσεις για τις ετεροφυλοφιλικές σχέσεις.

4. *Αρχίζει να δημιουργείται η αίσθηση του εαυτού του:* Ο έφηβος αρχίζει να αισθάνεται ότι τα συναισθήματα και οι σκέψεις του είναι κάτι δικό του και δεν εξαρτώνται από τον τρόπο που αντιδρούν οι γονείς του. Αρχίζει να σχηματίζει το σύστημα των δικών του αξιών, ιδεών και στάσεων προς τη ζωή.

5. *Η σχέση του με τους συνομηλίκους του μεταβάλλεται, τροποποιείται, αναθεωρείται όσον αφορά στα πρότυπα συμπεριφοράς και στο σύστημα αξιών:* Εδώ συμπεριλαμβάνεται και η ικανότητα του εφήβου να διαλέξει τους φίλους του και την παρέα του, των οποίων οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις από τους εαυτούς τους είναι τέτοιες, που ενισχύουν τις προσπάθειες του εφήβου και την επιθυμία του να γίνει ενήλικος.

6. Η μελλοντική του επαγγελματική απασχόληση και οι στόχοι για την εκπαίδευσή του και τον τρόπο ζωής διερευνώνται και αναθεωρούνται.

7. *Τα συστήματα αξιών της κοινωνίας, οι τρέχουσες η και φιλοσοφικές αξίες επανεξετάζονται από τον έφηβο:* Ο έφηβος απορρίπτει μερικές από αυτές, ενώ παράλληλα προσπαθεί να ενστερνιστεί άλλες καινούριες.

Σύμφωνα με τον Μάνο (1999) τα πιο κοινά χαρακτηριστικά στην συμπεριφορά του εφήβου είναι:

Επιθυμία για μοναξιά: Έρχεται κάποια στιγμή που το άτομο εγκαταλείπει, έστω και για μικρό χρονικό διάστημα, τους φίλους του και

κλείνεται στον εαυτό του. Συνήθως μαλώνει με τους φίλους του και περνάει τις ώρες του κλεισμένο στο δωμάτιό του.

Απροθυμία για εργασία : Δεν έχει καμία διάθεση για δουλειά, παραμελεί τη σχολική του εργασία με αποτέλεσμα να παρουσιάζει ουσιαστική κάμψη η απόδοσή του. Και είναι η απροθυμία του για δουλειά τόσο μεγαλύτερη, όσο πιο έντονες είναι οι βιολογικές μεταβολές.

Αδεξιότητα: Το άτομο παρουσιάζεται πολύ αδέξιο. Δύσκολα ελέγχει τις κινήσεις του.

Ενόχληση: Ενοχλείται με το παραμικρό. Τα Παιχνίδια που του άρεσαν τόσο πολύ δεν του αρέσουν τώρα. Οι κοινωνικές δραστηριότητες δεν το συγκινούν, ούτε και η ζωή γενικά.

Υπερκινητικότητα: Επειδή τα ενδιαφέροντά του αλλάζουν, καθώς το σώμα του αλλάζει, το άτομο δεν έχει ανακαλύψει ακόμα νέα ενδιαφέροντα που να το ικανοποιούν στο βαθμό που τα παιδικά ενδιαφέροντα το ικανοποιούσαν Έτσι κινείται από δω και από κει ασταμάτητα, χωρίς να βρίσκει ικανοποίηση.

Αλλά υπάρχει και οργανική βάση για την υπερκινητικότητα. Η γρήγορη και ανώμαλη ανάπτυξη δημιουργεί ένταση στο άτομο, που βρίσκει διέξοδο στην υπερκινητικότητα. Δεν μπορεί ούτε να κάθεται, ούτε να στέκεται για πολλή ώρα στο ίδιο σημείο Βρίσκεται σε συνεχή κινητικότητα και νευρικότητα.

Ένα μέρος της υπερκινητικότητας οφείλεται και στην συναισθηματικότητα του. Κι όσο πιο πολύ προσπαθεί το άτομο να ελέγχει τα συναισθήματά του τόσο περισσότερο αυξάνεται η υπερκινητικότητά του.

Κοινωνική ανταγωνιστικότητα: Το άτομο ανταγωνίζεται τους φίλους του, πηγαίνοντας αντίθετα με τις επιθυμίες τους. Στην οικογένεια

βρίσκεται σε συνεχή πόλεμο με τα αδέρφια του και κριτικάρει αυστηρά τη μητέρα του. Γενικά οι ανθρώπινες σχέσεις του είναι προβληματικές.

Αντίσταση στην εξουσία: Αγόρια και κορίτσια βρίσκονται σε συνεχή διαμάχη με τους γονείς τους και κυρίως με τη μητέρα τους γύρω στα 13 με 14. Η αντίσταση μειώνεται αργότερα, καθώς και τα παιδιά ωριμάζουν αλλά και οι γονείς περιορίζουν την πίεσή τους.

Ανταγωνισμός των φύλων: Υπάρχει ανοιχτή εχθρότητα ανάμεσα στα δύο φύλα και συνεχής κριτική από το ένα φύλο προς το άλλο, ιδιαίτερα όταν οι μεταβολές της ήβης είναι πολύ έντονες.

Αυξημένη συναισθηματικότητα: Κακοκεφιά, μη φιλική διάθεση, ξέσπασμα σε κλάμα με την παραμικρή αφορμή είναι χαρακτηριστικές συναισθηματικές καταστάσεις της περιόδου αυτής. Ακόμα και την απλή συμβουλή των γονέων του την ερμηνεύει το άτομο ως κριτική απέναντί του. Τα κορίτσια ιδιαίτερα ξεσπούν συχνά σε κραυγές φτάνοντας σε ημιωστιακή κατάσταση. Τα αγόρια ξεσπούν σε αντιδράσεις παρόμοιες με εκείνες της προσχολικής ηλικίας, αλλά συνήθως διακατέχονται από μελαγχολία και κακοκεφιά. Καθώς όμως τα άτομα αναπτύσσονται σωματικά περιορίζονται και οι συναισθηματικές τους εξάρσεις· επέρχεται συναισθηματική ηρεμία.

Έλλειψη αυτοπεποίθησης: Ξαφνικά το άτομο χάνει την εμπιστοσύνη στον εαυτό του κι ενεργεί σε πολλές περιπτώσεις σπασμωδικά. Η έλλειψη αυτή προέρχεται κατά ένα μέρος από τη μείωση της σωματικής αντοχής και κατά ένα άλλο μέρος από την πίεση των γύρω του να ανταποκριθεί σε περισσότερες απαιτήσεις. Πολλά αγόρια και κορίτσια εγκαταλείπουν την περίοδο της ήβης με βαριά πεσμένο το ηθικό τους και χρειάζεται προσπάθεια στα μετέπειτα χρόνια για να ανακτηθεί ξανά.

Έντονα γενετήσια ενδιαφέροντα: Η ανάπτυξη των γεννητικών οργάνων με τον έντονο αισθητισμό που προκαλεί, καθώς και οι αλλαγές που συμβαίνουν στο άτομο με την εμφάνιση των δευτερευόντων χαρακτηριστικών έχουν σαν αποτέλεσμα να χάνει πολύ χρόνο το άτομο την περίοδο αυτή ασχολούμενο με γενετήσια ενδιαφέροντα. Παρατηρεί το σώμα του και κυρίως τα μέρη που μεταβάλλονται και κάνει συγκρίσεις με τις μεταβολές συμβαίνουν στα συνομήλικα άτομα του ίδιου φύλου, ερευνά στα λεξικά κτλ να βρει εξηγήσεις για όλες αυτές τις μεταβολές και τις νέες λειτουργίες που βλέπει να παρουσιάζονται στο σώμα του και, όπως είναι φυσικό, η αυτοϊκανοποίηση (αυνανισμός) φτάνει κατά την περίοδο αυτή και στα δυο στο ανώτατο όριο, ενώ περιορίζεται αργότερα, ιδιαίτερα στα άτομα που δημιουργούν καλές σχέσεις με το άλλο φύλο.

Έντονο αίσθημα ντροπής. Τόσο στα αγόρια, όσο και στα κορίτσια αναπτύσσεται κατά την περίοδο αυτή έντονο αίσθημα ντροπής γύρω από τα γενετήσια θέματα και κυρίως όταν υπάρχει πιθανότητα να δουν οι άλλοι μέρη του σώματος τους. Προέρχεται βασικά από το αίσθημα αυτό της ντροπής από τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα του ατόμου και τις οποίες προσπαθεί όσο μπορεί να τις κρατήσει μυστικές από τους άλλους.

Ονειροπόληση: Η ονειροπόληση είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα του ατόμου της περιόδου αυτής. Οι ονειροπολήσεις του είναι ονειροπολήσεις του ατόμου που υποφέρει, που «κανένας δεν το αγαπά». Όσο πιο πολύ ονειροπολεί τόσο πιο έξω απ' την πραγματικότητα βρίσκεται και τόσο πιο πολλά προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής έχει.

Περνά μια περίοδο αμφιβολιών : Στις περιπτώσεις αυτές που ο νεαρός έφηβος συμπεριφέρεται σαν παιδί, κατηγορείται πως η

συμπεριφορά του δεν είναι ανάλογη με την ηλικία του. Όταν πάλι ενεργεί σαν μεγάλος έφηβος πιέζεται και περιορίζεται η δραστηριότητά του από τους υπεύθυνους για την ανατροφή του, από φόβο μήπως διατρέξει κάποιους κινδύνους. Έτσι, ο νεαρός έφηβος βρίσκεται σε συνεχή διλήμματα για τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να ενεργεί.

Ζει μια περίοδο συνεχών αλλαγών: Στη φάση αυτή συμβαίνουν συχνές αλλαγές στο νεαρό έφηβο. Οι σωματικές μεταβολές είναι έντονες και συνεχείς κι ακολουθούνται από ψυχολογικές αλλαγές. Μεταβάλλει συνεχώς τις διαθέσεις και τη συμπεριφορά του.

Ζει μια περίοδο έντονου συναισθηματισμού: Παράλληλα με τις σωματικές μεταβολές ο νεαρός έφηβος ζει και μια περίοδο έντονων συναισθηματικών καταστάσεων.

Ζει μια περίοδο αστάθειας : Παρατηρούνται στο νεαρό έφηβο συνεχείς μεταπτώσεις από ευχάριστες σε δυσάρεστες καταστάσεις, από την αυτοπεποίθηση στην απογοήτευση, από τον εγωισμό στον αλτρονισμό, από τον ενθουσιασμό στην απάθεια. Τη μια φορά πετάει στα σύννεφα και την άλλη νιώθει απελπισμένος.

Η αστάθεια αυτή γίνεται φανερή στις σχέσεις του με τους άλλους και ιδιαίτερα στις σχέσεις του με το άλλο φύλο. Έντονη αστάθεια παρατηρείται και στους σχεδιασμούς του για το μέλλον. Οι μεταβολές αυτές οφείλονται πιθανότατα στην ανασφάλεια που νιώθει για τον εαυτό του. Οι συχνές σωματικές μεταβολές τον κάνουν να νιώθει ανασφαλής για τις ικανότητες και τα ενδιαφέροντά του. Το αίσθημα ανασφάλειας επιτείνεται απ' τις απαιτήσεις που η οικογένεια και το σχολείο έχουν απ' αυτόν και που σε μερικές περιπτώσεις είναι υπερβολικές.

Έχει πολλά προβλήματα και ανησυχίες : Οι έρευνες αποκάλυψαν πως ο νεαρός έφηβος έχει πολλά προβλήματα και ανησυχίες, όπως: για

τη σωματική εμφάνιση και την υγεία του, για τις σχέσεις του στο σπίτι κι έξω απ' αυτό, για τη σχολική εργασία, για τα μελλοντικά του σχέδια (εκπαίδευση, επάγγελμα, επιλογή συντρόφου), για θέματα θρησκείας και ηθικής, για οικονομικά θέματα κλπ. Τα προβλήματα αυτά γίνονται πιο έντονα όταν δεν υπάρχει κατανόηση απ' τους γονείς γιατί είναι αυταρχικοί, ή έχουν τα δικά τους προβλήματα. Πολλές φορές οι ίδιοι οι έφηβοι αποφεύγουν να θέτουν τα προβλήματά τους στους γονείς από φόβο μήπως χάσουν με αυτό τον τρόπο την ανεξαρτησία τους ή μήπως αυτά δε γίνουν κατανοητά από τους γονείς τους ή και γελοιοποιηθούν. Κι όσο σοβαρότερα είναι τα προβλήματά τους, τόσο απρόθυμοι είναι να τα θέσουν υπόψη των γονέων τους.

Δεν αντιμετωπίζεται ευνοϊκά από τους ώριμους: Οι ώριμοι χαρακτηρίζουν την ηλικία του νεαρού εφήβου ως προβληματική ηλικία, λόγω της ισχυρογνωμοσύνης που υπάρχει στο νεαρό έφηβο και της τάσης του να κάνει το αντί από αυτό που ζητείται να κάνει. Κι επειδή αρκετοί νεαροί έφηβοι πέφτουν σε παραπτώματα (αντικοινωνικές τάσεις, χρήση ναρκωτικών, χρήση οινόπνευματων ποτών, απροσαρμοστία, συμμετοχή σε συμμορίες κλπ.), οι διαθέσεις των μεγάλων προς την ηλικία αυτή δεν είναι ευνοϊκές πολλές φορές μάλιστα είναι εχθρικές. Οι νεαροί έφηβοι, απ' την άλλη πλευρά, γνωρίζοντας πώς σκέπτονται οι μεγάλοι γι' αυτούς, δεν τους πλησιάζουν για να δώσουν μια λύση στα προβλήματά τους, με αποτέλεσμα να δημιουργείται χάσμα ανάμεσα σ' αυτούς και τους μεγάλους και να επιδεινώνεται η προβληματική τους κατάσταση (Μάνος, 1999).

2.5 ΕΦΗΒΟΣ ΚΑΙ ΓΟΝΕΙΣ

Η προσπάθεια του εφήβου για αυτονομία και ανεξαρτησία αποτελεί απειλή για την ισορροπία που είχε η οικογένεια μέχρι την περίοδο αυτή, όταν αρχίζουν οι διαδικασίες της ατομικοποίησης του εφήβου. Η ισορροπία αυτή πολύ συχνά εξαρτάται από το βαθμό της εξάρτησης των παιδιών από τους γονείς τους και αντίστροφα. Η απειλή της ισορροπίας στην οικογένεια προκαλεί μια κρίση και οι γονείς μπορεί να αντιδράσουν ασκώντας μεγαλύτερο έλεγχο στον έφηβο, για να ενισχύσουν την εγκαθίδρυση μιας μεγαλύτερης εξάρτησης.

Το τελευταίο μπορεί να ενισχύεται από τον ίδιο τον έφηβο, που ασυνείδητα μπορεί να το επιθυμεί, ενώ παράλληλα διαμαρτύρεται έντονα για να αποκτήσει την ανεξαρτησία του. Η αντίδραση των γονέων, μέσα από την οποία εφαρμόζονται κατασταλτικά μέτρα και ασκείται έντονος έλεγχος, μπορεί να κάνει τον έφηβο να αντιδράσει με διάφορες εκδραματίσεις στη συμπεριφορά του, με απομάκρυνση και αποξένωση από την οικογένεια, με την αναζήτηση ψευδών λύσεων και πρόσκαιρων διεγέρσεων, με το σεξ, με τα ναρκωτικά, με αντικοινωνική συμπεριφορά.

Αντίθετα ο έφηβος μπορεί να τρομάξει και να μείνει παλινδρομημένος και προσκολλημένος στους γονείς του. Υπάρχει και μια άλλη γονεϊκή αντίδραση και αυτή είναι του τύπου «δε μας χρειάζεσαι πλέον, μπορείς να τα καταφέρεις μόνος σου». Αυτή η αντίδραση μπορεί να κάνει τον έφηβο να αποκτήσει μια ψευδή ωριμότητα, που βασίζεται σε ταυτίσεις με τον ώριμο και κομφορμιστή γονέα και όχι στις διαδικασίες της σταδιακής ωρίμανσης, μέσα από τις οποίες ανακαλύπτει τι ο ίδιος αναζητά (Τσιάντης, 2000).

Σε άλλες πάλι περιπτώσεις, αυτή η πρόωρη απομάκρυνση του γονέα μπορεί να οδηγήσει τον έφηβο στο να αισθανθεί μόνος, πολύ μικρός και απελπισμένος για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του κόσμου των μεγάλων . Έτσι παραμένει άβουλος και αναποφάσιτος ,ενώ παράλληλα αναζητά διαρκώς στηρίγματα.

Είναι επίσης γνωστή η διαταραχή της ισορροπίας στις σχέσεις της οικογένειας, η οποία μπορεί να προκύψει από το ότι η κρίση της εφηβείας συμπίπτει με την κρίση της μέσης ηλικίας , που χαρακτηρίζεται από την αίσθηση ότι ο χρόνος που έχουμε στη διάθεση μας είναι λίγος . Το αποτέλεσμα είναι ότι ο μεσήλικας γονέας μπορεί να βλέπει με ευχαρίστηση αλλά και φθόνο το άνθισμα του γιου ή της κόρης και ως συνέπεια ο ίδιος να αισθάνεται και να φέρεται αντιφατικά στον έφηβο. Να χαίρεται για την ανάπτυξη του ενώ παράλληλα, κάνοντας ο ίδιος τους απολογισμούς του ,της δικής του ζωής, να βλέπει με πόνο πράγματα που ο ίδιος δεν είχε να τα έχουν τα παιδιά του, αναγνωρίζοντας παράλληλα ότι ούτε θα τα έχει. Ο φθόνος που συνεγείρεται τότε μπορεί να είναι έντονος, με αποτέλεσμα η συμπεριφορά του στον έφηβο γιο του ή κόρη να είναι αλλοπρόσαλλη και αντιφατική .

Μια άλλη αντίδραση μπορεί να είναι η προσπάθεια των γονέων να αναστείλουν τους διάφορους έκφρασης της σεξουαλικότητας των εφήβων, όπως με το να είναι απαγορευτικοί μαζί τους σε θέματα εξόδων, φλερτ κτλ ,εκλογικεύοντας τις απαγορεύσεις τους, πράγμα που μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά από συγκρούσεις. Εάν μάλιστα συνυπάρχουν προηγούμενες εμπειρίες στέρησης ή απόρριψης , που δυσκολεύουν τον έφηβο να δεχτεί την ανάδυση της σεξουαλικότητάς του, τότε η όλη διαδικασία φορτίζεται με άγχος, ενοχή, ψυχικό πόνο, που μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε απόπειρα αυτοκτονίας (Τσιάντης , 2000).

2.6 ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

Στο επίπεδο των αναπτυξιακών προβλημάτων έχει παρατηρηθεί ότι κατά την μετάβαση από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση , αυξάνουν οι συναισθηματικές μεταπτώσεις και τα αρνητικά συναισθήματα . Οι έφηβοι συχνά βασανίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση , προβληματίζονται για το μέλλον και ανησυχούν για διάφορα θέματα που τους αφορούν.

Ο ρόλος του φύλου στην αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία έχει απασχολήσει αρκετά τους ειδικούς τα τελευταία χρόνια .

Έχει διαπιστωθεί ότι οι περισσότερες διαταραχές συμπεριφοράς εμφανίζονται συχνότερα στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια , ενώ συμβαίνει το αντίθετο στις διαταραχές διάθεσης , τις διαταραχές διατροφής και ορισμένες αγχώσεις διαταραχές .

Οι διαταραχές που σχετίζονται με εξωτερικευμένες μορφές της συμπεριφοράς εκδηλώνονται συχνότερα στα αγόρια ενώ αυτές που σχετίζονται με εσωτερικευμένες μορφές συμπεριφοράς εμφανίζονται περισσότερο στα κορίτσια .

Φαίνεται ότι τα αγόρια παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα κατά τη σχολική ηλικία , ενώ τα προβλήματα των κοριτσιών κορυφώνονται στην εφηβεία .Στα αγόρια τα περισσότερα συναισθηματικά προβλήματα συνήθως εξελίσσονται σε προβλήματα συμπεριφοράς κατά την εφηβεία .

Η τάση των κοριτσιών για συχνότερη εκδήλωση εσωτερικευμένων προβλημάτων της συμπεριφοράς έχει αποδοθεί στην έμφυτη τάση των κοριτσιών για επίδειξη ευαισθησίας και ενσυναίσθησης στις διαπροσωπικές τους σχέσεις .

Επίσης η υπερβολική ανησυχία των κοριτσιών για τη γνώμη και την αξιολόγηση τους από τους άλλους ενδέχεται να αυξάνει το άγχος κατά την αλληλεπίδραση με τους άλλους και να καθιστά τα κορίτσια ευάλωτα στην εμφάνιση συναισθηματικών προβλημάτων. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2003)

Οι συνηθέστερες ψυχικές διαταραχές στους εφήβους σύμφωνα με τον Κάκουρο (2003) είναι οι ακόλουθες :

1. Διαταραχή διαγωγής

Ο όρος διαταραχή διαγωγής περιλαμβάνει όλες τις σοβαρές και επίμονες μορφές αντικοινωνικής συμπεριφοράς όπως εγκληματικότητα , παραπτωματική συμπεριφορά , επιθετικότητα.

Η διαταραχή διαγωγής εμφανίζεται στα αγόρια με συχνότητα πολύ μεγαλύτερη από αυτή των κοριτσιών κατά την παιδική ηλικία , ενώ κατά την εφηβεία δεν παρουσιάζονται σημαντικές διαφορές .

Στα αγόρια η διάγνωση της διαταραχής αποτελεί συχνά προγνωστικό παράγοντα για εμφάνιση αντικοινωνικής διαταραχής της προσωπικότητας , στα κορίτσια η πρόγνωση αναφέρεται περισσότερο σε αγχώδεις διαταραχές , διαταραχές διάθεσης και σωματόμορφες διαταραχές .

2.Αγχώδεις διαταραχές

Το άγχος αποτελεί ένα γνώριμο και οικείο συναίσθημα για όλους τους ανθρώπους . Όταν το βίωμα του άγχους είναι υπερβολικό σε ένταση , δυσανάλογο σε σχέση με το ερέθισμα που το προκαλεί και επίμονο στο χρόνο τότε ενδέχεται να αποτελεί ένδειξη κάποιας αγχώδους διαταραχής .Σ' αυτή την περίπτωση το άγχος μετατρέπεται σε στοιχείο που παρεμποδίζει την ομαλή προσαρμογή του ατόμου .

Ενδεικτικά αναφέρονται οι παρακάτω αγχώδεις διαταραχές κατά DSM-IV :

- Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία
- Αγοραφοβία χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού
- Ειδική φοβία
- Κοινωνική φοβία
- Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
- Διαταραχή μετά από τραυματικό στρες
- Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή
- Προκαλούμενη από ουσίες αγχώδης διαταραχή
- Αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι από τις διαταραχές που παρουσιάζονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία .Τα κορίτσια εμφανίζουν συμπτώματα άγχους με μεγαλύτερη συχνότητα σε σύγκριση με τα αγόρια .

3.Διαταραχές διάθεσης

- α) Κατάθλιψη ,
- β) δυσθυμική διαταραχή
- γ) διπολική διαταραχή

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερευνητικών δεδομένων αναφέρεται στη κατάθλιψη. Σύμφωνα με τους Oster και Montgomery (1995) η κατάθλιψη επηρεάζει τους εφήβους στους παρακάτω τομείς:

- α) Διάθεση , β)Συμπεριφορά , γ)αντιλήψεις , δ)Σκέψη

Από την ηλικία των 12 παρατηρείται μια σημαντική αύξηση τόσο στην συχνότητα όσο και στην σοβαρότητα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια .Μέχρι την ηλικία των 16 ετών ο αριθμός των κοριτσιών με κατάθλιψη είναι διπλάσιος από τον αντίστοιχο αριθμό των αγοριών (Κακουρος, Μανιαδάκη, 2003).

4. Διαταραχές διατροφής

Αν προσπαθήσουμε να διακρίνουμε τις διαταραχές διατροφής, θα δούμε ότι υπάρχουν τρία βασικά είδη :

α. Νευρογενής ή Ψυχογενής Ανορεξία (σοβαρός περιορισμός λήψης τροφής, αποφυγή λήψης τροφής, σημαντική απώλεια βάρους, διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος)

β. Νευρογενής ή Ψυχογενής Βουλμία (κατανάλωση υπερβολικών ποσοτήτων φαγητού που ακολουθείται από αυτό – προκαλούμενο έμετο ή λήψη καθαρτικών)

γ. Διαταραχή Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας (κατανάλωση υπερβολικών ποσοτήτων φαγητού, η οποία όμως δεν ακολουθείται από έμετο ή λήψη καθαρτικών γιατί το άτομο δεν επιθυμεί να ξεφορτωθεί την τροφή) (*Διαταραχές διατροφής & Ψυχοπαθολογία, Σεμινάριο, Πάτρα, Δεκέμβριος 2004*)

Ο Τσιάντης (2000) αναφέρει μερικά χαρακτηριστικά της εφηβικής συμπεριφοράς τα οποία είναι ενδεικτικά για την παρουσίαση ψυχολογικών διαταραχών .Τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά που οδηγούν τον ειδικό στη διάγνωση των διαταραχών είναι τα εξής :

• **Φυσιολογικά και παροδικά στρες** : Αυτά απορρέουν από τις πολλές πιέσεις που δέχεται ο έφηβος , πιέσεις εξωτερικές και εσωτερικές .Στην περίπτωση αυτή , ο φυσιολογικός έφηβος μπορεί να λειτουργεί

φυσιολογικά , ακόμα κι αν το σύμπτωμα έχει στρες .Ο έφηβος μπορεί κάτω από το στρες να αισθάνεται άγχος, κατάθλιψη , να είναι θυμωμένος ή ανήσυχος για πάρα πολλούς λόγους. Αυτό όμως είναι μέσα στα φυσιολογικά όρια και δεν παρεμποδίζεται η δουλειά του στο σχολείο, οι σχέσεις με τους συνομηλίκους και , γενικά, η ζωή του.

• *Ψυχική διαταραχή νευρωσικού τύπου:* Πρόκειται για μια ψυχική διαταραχή που έχει ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της ομαλής αναπτυξιακής διαδικασίας. Η διαταραχή αυτή δεν εμποδίζει τον έφηβο να αντιμετωπίζει τις εσωτερικές πιέσεις και τις πιέσεις από την εξωτερική πραγματικότητα. Ο έφηβος διατηρεί άθικτη την ικανότητά του να κατανοεί τι του συμβαίνει και να μπορεί να έχει τον έλεγχο της πραγματικότητας .Για παράδειγμα, μπορεί να αισθάνεται ότι οι άλλοι τον κοιτάζουν, αλλά γνωρίζει ότι αυτό δε συμβαίνει πραγματικά. Η νευρωσική όμως διαταραχή μπορεί να οδηγήσει σε δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά, που μπορεί να επηρεάσει την ικανότητά του να εργαστεί ή να αισθάνεται ευτυχής με την προσωπική του ζωή. Πρέπει βέβαια, στην περίπτωση αυτή, να ληφθεί υπόψιν και η ηλικία που ο έφηβος εμφανίζει το πρόβλημα.

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται επίσης ποικίλες νευρωσικές εκδηλώσεις, όπως κατάθλιψη, φόβος, διάφορα άγχη, και ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως κεφαλαλγίες, καταβολή, αδυναμίες και ανορεξία, που μπορεί να φτάσει και μέχρι την ψυχογενή ανορεξία της εφηβικής ηλικίας.

• *Ψυχική διαταραχή με τη μορφή της ψύχωσης:* Στην περίπτωση αυτή, ο έφηβος έχει χάσει την επαφή με την πραγματικότητα, δεν μπορεί να ξεχωρίσει τι συμβαίνει στην εξωτερική πραγματικότητα και τι είναι παράγωγο του νου του (εδώ υπάγεται η ψύχωση με τη μορφή σχιζοφρένειας και η συναισθηματική ψύχωση, που ισοδυναμεί με τη μελαγχολία).

Στις περιπτώσεις αυτές, η διαταραχή της ανάπτυξης είναι πολύ σοβαρή και υπάρχουν συμπτώματα ενδεικτικά διαταραχής στη σκέψη, στην ομιλία, στο συναίσθημα. Ο έφηβος μπορεί να ακούει φωνές, να είναι πολύ επιθετικός και βίαιος, να παραμελεί σοβαρά τον εαυτό του. Σε άλλες περιπτώσεις όμως η σοβαρή διαταραχή μπορεί να εκφράζεται με απόσυρση από την εξωτερική πραγματικότητα και κλείσιμο στον εαυτό ή απομόνωση στο φαντασιωσικό του κόσμο. Η διαταραχή στη σκέψη μπορεί να είναι έντονη και να έχει τη μορφή παραληρητικού χαρακτήρα. Είναι πολύ σημαντικό στις περιπτώσεις αυτές να γίνει έγκαιρη διάγνωση και παραπομπή στον ειδικό. Μερικές φορές μπορεί να υπάρχει άρνηση ή άγνοια από τη μεριά των γιατρών για να γίνει η διάγνωση, πράγμα που μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ο έφηβος να φτάσει με μεγάλη καθυστέρηση στον ειδικό. (Τσιάντης, 2000)

2.7 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η εφηβεία συχνά περιγράφεται με όρους που θα ταίριαζαν στην περιγραφή ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Χαρακτηριστικά συναισθήματα της εφηβείας είναι η λύπη, η διέγερση, ο θυμός. Τα λογοτεχνικά έργα που αναφέρονται σε αυτή την περίοδο της ζωής, περιγράφουν τη θλίψη, την απαισιοδοξία και το συναίσθημα της χαμηλής αυτοεκτίμησης που βιώνουν οι νέοι.

Η καθημερινή παρατήρηση προσφέρει πολλά παραδείγματα εφήβων που περνούν ατέλειωτες ώρες απομονωμένοι, ξαπλωμένοι ή καθιστοί, νιώθοντας ανία και αδιαφορώντας για καθετί που συμβαίνει γύρω τους. Σε περίπτωση που μας εμπιστευτούν και συζητήσουν μαζί μας, διακρίνουμε αισθήματα ενοχής, ντροπής, απογοήτευσης που εναλλάσσονται με εξάρσεις πάθους και αίσθηση παντοδυναμίας.

Η απότομη αλλαγή της διάθεσης είναι γνωστό χαρακτηριστικό της εφηβείας, αλλά οι περισσότεροι έφηβοι παρουσιάζουν συχνά ένα σταθερό καταθλιπτικό συναίσθημα. Αυτή η κατάσταση δημιουργεί το ερώτημα αν και πότε η κατάθλιψη αποτελεί μια φυσιολογική εκδήλωση της εφηβείας ή εντάσσεται στα πλαίσια του παθολογικού και αποτελεί διαταραχή.

Η κατάθλιψη αναδεικνύεται σε ένα από τα συχνότερα προβλήματα της εφηβείας. Η συχνότητά της κυμαίνεται, σύμφωνα με τις έρευνες, από 3% έως 9%. Ως προς το φύλο, υπάρχει μια σαφής υπεροχή των κοριτσιών που παρουσιάζουν κατάθλιψη (τέσσερα κορίτσια προς ένα αγόρι). (www.in.gr/health)

Η βασική διαφορά από την κατάθλιψη των ενηλίκων είναι ότι ο έφηβος μπορεί να παρουσιάζει εριστικότητα αντί του καταθλιπτικού συναισθήματος. Γκρινιάζει συνεχώς, όλα του φταίνε, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στις σχέσεις μέσα στην οικογένεια αλλά και στο χώρο του σχολείου. Περιορίζει τις δραστηριότητες που συνήθως του προσφέρουν ευχαρίστηση και αυτές που απαιτούν σημαντική ενέργεια. Παραπονιέται για κούραση, αλλά κυρίως δείχνει να αδιαφορεί και να πλήττει.

Οι σωματικές ενοχλήσεις (πονοκέφαλοι, κοιλιακοί πόνοι, δύσπνοια, ταχυκαρδία) αντικαθιστούν συχνά τα παράπονα που εκφράζουν για μιζέρια, δυστυχία και θλίψη. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση οδηγεί σε κρίσεις και σχόλια για τον εαυτό τους, του τύπου "είμαι ηλίθιος, χαζός, βλάκας, αντιπαθητικός". Η απότομη και σημαντική μείωση των σχολικών επιδόσεων αποτελεί ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της κατάθλιψης στην εφηβεία.

Οι διαταραχές της συμπεριφοράς επίσης μπορεί να αποτελούν καταθλιπτικό ισοδύναμο. Η διάγνωση διαταραχών συμπεριφοράς τίθεται όταν παραβιάζονται κοινωνικοί κανόνες ή καταπατούνται τα βασικά δικαιώματα των άλλων και αυτή η συμπεριφορά επαναλαμβάνεται συστηματικά για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει επιθετικότητα, ψευδολογίες, κλοπές, εμπρησμούς, βανδαλισμούς και χρήση τοξικών ουσιών. Η καταφυγή στα ναρκωτικά είναι συχνά παρατηρούμενη συμπεριφορά ενός καταθλιπτικού εφήβου. Αναζητεί στιγμές ευφορίας που του προσφέρουν παροδικά οι τοξικές ουσίες, αν και καταλαβαίνει ότι με αυτό τον τρόπο δεν μπορεί να επιλύσει τα προβλήματά του. Η επιθετικότητα παρατηρείται πιο συχνά στα αγόρια, ενώ στα κορίτσια εμφανίζονται

συχνότερα συμπτώματα διαταραχής της σεξουαλικής συμπεριφοράς .
(www.in.gr/health)

Συμπτώματα – σημάδια κατάθλιψης :

- Μια συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από έλλειψη χαράς και συναισθηματική φτώχεια .
- Μία ευδιάκριτη αλλαγή στις συνήθειες φαγητού ή και ύπνου.
- Ένα αίσθημα αδυναμίας , απελπισίας και απέχθειας για τον εαυτό του.
- Μια ανικανότητα συγκέντρωσης και επιτυχημένης δημιουργίας .
- Τα πάντα (ακόμα και η ομιλία ή το ντύσιμο) φαίνεται ότι τον κουράζουν .
- Εκνευριστική ή επιθετική συμπεριφορά.
- Μια ξαφνική αλλαγή στην επίδοση στο σχολείο.
- Μια συνεχής αναζήτηση για διασκεδάσεις και νέες δραστηριότητες.
- Επικίνδυνες – παρακινδυνευμένες συμπεριφορές (π.χ με ναρκωτικά / αλκοόλ , επικίνδυνη οδήγηση, παραπτωματικές πράξεις)
- Ήδη υπάρχουσες φιλίες απορρίπτονται ή αγνοούνται.

Πολύ σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι έφηβοι θέτουν υψηλούς στόχους στους εαυτούς τους και ταυτόχρονα τους δημιουργούν προβλήματα . Οι νέοι άνθρωποι που κάνουν πολύ αυστηρή αυτοκριτική , που νιώθουν μεγάλη διαφορά ανάμεσα στην ιδεώδη και στην πραγματική εικόνα του εαυτού τους τείνουν να γίνουν αγχώδεις, ανασφαλείς , καταθλιπτικοί και να αποκτούν αυτοκτονική συμπεριφορά (Herbert , 1999).

Ορισμένοι παράγοντες μπορούν να παίξουν θετικό ρόλο στη εγκατάσταση της κατάθλιψης : μια σχολική αποτυχία , μια αισθηματική απογοήτευση , επαναλαμβανόμενα εμπόδια (απαγορεύσεις για έξοδο, αδυναμία να γίνουν τα πλάνα του αποδεκτά) , ή απότομη απώλεια πρότερων συνηθειών (αλλαγή σχολείου, σπιτιού , χωρισμός γονέων), δυσκολίες στη σχέσεις με τους γονείς κτλ.

Η εφηβεία συμπίπτει πάντα με μια απώλεια και εκεί βρίσκεται και η πηγή της κατάθλιψης .Απώλεια της παιδικής ηλικίας , περίοδος ανέμελη και ευτυχισμένη .Η άφιξη της εφηβείας κόβει τους δεσμούς με το παρελθόν κι ο έφηβος πρέπει να αποχαιρετίσει εκείνα τα χρόνια .Οι φυσικές αλλαγές τον υποχρεώνουν , παρά τη θέληση του να συνειδητοποιεί πως μερικά πράγματα δεν είναι όπως πρώτα . Ο έφηβος συνειδητοποιεί ότι οι γονείς του δεν είναι τόσο θαυμάσιοι και άτρωτοι , όπως πίστευε . τους κατεβάζει από τον θρόνο τους και τους εξισώνει με τα υπόλοιπα ανθρώπινα όντα .(Κούρος, 1993)

Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης ενδεικτικά αναφέρονται οι εξής τρόποι αντιμετώπισης :

- Ατομική Ψυχοθεραπεία
- Θεραπεία Οικογένειας
- Ομαδική Ψυχοθεραπεία
- Φαρμακευτική Αγωγή
- Δημιουργική Απασχόληση

(www.iatronet.gr)

2.8 ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί κατά πολύ οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας που αναδεικνύονται σε χαρακτηριστική συμπεριφορά της εφηβείας. Οι απόπειρες αυτοκτονίας σηματοδοτούν την αποτυχία της μετάβασης από την κρίση της εφηβείας και αποτελούν σημαντικό τρόπο συμπεριφοράς και μέσο προσέλκυσης της προσοχής των άλλων. Στην εφηβεία επίσης συναντώνται με αυξημένη συχνότητα συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή ή τη σωματική ακεραιότητα χωρίς να υπάρχει συνειδητή επιθυμία θανάτου (π.χ., επικίνδυνη οδήγηση μηχανής).

Έχει παρατηρηθεί ότι η συχνότητα των αυτοκτονιών αυξάνεται σε μεγάλο βαθμό κατά τη μετάβαση από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα τροχαία. Οι απόπειρες αυτοκτονίας διπλασιάζονται στην εφηβεία (18% στο γενικό πληθυσμό, 35% στους εφήβους), ενώ ως προς το φύλο στις απόπειρες υπερτερούν τα κορίτσια και στις επιτυχείς αυτοκτονίες τα αγόρια.

Σημαντικό είναι επίσης ότι σε ένα μεγάλο ποσοστό (30-50%) ακολουθεί επανάληψη της απόπειρας σε διάστημα μικρότερο των έξι μηνών. Αυτό δείχνει τη μεγάλη απελπισία που νιώθει ο έφηβος και ότι κάθε απόπειρα, όσο και αν φαίνεται πιεστική ως προς το περιβάλλον και απευθύνεται κυρίως στους γονείς, πρέπει πάντα να αντιμετωπίζεται σοβαρά.

Η λήψη φαρμάκων και η φλεβοτομία είναι οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι τρόποι αυτοκτονίας. Απόπειρες αυτοκτονίας κάνουν συχνά οι έφηβοι που παρουσιάζουν κατάθλιψη και νιώθουν ότι η ζωή δεν έχει νόημα και σκοπό. Αρνητικά γεγονότα, όπως μετανάστευση,

κοινωνική απομόνωση, διαζύγιο των γονέων, αλλαγή σχολείου, σχολική αποτυχία και ερωτική απογοήτευση, μπορούν να οδηγήσουν στην αυτοκτονική πράξη. .(www.in.gr/health)

Οι έφηβοι έχουν μερικές φορές φαντασιώσεις σχετικά με τον θάνατο τους, γιατί θέλουν να δώσουν ένα τέλος σε όλα αυτά που τους βαραίνουν ενώ ταυτόχρονα θέλουν να επιζήσουν και να είναι παρόντες στη δική τους κηδεία , ώστε να μπορούν να απολαύσουν την στεναχώρια και την ενοχή των γονέων και των φίλων . Αυτές οι φαντασιώσεις δείχνουν ότι μερικοί έφηβοι δεν μπορούν να εκτιμήσουν σωστά την οριστικότητα του θανάτου. Η αυτοκτονία είναι συχνά μια κραυγή για βοήθεια και οι απειλές για μια τέτοια κίνηση πρέπει να αντιμετωπίζονται με σοβαρότητα και να μην απορρίπτονται. (Martin Herbert , 1999)

Υπάρχουν δύο κατηγορίες αυτοκτονιών:

α)Την αυτοκτονία μήνυμα ή διάλογο , που έχει το νόημα της διαμαρτυρίας ,μιας εκδίκησης ή μιας αντίθεσης και η οποία γίνεται σε σχέση με τους άλλους και οργανώνεται με βάση τις αντιδράσεις που θα προκαλέσει σ' αυτούς .

β)Την οργάνωση της προσωπικότητας με μια τάση αυτοκαταστροφής , όπου δεν υπάρχει διάλογος και η αυτοκτονία θεωρείται ως η μόνη λύση απέναντι σε μια εχθρική και σκοτεινή πραγματικότητα .Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν μερικές προψυχωτικές καταστάσεις της εφηβείας .

Η ψυχοθεραπεία είναι το βασικότερο μέσο θεραπείας των τάσεων αυτοκτονίας , προσαρμοσμένη στην υπαρξιακή θεματολογία της εφηβείας ή της προεφηβείας . Όταν υπάρχει οργανωμένη κατάθλιψη , βοηθούν και μερικά αντικαταθλιπτικά χάπια. Ενώ στην πρώτη κατηγορία

που το μήνυμα είναι «αγάπα με , αλλιώς θα πεθάνω και συ θα τιμωρηθείς», η ψυχανάλυση σε λίγα ραντεβού διορθώνει ουσιαστικά τα πράγματα . (Κούρος, 1993)

Ωστόσο θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η καλύτερη αντιμετώπιση είναι η πρόληψη, δηλαδή η πληροφόρηση των εφήβων, γονέων και δασκάλων, η οποία θα τους βοηθήσει να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης και των τάσεων αυτοκτονίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Κατά την διάρκεια του 13 ου αιώνα είναι πολύ συχνά τα περιστατικά των γυναικών που σε μια προσπάθεια θρησκευτικής εξαϋλώσης, υποσιτίζονταν χρόνια αρνούμενες τις ανάγκες του σώματος τους. Τέτοιες γυναίκες συνήθως τις χαρακτήριζε μια επαναστατικότητα απέναντι στα κοινωνικά ήθη ή την πατριαρχική οικογένεια. (Σίμος, 1996)

Το 1689 ο Richard Morton για πρώτη φορά στην «Πραγματεία περί κατανάλωσης» ήταν ο πρώτος που περιέγραψε με κλινική ακρίβεια την έννοια νευρική ατροφία ως είδος αυτό-λιμοκτονίας λόγω «αρρωστημένης και παθολογικής κατάστασης των πνευμάτων». Η πραγματεία του Morton είχε μικρό αντίκτυπο στην ιατρική, πιθανότατα εξαιτίας της μη συχνής εμφάνισης του φαινομένου. (Dally & Gomez, 1980)

Η ψυχογενής ανορεξία αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά ως διαταραχή το 1893 από τον Άγγλο γιατρό William Gull, ο οποίος την χαρακτήρισε ως ειδική νόσο και τον Γάλλο ψυχίατρο Charles Laseque, ο οποίος την περιέγραψε από κοινωνική και ψυχολογική σκοπιά. Οι δύο γιατροί θεώρησαν πως αιτιολογικά την ευθύνη για αυτή την διαταραχή την είχαν οι οικογένειες αυτών των ατόμων και ότι τα άτομα εκδήλωναν τη διαταραχή λόγω της ελλιπούς γονικής – συναισθηματικής στήριξης.

Επικράτησε επίσης η άποψη πως οι συγκρούσεις των γονέων με τα παιδιά τους είναι πιθανόν να οδηγούν μερικές φορές κάποια κορίτσια που

βρίσκονται στην εφηβεία ,στην άρνηση της τροφής ως μια μορφή έκφρασης του συναισθήματος της απόρριψης το οποίο βιώνουν. Γι' αυτό στις αρχές του περασμένου αιώνα για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας προτεινόταν η απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια του σε συνδυασμό με την επιβολή της υποχρεωτικής σίτισης του ασθενή με οποιονδήποτε τρόπο . (Κάκαρος, Μανιαδάκη, 2003)

Ο Simonds (1913) αποκαλύπτει μια μορφή γενικευμένης εξασθένησης του οργανισμού ή καχεξία η οποία οφείλεται σε νέκρωση του αδένου της υπόφυσης .Μετά από αυτόν οι ενδοκρινολόγοι θεωρούν ότι η διανοητική ανορεξία οφείλεται σε ολική ανεπάρκεια του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης και επομένως απαιτείται ενδοκρινική θεραπεία .(Apfeldorfer, 1997)

Μόνο την δεκαετία του '40 όταν ο Berkman αρχίζει να δημοσιεύει τα ευρήματα μιας μεγάλης ομάδας ανορεκτικών , η νευρογενής ανορεξία ξαναποκτά την ψυχολογική της διάσταση με τις διαταραχές από την υπόφυση να θεωρούνται πλέον δευτερογενείς . Εντούτοις οι περισσότερες έρευνες αυτή την εποχή ασχολούνται κυρίως με την κλινική εικόνα και προσπαθούν να κατατάξουν την νευρογενή ανορεξία στις διάφορες ψυχιατρικές οντότητες , θεωρώντας την έτσι κατά καιρούς ως συνδρομή ή ως σύμπτωμα της κατάθλιψης , της υστερίας , της καταναγκαστικής νεύρωσης ακόμα και της σχιζοφρένειας ή ως ιδιαίτερη διαταραχή της εφηβείας .(Ιεροδιακόνου , 1988)

Σήμερα η ψυχογενής ανορεξία θεωρείται ψυχιατρική διαταραχή και αποτελεί μία από τις σημαντικότερες διαταραχές διατροφής .

3.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Κάθε άνθρωπος διαθέτει μια συγκεκριμένη και μοναδική διατροφική συμπεριφορά. Αυτή καθορίζεται από τα εσωτερικά σήματα που πληροφορούν τον οργανισμό για την κατάσταση της πείνας και το περιβάλλον που ωθεί το άτομο να τρέφεται. Η εικόνα και η ιδέα της τροφής συνδέεται με ισχυρά συναισθήματα επιθυμίας και εκπλήρωσης της ανάγκης για τροφή (Pipher, 1997).

Ο τρόπος διατροφής είναι αλληλένδετος με τη ζωή μας και στη σημερινή εποχή τα κοινωνικά πρότυπα που επιβάλλουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και ο σύγχρονος τρόπος ζωής έχουν συμβάλει στην μεγάλη αύξηση της συχνότητας των διαταραχών διατροφής. Μία από τις κυριότερες νοσολογικές οντότητες των Διαταραχών στην πρόσληψη τροφής είναι η Ψυχογενής ανορεξία.

Ο Arfedorfer (1997), είπε ότι όλα αρχίζουν συνήθως με τον τυποποιημένο και παραπλανητικό τρόπο: η έφηβη (συνήθως εμφανίζεται στο γυναικείο φύλο), βρίσκοντας ότι είναι πολύ στρογγυλή αποφασίζει να αδυνατίσει. Όμως η δίαιτα καταλήγει να κυριεύσει όλη της την ύπαρξη. Η ανορεκτική κοπέλα παλεύει ασταμάτητα ενάντια στις ορέξεις της.

Η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί μια από τις κυριότερες νοσολογικές οντότητες των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Η συγκεκριμένη διαταραχή χαρακτηρίζεται από έντονη και σοβαρή διαταραχή της αντίληψης της εικόνας του σώματος του ίδιου του ατόμου και από ανυποχώρητη επιδίωξη της λεπτότητας του. Θα μπορούσε να γίνει κατανοητή ως «παράλογος φόβος του πάχους» που οδηγεί το άτομο σε σκόπιμα αυτοεπιβαλλόμενο περιορισμό στην πρόσληψη τροφής και επιλογή τροφών σε ποσότητα και ποιότητα, ώστε να οδηγείται σε

απώλεια βάρους και απίσχνανση , η οποία προοδευτικά μπορεί να φθάσει σε κατάσταση λιμοκτονίας . (Βάρσου , 2004 -Ψυχιατρική Α)

Η νευρική ανορεξία χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά επίσημα ως διαταραχή από τον φυσιολόγο William Gull στην Αγγλία και τον καθηγητή Charles Laseque στη Γαλλία το 1873 . Την περιέγραψαν ως μια ασθένεια με εμφανή κλινικά χαρακτηριστικά που πλήττει κυρίως γυναίκες που βρίσκονται στην πρώιμη εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή και προέρχονται από τη μεσαία τάξη ή από την υψηλή κοινωνία . (Abraham & Llewellyn – Jones , 1987) .

Ο A. Adler περιέγραψε την νευρική ανορεξία σαν μια ασθένεια που εκφράζει την επανάσταση των φιλόδοξων αλλά απογοητευμένων ατόμων και μπορεί να θεωρηθεί σαν ένα είδος συγκαλυμμένης αυτοκτονίας. Πρόκειται συνήθως περί ατόμων που συνήθισαν να παίζουν τον πρώτο ρόλο στο περιβάλλον τους και που είναι αποφασισμένοι να επιμείνουν στο ρόλο αυτό και δεν βρήκαν άλλο τρόπο να πετύχουν το σκοπό τους .Η φοβία του φαγητού αρχίζει συνήθως στην ηλικία των δεκαεφτά χρονών και σχεδόν πάντα εμφανίζεται στα κορίτσια. Άμεση συνέπεια είναι ο ταχύς περιορισμός του βάρους .Ο απώτερος σκοπός αυτής της τάσεως είναι η άρνηση του γυναικείου ρόλου .(Adler)

3.3 ΤΥΠΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η νευρική ανορεξία εκδηλώνεται με δύο τρόπους στο άτομο. Υπάρχει η κατηγορία των ατόμων που αρνούνται την τροφή διότι πραγματικά η όρεξη έχει εκλείψει. Όμως άλλες ανορεκτικές γυναίκες νιώθουν επιθυμία να τραφούν, οπότε χάνεται ο έλεγχος της τροφής και ξεκινά η χρήση καθαρτικών ή ο προκλητός εμετός ύστερα από κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής. (Palmer, 1984).

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM IV η ψυχογενής ανορεξία περιλαμβάνει 2 τύπους :

α. Περιοριστικός τύπος (Restricting Type) : Τα άτομα καταφεύγουν σε αυστηρή διαίτα για να περιορίσουν τη λήψη θερμίδων, νηστεία ή υπερβολική άσκηση. Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας, το άτομο δεν έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης. Τα άτομα με περιοριστικού τύπου ανορεξία είναι συνήθως άτομα που χαρακτηρίζονται από εμμονές, ανελαστική συμπεριφορά και υπερβολικό αυτοέλεγχο.

β. Υπερφαγικός / καθαρτικός τύπος (Binge eating /Purging type) :

Τα άτομα βασίζονται στις συμπεριφορές / μεθόδους κάθαρσης του οργανισμού από τις τροφές. Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας, το άτομο έχει τακτά επεισόδια υπερφαγίας ή καταφεύγει τακτικά σε συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών). Σε αυτές τις περιπτώσεις, το άτομο καταναλώνει σχετικά μικρές ποσότητες τροφής αλλά καταφεύγει σταθερά σε συμπεριφορά κάθαρσης. Ο τύπος αυτός παρουσιάζεται περίπου στις μισές περιπτώσεις

της ψυχογενούς ανορεξίας . Τα άτομα τα οποία παρουσιάζουν τον δεύτερο τύπο ψυχογενούς ανορεξίας τείνουν να έχουν συχνότερα οικογενειακό ιστορικό παχυσαρκίας και συναισθηματικά προβλήματα . (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2003)

Σύμφωνα με τους Dally και Gomez (1980), η ψυχογενής ανορεξία διαιρείται :

- 1.στον πρωτογενή και δευτερογενή τύπο
- 2.στην ανδρική ανορεξία
- 3.στη χρόνια ανορεξία
- 4.στη όψιμη /καθυστερημένη ανορεξία
- 5.στη νεογνική ανορεξία .

1. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ – ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΤΥΠΟΣ

Η πρωτογενής ή κλασική ανορεξία είναι μια αντίδραση στην εφηβεία . Το έφηβο κορίτσι ξεκινά τη δίαιτα παρόλο που μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα παχουλή στο ξεκίνημα . Αρχικά δεν χάνει την όρεξή της και το σταθερό χάσιμο βάρους είναι ο θρίαμβος της αυτοπειθαρχίας . Διανοητικά , είναι ενήμερη ότι είναι πολύ λεπτή για τα φυσιολογικά πρότυπα , αλλά συναισθηματικά ακόμα αισθάνεται χοντρή .

Η δευτερογενής ανορεξία αρχίζει στο τέλος της εφηβείας ή των 20 ετών . Πυροδοτείται συνήθως από μια ανεπιτυχή σεξουαλική εμπειρία . Οι ασθενείς αυτοί έχουν συχνά κάποια συμπτώματα του πεπτικού συστήματος και έχουν " γνήσια " φτωχή όρεξη . Σ' αυτόν τον τύπο ανορεξίας απουσιάζει η φανατική αυτοπειθαρχία της πρώτης ομάδας .

Μερικοί στην πραγματικότητα τρώνε υπερβολικά και μετά προκαλούν εμετό ή παίρνουν τεράστιες ποσότητες καθαρτικών , για να σιγουρευτούν ότι το φαγητό δεν απορροφήθηκε .

Η πρόκληση εμετών σπάνια εμφανίζεται στον πρωτογενή τύπο , ενώ στον δευτερογενή μαζί με τα καθαρτικά , παίζουν σημαντικό ρόλο στον έλεγχο βάρους . Η εντυπωσιακή αντοχή των κοριτσιών είναι χαρακτηριστικό των πρωτογενών περιπτώσεων .

Στην πρώτη κατηγορία η αμηνόρροια λαμβάνει χώρα πριν από κάποιο αισθητό χάσιμο βάρους και πολλές φορές είναι η πρώτη ένδειξη της διαταραχής. Αποτελεί κυρίως μια συναισθηματική αντίδραση. Ενώ στη δεύτερη κατηγορία, η εμμηνόρροια των κοριτσιών διατηρούνταν μέχρι και 6 μήνες ή περισσότερο από τη στιγμή που ξεκινούσαν να χάνουν κιλά και όταν επανακτούσαν κάποιο βάρος συχνά επανερχόταν αμέσως. (Dally & Gomez , 1980).

2. ΧΡΟΝΙΑ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η χρόνια ανορεξία, από οποιαδήποτε αιτία, προκαλεί μια αίσθηση θανάσιμα κρύου και τραχύ δέρματος και αυτό δυσχεραίνει την κυκλοφορία του αίματος στα άκρα, με αποτέλεσμα να προκαλεί μια πάθηση που είναι γνώστή ως « ακροκυάνωση » (χρωματίζονται τα άκρα κόκκινα και ερυθρά).

Οι πρωτογενείς ασθενείς, είναι αμετάβλητα κρύοι, ο σφυγμός τους ανεβαίνει αργά και η πίεση του αίματος είναι χαμηλή. Ο δεύτερος τύπος, ιδιαίτερα μετά από καθαρτική συμπεριφορά, μπορεί να αισθάνεται δυσάρεστα ζεστός, να ιδρώνει υπερβολικά και ο σφυγμός τους είναι γρήγορος .(Dally & Gomez, 1980).

3. ΑΝΔΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Ο Richard Morton (1689) περιέγραψε την πρώτη περίπτωση **ανδρικής ανορεξίας** και αργότερα ο William Gull (1868-1873) αναγνώρισε ότι η διαταραχή αυτή λαμβάνει χώρα και σε άντρες. Από τότε πολλές περιπτώσεις έχουν περιγραφεί. Η ψυχογενής ανορεξία εκδηλώνεται στους άνδρες με τον ίδιο τρόπο που εκδηλώνεται και στις γυναίκες. Και αυτοί έχουν τους ίδιους φόβους να μεγαλώσουν, να αντιμετωπίσουν τις ίδιες ευθύνες των ενηλίκων τις σχέσεις. Η διάκριση των δύο τύπων ανορεξίας υπάρχει και εδώ όπως και στη χρόνια ανορεξία. (Dally&Gomez,1980).

Έρευνες επιστημόνων δείχνουν ότι αυτό το φαινόμενο βρίσκεται σε άνοδο. Έχει, μάλιστα, υπερδιπλασιαστεί τα τελευταία είκοσι χρόνια. Η νευρωτική εμμονή ν' αποκτήσει κάποιος ή να διατηρήσει μια λεπτή σιλουέτα οδηγεί στην παθολογική αποστροφή τής τροφής που εξαντλεί τον οργανισμό, οδηγώντας ακόμα και στο θάνατο. Το γεγονός ότι αυτή η διαταραχή ήταν κυρίως γυναικεία υπόθεση οδήγησε σε καθυστερημένη διάγνωση στους άντρες.

Τα άτομα αυτά πηγαίνουν σε ειδικά ιατρεία μόνο όταν διαπιστώσουν ότι έχουν γκριζο δέρμα, υπόταση και ιλίγγους από την αδυναμία, καθώς και εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα. Σύμφωνα με μια έρευνα του πανεπιστημίου του Μίσιγκαν, αυτή η παθολογική κατάσταση εμφανίζεται συνήθως σε άντρες με έντονη αθλητική δραστηριότητα, που απαιτεί τον αυστηρό έλεγχο του σωματικού βάρους. (<http://www.focusmag.gr/articles>)

Οι περισσότεροι άνδρες με ψυχογενή ανορεξία έχουν μανία με τη γυμναστική και περνούν ατελείωτες ώρες κάθε μέρα κάνοντας διάφορες ασκήσεις γυμναστικής. έχουν εξίσου έμμονη ιδέα με το φαγητό όσο και οι γυναίκες . Δεν είναι φανερό γιατί οι άνδρες επιδιώκουν τόσο ανελέητα το αδυνάτισμα , γιατί ο έφηβοι έχουν την τάση να είναι μάλλον μώδεις παρά αδύνατοι . (Abraham & Llewellyn – Jones , 1987)

Όμως η προσπάθειά τους ν' αποκτήσουν "τέλειο" σώμα γίνεται με τέτοια μανία, που ξεπερνά το αρχικό μώδες και αθλητικό πρότυπο. Η περίοδος που οι έφηβοι, αγόρια και κορίτσια, εκδηλώνουν νευρική ανορεξία (ο σωστός όρος είναι νευρωτική ανορεξία) είναι συνήθως η εφηβική - περίοδος που το άτομο συγκροτεί την προσωπική του ταυτότητα και εικόνα. (<http://www.focusmag.gr/articles>)

Η εμφάνιση της ανορεξίας στους άνδρες είναι λιγότερο συνηθισμένη επειδή :

A. Στη δυτική κοινωνία σήμερα, η λεπτότητα επιδιώκεται ενθουσιωδώς από τις νέες γυναίκες. Οι άνδρες έφηβοι από την άλλη, προτιμούν να είναι μώδεις και καλά γυμνασμένοι, παρά αδύνατοι (παρόλο που αργότερα αυτό χάρη στα Μ.Μ.Ε μπορεί ν' αλλάξει).

B. Τα αγόρια έχουν συνήθως μια πιο ρεαλιστική εικόνα για τις φυσικές τους αναλογίες. Το 50% των κοριτσιών θεωρούν τους εαυτούς τους Πιο χοντρές συγκρινόμενες με το μόλις 7% των αγοριών της ίδιας ηλικίας. Αυτό μπορεί να σχετίζεται με το εμφανές γεγονός ότι η φιγούρα των κοριτσιών αλλάζει στην εφηβεία με τρόπο που δεν μπορούν να παραβλέψουν .(Dally & Gomez , 1980).

4. ΟΨΙΜΗ Η΄ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η όψιμη ανορεξία μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιαδήποτε ηλικία μετά την εφηβεία. Όσο πιο μεγάλος ο ασθενής, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα το χάσιμο βάρους να σχετίζεται με υπόγεια οργανική ή ψυχωτική ασθένεια, ιδιαίτερα κατάθλιψη. Η κατάθλιψη είναι συχνά παρούσα, όπως και οι διαταραχές ύπνου. Όμως η αντίδραση αυτών στο φαγητό έχει μια διαφορετική ποιότητα απ' ότι αυτών που πάσχουν από κατάθλιψη. Χαρακτηριστικό αυτών είναι και μια εγρήγορση που δεν ταιριάζει στην κατάθλιψη.

Διακρίνονται σε 2 ομάδες όψιμης ανορεξίας :

1. Σ' αυτούς που επιδιώκουν τη λεπτότητα με κάθε τρόπο και είναι ενεργητικοί
2. Και σ' αυτούς που έχουν περιορισμένη όρεξη και είναι συνήθως αδρανείς.

Πολλές φορές η όψιμη ανορεξία μοιάζει ν' αντιπροσωπεύει μια αληθινή απόπειρα αυτοκτονίας και ο ασθενής φαίνεται πως θέλει να αφήσει τον εαυτό του να πεθάνει (Dally & Gomez , 1980).

5. ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η νεογνική ανορεξία αποτελεί μια ψυχική οντότητα που διαφέρει πολύ από την κλασική ψυχογενή ανορεξία της εφηβείας . Ωστόσο ο B. Brusset απέδειξε ότι υπάρχουν πολλά κοινά όσον αφορά τη σχέση της μητέρας και του παιδιού, σχέση που υποθάλπτει αυτή τη συμπεριφορά άρνησης της τροφής (Jean – Luc Venisse, 1987)

Η ακαδημία των παιδαγωγικών επιστημών της ΕΣΣΔ (1989) διακρίνει την ανορεξία που δημιουργείται στο βρέφος από την αδικαιολόγητη επιμονή των γονέων να το ταΐσουν πέραν της επιθυμίας του για λήψη τροφής . Μπορεί το παιδί για μια οποιαδήποτε αιτία , π.χ μια αδιαθεσία ,

λοίμωξη κλπ. , να μην έχει όρεξη ή οι γονείς , μην εκτιμώντας σωστά την κατάσταση και μη σεβόμενοι τη φυσιολογική αντίδραση του , δηλαδή την άρνηση του για λήψη τροφής , η οποία κατά έναν τρόπο είναι προστατευτική για την υγεία του παιδιού , επιμένουν να φάει . Τότε δημιουργείται ένα αρνητικό εξαρτημένο αντανακλαστικό . Άρνηση λήψης τροφής από το παιδί - επιμονή της μητέρας για φαγητό – απέχθεια παιδιού προς το φαγητό , που συνδυάζεται με τη μητέρα .

3.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Μέχρι σήμερα δεν απομονώθηκε κάποιος παράγοντας ο οποίος να θεωρηθεί ως η βασική αιτία κάποιας από τις διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, καθώς ήταν δύσκολο να διευκρινιστεί αν οι παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται με τις διαταραχές αυτές αποτελούν τα αίτια ή τις συνέπειες τους.

Η προσπάθεια διερεύνησης αιτιολογίας πρέπει να συνεκτιμά την επίδραση διαφόρων παραγόντων όπως βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικοπολιτικούς. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2003)

1. Βιολογική θεώρηση

Οι βιολογικές θεωρίες εστιάζονται στη λειτουργία του υποθαλάμου (που ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του σώματος όπως η όρεξη, βάρος, θερμοκρασία και γενικότερα ομοιόσταση). Φαίνεται ότι στην ψυχογενή ανορεξία υπάρχει μια πρωτογενής δυσλειτουργία του υποθαλάμου όπως υποδεικνύεται από διάφορα ευρήματα και παρατηρήσεις: την αύξηση του παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των ασθενών αυτών, την εμφάνιση αμηνόρροιας πριν την εκδήλωση απώλειας βάρους, την ελαττωμένη δραστηριότητα νορεπινεφρίνης και τις διαταραχές στη λειτουργία και άλλων κεντρικών νευροδιαβιβαστών όπως της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης. (Μάνος, 1997)

Στη βιολογική αιτιολόγηση της νευρικής ανορεξίας κύρια θέση έχουν οι νευροενδοκρινολογικές ανωμαλίες. Η δυσλειτουργία του θυρεοειδή αδένου λόγω χάρη ο υποθυρεοειδισμός προκαλεί προβλήματα στην ανάπτυξη του σώματος και το μεταβολισμό. Επομένως το άτομο μπορεί να οδηγηθεί στην επίσχυση. Παρόμοια οι γοναδοτρόπες ορμόνες, η ωσθυλακίνη και η ωχρίνη προκαλούν μείωση του βάρους και οδηγούν στη διατροφική διαταραχή (Russel , 1995)

Η αύξηση των επιπέδων των ενδογενών οπιοειδών του εγκεφάλου που οδηγεί βέβαια σε ένα είδος εθισμού. Η μείωση της σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης ελαττώνει την όρεξη και δημιουργώντας ευδιαθεσία προκαλεί την τάση στο άτομο να διακόπτει την κατάποση της τροφής ώστε να νιώθει καλά. Παράλληλα όμως αξίζει να αναφερθεί η υπόθεση με την οποία η εκδήλωση της νευρικής ανορεξίας οφείλεται σε γενετική προδιάθεση και την κληρονομικότητα. Βέβαια η επικρατέστερη άποψη στη βιβλιογραφία είναι ότι εμφάνιση της διαταραχής λαμβάνει χώρα κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις, με ιδιαίτερη έμφαση στο εξωτερικό περιβάλλον του ατόμου (Abraham & Llewellyn – Jones , 1987).

2. Εικόνα Σώματος

Ένας άλλος παράγοντας που δύναται να οδηγήσει στη νευρική ανορεξία αποτελεί η διαστρέβλωση της εικόνας του σώματος, ιδιαίτερα σε συγκεκριμένες περιόδους της ζωής όπως είναι η εφηβεία . Η διερεύνηση του σώματος συνδέεται με την ανάγκη της γυναίκας να νιώσει επιθυμητή και ελκυστική. Η σύγκριση της σωματικής διάπλασης με άτομα του γύρω περιβάλλοντος όπως είναι η μητέρα, οι συγγενείς και κυρίως οι συνομήλικοι έχει τον πρώτο ρόλο σε σχέση με τη αυτοεκτίμηση. Οποιαδήποτε κριτική δημιουργεί ανασφάλεια και απέχθεια για το σώμα, καθώς δεν μπορεί να βιώσει την εικόνα της

εξωτερικής εμφάνισης της ως έχει αλλά μόνο μέσα από τα μάτια των άλλων. Η λανθασμένη αντίληψη επηρεάζει την έκφραση του ίδιου του σώματος με άκομπες κινήσεις αλλά και την αίσθηση του εαυτού ως αντικείμενο που της προκαλεί μίσος (Obrbach , 1993).

Η αντίληψη των εφήβων για το πώς τους βλέπει μια συγκεκριμένη ομάδα ατόμων ή ένα συγκεκριμένο και σπουδαίο για αυτούς πρόσωπο αποτελεί ένα σημαντικότατο συστατικό της προσωπικής τους ταυτότητας.

Επομένως το πώς οι έφηβοι βλέπουν τον εαυτό τους εξαρτάται όχι μόνο από το πώς τους βλέπουν οι άλλοι αλλά και πως οι ίδιοι νομίζουν ότι τους βλέπουν οι άλλοι, πράγμα το οποίο ασφαλώς μπορεί να διαφέρει πραγματικά από τον τρόπο που τους βλέπουν οι άλλοι .(Martin Herbert , 1999)

3. Σεξουαλική Ζωή

Η σημασία της σεξουαλικότητας σε συνδυασμό με την ωρίμανση του ανθρώπου είναι εξαιρετικά σημαντική. Πολλές φορές η λανθασμένη εικόνα για το σώμα οδηγεί στην άρνηση της σεξουαλικότητας με αρνητικές στάσεις απέναντι στην εμμηνόρροια, τον αυνανισμό και τη συνουσία. Παράλληλα υπάρχει και μια ανεξήγητη άρνηση για οτιδήποτε σχετίζεται με τα σεξουαλικά ζητήματα. Υπάρχουν επίσης γυναίκες με σεξουαλική αβεβαιότητα που χρησιμοποιούν τη μείωση της τροφής ως είδος αποφυγής σεξουαλικών συναντήσεων. Το ίδιο συμβαίνει και με τη σεξουαλική παθητικότητα, όμως σε αυτή την περίπτωση υπάρχει σύναψη σχέσεων χωρίς μέλλον (π.χ. με παντρεμένους άντρες, σχέσεις εξ αποστάσεως κ.τ.λ). Στην κατηγορία της ενεργητικής σεξουαλικότητας,

επιδιώκονται περιστασιακές, ασταθείς σχέσεις μόνο για προσωρινή ευχαρίστηση (Abraham & Llewellyn – Jones , 1987).

Σημαντική είναι παράλληλα η σχέση ανάμεσα στη νευρική ανορεξία και τη σεξουαλική κακοποίηση. Η κακοποίηση μπορεί να αποτελεί παρελθοντικό γεγονός συνήθως στην παιδική ηλικία ή πρόσφατο δημιουργώντας αρνητικά συναισθήματα ανασφάλειας, ντροπής και απέχθειας για τον εαυτό. Για τα άτομα αυτά η ανορεξία είναι η μόνη διέξοδος στην αντιμετώπιση του τραύματος της κακοποίησης (Buckroyd , 1996).

4. Οικογενειακή Προσέγγιση

Η κοινή στάση των γονιών που εκδηλώνεται με υπερπροστατευτική, αυταρχική και καταδικαστική συμπεριφορά, δημιουργεί μία κατάσταση υπέρμετρης εξάρτησης στο νεαρό κορίτσι, πράγμα που βρίσκεται σε αντίθεση με την ανάγκη του για αυτονομία. Η μητρική συμπεριφορά παρεμβαίνει συχνά είτε με τη μορφή υπέρ συναισθηματικής προστασίας διατηρώντας έτσι στο κορίτσι τάσεις παιδισμού είτε με τη μορφή συναισθηματικής απουσίας. Ο περιορισμός της τροφής εκφράζει την άρνηση του κοριτσιού να γίνει σαν τη μητέρα ή να εξαρτάται από αυτήν.

Πρόκειται επίσης για την άρνηση των σωματικών μετασχηματισμών που θα την κάνουν όμοια με τη μητέρα· ή αποδοχή του σώματος της θα σήμαινε ότι αποδέχεται να βρεθεί σε ανταγωνιστική σχέση μαζί της και να γίνει αντικείμενο επιθυμίας του πατέρα και των αντρών. Μ' άλλα λόγια πρόκειται για ένα φόβο να αποδεχτεί τη σεξουαλικότητα.

(Ομάδα γυναικών Βοστόνης , 1989)

Το ίδιο συμβαίνει όταν το άτομο απορρίπτει έναν από τους δυο γονείς τον πατέρα για την αμέτοχη και ουδέτερη στάση του στα προβλήματα που αντιμετωπίζει καθημερινά η οικογένεια και τη μητέρα για τη σχέση αγάπης — μίσους που εναλλάσσεται συνεχώς. Η μητέρα δεν μπορεί να συνειδητοποιήσει ότι η κόρη γίνεται γυναίκα, καθώς αρχίζει να αισθάνεται τα σημάδια του χρόνου στο σώμα της. Η κοπέλα δεν δέχεται ότι η μητέρα μπαίνει στη διαδικασία της γήρανσης, οπότε μειώνοντας το βάρος της εκφράζει την επιθυμία ότι δεν θέλει να μεγαλώσει, ικανοποιώντας έτσι και την πλευρά της μητέρας ώστε να νιώθει ακόμα νέα. (Palazzoli, 1986).

5. Κοινωνική Προσέγγιση

Η έμφαση που δίνεται στη φυσική — εξωτερική εμφάνιση στη σύγχρονη κοινωνία, οδηγεί πολλές φορές στην διαστρέβλωση της σωματικής εικόνας η παρέκκλιση της οποίας προκαλεί δυσχέρεια και δυσφορία. Η ομορφιά παίρνει πρωταγωνιστικό ρόλο στην κοινωνία, στην οικογένεια, στην εργασία με αποτέλεσμα το άτομο να επιλέξει τη νευρική ανορεξία ως μέσο επίτευξής της (Sapiro, 1990).

Ο όρος ελκυστικός είναι το διαβατήριο προς την αναγνώριση, την καταξίωση, την επιτυχία μέσα στην οικογένεια, στο σχολείο, την εργασία και γενικότερα στην κοινωνία. Λόγω όμως του ότι δεν μπορεί οποιοσδήποτε να πάρει αυτόν το τίτλο, τεχνητά μέσα συμβάλλουν με όποιο δυνατό τρόπο. Η εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας αποτελεί πηγή σωτηρίας για όσα άτομα επιθυμούν να αλλάξουν την εξωτερική — φυσική εμφάνιση αλλά να απαλλαγούν από τον «παλιό», μισητό εαυτό.

Τα Μ.Μ.Ε σε συνεργασία με τις βιομηχανίες μόδας, αισθητικής και προϊόντων αδυνατίσματος, προβάλλουν ως πρότυπα ομορφιάς νέες, όμορφες και υπερβολικά αδύνατες γυναίκες. Η τέλεια σωματική διάπλαση αποτελεί συνώνυμο της επιτυχίας και του θαυμασμού των

συνανθρώπων. Μέσω των διαφημίσεων η γυναικεία μορφή εκπνέει ελκυστικότητα και σεξουαλική επιτυχία, στοιχεία συνδεδεμένα με το γεγονός ότι είναι λεπτή. Αντίθετα η αποτυχία σε όλους τους τομείς τονίζεται όταν η γυναίκα είναι υπέρβαρη. Η καταξίωση φαίνεται πως συνδέεται απαραίτητα με το τέλειο και ταυτόχρονα αδύνατο σώμα. Αυτό είναι και ο μόνος τρόπος με τον οποίο μια γυναίκα θα γίνει αποδεκτή και αρεστή στην κοινωνία. Και βέβαια η νευρική ανορεξία αποτελεί το μέσο για αυτή την αναγνώριση (Buckroyd , 1996).

Τέλος ο Jean – Luc Venisse (1987), αναφέρει ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι ένας τρόπος αντίδρασης σε μια τραυματική κατάσταση του συναισθηματικού και του σεξουαλικού φάσματος. Το ερώτημα του τι ανήκει στην αντίδραση και στη διεργασία - δηλαδή στη σημασία που έχει η πριν τη νόσο προσωπικότητα - τίθεται εδώ όπως και σε κάθε ψυχιατρική παθολογία. Ως παράγοντες πρόκλησης αναφέρει τους:

-Θάνατος ή χωρισμός από ένα στενό συγγενή (θάνατος του παππού, γάμος μιας αδερφής ή ενός αδερφού κ.λ.π.).Ακόμα, μέσα στην ίδια λογική, η απομάκρυνση απ' το οικογενειακό περιβάλλον (είσοδος σε οικοτροφείο) και όλες οι καταστάσεις όπου τα άτομα έρχονται αντιμέτωποι με την εξάρτηση από το περιβάλλον και με το άγχος του χωρισμού, της αυτονόμησης

-Αντιπαράθεση με τη σεξουαλική προβληματική, είτε αυτή είναι πραγματική και άμεση (πρώτη σεξουαλική σχέση, σεξουαλικός τραυματισμός), είτε συχνότερα, έμμεση και φαντασιωσική (δεσμός μιας αδερφής, συνάντηση με ένα νεαρό, πρώτο πάρτυ).

-Υπαρξη περισσότερου φυσιολογικού βάρους το οποίο είναι σχετικά εμφανές, προπάντων όταν προκαλεί κοροϊδευτικά σχόλια.

-Προοπτική εξετάσεων ή αποτυχία σ' αυτές, συνθήκες που επαναδραστηριοποιούν το συναίσθημα της ανικανότητας .

3.5 Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Κλινική εικόνα

*A. Συμπτώματα και σημεία:*Κλινικώς , οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία μπορεί να παρουσιάσουν σοβαρή απίσχνανση και μπορεί να παραπονούνται για δυσανεξία στο ψύχος ή δυσκοιλιότητα. Αμηνόρροια παρατηρείται σχεδόν πάντα. Βραδυκαρδία, υπόταση και υπερθερμία μπορεί να παρατηρηθούν σε σοβαρές περιπτώσεις. Η εξέταση αποκαλύπτει απώλεια του λίπους του σώματος, ξηρό και λεπιώδες δέρμα και αύξηση του χνουδωτού τριχωτού του σώματος. Μπορεί επίσης να παρατηρηθούν διόγκωση και οίδημα της παρωτίδας.

*B. Εργαστηριακά ευρήματα:*Τα εργαστηριακά ευρήματα ποικίλουν και μπορεί να περιλαμβάνουν αναιμία, λευκοπενία, διαταραχές των ηλεκτρολυτών και αύξηση του αζώτου της ουρίας και της κρεατίνης στον ορό. Τα επίπεδα της χοληστερόλης στον ορό είναι συνήθως αυξημένα. Στις ενδοκρινολογικές διαταραχές περιλαμβάνεται μείωση των επιπέδων της ωχρινοποιητικής ορμόνης και της ορμόνης διέγερσης των θυλακίων και διαταραγμένη απάντηση της LH στην ορμόνη έκλυσης της ωχρινοποιητικής ορμόνης. (Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική 'B , 1994)

Η νευρογενής ανορεξία είναι μια αρρώστια που επηρεάζει τον τρόπο που αντιμετωπίζει κάποιος τη διατροφή και το βάρος του. Μια γυναίκα που υποφέρει από ανορεξία πιστεύει ότι είναι παχιά ενώ δεν είναι και τρώει όσο το δυνατόν λιγότερο, προ κειμένου να χάσει βάρος. Μπορεί επίσης να ασκείται υπερβολικά. Οι ανορεξικές γυναίκες πιστεύουν ότι είναι παχιές ενώ είναι τρομερά αδύνατες και συχνά ψεύδονται για το πόσο τρώνε. Η σκέψη και μόνο ότι παίρνουν βάρους τις τρομοκρατεί.

Εάν μια ανορεξική χάσει μεγάλο αριθμό κιλών, η περίοδος της σταματά. Το σώμα της επιστρέφει στην παιδική του κατάσταση, τα στήθη της σταματούν να αναπτύσσονται. Μπορεί επίσης να αρχίσει να αποχτά ένα στρώμα τριχοφυΐας στο σώμα της, για μόνωση από το κρύο. Τα οστά της μπορεί να γίνουν ευπαθή και μπορεί να τραυματίζεται εύκολα, όπως επίσης και να είναι ευάλωτη στις ασθένειες. Εάν δεν αντιμετωπιστεί ιατρικά, η ανορεξία μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο. 14 από τα 15 άτομα που πάσχουν από ανορεξία είναι γυναίκες. (Σέρρυ Άσγουορθ , 1999)

Πέρα από το κοκαλωμένο σώμα, οι απόψεις των ατόμων με νευρική ανορεξία παραμένουν μονοδιάστατες και απόλυτες. Αποφεύγουν κάθε γεύμα αλλά και οτιδήποτε αναφερθεί για τη διατροφή τους . Αποφεύγουν την επικοινωνία με οποιοδήποτε φιλικό ή καινούργιο πρόσωπο. Με την έναρξη του προβλήματος αποσύρονται από κάθε δραστηριότητα και απομονώνονται από το οικογενειακό, φιλικό ή εργασιακό περιβάλλον. Η στάση απέναντι στους συνανθρώπους τους είναι τυπική και πολλές φορές αδιάφορη. Η τάση να παραπονιούνται συνδέεται με την ισχυρογνωμοσύνη τους και τη δυσάρεστη και ανικανοποίητη διάθεσή τους (Palazzoli , 1986).

Επίσης , οι ανορεκτικές γυναίκες υιοθετούν περίεργες διατροφικές συνήθειες. Ο ανεξήγητος διαρκής φόβος να μην παχύνουν δημιουργεί μια παθιασμένη στάση σε οτιδήποτε σχετίζεται με τη διατροφή και τη διαίτα αλλά και την εμμονή με το ίδιο το φαγητό (Mahan & Arlin , 1992).

Ύστερα από τις αλλαγές στη φυσιολογία του οργανισμού το άτομο είναι επιρρεπές σε αρρώστιες καθώς επίσης ακόμα και στις πιο ήπιες λοιμώξεις τίθεται κίνδυνος θανάτου. Το πιο εμφανές σημάδι είναι η αμηνόρροια και η ελαφρά αναιμία συνέπεια ενδοκρινολογικών δυσλειτουργιών και κυρίως του υποθάλαμου. Η διαρκής αμηνόρροια έχει

ως αποτέλεσμα την απώλεια της πυκνότητας των οστών, οπότε αυξάνονται οι πιθανότητες για οστεοπόρωση (Mahan & Arlin , 1992).

Οι Abraham & Llewellyn – Jones (1987) αναφέρουν ότι παρατηρείται υποθυρεοειδισμός, λόγω μείωσης των ορμονών και πιθανή συνέπεια είναι η βραδυκαρδία και η πτώση της αρτηριακής πίεσης. Με αυτόν τον τρόπο εμφανίζονται οι ζαλάδες και λιποθυμίες. Το σώμα πάσχει από υποθερμία και τα άκρα γίνονται άκαμπτα, κρύα και μελανά. Καθώς διαταράσσεται η βιοχημική σύσταση του οργανισμού, το ανορεκτικό άτομο αφυδατώνεται και επέρχονται δυσλειτουργίες στο νευρομυϊκό σύστημα. Περαιτέρω : η χρόνια δυσκοιλιότητα ή η διάρροια καθώς και η εμφάνιση οδοντικών προβλημάτων . Πολλές φορές τα μαλλιά αρχίζουν να πέφτουν ενώ το δέρμα σκληραίνει και εμφανίζεται παιδικό χνούδι.

Παράλληλα, με τις οργανικές και σωματικές αλλαγές το ανορεκτικό άτομο εμφανίζει αλλαγές και στην ψυχική — συναισθηματική κατάσταση. Η μοναδική ενασχόληση είναι η τροφή. Δεν ενδιαφέρεται για τίποτα και για κανένα άνθρωπο. Θεωρεί τον εαυτό του ανεύθυνο, ανάξιο και ανίκανο να κάνει οτιδήποτε. Η ανορεκτική γυναίκα αισθάνεται τον εαυτό της ως ένα μικρό παιδί, που δεν μπορεί να ελέγξει τη ζωή του, απαθές σε ό,τι συμβαίνει γύρω του και άβουλο ον, μη ικανό να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που προκύπτουν (Pipher , 1997).

3.6 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι προσπάθειες επιδημιολογικής διερεύνησης της ψυχογενούς ανορεξίας φαίνεται να συγκλίνουν σ' ένα κοινό σημείο την αύξηση της συχνότητας της διαταραχής μέσα στις τελευταίες δεκαετίες (Halmi , 1985).

Το γεγονός αυτό οφείλεται στην ανάπτυξη και εφαρμογή σύγχρονων και αξιόπιστων κλινικών κριτηρίων, στην μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση των κλινικών προς την ανίχνευση και διάγνωση της διαταραχής, αλλά και στην αντικειμενική αύξηση των νέων περιστατικών .

Με βάση τα επιδημιολογικά στοιχεία του Μάνου (1988), η ψυχογενής ανορεξία προσβάλλει κυρίως γυναίκες με συχνότητα 1 στις 250 μεταξύ 12 και 18 ετών, και είναι πιο συχνή στις αδερφές και στις μητέρες ατόμων που πάσχουν από τη διαταραχή απ' ότι στο γενικό πληθυσμό. Ο επιπολασμός της διαταραχής σε γυναίκες της όψιμης εφηβείας και της πρώιμης ενήλικης ζωής είναι 0,5% έως 1%.

Τα ποσοστά στον γενικό πληθυσμό είναι περίπου 14,6 περιπτώσεις γυναικών και 1,8 περιπτώσεις ανδρών ανά 100.000 άτομα περίπου (23ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συμπόσιο, 1997).

3.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας μπορεί να είναι δύσκολη, επειδή πολλοί συνήθεις κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες προάγουν και διατηρούν τη συμπεριφορά της ανορεξίας. Η διάγνωση βασίζεται στην αναγνώριση των κοινών χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς και στον αποκλεισμό των παθολογικών διαταραχών, οι οποίες μπορεί να είναι υπεύθυνες για την απώλεια βάρους.

Στα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς, που απαιτούνται για τη διάγνωση, περιλαμβάνεται ο έντονος φόβος εμφάνισης παχυσαρκίας, η διαταραγμένη εικόνα του σώματος, η απώλεια βάρους τουλάχιστον κατά 25% και η άρνηση διατήρησης του βάρους του σώματος πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος. (Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική 'B, 1994)

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

1. Ο Sours διακρίνει πρωτογενή και δευτερογενή διαγνωστικά κριτήρια:

Στα πρωτογενή ανευρίσκουμε:

- τον εκλεκτικό και εκούσιο περιορισμό της τροφής, ο οποίος δικαιολογείται ως απώλεια της όρεξης
- την αναζήτηση της ισχύτητας σε μια ευχαρίστηση αυτή καθ' εαυτή, η οποία ανάγεται στο αίσθημα κυριαρχίας πάνω στο σώμα, στον έλεγχο της ενστικτώδους ζωής του.

- την υπερδραστηριότητα, συχνά, πρώιμη, σε αντίθεση προς την αμηνόρροια.
- τέλος, τη βουλιμία.

Μέσα στα δευτερογενή συμπτώματα, υπάρχουν οι μόνιμες ανησυχίες και οι παραπονητικές συμπεριφορές που αφορούν την τροφή, η ενοχλημένη στάση ενάντια σ' αυτούς που προσπαθούν ν' ασχοληθούν με τις ανάγκες διατροφής της και, τέλος, κάποιος βαθμός θλίψης με αίσθημα τον κενού.

2. Η Katherine A. Halmi προτείνει τα παρακάτω έξι «λειτουργικά κριτήρια» :

1. Άρνηση να διατηρηθεί το βάρος του σώματος πάνω από το ελάχιστο βάρος που αντιστοιχεί στο ανάστημα και στην ηλικία.
2. Απώλεια βάρους τουλάχιστον 25% του προηγούμενου βάρους, και όταν πρόκειται για εφήβους κάτω των 18 ετών, παρέκκλιση από το ποσοστό αυτό και την αναμενόμενη λήψη βάρους, όπως υπολογίζεται σύμφωνα με τους παιδιατρικούς πίνακες βάρους.
3. Διαταραχή της εικόνας του σώματος με ανικανότητα ν' αντιληφθεί κανείς σωστά τις σωματικές ανάγκες.
4. Έντονος φόβος να γίνει παχύσαρκη, ο οποίος δεν μετριάζεται παρά την προοδευτική απώλεια βάρους.
5. Έλλειψη οργανικής νόσου που θα εξηγούσε την απώλεια βάρους.
6. Τέλος, στη γυναικεία αμηνόρροια.

3. Τα διαγνωστικά κριτήρια του Feighner κ. συν. της σχολής του Saint Louis που πολλοί τα θεωρούν σήμερα ως τη βασική αναφορά, αφού είναι τα ίδια με τα κριτήρια της DSM I I I , είναι τα εξής :

α . Ηλικία έναρξης πριν από τα 25 έτη.

β. Ανορεξία με σύγχρονη απώλεια βάρους, τουλάχιστο του 25% του αρχικού βάρους.

γ. Αδιάλλακτη και διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στην τροφή, τα φάρμακα ή το βάρος, η οποία κυριαρχεί στην πείνα, στις επιπλήξεις και στις απειλές, όπως για παράδειγμα:

- Άρνηση της αρρώστιας και παραγνώριση των αναγκών διατροφής .
- Καταφανής ικανοποίηση από την απώλεια βάρους , ενώ καθαρά φαίνεται πως η άρνηση τροφής είναι μια ευχάριστη υποχρέωση .
- Επιθυμία ν' αποκτήσει μια εικόνα οριακής ισχνότητας του σώματος ... ενώ εκδηλώνεται καθαρά ότι είναι ευχάριστο για την άρρωστη να φθάσει ή να διατηρήσει την κατάσταση αυτή .
- Συσσώρευση και ασυνήθιστη επεξεργασία τροφών .

δ. Έλλειψη γνωστών ιατρικών ασθενειών που μπορούν να εξηγήσουν την ανορεξία και την απώλεια βάρους .

ε. Καμιά άλλη γνωστή ψυχιατρική διαταραχή ,με ειδική αναφορά στις πρώιμες συναισθηματικές διαταραχές ,στη σχιζοφρένεια , στη ψυχαναγκαστική και φοβική νεύρωση (δεχόμαστε ότι η άρνηση τροφής δεν αρκεί από μόνη της για να δικαιολογήσει την διάγνωση μιας ψυχαναγκαστικής και φοβική νεύρωσης) .

στ. Τουλάχιστον δυο απ' τι παρακάτω εκδηλώσεις : αμηνόρροια , αύξηση τριχοφυΐας, βραδυκαρδία (σταθερά λεπτό ή και λιγότερο), περίοδοι υπερδραστηριότητας ,επεισόδια βουλιμίας , εμετοί (ενδεχόμενα αυτοπροκαλούμενοι . (Jean – Luc Venisse , 1987)

4. Διαγνωστικά κριτήρια κατά **DSM-IV** για την ψυχογενή ανορεξία

α. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του (π.χ απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους του σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης , που οδηγεί σε βάρος σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο).

β. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ , ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.

γ. διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος ή το σχήμα του σώματός του αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην εκτίμηση του εαυτού ή άρνηση της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού βάρους.

δ. Σε γυναίκες μετά την έναρξη της περιόδου , αμηνόρροια ,δηλ. απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών.

(Μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια ένα οι περίοδοι της έρχονται μόνον μετά χορήγηση ορμονών π.χ. οιστρογόνων). (Μάνος , 1997)

3.8 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Εξειδικεύοντας τα στοιχεία που μας οδηγούν στη διάγνωση διαπιστώνουμε γρήγορα και ένα ορισμένο αριθμό διαφορικών διαγνώσεων.

1. Οργανική αιτιολογία και ψυχογενείς ισχνότητες. Οι ανορεξίες οργανικής προέλευσης και οι ψυχογενείς ισχνότητες, που είναι πολύ διαφορετικές από την ψυχογενή ανορεξία, παρουσιάζουν συνήθως λίγα ουσιαστικά προβλήματα στη διάγνωση.

α. Η οργανική αιτιολογία πρέπει πάντα να αναφερθεί και να αναζητηθεί έγκαιρα, πράγμα που γενικά δεν είναι δύσκολο, αφού το ίδιο το περιβάλλον ωθεί προς αυτή την κατεύθυνση· πρέπει όμως να γίνει σωστά και ολοκληρωμένα, μια για πάντα, έτσι ώστε ν' αποφευχθεί ο πολλαπλασιασμός και η παράκαιρη επανάληψη εξετάσεων που μετά απ' ορισμένο χρονικά διάστημα, δε θα συντελούσαν παρά μονάχα στο να περιπλέξουν την θεραπευτική αγωγή. Στην πράξη, σπάνια γίνονται τέτοια διαγνωστικά λάθη.

Η έρευνα αυτή πρέπει να περιλαμβάνει:

- Μια γενική εξέταση με απλό εργαστηριακό έλεγχο που να αποκλείσει το ενδεχόμενο μιας χρόνιας καχεκτικής πάθησης (φυματίωση, αιματολογική πάθηση, διαβήτη): ακτινογραφία θώρακος, γενική αίματος, ταχύτης καθιζήσεως, σάκχαρο αίματος
- Μία ενδοκρινολογική εξέταση· είναι σχεδόν παράδοξο ότι σ' αυτό ακριβώς το επίπεδο, τα πράγματα είναι στην πράξη πολύ απλά, εξαιτίας της διαφοράς συμπτωματολογίας που εμφανίζει η κλινική εικόνα της ψυχογενούς ανορεξίας ως προς τον υπερθυρεοειδισμό (ταχυσφυγμία) και ως προς την πρωτοπαθή υποφυσιαία

ανεπάρκεια (που συνήθως δε συνοδεύεται με απώλεια βάρους, τουλάχιστο στην αρχή).

- Μία νευρολογική εξέταση, επειδή οι νευρολογικές αιτιολογίες παρουσιάζουν ίσως τον μεγαλύτερο κίνδυνο μιας λανθασμένης διάγνωσης (όγκος του διεγκεφάλου ή προπάρων του οπισθίου εγκεφαλικού βόθρου).
- Θα μπορούσε να συζητηθεί και η χρησιμότητα μιας ακτινολογικής διερεύνησης του ανωτέρου πεπτικού συστήματος.

β. Ως ψυχογενείς ισχνότητες που διαφέρουν απ' την ψυχική ανορεξία και που συνήθως απαιτούν σπουδαία διαφορική διάγνωση, μπορούν να αναφερθούν :

- Η ανορεξία του μελαγχολικού που προέρχεται τόσο απ' την σημαντική ψυχοκινητική αναστολή του, όσο και από το οδυνηρό βίωμα ενοχής και αναξιοσύνης (που ποτέ δεν το βρίσκουμε, αυτό καθ' εαυτό , στην ψυχογενή ανορεξία). η ανορεξία αυτή συνδυάζεται μερικές φορές με παραληρηματικές ιδέες απάρνησης των οργάνων (σύνδρομο του Cottard)
- Η άρνηση τροφής του παραληρούντος ψυχωτικού , που υποθάλπεται από μια ψευδαισθησιακή δραστηριότητα συνήθως με θέμα την καταδίωξη ή ακόμα - πράγμα όχι και τόσο απλό - από μία μυστικιστική , ασκητική και τιμωρίας του εαυτού απόχρωση (στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας , η παραληρηματική έκφραση - αν αποδεχθεί κανείς ότι υπάρχει - αφορά μονάχα την στοματική κατάσταση).
- Η ανορεξία του υποχονδριακού, που δικαιολογείται απ' την δήθεν κακή λειτουργία ορισμένων οργάνων, από την οποία ο άρρωστος

ζητά επίμονα να θεραπευθεί· αυτό δεν αφορά βέβαια την περίπτωση της ψυχικής ανορεξίας

2. Άτυπες ανορεξίες

Παραμένει το δύσκολο πρόβλημα των λεγόμενων άτυπων ψυχικών ανορεξιών . Σ' αυτές κατατάσσεται ορισμένος από οριακές μορφές που διαφέρουν από τις τυπικές μορφές ως προς το ότι ο περιορισμός της τροφής και η απώλεια βάρους φαίνονται να αναζητούνται λιγότερο πεισματικά και να αποτελούν σε μικρότερο βαθμό αντικείμενο απάρνησης. Η Η. Brych δίνει σημασία στην συχνότητα με την οποία οι άρρωστες αυτές παρουσιάζουν μια «έκδηλη επιθυμία να παραμείνουν άρρωστες, έτσι ώστε να διατηρούνται στο ρόλο της εξάρτησης »

σύμπτωμα που είναι αντίθετο με τη «μάχη για μια αυτόνομη ταυτότητα των τυπικών ανόρεκτων (Jean-Luc Venisse , 1987).

Ο Μάνος (1997) αναφέρει ότι όσο πιο άτυπα είναι τα χαρακτηριστικά της απώλειας βάρους (π.χ. έναρξη της διαταραχής μετά τα 40), τόσο η δ.δ θα πρέπει να συμπεριλάβει γενικές ιατρικές καταστάσεις όπως π.χ. γαστρεντερικές νόσους, όγκους του εγκεφάλου, άλλους «κρυφούς» κακοήθεις όγκους, AIDS, ενδοκρινολογικές παθήσεις (π.χ. υπερθυρεοειδισμός) κ.ά. Στις σωματικές, βέβαια, αυτές νόσους δεν υπάρχει διαταραχή της εικόνας του σώματος, ούτε επιθυμία για περαιτέρω απώλεια βάρους. Ακόμα, αξονική ή μαγνητική τομογραφία μπορεί να δ.δ πιθανούς όγκους και εργαστηριακές εξετάσεις (π.χ. εξετάσεις θυρεοειδούς) μπορούν να δ.δ άλλες καταστάσεις. Ιδιαίτερα αναφέρουμε το σύνδρομο της άνω μεσεντερίου αρτηρίας (εμετός μετά το φαγητό λόγω διαλείπουσας απόφραξης της γαστρικής εξόδου), που πρέπει να δ.δ από την Ψυχογενή

Ανορεξία, με βάση τα παραπάνω, που, όμως, μπορεί και ν' αναπτυχθεί μερικές φορές σε άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία λόγω της απίσχνασης.

Η δ.δ θα γίνει, επίσης, από Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή και από τη Σχιζοφρένεια, όπου μπορεί να υπάρχει σημαντική απώλεια βάρους, όμως δεν υπάρχει φόβος του ατόμου να πάρει βάρος και δεν υπάρχει διαταραχή της σωματικής εικόνας.

Καθώς τα ανορεκτικά άτομα μπορεί να έχουν συμπτώματα που θυμίζουν Κοινωνική Φοβία (π.χ. φόβος να φάει δημόσια), Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (π.χ. ψυχαναγκασμοί και καταναγκασμοί συνδεδεμένοι με την τροφή) ή Σωματοδυσμορφική Διαταραχή (π.χ. έντονη ενασχόληση με φανταστικό ελάττωμα στην εμφάνιση του σώματος), οι επιπρόσθετες διαγνώσεις των διαταραχών αυτών θα μπουν μόνον όταν υπάρχουν συμπτώματα που δεν σχετίζονται με τη λήψη τροφής ή το σχήμα και το μέγεθος του σώματος.

Η δ.δ από την Ψυχογενή Βουλμία, η οποία σαν την Ψυχογενή Ανορεξία, Τύπου Υπερφαγίας/Κάθαρσης μπορεί να έχει επεισόδια υπερφαγίας, προκλητούς εμετούς και έντονη ενασχόληση με το σχήμα και το μέγεθος του σώματος, θα βασισθεί στο ότι τελικά σ' αυτήν το βάρος του σώματος δεν πέφτει κάτω από τα φυσιολογικά όρια. (Μάνος , 1997)

3.9 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ

Η συμφιλίωση με τη σεξουαλικότητα είναι μια μεγάλη πρόκληση για τις έφηβες. Φαίνεται ότι πολλές γυναίκες που έχουν μία διαταραχή της διατροφής κάνουν μία συσχέτιση ανάμεσα στο φαγητό και στη σεξουαλικότητα. Η σεξουαλική γνώση, στάση και συμπεριφορά των γυναικών με διαταραχές της διατροφής καλύπτει ένα ευρύ φάσμα. Αυτό δεν είναι παράδοξο γιατί πολλές ασχολούνται υπερβολικά με την εικόνα του σώματός τους και με τις σχέσεις τους με τους άλλους.

Οι Abraham & Llewellyn – Jones (1987) αναγνώρισαν τέσσερις κατηγορίες που περιγράφουν τη σχέση των ανορεκτικών γυναικών με τη σεξουαλικότητα τους :

α .άρνηση της σεξουαλικότητας,

β .αβεβαιότητα για τη σεξουαλικότητα,

γ .σεξουαλικά παθητικές

δ .σεξουαλικά ενεργητικές

α. Άρνηση της σεξουαλικότητας

Η γυναίκα αποφεύγει την πρόκληση για την σεξουαλικότητά της και απωθεί τα σεξουαλικά της αισθήματα. Έχει αρνητική στάση απέναντι στην εφηβεία, στην περίοδο, στον αυνανισμό, και στην συνουσία. Αυτή η στάση μπορεί να επιδεινωθεί από την έλλειψη γνώσεων για την ανατομία των γεννητικών της οργάνων, την έμμηνη ρύση, την αντισύλληψη και τη σεξουαλική συμπεριφορά. Αποφεύγει να διαβάσει για τη σεξουαλικότητα και έχει έμμονες ιδέες στη στάση της απέναντι στη ζωή. Αποφεύγει να

κοιτάζει το σώμα της σε καθρέφτη και δεν αγγίζει τα γεννητικά της όργανα. Οι περισσότερες από τις γυναίκες αυτής της ομάδας, δεν έχουν σεξουαλικές εμπειρίες και δεν αντανάζονται, ούτε βγαίνουν με άντρες. Νιώθουν αμηχανία αν μια συζήτηση αφορά το σεξ, αλλά συχνά θα ήθελαν να έχουν ένα στενό σύντροφο. Αυτές οι γυναίκες χάνουν βάρος αποκλειστικά με αυστηρή διαίτα και γυμναστική και συχνά είναι υπερβολικά αδύνατες (Abraham & Llewellyn – Jones 1987).

β. Αβεβαιότητα για τη σεξουαλικότητα

Αυτές οι γυναίκες φαίνεται να χρησιμοποιούν τη συμπεριφορά τους στο φαγητό για να καθυστερήσουν τις σεξουαλικές συναντήσεις ώσπου να νιώσουν πως είναι έτοιμες γι' αυτές. Η γυναίκα τείνει να δυσκολεύεται να δημιουργήσει μια ζεστή, ώριμη σχέση, αν και μπορεί να παντρευτεί, οπότε τείνει να είναι εξαρτημένη από το σύζυγό της. Θέλει να είναι σαν τους άλλους και έχει συγκρούσεις σχετικά με τα σεξουαλικά της αισθήματα και τη σεξουαλική της συμπεριφορά, προσπαθώντας πάντα να είναι αυτό που θεωρεί “φυσιολογικό”. Είναι δειλή. Θα ήθελε να μάθει για τη σεξουαλικότητα, αλλά είναι πολύ δειλή για ν' αρχίσει μια συζήτηση (Abraham & Llewellyn – Jones 1987).

γ. Σεξουαλικά παθητικές

Οι γυναίκες αυτής της ομάδας φαίνεται επίσης ότι χρησιμοποιούν τη διαταραχή της διατροφής για να αποφύγουν τις σεξουαλικές δεσμεύσεις ώσπου να το θελήσουν. Η συμπεριφορά της γυναίκας στο φαγητό της προσφέρει την ευκαιρία να “αναστέλλει κατά περιόδους” τη σεξουαλική της δραστηριότητα. Έχει μεγάλες διακυμάνσεις στο βάρος της, με εναλλαγές βουλιμίας με περιόδους νηστείας ή αυστηρής διαίτας. Μεταξύ

των περιόδων μειωμένου και υπερβολικού βάρους, οι γυναίκες αυτής της ομάδας δημιουργούν σεξουαλικές σχέσεις αλλά δεν ανταποκρίνονται και αρνούνται ότι απολαμβάνουν τις εμπειρίες τους. Επειδή δεν θέλουν να δεσμευτούν διαλέγουν συντρόφους που είναι παντρεμένοι και με τους οποίους δεν είναι δυνατός ένας μακροχρόνιος δεσμός. Η ικανότητά τους να κοιτάζουν το σώμα τους εξαρτάται από το εκάστοτε βάρος τους (Abraham & Llewellyn – Jones 1987).

δ. Σεξουαλικά ενεργητικές

Οι γυναίκες αυτής της ομάδας αντικατοπτρίζουν τη συμπεριφορά τους στο φαγητό, που συνίστανται σε βουλιμία που ακολουθείται από επεισόδια πρόκλησης εμετού και κατάχρησης καθαρτικών, στη σεξουαλική τους συμπεριφορά. Είναι ανίκανες να δημιουργήσουν μια μακροχρόνια σχέση και έχουν συχνές τυχαίες σεξουαλικές συναντήσεις. Συνήθως έχουν την Πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία σε μικρή ηλικία. Μιλάνε ελεύθερα για το σεξ και δεν τις ανησυχεί καθόλου να είναι γυμνές, είτε όταν είναι μόνες τους ή όταν βρίσκονται με άλλους. Έχουν την τάση να είναι εκδηλωτικές και σεξουαλικά δραστήριες αλλά κάτω απ' αυτό κρύβεται ένα αίσθημα μοναξιάς (Abraham & Llewellyn – Jones 1987).

3.10 ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Πολλοί συγγραφείς υποστήριξαν ότι οι ανορεξικοί έχουν ένα ισχυρό αυτοκαταστροφικό ένστικτο. Έτσι ο Boss μιλάει για αυτοκτονία σε “πολλαπλάσιες δόσεις” όταν αναφέρεται στους ασθενείς αυτούς, οι οποίοι στο βαθύτερο είναι τους, αρνούνται παντελώς να ζήσουν ως έμψυχα όντα.

Η προσπάθεια ερμηνείας των ολοένα αυξανόμενων αριθμών αυτοκτονιών δημιουργεί ερωτηματικά. Αρχικά πρέπει να αναρωτηθούμε αν η επιθυμία για “αυτοεκμηδένιση”, είναι συνειδητή ή όχι. Κατά δεύτερον, γιατί αφού θεωρούν τη σάρκα τους ένα ανυπόφορο φορτίο, δεν δίνουν ένα τέλος στη ζωή τους αλλά βασανίζονται για αρκετά χρόνια .

Η Palazzoli , από τα ημερολόγια των ανορεκτικών που έχει διαβάσει και από τις εξομολογήσεις που έχει ακούσει, αναφέρει ότι είναι πεπεισμένη ότι κανείς ασθενής δεν επιθυμεί συνειδητά την αυτοκαταστροφή του. Τονίζει ότι δεν έχει παρατηρήσει ποτέ ανορεξικούς σε καταθλιπτική φάση (που συχνά οδηγεί στην αυτοκτονία), και στην πραγματικότητα, οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία δεν τερματίζουν ποτέ σκόπιμα τη ζωή τους με άμεσα μέτρα. Αυτό άλλωστε προκύπτει και από τα αποτελέσματα του τεστ Rorschach που εφαρμόστηκε στους ασθενείς. Οι ψυχοδυναμικές μελέτες, επίσης έχουν δείξει ότι η επιλογή της απίσχνανσης τους δεν υπηρετεί την μετατόπιση ή την εκτόπιση του αντικειμένου της σύγκρουσης, όπως κάνουν οι νευρωτικοί. Ήταν ακριβώς αυτή η προκατάληψη από μέρους αρκετών ψυχολόγων, η οποία ήταν υπεύθυνη για την αποτυχία να θεραπεύσουν τέτοιους ασθενείς

Η επιθυμία τους να είναι αδύνατοι είναι εντελώς συνειδητή, όπως και ο αγώνας τους να διατηρήσουν τον έλεγχο των στοματικών τους

αναγκών. Οι πραγματικοί ανορεξικοί έχουν ένα βαθύ και διαρκή φόβο παχυσαρκίας. Ο αγώνας τους παίρνει τη μορφή από εναλλασσόμενες κρίσεις βουλιμίας σε περιόδους νηστείας, αλλά αν και ο ασθενής συχνά υποκύπτει στις απαιτήσεις του σώματός του, έχει παρόλα αυτά ήδη αποφασίσει ότι το μυαλό κυριαρχεί και ότι το σώμα θα πρέπει να υποτάσσεται στις εντολές του. Όμως αυτός ο τύπος ασέλγειας δεν είναι μια ευχή θανάτου, το αντίθετο μάλιστα. Είναι μια μη-ρεαλιστική φάση και μια απόρριψη της ύπαρξης, ενός σώματος που ζει και πεθαίνει. Με λίγα λόγια οι ανορεξικοί γυρνάνε την πλάτη τους στο υπαρξιακό τέλος, σε οτιδήποτε επιβάλλεται και κληρονομείται από το φθαρτό σώμα τους.

Στην πραγματικότητα οι ανορεξικοί αντιμετωπίζουν τους πιθανούς θανάτους, όπως τα περισσότερα ατυχήματα, αλλά ποτέ ως κάτι που οι ίδιοι πρέπει να φροντίσουν. Οι ανορεξικοί, αντιθέτως με άλλους ψυχωτικούς, δεν αρνούνται το φαγητό αλλά το μειώνουν για να αδυνατίσουν. Τα σκελετωμένα σώματά τους είναι η εγγύηση ότι κερδίζουν στον αγώνα κατά της απληστίας, και όταν χάνουν βάρος για σωματικούς λόγους (από πυρετό, οδοντικές επιπλοκές) υπερηφανεύονται σαν να έφθασαν σε μία επιπλέον νίκη. Αυτοί οι ασθενείς παίζουν με τον θάνατο όπως τα παιδιά, που νομίζουν ότι μπορούν να εξαφανιστούν κάνοντας τους πεθαμένους. Ανίκανοι να αντιμετωπίσουν την πραγματικότητα, εξαπατούν τους εαυτούς τους, σκεπτόμενοι ότι μπορούν να χειρίζονται το σώμα τους όπως τους ευχαριστεί (Selvini – Palazzoli, 1986).

Όσοι έχουν βρεθεί με ασθενείς στην τελική φάση της ασθένειας, αναφέρει η Palazzoli (1986), βρέθηκαν αντιμέτωποι με την ψυχολογική οπισθοδρόμηση των ασθενών αυτών και τον αποχωρισμό τους από την βιολογική πραγματικότητα. Δεν είναι καθόλου θλιμμένοι ή λυπημένοι με τους εαυτούς τους και δεν κάνουν τίποτα για να αποφύγουν τον

επερχόμενο θάνατο. Όμως ούτε και κάνουν επίτηδες βήματα για να επισπεύσουν το θάνατό τους, ούτε και δείχνουν σημάδια προσμονής ή ελπίδας του θανάτου. Αυτή η φάση παραμένει μέχρι την έσχατη οργανική τους εξάντληση. Η πνευματική κατάσταση που ακολουθεί, είναι κατάσταση πνευματικής αμβλύτητας και αδιαφορίας, υπενθυμίζοντας μας ότι οι ασθενείς αυτοί εξασθενούν από τη χρόνια οργανική ασθένεια.

3.11 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής είναι συχνά δύσκολη και μερικά άτομα είναι πραγματικά δύσκολο να βοηθηθούν. Αυτό συμβαίνει λόγω της δόλιας φύσης αυτής της διαταραχής που καταστρέφει όχι μόνο το σώμα, αλλά και την αυτό-αντίληψη του ατόμου.

Τόσο η ανορεκτική ασθενής όσο και η οικογένεια μπορεί να είναι ανθιστάμενοι σε κάθε είδους θεραπεία με αποτέλεσμα να καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια ώστε να πεισθούν για την ανάγκη επαγγελματικής βοήθειας.

Ο σκοπός της θεραπείας είναι η διατήρηση του φυσιολογικού βάρους του σώματος και η διόρθωση των ψυχολογικών προβλημάτων. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι συνήθως απαραίτητη για την έντονα έκδηλη ψυχογενή ανορεξία.

Διάφορες μέθοδοι θεραπείας έχουν χρησιμοποιηθεί, χωρίς σαφείς ενδείξεις υπεροχής συγκεκριμένης μεθόδου. Εμείς παραθέτουμε τις εξής : ενδονοσοκομειακή θεραπεία - φαρμακευτική προσέγγιση , η ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία , η γνωστική - συμπεριφορική προσέγγιση και το μοντέλο αυτοβοήθειας .

Το είδος και η έμφαση στη θεραπεία εξαρτάται από τη δυναμική που διαθέτει ο συγκεκριμένος κάθε φορά ασθενής και από την κρισιμότητα — αναγκαιότητα ιεραρχικής οργάνωσης των στόχων σύμφωνα με το συγκεκριμένο Πλαίσιο.

Τα Προγράμματα θεραπείας, που εφαρμόζονται από έμπειρες ομάδες, έχουν επιτυχία τα δύο- τρίτα περίπου των περιπτώσεων, διατηρώντας το φυσιολογικό βάρος και την έμμηνη ρύση (για τις γυναίκες). Οι μισές περιπτώσεις συνεχίζουν να εμφανίζουν δυσκολίες,

με τη διατροφή και ψυχιατρικά προβλήματα. Μερικές ασθενείς με ανορεξία αναπτύσσουν παχυσαρκία μετά τη θεραπεία. 2 με 6% των ασθενών πεθαίνουν από τις επιπλοκές της διαταραχής ή αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν. (Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική , 1994)

A. Ενδονοσοκομειακή θεραπεία –φαρμακευτική προσέγγιση

Η εισαγωγή σε νοσοκομείο οποιουδήποτε ατόμου με μια διανοητική διαταραχή μπορεί συχνά να είναι μια συγκεκριμένη απόφαση. Τα μέλη της οικογένειας ή άλλα σημαντικά για τον ασθενή ,πρόσωπα μπορεί να χρειαστεί να επέμβουν στη ζωή του για να εξασφαλιστεί ότι ο ασθενής δεν λιμοκτονεί ως το θάνατο.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, η εισαγωγή σε νοσοκομείο είναι όχι μόνο απαραίτητη, αλλά μια συνετή επέμβαση θεραπείας . Τα μέλη της οικογένειας πρέπει να γνωρίσουν ότι τα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία θα αντισταθούν στην οποιουδήποτε είδους θεραπεία , ειδικά: στην εισαγωγή σε νοσοκομείο. Είναι σημαντικό, επομένως, να συμφωνήσει με την ανάγκη για ένα τέτοιο βήμα και να μην ταλαντευτεί από τις αιτήσεις του ασθενή ,ο οποίος δεν αποδέχεται την κατάσταση στην οποία βρίσκεται .

Η φαρμακευτική προσέγγιση έχει αποκλειστικό στόχο την επανάκτηση του σωματικού βάρους ή τη διατήρηση του σε ένα φυσιολογικό επίπεδο.

Στην αρχή οι θεραπευτές επικεντρώνονται στην λεπτομερή αξιολόγηση του σωματικού βάρους και της διατροφής .Αρχικά συστήνεται μια πλήρης ιατρική εξέταση για να αξιολογηθεί η ιατρική

κατάσταση του ασθενή και η υγεία του γενικότερα. Αυτό συμβαίνει γιατί τα ανορεκτικά άτομα συχνά πάσχουν από τις ιατρικές περιπλοκές.

Εάν ένα άτομο που πάσχει από ανορεξία κινδυνεύει λόγω έλλειψης κατανάλωσης τροφής (λιμοκτονία), είναι απαραίτητη η άμεση εισαγωγή σε νοσοκομείο . Πολλά άτομα που πάσχουν από αυτήν την διαταραχή πιστεύουν ότι δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα με το σωματικό τους βάρος και στη πραγματικότητα προσπαθούν να πείσουν τον εαυτό τους ότι είναι υπέρβαρα . Κατά τη διάρκεια της θεραπείας , επομένως , μπορούν να παρουσιασθούν ως απρόθυμοι και μη συνεργάσιμοι . (www.Psych Central Anorexia Nervosa Treatment.htm)

Η λιμοκτονία ή η συνειδητή επιλογή μη κατάποσης τροφής προκαλεί αλλαγές στη λειτουργία ενός φυσιολογικού οργανισμού. Σχεδόν κάθε όργανο, το αιματολογικό σύστημα και το δέρμα υπολειτουργούν ως αντίδραση στη σοβαρή υποσίτιση. Η υπόταση, η βραδυκαρδία, οι νευρολογικές αλλαγές στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και η ευαισθησία του ανοσοποιητικού συστήματος σε λοιμώξεις αποτελούν μερικές από τις συνέπειες την υπολειτουργίας του οργανισμού. Παράλληλα σε περιπτώσεις χρήσης καθαρτικών ή εμετικών η κλινική εικόνα παίρνει ανησυχητικές διαστάσεις (Orbach , 1993).

Επομένως η πρώτιστη και άμεση επέμβαση ενισχύει την αναγκαιότητα των φαρμάκων καθώς ο στόχος είναι να επανέλθει το φυσιολογικό βάρος και η σωστή λειτουργία του οργανισμού καθώς επίσης και να επέλθει η επιθυμία για λήψη τροφής.

Περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας που βρίσκονται στο αρχικό στάδιο συνήθως αντιμετωπίζονται από τους οικογενειακούς γιατρούς με τονωτικά, διεγερτικά ή φάρμακα που εντείνουν την όρεξη. Πολλές φορές

η αμηνόρροια αντιμετωπίζεται με ορμονοθεραπεία ως τρόπος διέγερσης των ωοθηκών παρά ως σύμπτωμα της διατροφικής διαταραχής (Palazzoli , 1986).

Η θέση των φαρμάκων στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νευρικής ανορεξίας διαφαίνεται σε μελέτες που επιβεβαιώνουν την υπεροχή τους αλλά και στην άμεση πρακτική εφαρμογή. Διαφαίνεται ιδιαίτερα η χρήση αντικαταθλιπτικών σε υψηλές δόσεις που οδηγούν σε σημαντικά ταχύτερη επανάκτηση του σωματικού βάρους. Στόχος των αντικαταθλιπτικών είναι η προσπάθεια να αντιμετωπιστούν τα στοιχεία κατάθλιψης που συνοδεύουν τη νευρική ανορεξία ώστε να επανέλθει το άτομο στη φυσιολογική διάθεση που αφορά την αντίληψη του σώματος και εαυτού (Tompson , 1996).

Έχει αποδειχθεί ότι τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να ελαττώσουν τη συμπεριφορά και της υπερφαγίας και της πρόκλησης εμετού , τόσο σε ανορεκτικά όσο και σε βουλιμικά άτομα . Τα αντικαταθλιπτικά χάπια (όπως το amitriptyline) είναι η συνηθισμένη θεραπεία φαρμάκων και μπορούν να επιταχύνουν τη διαδικασία ανάκαμψης. Η χλωροπρομαζίνη μπορεί να είναι ευεργετική για εκείνα τα άτομα που πάσχουν από τις αυστηρές ιδεοληψίες και από αυξανόμενο άγχος . Ακόμα , η κυπροεταδίνη έχει βοηθήσει ορισμένα άτομα να βάλουν βάρος . (www.Psych Central Anorexia Nervosa Treatment.htm)

Κατά την οξεία φάση , λοιπόν , η θεραπεία συμπεριφοράς και η υποστήριξη του ασθενή είναι η προσέγγιση επιλογής συνεπικουρούμενη ενδεχομένως από τη φαρμακευτική αγωγή .(Μάνος , 1997)

Επιπλέον είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν ηρεμιστικά ή νευροληπτικά της ομάδας των φαινοθειαζινών, που σχετίζονται με ψυχωτικές καταστάσεις. Ο ασθενής ηρεμεί αλλά ταυτόχρονα μειώνονται

οι διαστρεβλωμένες αντιληπτικές σκέψεις. Σε συνδυασμό με διεγερτικής φύσης φάρμακο που προκαλεί όρεξη όπως η συπροεπταδίνη (cyproheptadine) ως ανταγωνιστής της σεροτονίνης, αυξάνει την επιθυμία κατάποσης της τροφής και τα αποτελέσματα είναι άμεσα. (Palmer , 1984).

Επίσης κατά τη διάρκεια της θεραπείας πρέπει να παρακολουθείται η καθημερινή κατανάλωση υγρών καθώς και το βάρος του ασθενή . Εάν το πρόσωπο κάνει εμετό μετά από τα γεύματα, πρέπει να το προσέξουν για μερικές ώρες αφότου γευματίσει για να μην προσφύγει στον εμετό.

Η διατροφή του ατόμου πρέπει να ξεκινά από 1.500-2.000 θερμίδες την ημέρα. Η λήψη θερμίδων μπορεί να αυξηθεί βαθμιαία δεδομένου ότι ο ασθενής κερδίζει θεραπευτικούς στόχους . Ο ασθενής πρέπει να έχει έξι ίσες τροφοδοτήσεις καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, αν και αυτό μπορεί να μην είναι πάντα εφικτό. Οι σοβαρά ανόρεκτοι ασθενείς μπορούν να αρχίσουν με ένα υγρό συμπλήρωμα τροφίμων (π.χ., Sustagen).

Εντούτοις τα προγράμματα ασθενών (ειδικά) πρέπει να είναι προσεκτικά για να μην δώσουν υπερβολική έμφαση στη σημασία του βάρους ενός ασθενή . Το βάρος είναι μόνο το σύμπτωμα σε αυτήν την διαταραχή της εικόνας αποστεωμένων σωμάτων και των προβλημάτων του αυτοσεβασμού . Οποιαδήποτε θεραπεία πρέπει να εστιάζει σε αυτές τις αρχικές δυσκολίες . Το κέρδος βάρους μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αντικειμενικό μέτρο για την θεραπευτική πρόοδο . (www.Phych Central Anorexia Nervosa Treatment.htm)

Υστερα από την ανάκτηση του βάρους, η θεραπευτική διαδικασία συνεχίζεται με ψυχοθεραπευτικές μεθόδους για να μειωθεί ο κίνδυνος υποτροπής . Οι φαρμακευτικές μέθοδοι από μόνες τους δεν επαρκούν για την αντιμετώπιση φαινομένου .

B. Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση

Πέρα από την αντιμετώπιση των φυσικών συμπτωμάτων — με την προσθήκη φαρμάκων — ή τον αναγκαστικό εγκλεισμό σε νοσοκομειακές δομές σε περιπτώσεις απειλής της ίδιας της ζωής, η ψυχολογική υποστήριξη οποιασδήποτε μορφής είναι απαραίτητη (Whitney & Wolfes , 1993).

Το θεραπευτικό Πρόγραμμα σαφώς περιλαμβάνει δύο τομείς: α) την επανασίτιση όπου η οικογένεια και ο / η θεραπευτής θα επιβληθούν και β) την ψυχοθεραπεία, διαχωριζόμενη σε ατομική / ομαδική και οικογενειακή (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1986).

Επιπλέον, όσον αφορά την ψυχοθεραπεία υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί και συγκεκριμένοι στόχοι οι οποίοι πρέπει να διεκπεραιωθούν ως το τέλος της θεραπείας. Τα ενθαρρυντικά αποτελέσματά της εμφανίζονται σε περιπτώσεις όπου έχει ανακτηθεί το 85% του φυσιολογικού σωματικού βάρους και ο τύπος της ψυχοθεραπείας διαφέρει ανάλογα με την ηλικία, την προσωπικότητα και τις συνθήκες του περιβάλλοντος. Παράλληλα, όταν η νευρική ανορεξία βρίσκεται στο χρόνιο στάδιο (πάνω από επτά χρόνια), η δυσκολία για πλήρη ανάρρωση υφίσταται σε μεγάλο βαθμό. Η πρόοδος εξαρτάται λοιπόν, αφού ανακτηθεί ένα ικανοποιητικό βάρος, επανέλθει η έμμηνος ρύση και σταδιακά τροποποιηθεί η αφοσίωση και η ακατάλληλη συμπεριφορά προς την τροφή (Dally & Gomez , 1980).

Εφόσον ασθενής ανακτήσει το βάρος πρέπει να δημιουργηθούν οι βάσεις ώστε να γίνουν αντιληπτά τα αίτια της νευρικής ανορεξίας, τί ώθησε το άτομο να απαρνηθεί την τροφή. Καθώς άτομα με νευρική ανορεξία έχουν περισσότερες γνώσεις γύρω από το ζήτημα της

διατροφής σε σχέση με τον μέσο άνθρωπο εξαιτίας της παθολογικής ενασχόλησής, είναι δύσκολο να αλλάξουν τις πεποιθήσεις τους. Η επανεκπαίδευση σε θέματα διατροφής είναι αναγκαία καθώς χρειάζεται το άτομο να υιοθετήσει μια φυσιολογική συμπεριφορά, ώστε να αποφεύγει την αυστηρή διακοπή της κατάποσης τροφής για μεγάλα χρονικά διαστήματα. (Abraham & Llewellyn – Jones , 1987).

Η διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος είναι η πιο κοινή μεταξύ των ανθρώπων που πάσχουν από αυτήν την διαταραχή . Ο ασθενής πρέπει να καθοδηγηθεί στο πώς να αναγνωρίσει τα κατάλληλα ποσοστά λίπους καθώς και το βάρος ενός κανονικού σώματος και να το συσχετίσει με το δικό του . (www.Psych Central Anorexia Nervosa Treatment.htm)

Η άρνηση της τροφής δεν είναι απλά μια παθητική πράξη αλλά το αποτέλεσμα αποφασιστικότητας και προσπάθειας από μέρους της γυναίκας. (Abraham & Llewellyn – Jones , 1987).

Η ψυχοθεραπεία είναι ουσιαστικά ένα μέρος εξερεύνησης, ανασκόπησης και η έσχατη απελευθέρωση των περίπλοκων συναισθημάτων του ατόμου - της απόγνωσης, της μελαγχολίας και της απέχθειας για τον εαυτό. Καθώς η νευρική ανορεξία προσφέρει κάποια σταθερότητα και έλεγχο στο χαοτικό και μη αποδεκτό εαυτό, η θεραπευτική σχέση στοχεύει στη διαμόρφωση ενός λογικού συλλογισμού και συνειδητοποίησης των λόγων άρνησης της τροφής. Δίνεται μια ευκαιρία να δεχτεί το άτομο την τροφή ως μέρος της ζωής και μάλιστα ως ένα ευχάριστο και ζωτικό χαρακτηριστικό διατήρησής της (Orbach , 1993).

Με τη βοήθεια της ψυχοθεραπείας, το άτομο με νευρική ανορεξία ενθαρρύνεται και υποστηρίζεται με τέτοιο τρόπο ώστε να κερδίσει εμπιστοσύνη. Εμπιστοσύνη πρώτα προς τον ψυχοθεραπευτή που θα βοηθήσει να ελέγξει μ' ένα διαφορετικό πια τρόπο την τροφή, ώστε να

μην παίζει το ρόλο ενός υποκατάστατου και εξίσου να μην συμβολίζει τίποτα παραπάνω από μια ευχάριστη αλλά και ζωτική λειτουργία. Εμπιστοσύνη δεύτερον, προς τον ίδιο του τον εαυτό, ώστε να διερευνηθούν οι κρυφές πτυχές του και να αποκαλυφθούν τα προβλήματα που βασανίζουν πραγματικά το άτομο και που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την πορεία που έχει ακολουθήσει. Επιπλέον, ο ψυχοθεραπευτής καθησυχάζει την ασθενή ώστε καθώς το σωματικό βάρος αυξάνεται, δεν υπάρχει κίνδυνος να παχύνει με σκοπό να μην δημιουργούνται περαιτέρω προβλήματα κατά τον δύσκαμπτο συλλογισμό της και να περιπλέκεται σ' ένα φαύλο κύκλο (Abraham & Llewellyn – Jones , 1987).

Ο θεραπευτής θέτει επί τάπητος αντικειμενικά το θέμα μεγέθους και βάρους του σώματος σε συνδυασμό με τα συναισθήματα απέχθειας προς αυτό. Το σώμα παίρνει μια πραγματική υπόσταση και η έννοια της αποξένωσης, η χρήση του ως αντικείμενο, η μορφοποίηση του σε ένα καινούργιο «πρόσωπο»- εαυτό αναλύονται και μ' αυτό τον τρόπο διαμορφώνονται (Orbach , 1993).

Η αρνητική εικόνα του εαυτού , συχνά δημιουργείται από συγκεκριμένα τραυματικά γεγονότα ή μνήμες κατά τα αναπτυξιακά στάδια του ατόμου της παιδικής ηλικίας. Οι γονείς μπορούν να διαδραματίσουν έναν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη μιας αρνητικής εικόνας του εαυτού στο άτομο. Αυτά είναι σημαντικά ζητήματα τα οποία πρέπει να αγγίξει η θεραπεία.

Η ομαδική θεραπεία είναι όχι μόνο μια κατάλληλη μορφή, αλλά συχνά μια επιλεγμένη μορφή θεραπείας για τα ισχυρά αποτελέσματά της . Στην ομαδική θεραπεία ο ασθενής εκτός από την υποστήριξη που κερδίζει έρχεται αντιμέτωπος στα ζητήματα ευκολότερα απ' ό,τι στη μεμονωμένη θεραπεία.

Στην οικογενειακή θεραπεία είναι πολύ χρήσιμη η εκπαίδευση της οικογένειας αναφορικά με την διαταραχή του παιδιού . Αυτό θα βοηθήσει στην εξασφάλιση της συμμόρφωση του ασθενή με τις συστάσεις θεραπείας. Ένα καλό σύστημα υποστήριξης είναι ουσιαστικό στη γρήγορη αποκατάσταση. (www.Phych Central Anorexia Nervosa Treatment.htm)

Πέρα λοιπόν, από την ατομική ψυχοθεραπεία, υπάρχουν περιπτώσεις που είναι αναγκαία η άμεση σύνδεση με το περιβάλλον και ιδιαίτερα το οικογενειακό. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι μια λογική προέκταση των προσπαθειών που καταβάλλονται για να προσαρμοστεί το άτομο στις νέες συνθήκες και κατ' επέκταση στον καινούργιο εαυτό, απαλλαγμένο από τις άμυνες.

Όταν μάλιστα ο ασθενής ζει με την οικογένειά του και εξαρτάται συναισθηματικά αλλά και πρακτικά — οικονομικά, τότε η εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία είναι απαραίτητη προς όφελος όλων. Εκτός από το πλεονέκτημα της ευκαιρίας που δίνεται να εξεταστούν οι δυσκολίες παρόντος και παρελθόντος, πρέπει να τροποποιηθεί το περιβάλλον ώστε να αυξηθούν οι πιθανότητες ανάρρωσης της ανορεκτικής γυναίκας. Η θεραπεία μπορεί να πάρει τη μορφή οικογενειακών συναντήσεων ή μερικές φορές ατομική υποστήριξη των μελών της (Palmer , 1984).

Το ευάλωτο ανορεκτικό άτομο είναι αυτό που επηρεάζεται περισσότερο και συμβολικά επαναστατεί στο οικοδόμημα της οικογένειας. Η ψυχοθεραπεία επανδρώνοντας τον αδύναμο χαρακτήρα του με στοιχεία αυτογνωσίας, δημιουργεί μια πιο ανεκτική μορφή απέναντι στα προβλήματα της οικογένειας. Στηριζόμενος στον εαυτό του, ο ασθενής προετοιμάζεται μέσω της θεραπείας να αποκτήσει τα

δικαιώματά του και να μην υποκύπτει παθητικά. Στην ουσία ετοιμάζεται να πάρει μέρος στην κοινωνική πλευρά της αλληλεπίδρασης.

Όμως οι παραπάνω αλλαγές δεν επιτυγχάνονται αμέσως. Η επαφή του ψυχοθεραπευτή με την οικογένεια είναι καθοριστική, επειδή η πορεία της νευρική ανορεξίας εξαρτάται από τους λεπτούς χειρισμούς που πρέπει να κάνει, ώστε να έχει την πλήρη αποδοχή και συμμετοχή των μελών. Οι συνεντεύξεις με την οικογένεια ωφελούν στην κατανόηση από μέρους των μελών της σοβαρής κατάστασης του ατόμου με νευρική ανορεξία και τη σημασία της επίτευξης επικοινωνίας που θα λειτουργήσει θεραπευτικά.

Οι Προτάσεις που αφορούν την αλλαγή της συμπεριφοράς προς το άτομο, η δημιουργία κλίματος αισιοδοξίας και πίστης για την καλύτερευση ακόμα και σε περιόδους κρίσεων και αμφισβήτησης του αποτελέσματος είναι ο κατάλληλος τρόπος συμβολής της ψυχοθεραπείας. Ο θεραπευτής πρέπει να κρατά ουδέτερη και καθησυχαστική στάση απέναντι στους απελπισμένους γονείς, ώστε η ψυχοθεραπεία να λειτουργήσει με αποτελεσματικό τρόπο (Palazzoli , 1986).

Οι έφηβοι συχνά πάσχουν από αυτήν τη διαταραχή. Σε περιπτώσεις εφήβων ασθενών κάτω των 18 ετών , η θεραπεία με την οικογένεια από οικογενειακό θεραπευτή αποτελεί τη θεραπεία εκλογής . (Κλινική Ψυχιατρική Πανεπιστημίου Αθηνών , 2004)

Η αδυναμία συντελεί στη δημιουργία αισθήματος δυσφορίας , ελαττώνει την ικανότητα του ατόμου να συγκεντρωθεί και να μάθει , επιβραδύνει την ανάπτυξη , διαταράσσει τους βιολογικούς ρυθμούς και καθιστά το παιδί πιο ευάλωτο σε επιπλοκές . Συνεπώς η ψυχοθεραπεία θα φέρει ταχύτερα αποτελέσματα. (Τσιαντής & Μανωλόπουλος , 1998)

Τέλος η ψυχοθεραπεία , ατομική και ομαδική , είναι αλληλένδετη με τη φαρμακευτική αγωγή που μπορεί να ακολουθεί ο ασθενής . Αυτό

συμβαίνει γιατί μέσω της διαδικασίας της ψυχοθεραπείας ο ασθενής βρίσκεται αντιμέτωπος με τα συναισθήματα του , ζητήματα που τον απασχολούσαν και συγκάλυπτε με την τάση του για λιμοκτονία . Ο ψυχοθεραπευτής προωθώντας την αλλαγή της εικόνας του σώματος , που έχει ο ασθενής , κινητοποιεί το άτομο να δεχθεί τη φαρμακευτική αγωγή και να κατανοήσει τη φύση του προβλήματος .Έτσι , ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με την ίδια την διαταραχή και αναπτύσσοντας μια σχέση εμπιστοσύνης με το θεραπευτή είναι πιο εύκολο να δρομολογηθεί στην αντιμετώπιση της διαταραχής .

Γ. Γνωστική –συμπεριφορική προσέγγιση

Η γνωστική — συμπεριφορική θεραπεία βασίζεται στην ιδέα της παρέμβασης στην αντίληψη του ατόμου, εάν του δοθούν ακριβείς πληροφορίες και δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης. Η εμπλοκή του θεραπευτή με το άτομο είναι υποστηρικτική και με καθορισμένο τρόπο ανιχνεύονται καταρχήν η γνωστική αναδόμηση της σκέψης και στη συνέχεια η συμπεριφορά. Είναι δυνατόν πολλές φορές να συμμετέχει και η οικογένεια ή η θεραπεία να είναι ατομική ή ομαδική. Στη γνωστική — συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιούνται εξωτερικά βοηθήματα όπως λόγου χάρη βιβλία αυτοβοήθειας, ερωτηματολόγια ως πρόσθετο υλικό για την καλύτερη δυνατή εφαρμογή. Ο θεραπευτής διαθέτει τις κατάλληλες θεραπευτικές δεξιότητες ώστε να συνδυάζεται η θεωρητική με την πρακτική εφαρμογή των τεχνικών που θα χρησιμοποιηθούν (Abraham & Llewellyn – Jones , 1987).

Η γνωστική ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει διορθώνοντας λαθεμένες αντιλήψεις των ασθενών για τα αισθήματα , τις ανάγκες τους

και την ικανότητα να ελέγξουν την ζωή τους και η ψυχοδυναμική (αποκαλυπτική) ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να λύσει διαπροσωπικά προβλήματα και συγκρούσεις και να διορθώσει στοιχεία της προσωπικότητάς του, που μπορεί να συνδέονται με την διαταραχή στην πρόσληψη τροφής. (Μάνος, 1997)

Τα ανορεκτικά άτομα τείνουν να παραμένουν αμετανόητα στις ισχυρές πεποιθήσεις σε σχέση με άλλα άτομα με διατροφικές διαταραχές, οπότε κάθε επιπρόσθετη τεχνική είναι σημαντική, ώστε να βοηθήσει στη θεραπεία αλλά και να παρεμποδίσει τυχόν υποτροπή.

Η έμφαση της γνωστικής — συμπεριφορικής θεραπείας δίνεται στην απόκτηση του φυσιολογικού — κανονικού τρόπου διατροφής και σωματικού βάρους μέσω γνωστικών και συμπεριφορικών παρεμβάσεων. Οι γνωστικές παρεμβάσεις αφορούν τις πεποιθήσεις που διατηρούν τη διαιτητική διατροφή και την χρόνια καταστολή του βάρους καθώς επίσης θεμελιώδεις λανθασμένες υποθέσεις που σχετίζονται με συναισθήματα αναξιότητας, έλλειψης ελέγχου και αυτονομίας και θέματα ανάπτυξης.

Έμφαση δίνεται επίσης στους παράγοντες που αιτιολογούν και διατηρούν τη διαταραχή, τονίζοντας τα στοιχεία της παρούσας κατάστασης. Οι συμπεριφορές, οι πεποιθήσεις και οι αντιλήψεις που σχετίζονται με την εμφάνιση υπερεκτιμούνται από το ανορεκτικό άτομο και κυριαρχούν την εικόνα του εαυτού. Δημιουργώντας ένα σχήμα οργανώνεται και απλοποιείται ο κόσμος του ατόμου, ενώ παράλληλα παρέχεται η βάση για συμπεριφορές που παρουσιάζονται στη νευρική ανορεξία. Με τη γνωστική — συμπεριφορική θεραπεία γίνεται κατανοητό στο άτομο η αυστηρή λειτουργικότητα των κανόνων που ελέγχουν τις συμπεριφορές και του λανθασμένου περιορισμού της διατροφής.

Το γνωστικό — συμπεριφορικό μοντέλο διακρίνεται σε τρεις διαδοχικές φάσεις, δίνοντας στην αρχή έμφαση σε συμπεριφορικές παρεμβάσεις, στη συνέχεια αλλά και συγχρόνως υπερέχει η γνωστική διαδικασία, ενώ η τελική φάση αφορά την παρεμπόδιση οποιασδήποτε υποτροπής. (Tompson, 1996)

Στις πρώτες στρατηγικές θεραπευτή σημειώνεται η λήψη ιστορικού καθώς κρίνεται απαραίτητη η συλλογή πληροφοριών αναφορικά με την ιστορία του βάρους, τις τωρινές διατροφικές συμπεριφορές και τις συνήθειες διαδικασίες για το χάσιμο βάρους. Μ' αυτό τον τρόπο ο θεραπευτής καταστρώνει τη θεραπευτική στρατηγική βάσει της χρονιότητας και της σοβαρότητας της κατάστασης. Επιπλέον, λαμβάνεται το οικογενειακό ιστορικό ώστε να φανούν οι σχέσεις, οι δεσμοί, πιθανοί διαπληκτισμοί στα μέλη της οικογένειας και οτιδήποτε ενισχύει και διατηρεί την νευρική ανορεξία.

Πρωταρχικός στόχος είναι να αλλάξει η διατροφική συμπεριφορά. Η συστηματική Απευαισθητοποίηση είναι μια από τις σημαντικότερες τεχνικές που βοηθά το άτομο να εγκαθιδρύσει μη προβληματικές συμπεριφορές, εξαλείφοντας τους μαθημένους τρόπους αντίδρασης. Σ' αυτήν την περίπτωση το άτομο με άσκηση στη χαλάρωση, εκτίθεται κάθε φορά στο φοβικό αντικείμενο, που δημιουργεί το φοβικό συναίσθημα. Η τροφή και το σώμα είναι τα κυρίαρχα φοβικά αντικείμενα στην περίπτωση της νευρικής ανορεξίας. Πρέπει ακόμα να σημειωθεί ότι είναι σημαντικό να κατορθώσει το άτομο μέσω της τεχνικής της Απευαισθητοποίησης να θέσει τον εαυτό του μπροστά στον καθρέπτη ντυμένο ή όχι, βήμα αξιοσημείωτο και ελπιδοφόρο στην πρώτη αυτή φάση της θεραπείας.

Πέρα όμως από τη συγκεκριμένη τεχνική υπάρχουν και άλλες συμπεριφορικές τεχνικές όπως :

- Η θετική ή αρνητική ενίσχυση της συμπεριφοράς του ατόμου όσον αφορά τη διατροφή

- Η παρατήρηση μέσω παρακολούθησης και παράλληλης καθοδήγησης

- Η κατ' οίκον εργασία είναι σημαντικό μέρος και συνέχεια των συνεδριών και περιλαμβάνει φόρμες καταγραφής της καθημερινής κατάποσης τροφής, των συναισθημάτων από τα οποία διακατέχεται το άτομο, μέτρησης του σωματικού βάρους κ.α.

- Η προσπάθεια μέσω βιβλιογραφικών πληροφοριών αλλά και της μαιευτικής μεθόδου με τη συμμετοχή του θεραπευτή, το άτομο να γνωρίσει λεπτομερέστερα την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και να αναγνωρίσει τυχόν λανθασμένες απόψεις περί του προβλήματος.

- Η εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν τη σωματική εμφάνιση είναι εξίσου σημαντικά καθώς ενημερώνεται για τα κοινωνικό — πολιτισμικά μηνύματα της κοινωνίας και των μέσων μαζικής ενημέρωσης ειδικότερα. Εάν εκφραστούν με σαφήνεια οι μύθοι που σχετίζονται με την αυτό — βελτίωση και την επίτευξη της ομορφιάς αποκαλύπτεται η εξαπάτηση που αφορά τη δημιουργία μιας νέας εικόνας, την οποία το άτομο επιθυμεί μέσω της διακοπής κατάποσης της τροφής.

Το δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει ουσιαστικά τις γνωστικές πτυχές που σχετίζονται με τη συμπεριφορά . Δυσπροσαρμοστικά γνωστικά φαινόμενα παρατηρούνται σε διάφορα αλληλένδετα επίπεδα — από τις αυτόματες σκέψεις έως γνωστικά λάθη που υπογραμμίζουν πεποιθήσεις, απόψεις, υποθέσεις και σχήματα. Η θεραπεία έχει ως στόχο τον εντοπισμό της προσωπικής δυσπροσαρμοστικότητας του ανορεκτικού ατόμου η οποία υπηρετεί τις δυσλειτουργικές σκέψεις για την εικόνα του σώματος, τα συναισθήματα και τις λανθασμένες συμπεριφορές.

Πρωταρχικός στόχος είναι η εγκαθίδρυση υγιών διατροφικών συνηθειών, καθώς αναλύονται οι λόγοι για τους οποίους το άτομο αποφεύγει συγκεκριμένες τροφές. Στη συνέχεια εντοπίζονται συγκεκριμένες λανθασμένες αυτόματες σκέψεις από μέρους του ατόμου και αναπτύσσονται στρατηγικές με στόχο τη διόρθωση αυτών με πιο λογικά στοιχεία.

Στη νευρική ανορεξία είναι συχνές οι γνωστικές παρανοήσεις. Το άτομο σκέφτεται με ακραίους και απόλυτους τρόπους, την ονομαζόμενη διχοτομική λογική. Επιλέγοντας κομμάτια μιας κατάστασης αγνοεί άλλα, γεγονός που εφαρμόζεται στην περίπτωση της νευρικής ανορεξίας. Το βάρος επιλέγεται ως το μοναδικό όριο αναφοράς απαραίτητο για την αυτοεκτίμηση.

Αναγνωρίζοντας τα λανθασμένα ενδοπροσωπικά σχήματα όπως είναι η αίσθηση αναξιότητας, η μη αποδοχή από τους άλλους και η αίσθηση του μη ελέγχου σε όλους τους τομείς της ζωής, το άτομο συνειδητοποιεί το λανθασμένο τρόπο σκέψης.

Καθώς η γνωστική — συμπεριφορική θεραπεία συνδέει τις δυο ανεξάρτητες αλλά και αλληλένδετες πλευρές του εαυτού — σώματος και σκέψης — τονίζεται συνεχώς η διαστρέβλωση των παραπάνω κατά τη θεραπευτική διαδικασία ώστε να επιτευχθεί μια υγιής διατροφική συμπεριφορά αλλά και λογική σκέψη με απώτερο στόχο τη συμφιλίωση με το σώμα και τον εαυτό.

Το τελευταίο στάδιο περιλαμβάνει επανάληψη των τεχνικών αντιμετώπισης υψηλού κινδύνου καταστάσεων και συγκεκριμένων στρατηγικών που εμποδίζουν την υποτροπή, προωθούν δεξιότητες προσαρμογής και διευκολύνουν την ανάρρωση. Καθώς ο θεραπευόμενος με τη βοήθεια του θεραπευτή κάνει ανασκόπηση των συγκεκριμένων γνωστικών — συμπεριφορικών εργαλείων και στρατηγικών που

βοήθησαν περισσότερο δίνεται βαρύτητα στην πιθανή χρήση αυτών στο μέλλον. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ο ρόλο της γενίκευσης των παραπάνω δεξιοτήτων σε όλες τις πλευρές της ζωής του ατόμου που σχετίζονται με τη νευρική ανορεξία (Tompson , 1996) .

Δ. Μοντέλο αυτοβοήθειας

Οι μέθοδοι αυτοβοήθειας για την θεραπεία αυτής της διαταραχής αγνοούνται συχνά από το ιατρικό επάγγελμα επειδή πολύ λίγοι επαγγελματίες εμπλέκονται σε μια τέτοια αντιμετώπιση . Οι ομάδες υποστήριξης αυτοβοήθειας είναι ιδιαίτερα ισχυρές και αποτελεσματικές και μειώνουν το ποσοστό υποτροπής. Τα άτομα αντιλαμβάνονται ότι μπορούν να αναπηδήσουν διαφορετικές ιδέες κάθε φορά, να πάρουν την αντικειμενική ανατροφοδότηση για την εικόνα του σώματος , οπότε κερδίζουν την αυξανόμενη κοινωνική υποστήριξη. Σε όλο τον κόσμο υπάρχουν πολλές ομάδες υποστήριξης . (www.Phych Central Anorexia Nervosa Treatment.htm)

Ωστόσο τα αποτελέσματα αυτού του μοντέλου είναι ενθαρρυντικά. Πρέπει όμως να τονιστεί πως συνιστάται σε άτομα με νευρική ανορεξία που έχουν διανύσει το πρώτο βήμα της αποδοχής του προβλήματος. Η αυτοβοήθεια δεν είναι απλά μια δεύτερη λύση μετά από την απογοήτευση άλλων προσεγγίσεων. Αποτελεί θεραπεία από μόνη της. Εκτός βέβαια από το βήμα της αναγνώρισης του προβλήματος το άτομο δεν πρέπει να έχει άλλα προβλήματα ψυχιατρικής φύσης. Το μοντέλο αυτοβοήθειας σχετίζεται είτε με εγχειρίδια που αναφέρονται στους τρόπους αντιμετώπισης της διατροφικής διαταραχής είτε σε ομάδες αυτοβοήθειας που ως κοινό χαρακτηριστικό είναι η νευρική ανορεξία.

(Garner & Needleman , 1996). Στόχος των βιβλίων, μετά την αναγνώριση του προβλήματος είναι να ανακαλύψει το άτομο τί κρύβεται πίσω από τη διατροφική συμπεριφορά του, και πώς μπορεί να προσεγγίσει τις δυσκολίες ώστε να τις αντιμετωπίσει.

Μέσω των εγχειριδίων δίνονται συμβουλές και γίνεται αναφορά σε θέματα που συνδέονται με τη νευρική ανορεξία. Πρωτίστως δηλώνεται ότι η διατροφική αυτή διαταραχή δεν έχει σχέση με την τροφή αλλά είναι μια ασπίδα προστασίας από ανομολόγητα συναισθήματα. Στοιχεία που σχετίζονται με δυσκολίες που το άτομο συνάντησε στο παρελθόν, η ανάμνηση της απαρχής της διαταραχής, οι σκέψεις που συνοδεύουν κάθε φορά που τρέφεται και οι πρώιμες εμπειρίες θρέψης είναι σημαντικά για τη συνειδητοποίηση του τί συμβαίνει. Η εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας ξεκίνησε όταν το άτομο αντιμετώπισε μια κρίση, όταν τα πρώτα σημάδια της εφηβικής ανάπτυξης ήρθαν στο φως ή όταν ήρθε αντιμέτωπο με προβλήματα αναπτυξιακά (π.χ. έμμηνος ρύση, σεξουαλική επιθυμία, ανανισμός). Στις παραπάνω καταστάσεις η αντίδραση ήταν η διακοπή ή ο περιορισμός της τροφής. Αν ναι τότε η κατανόηση ένα δεύτερο επίπεδο - τη φάση της αιτιολόγησης. Με αυτό τον τρόπο η είναι δίπλευρη ή συνεχίζει το άτομο στην ίδια αφόρητη κατάσταση ή αποφασίζει να αλλάξει συνειδητοποιώντας το κακό που προκαλεί στον εαυτό του (Buckroyd , 1996).

Παράλληλα, η μέθοδος των εγχειριδίων μπορεί να συνδυαστεί με τις ομάδες αυτοβοήθειας. Οι γυναίκες είναι ιδιαίτερα δεκτικές να αντιμετωπίσουν το πρόβλημά τους κάτω από ομαδικές συνθήκες και να μοιραστούν τις ανησυχίες τους με άλλες που συμπάσχουν. Τα πλεονεκτήματα των ομάδων είναι σημαντικά και ικανά να βοηθήσουν το άτομο. Οι υπεύθυνοι των ομάδων έχουν ήδη αναρρώσει από την ίδια διαταραχή και είναι έτοιμοι να προσφέρουν τη βοήθειά τους. Το άτομο

μπορεί εύκολα να μπει ή να βγει από την ομάδα όποτε επιθυμεί, δεν αισθάνεται ως ασθενής και έχει κοντά του άτομα που μπορούν να βοηθήσουν σε περίπτωση κρίσης. Καθώς το περιβάλλον είναι υποστηρικτικό, δημιουργεί τις κατάλληλες προϋποθέσεις ώστε το άτομο να παρατηρεί τις καταστρεπτικές συνέπειες που έχουν επιφέρει η καταπίεση των συναισθημάτων και των επιθυμιών μέσω αναφορών των άλλων μελών. Η συνειδητοποίηση ότι η νευρική ανορεξία πλήττει και τους συνανθρώπους του διακόπτει την αποξένωση και αποτελεί αφορμή για κοινωνική επαφή. Επιπλέον το άτομο αισθάνεται πως έχει καταφέρει μόνο του οποιαδήποτε αλλαγή στη διατροφική του συμπεριφορά και νιώθει ασφάλεια αποφεύγοντας την υποτροπή (Abraham & Llewellyn – Jones , 1987).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

4.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Σε μία προσπάθεια ιστορικής αναδρομής γίνεται γνωστό ότι αν η διανοητική ανορεξία κίνησε το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας από τον 19^ο αιώνα, οι βουλιμικές συμπεριφορές αντιμετωπίστηκαν για καιρό όχι σαν τέτοιες, αλλά σαν συμπτώματα ευρύτερων παθολογιών.

Αυτές οι συμπεριφορές υπήρξαν στην πραγματικότητα αντικείμενο μίας μακράς νοσογραφικής περιπλάνησης και συσχετίστηκαν διαδοχικά με τη μία ή την άλλη παθολογία.

Όπως αναφέρει ο Arpfeldorfer (1997), ο Κάρολος Λαζέγκ και ο Σάντορ Φέρεντζι τις βλέπουν σαν σημάδι υστερικής νεύρωσης, ενώ ο Σίγκμουντ Φρόυντ τις θεωρεί άλλοτε υστερικές εκδηλώσεις και άλλοτε συμπτώματα “σύγχρονης νεύρωσης”. Στη συνέχεια, οι βουλιμικές συμπεριφορές παύουν να κατατάσσονται στις νευρώσεις και αποδίδονται σε μια βαθύτερη διαταραχή της προσωπικότητας. Ήδη ο Πιερ Ζανέ τις έβλεπε σαν σημάδι σοβαρής κατάθλιψης, ψυχασθενικού τύπου.

Από τη δεκαετία του 1920, το ρεύμα των ψυχαναλυτών πραγματοποιεί μία προσέγγιση ανάμεσα στη βουλιμία, τον αλκοολισμό και την τοξικομανία.

Το ενδιαφέρον για τον αριθμό των ατόμων που υποφέρουν από βουλιμία ξεκίνησε με την εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας στα μέσα της δεκαετίας του 1970.

Σύμφωνα με τον Fairburn (1999), η πρώτη μαρτυρία για την ύπαρξη της διαταραχής έκανε την εμφάνισή της με τη δημοσίευση ενός

αριθμού άρθρων που περιέγραφαν τη «βουλιμαρξία» ή το σύνδρομο «βουλιμίας – κάθαρσης» που παρουσίαζαν φοιτήτριες που έμεναν σε εστίες Αμερικανικών πανεπιστημίων.

Σε μία ανασκόπηση του ποσοστού των ατόμων που παραπέμφθηκαν σε ειδικά κέντρα για τη θεραπεία διαταραχών στην πρόσληψη τροφής στον Καναδά μεταξύ του 1975 και του 1986 τα αναφερόμενα ποσοστά για τη βουλιμία αυξάνονταν δραματικά. Από ένα σχεδόν μηδενικό ποσοστό περιπτώσεων οι παραπεμπόμενες περιπτώσεις είχαν ξεπεράσει τις 140 (D.H.Barlow & V.M.Durand,2002).

Το 1979 δημοσιεύεται η εργασία του Καθηγητή Gerald Russel «Bulimia Nervosa» : An ominous variant of anorexia nervosa (Βουλιμία Νερβόσα : Η άλλη όψη του νομίσματος της ψυχογενούς ανορεξίας). Στην εργασία αυτή περιέγραφε τα χαρακτηριστικά τριάντα ασθενών (είκοσι οκτώ γυναικών και δύο αντρών) τους οποίους παρακολουθούσε για εξήμισι χρόνια, από το 1972 έως το 1978. Οι ασθενείς αυτοί είχαν ψυχογενή βουλιμία όπως μας είναι γνωστή σήμερα.

Το 1980 το σύνδρομο της «βουλιμίας» εισάγεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (3^η έκδοση).

Από το 1980 έως το 1982 γίνονται μελέτες στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και στη Βρετανία οι οποίες δείχνουν πως η ψυχογενής βουλιμία αποτελεί συχνό φαινόμενο. Οι μελέτες αυτές 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).

Σύμφωνα με τους D.H.Barlow & V.M.Durand (2002), μέχρι πρόσφατα, οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής δεν εντοπιζονταν στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου η πρόσβαση στην επαρκή τροφή είναι μία καθημερινή πάλη. Οι διαταραχές αυτές ήταν διαδεδομένες μόνο στις χώρες της Δύσης, όπου η τροφή είναι ένα αγαθό γενικά σε επάρκεια. Όμως, σήμερα αυτή η κατάσταση έχει αλλάξει. Υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι ένα φαινόμενο που τείνει να παγκοσμιοποιηθεί. Οι μη συστηματικές συνεντεύξεις με επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην Ασία, δείχνουν ότι οι εκτιμήσεις του επιπολασμού των διαταραχών αυτών σε εκείνες τις χώρες, ιδιαίτερα στην Ιαπωνία, προσεγγίζουν τις αντίστοιχες εκτιμήσεις στις Η.Π.Α και σε άλλες χώρες της Δύσης.

4.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Όπως αναφέρει ο Fairburn (1999), η σημασία της λέξης «βουλιμία» έχει αλλάξει με την πάροδο του χρόνου. Από τα μέσα του δέκατου ένατου αιώνα, στην καθημερινή της χρήση σήμαινε ένα “άγριο μεθύσι” σύμφωνα με το Oxford English Dictionary. Παρόλο που διατηρεί ακόμη αυτή τη σημασία, τα αγγλικά λεξικά σήμερα την εξηγούν σαν μία υπερβολική κατανάλωση φαγητού, ενώ μπορεί επίσης να αναφέρουν και τον όρο «απόλαυση».

Το λεξικό Merriam Webster’s Collegiate Dictionary, 10^η έκδοση, για παράδειγμα, εξηγεί πως μία σημασία της λέξης είναι «αχαλίνωτη και συχνά υπερβολική απόλαυση».

Αυτή η ονομαζόμενη απόλαυση είναι εμπειρία που βιώνει τουλάχιστον μία στις πέντε γυναίκες σήμερα. Ωστόσο, η σημασία της εμπειρίας ποικίλλει σημαντικά ανά περίπτωση. Ορισμένες την αντιμετωπίζουν σαν ένα αθώο παράπτωμα, θεωρούν ότι δεν έχει αντίκτυπο στη ζωή τους...

Για κάποιες άλλες ωστόσο είναι ένα πραγματικό πρόβλημα με αρνητικές συνέπειες σε πολλές πτυχές της ζωής τους.

Η αποτυχία κατανόησης αυτής της διάκρισης – ήπια βουλιμία έναντι προβλήματος βουλιμίας – αποτελεί τη βαθύτερη αιτία της σύγχυσης που επικρατεί σε σχέση με αυτή τη συμπεριφορά. Μάλιστα οι παρερμηνείες του φαινομένου εντείνονται : πότε πρέπει ένα επεισόδιο λαιμαργίας να χαρακτηρίζεται σαν βουλιμία και πότε σαν μια απλή κατανάλωση φαγητού;

Έχοντας συνειδητοποιήσει την ανάγκη διευκρίνισης αυτών των ορισμών, οι ερευνητές έχουν κάνει εντατικές προσπάθειες προκειμένου να μελετήσουν τις εμπειρίες των ατόμων που πάσχουν από βουλιμία.

Παρόλο που οι προσωπικές εμπειρίες δεν είναι ποτέ ίδιες, αποδεικνύεται πως οι βουλιμικοί έχουν δύο κοινά χαρακτηριστικά : Η ποσότητα του φαγητού που τρώνε είναι μεγάλη, ενώ συγχρόνως υπάρχει μία *αίσθηση απώλειας του ελέγχου*.

Σύμφωνα με τον Χριστοδούλου (2004), το επεισόδιο υπερφαγίας σταματάει ή με κάποια εξωτερική - κοινωνική παρέμβαση ή από το αίσθημα σωματικής δυσφορίας. Το πέρας του επεισοδίου συνοδεύεται από αισθήματα ενοχής, κατάθλιψης ή αηδίας για τον εαυτό. Το πάσχον άτομο, στη συνέχεια, επιδίδεται σε επαναλαμβανόμενες αντιρροπιστικές συμπεριφορές, όπως καθαρτική συμπεριφορά (αυτοπροκαλούμενο έμετο, επαναληπτική χρήση καθαρτικών ή διουρητικών), είτε νηστεία και υπερβολική σωματική άσκηση, με στόχο την παρεμπόδιση της αύξησης του σωματικού βάρους.

Σε αντίθεση με την ψυχογενή ανορεξία, το άτομο που πάσχει από ψυχογενή βουλιμία μπορεί να διατηρεί ένα λίγο – πολύ φυσιολογικό σωματικό βάρος. Ωστόσο, όπως συμβαίνει και στην ψυχογενή ανορεξία, η αξιολόγηση του εαυτού βασίζεται κατεξοχήν στο βάρος και το σχήμα του σώματος.

Τρεις κυρίως καταστάσεις, που ανήκουν στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ), χαρακτηρίζονται από επαναλαμβανόμενα βουλιμικά επεισόδια :

- η **Ψυχογενής Βουλιμία**,
- ο **Βουλιμικός Τύπος της Ψυχογενούς Ανορεξίας** και η
- **Διαταραχή της Βουλιμίας**.

Στην **Ψυχογενή Βουλιμία** (ΨΒ ή και Νευρογενή Βουλιμία) τα βουλιμικά επεισόδια αποτελούν το κυρίαρχο χαρακτηριστικό, συμβαίνουν συνήθως τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα, και το άτομο συχνά αναγκάζεται να καταφύγει σε κάποιες επανορθωτικές συμπεριφορές, για να αποφύγει να πάρει βάρος, όπως είναι οι

αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, η κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών, οι επίπονες δίαιτες ή νηστείες, ή η υπερβολική σωματική άσκηση. Τα άτομα με ΨΒ ανησυχούν και ασχολούνται ιδιαίτερα με το σχήμα και το βάρος του σώματός τους, σε τέτοιο σημείο ώστε αυτά τα στοιχεία να παίζουν κυρίαρχο ρόλο στον προσδιορισμό της συνολικής τους αυτοεκτίμησης. Το βάρος των ατόμων αυτών είναι κατά κανόνα φυσιολογικό.

Η ΨΒ αναφέρεται ότι συμβαίνει με την ίδια περίπου συχνότητα σε όλες τις βιομηχανικές χώρες. Αφορά το 1 – 3% των γυναικών, ενώ πολύ χαμηλότερο είναι το ποσοστό των πασχόντων αντρών.

Η Ψυχογενής Ανορεξία (ΨΑ ή και Νευρογενής Ανορεξία ή Νευρική Ανορεξία) χαρακτηρίζεται από την άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό για το ύψος και την ηλικία του, από έναν υπερβολικό φόβο ότι είναι ή θα γίνει παχύ και από τη διαστρέβλωση της σωματικής του εικόνας.

Αν και η διαταραχή ονομάζεται Ανορεξία, τα άτομα με ΨΑ εξακολουθούν να έχουν την ίδια όρεξη για φαγητό όπως όλοι μας, κάτι που όπως καταλαβαίνουμε, κάνει τις στερήσεις στις οποίες υποβάλλονται ιδιαίτερα βασανιστικές. Ως αποτέλεσμα της φυσιολογικής τους όρεξης από τη μία πλευρά, και της παρατεταμένης δίαιτας και των νηστειών από την άλλη, τα άτομα αυτά κάποτε υποκύπτουν στην ανάγκη να φάνε προκαλώντας έτσι βουλιμικά επεισόδια, διαφορετικής έκτασης και συχνότητας (**Βουλιμικός Τύπος της Ψυχογενούς Ανορεξίας**). Τα άτομα με ΨΑ είναι εξ'ορισμού πάρα πολύ αδύνατα, γιατί ακόμη κι αν υποκύπτουν σε βουλιμικά επεισόδια, καταφεύγουν σε επανορθωτικές στρατηγικές, όπως οι αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, με τις οποίες διατηρούν πολύ χαμηλό το σωματικό τους βάρος.

Η **Διαταραχή της βουλιμίας** (ή Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας) αποτελεί μία καινούρια διαγνωστική κατηγορία. Η διαταραχή αυτή μοιάζει πολύ με την Ψυχογενή Βουλιμία από την άποψη

των χαρακτηριστικών και της συχνότητας των βουλιμικών επεισοδίων. Επειδή όμως στη Διαταραχή της βουλιμίας κατά κανόνα απουσιάζουν οι επανορθωτικές συμπεριφορές, οι οποίες και μειώνουν ή αναστρέφουν τα παχυντικά αποτελέσματα των επεισοδίων βουλιμίας, τα άτομα είναι κατά κανόνα υπέρβαρα (Χριστοδουλου, 2004).

4.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι λίγες έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με το πώς αναπτύσσονται τα προβλήματα βουλιμίας, υποδηλώνουν, πως υπάρχουν περισσότεροι από ένα δρόμοι, που οδηγούν σ'αυτά. Υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερα πιθανά σενάρια.

Είναι αποδεδειγμένο πως η ψυχογενής ανορεξία προηγείται συχνά της ψυχογενούς βουλιμίας και πως η διαίτα προηγείται της ψυχογενούς ανορεξίας.

Δίαιτα → Ψυχογενής Ανορεξία → Βουλιμία → Ψυχογενής Βουλιμία

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 βάρους 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 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 στη 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 πως έτρωγαν πολύ από 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 αδύνατον να χαλιναγωγήσουν την όρεξή τους. Το πότε ακριβώς σ'αυτή 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 διαίτας.

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» διαίτας. 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 διαίτα 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).

•Κοινωνικοί Παράγοντες

Η ψυχογενής βουλιμία έκανε την εμφάνισή της στη δεκαετία του 1970 και του 1980, σε μέρη του κόσμου όπου είχαν ήδη παρατηρηθεί κρούσματα ψυχογενούς ανορεξίας, όπως Βόρεια Αμερική, Βόρεια Ευρώπη, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία.

Για πολλές νεαρές γυναίκες των Δυτικών χωρών, η όμορφη εμφάνιση είναι πιο σημαντική από την υγεία. Στην πραγματικότητα, για τις περισσότερες γυναίκες που μεγαλώνουν σε ανταγωνιστικά περιβάλλοντα (της μεσαίας και ανώτερης κοινωνικής τάξης), η αξία, η ευτυχία και η επιτυχία τους καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από τη σωματική εμφάνιση, ένας παράγοντας που έχει μικρή ή καθόλου σχέση με την προσωπική ευτυχία και τη μακρόχρονη επιτυχία (D. H. Barlow & V. M. Durand, 2002).

Το πρότυπο σιλουέτας που άρχισε να προβάλλεται από τα φωτομοντέλα έπαιξε καθοριστικό ρόλο. Η ψυχογενής βουλιμία εμφανίστηκε όταν το να είναι κάποια υπερβολικά αδύνατη, όπως το διάσημο μοντέλο Τούιγκι από την Αγγλία έγινε της μόδας (Fairburn, 1999).

•Φύλο – Εθνικότητα – Κοινωνική τάξη

Τόσο η Ψυχογενής Βουλιμία όσο και η διαταραχή της βουλιμίας είναι πολύ πιο συχνές στις γυναίκες απ'ότι στους άνδρες, αν και αυτή η διαφοροποίηση 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 (Fairburn, 1999).

Η Ruth Stiegel – 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. Η Stiegel 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». 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, κομψές και ιδιαίτερα ελκυστικές γυναίκες.

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

Το πρόβλημα με 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 στην αποτυχία τους να το προσεγγίσουν είναι πολύ πιθανό να αναπτύξουν βουλιμία και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Έτσι ξεκινά ένας φαύλος κύκλος.

Όσον αφορά την εθνικότητα, 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.

Επίσης, υπάρχουν ενδείξεις πως οι περισσότεροι άνθρωποι με ψυχογενή βουλιμία προέρχονται από ανώτερες ή μεσαίες, παρά από κατώτερες κοινωνικές τάξεις. Αλλά, για ακόμη μια φορά, αναφέρουμε ότι αυτό μπορεί μόνο να σημαίνει πως τα άτομα των ανωτέρων ή μεσαίων κοινωνικών τάξεων είναι πιο πιθανό να αναζητούν θεραπεία.

Η κατανομή στις κοινωνικές τάξεις της διαταραχής της βουλιμίας παραμένει ένα ακόμη θέμα προς διερεύνηση (Fairburn, 1999).

•Ηλικία

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις, πως 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. Προφανώς αυτό είναι με τη σειρά του αποτέλεσμα δύο παραγόντων :

Πρώτον, όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς από τους άντρες στο να κρίνουν την αξία τους βάσει της εξωτερικής τους εμφάνισης, κάτι που τις χαρακτηρίζει ιδιαίτερα σ'αυτή την ηλικία.

Δεύτερον, πολλές έφηβες αποκτούν σιλουέτα που δεν θεωρείται ιδανική στις μέρες μας, όπως τουλάχιστον αυτή προβάλλεται από τα μανεκέν. Δεν είναι λοιπόν παράξενο το ότι μία νεαρή κοπέλα, το υπό ανάπτυξη σώμα της οποίας δεν μοιάζει με το ιδανικό, να επιχειρεί να το αποκτήσει μέσω της δίαιτας.

Ένας ακόμη παράγοντας σε σχέση με την ηλικία είναι πως η εφηβεία, όπως όλοι γνωρίζουμε, παρουσιάζει τεράστιες αναπτυξιακές αλλαγές στην εξωτερική εμφάνιση, διακυμάνσεις στη διάθεση, καθώς και αλλαγές στους κοινωνικούς ρόλους και προσδοκίες. Οι έφηβες με στοιχεία προσωπικότητας που θεωρείται πως τις θέτουν στον κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα βουλιμίας είναι πολύ πιθανό να αντιμετωπίσουν απώλεια του ελέγχου σ'αυτή την ηλικία (Fairburn, 1999).

•Φυσιολογικοί παράγοντες

Πολλοί άνθρωποι που ξεκινούν μια αυστηρή διαίτα νιώθουν κόπωση και αδιαθεσία. Βρέθηκε ότι τα άτομα αυτά έχουν χαμηλά επίπεδα τρυπτοφάνης στο αίμα τους, τα οποία αυξάνονται μετά την κατανάλωση φαγητού και ιδιαίτερα τροφίμων υψηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες. Η αύξηση αυτή οφείλεται στην απελευθέρωση ινσουλίνης που ακολουθεί ένα γεύμα, κι έχει σαν συνέπεια την αύξηση της αναλογίας τρυπτοφάνης προς τα άλλα αμινοξέα. Η αύξηση των επιπέδων τρυπτοφάνης, της επιτρέπει να περάσει από το αίμα στον εγκέφαλο, όπου προκαλεί την παραγωγή σεροτονίνης. Η αύξηση της σεροτονίνης στον εγκέφαλο προκαλεί μείωση της όρεξης του ατόμου και βελτίωση της διάθεσής του.

Σε έρευνα που έγινε, δόθηκε σε 11 γυναίκες με Ψυχογενή Βουλιμία τρυπτοφάνη σε υψηλές δόσεις (3 γρ. /ημέρα) και βιταμίνη Β6 (50mg /ημέρα), η οποία βελτιώνει την εισαγωγή της τρυπτοφάνης στον εγκέφαλο. Χρησιμοποιήθηκε επίσης μια ομάδα ελέγχου, που αντί για τρυπτοφάνη και βιταμίνη Β6 προσλάμβαναν placebo. Οι γυναίκες συμπλήρωναν επίσης κάθε βράδυ κι ένα ερωτηματολόγιο, αναφορικά με τη διάθεση και τη συμπεριφορά τους.

Μετά την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε ότι καθ' όλη την διάρκεια που οι γυναίκες έπαιρναν τρυπτοφάνη παρατήρησαν βελτίωση της διάθεσής τους, λιγότερα επεισόδια υπερφαγίας και λιγότερα τσιμπολογήματα. Επίσης, κι όταν ακόμη ξέφευγαν στο φαγητό, η ποσότητα αυτού ήταν πλέον πολύ μικρότερη. Ωστόσο οι μεταβολές αυτές ήταν μικρές, με αποτέλεσμα η θεωρία της τρυπτοφάνης να μην μπορεί να εξηγήσει εξολοκλήρου την βουλιμία των ανθρώπων.

Η αλήθεια είναι ότι ορισμένες γυναίκες με ΨΒ τρώνε υπερβολικά, διότι αυτό τις κάνει να αισθάνονται ανακούφιση και ευδιαθεσία και αυτό

εξηγείται με την αύξηση της σεροτονίνης, μετά από ένα πλούσιο σε υδατάνθρακες γεύμα (Abraham & Jones, 1990).

•Γενετικοί παράγοντες

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 στα συμπεράσμα 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 αδέρφια.

Η καλύτερη έρευνα που έχει γίνει μέχρι σήμερα σε δίδυμα 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 διαίτα, καθώς και συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας (Abraham & Jones, 1990).

•Οικογένεια

Το γεγονός ότι οι ΔΠΤ συναντώνται σε οικογένειες δεν σημαίνει 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 ΔΠΤ. Μέχρι σήμερα οι έρευνες αυτές έχουν εστιασθεί στη μελέτη συγγενών των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία και τα ευρήματά 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. 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.

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

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

Τα δεδομένα αυτά υποδηλώνουν πως οι ΔΠΤ μέσα στις οικογένειες μπορεί να είναι εν μέρει τουλάχιστον «μεταδοτικές» (Pike & Rodin, 1991).

Ακόμη, σύμφωνα με τον Apfeldorfer (1997), πολλές ψυχαναλυτικές θεωρίες χτίστηκαν εξαρχής γύρω από την ιδέα μιας “κακής μητέρας”. Η μητέρα της βουλιμικής περιγράφεται ως ψυχρό άτομο : καθοδηγείται από το καθήκον το οποίο πρέπει να φέρει εις πέρας, απεχθάνεται τις σωματικές επαφές με το παιδί της και αποφεύγει τις εκδηλώσεις στοργής.

Αγχωμένη από την ιδέα ότι ίσως να μην είναι καλή μητέρα, μπορεί να το παρακάνει και εύκολα προβαίνει σε καταχρήσεις. Στην πραγματικότητα, λοιπόν, είναι γυναίκα εύθραυστη, αγχώδης, ανικανοποίητη, υποτιμημένη, με καταθλιπτικές τάσεις.

Ο ρόλος του πατέρα έχει επί μακρόν παραμεληθεί. Περιγράφεται ως ξεθωριασμένη προσωπικότητα, χωρίς κύρος, ή πάλι ως ένας πατέρας σωματικά και ηθικά απών, προσηλωμένος στο επάγγελμά του ή ακόμη και εξαφανισμένος ή πεθαμένος.

Επίσης, ο Fairburn (1999), μελέτησε την πιθανότητα της ύπαρξης μιας ψυχικής διαταραχής στην οικογένεια, η οποία αποτελεί παράγοντα πρόκλησης κινδύνων, όσον αφορά την πρόσληψη τροφής.

Η ψυχιατρική διαταραχή που έχει περισσότερο διερευνηθεί μέχρι σήμερα είναι η κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν πως η παρουσία έντονης κατάθλιψης μέσα σε μια οικογένεια αυξάνει τον κίνδυνο οι κόρες να αναπτύξουν διαταραχή πρόσληψης τροφής.

Δε γνωρίζουμε ακόμη ποιος μηχανισμός μπορεί να οφείλεται γι' αυτό. Μπορεί να πρόκειται για μία κοινή οργανική διαταραχή, όπως μία ανωμαλία στη ρύθμιση της σεροτονίνης, μίας χημικής ουσίας που θεωρείται πως εμπλέκεται στην κατάθλιψη καθώς και στον έλεγχο πρόσληψης τροφής. Από την άλλη, ίσως έχουμε να κάνουμε με τις συνέπειες της ανατροφής ενός παιδιού από έναν καταθλιπτικό γονιό.

Οι άνθρωποι με ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν συχνά κλινική κατάθλιψη, αλλά γενικά φαίνεται πως αυτή αποτελεί συνέπεια του

προβλήματος βουλιμίας – είτε συμπίπτει είτε έπεται της έναρξης του προβλήματος πρόσληψης τροφής.

Ακόμη, η σεξουαλική κακοποίηση είναι το τραυματικό γεγονός που μελετήθηκε σε ικανοποιητικό βαθμό.

Μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε, συνέκρινε τα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης τριών ομάδων που επιλέχθηκαν από τοπικό πληθυσμό : γυναίκες χωρίς ψυχιατρική διαταραχή, με ψυχιατρική διαταραχή διαφορετική από εκείνη της πρόσληψης τροφής και με ψυχογενή βουλιμία.

Καθώς οι τρεις ομάδες είχαν επιλεγεί από το γενικό πληθυσμό της κοινότητας, το ενδεχόμενο να μελετηθούν μόνο οι γυναίκες που είχαν καταφύγει στη θεραπεία είχε αποφευχθεί.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπάρχει μια σχέση ανάμεσα στην παιδική σεξουαλική κακοποίηση και στη μετέπειτα ανάπτυξη μίας διαταραχής κατά την πρόσληψη τροφής, πιθανότατα όμως όχι συγκεκριμένη, αφού οι γυναίκες που υπέφεραν από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές ήταν εξίσου πιθανό να είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση στο παρελθόν. Συνεπώς, τα δεδομένα υποδηλώνουν πως οι γυναίκες που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να εκδηλώσουν κάποια ψυχιατρική διαταραχή γενικά και όχι συγκεκριμένες, που αφορούν την πρόσληψη τροφής. Αν και αυτή η διαπίστωση δείχνει πως ο συγκεκριμένος ρόλος της σεξουαλικής κακοποίησης είναι περιορισμένος, δε μειώνει φυσικά τη σημασία της ως αιτιολογικού παράγοντα σε μεμονωμένες περιπτώσεις (Fairburn, 1999).

•Χαρακτηριστικά προσωπικότητας

Ορισμένα χαρακτηριστικά είναι κοινά στα άτομα που υποφέρουν από βουλιμία και συχνά προϋπάρχουν της εμφάνισης του προβλήματος. Το μεγαλύτερο μέρος των ερευνών σχετικά με αυτό το θέμα έχει

επικεντρωθεί σε άτομα με ψυχογενή ανορεξία και σχετίζεται και με την Ψυχογενή Βουλιμία. Τα άτομα που παρουσιάζουν ΨΑ είναι πολύ υπάκουα και ευσυνείδητα ως παιδιά. Συνήθως είναι συνεσταλμένα και μοναχικά και δυσκολεύονται να έρθουν σε επαφή με τα άλλα παιδιά. Επιπλέον τείνουν να είναι ανταγωνιστικά άτομα και να επιδιώκουν επιτυχία. Θέτουν υψηλά κριτήρια και κάνουν τα πάντα για ανταποκριθούν σε αυτά. Αυτά τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά φαίνεται πως αποτελούν το προοίμιο της χαμηλής αυτοεκτίμησης και της τελειομανίας που παρατηρούνται σε πολλά άτομα με ΨΑ και ΨΒ.

Ο Arpfeldorfer (1997), αναφέρει ότι η νέα κοπέλα που ανήκει στον τύπο του βουλιμικού είναι συνήθως περιποιημένη και δίνει την εντύπωση ότι είναι σίγουρη για τον εαυτό της. Όταν το βάρος της είναι κοντά στο φυσιολογικό – αντίθετα με τη διανοητικά ανορεκτική ή την υπερφαγική παχύσαρκη – φαίνεται φυσιολογική. Πίσω όμως από αυτό το προσωπίο κρύβεται κάποιος που δεν αγαπά τον εαυτό του, που δεν αγαπά το κορμί του και περνά τον καιρό του προσπαθώντας να γίνει αρεστός στους συνομιλητές του, φοβούμενος την απόρριψη. Διαισθανόμενη με οδύνη την αντίθεση ανάμεσα στο φαίνεσθαι και στο είναι, έχει την εντύπωση ότι ζει μέσα σε ένα αιώνιο ψέμα. Ανίκανη να πάρει αποφάσεις, να δεσμευτεί σταθερά σε μια κατεύθυνση, η βουλιμική υποφέρει από ξαφνικές παλινωδίες στις επιλογές που αφορούν τη ζωή της. Εγκλωβίζεται σε “προσωρινές” καταστάσεις που διαιωνίζονται. Οι μόνες αποφάσεις της χαρακτηρίζονται γενικά από βίαιες και απερίσκεπτες παρορμήσεις, που στη συνέχεια συνήθως αναιρούνται. Απέναντι στους άλλους, η βουλιμική *διψά* για τον πλησίον, τον οποίο *καταβροχθίζει*, ενώ ταυτόχρονα ασφυκτιά μέσα στις πολύ στενές σχέσεις.

Ο Strober (1991), υποστηρίζει ότι μια λεπτομερής διερεύνηση του εσωτερικού κόσμου αυτών των ατόμων αποκαλύπτει τον ακατάπαυστο φόβο τους μήπως φανούν αδύναμοι, ανεπαρκείς και μέτριοι, την

ανικανότητά τους να αντλήσουν ικανοποίηση από την ξεκούραση και τη διασκέδαση, ένα δισταγμό να ρισκάρουν και να αντιμετωπίσουν νέες καταστάσεις, να συμμετέχουν σε αυθόρμητες και τολμηρές πράξεις ή να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και να διατυπώσουν τη στάση τους απέναντι στις παρορμήσεις και στις επιθυμίες τους.

Τα συναισθήματα αναξιότητας, χαμηλής αυτοεκτίμησης και ανεπάρκειας είναι συνήθη στους ανθρώπους με προβλήματα βουλιμίας και παρόλο που συχνά θεωρούνται μέρος της απογοήτευσης και της κατάθλιψης και έτσι εξαφανίζονται καθώς το πρόβλημα υποχωρεί, είναι δυνατόν να απηχούν ένα μακροχρόνιο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Ορισμένοι περιγράφουν αυτά τα συναισθήματα ανατρέχοντας στην παιδική τους ηλικία.

Ένα πολύ συνηθισμένο χαρακτηριστικό είναι η *τελειομανία*. Τα άτομα που πάσχουν από βουλιμία έχουν την τάση να θέτουν ανέφικτους στόχους. Η τελειομανία τους επηρεάζει όλες τις πλευρές της ζωής τους, είναι όμως περισσότερο εμφανής στη διατροφή τους.

Η *σκέψη του όλα ή τίποτα* (δихοτόμος τρόπος σκέψης) χαρακτηρίζει πολύ συχνά άτομα που υποφέρουν από βουλιμία και τα οποία έχουν την τάση να βλέπουν τα πράγματα μαύρα ή άσπρα. Αυτός ο τρόπος σκέψης διαποτίζει ολόκληρο το γνωστικό τους σύστημα και όχι απλά την στάση τους απέναντι στο φαγητό. Πολύ συχνά συνδέεται με την τελειομανία. Έτσι, για παράδειγμα, οι άνθρωποι που υποφέρουν από βουλιμία θεωρούν επιτυχία σε διαγωνισμό ή εξετάσεις μόνο την πρωτιά, οποιοδήποτε άλλο αποτέλεσμα τους αφήνει ανικανοποίητους.

Τέλος, μία μειοψηφία ανθρώπων με προβλήματα βουλιμίας έχει δυσχέρειες σε σχέση με τον αλκοολισμό ή τα ναρκωτικά. Επίσης, έχει παρατηρηθεί, ότι ορισμένοι αντιμετωπίζουν προβλήματα ελέγχου των παρορμήσεών τους, δηλαδή μπορεί να έχουν μειωμένες αναστολές ή να επιδίδονται στην χαρτοπαιξία ή στον τζόγο (Fairburn & Jones, 1993).

4.4 ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Η βουλιμική κρίση, της οποίας συχνά προηγείται μία περίοδος πυρετώδους δραστηριότητας, εκτυλίσσεται συνήθως μέσα σε μια δεύτερη κατάσταση, στο λυκόφως, όπου το άτομο αισθάνεται διχασμένο. Αυτή η στιγμή απώλειας ελέγχου, που ξεφεύγει από τη βούληση, προκαλεί τρόμο και ακολουθείται από τύψεις και ενοχή, αλλά ταυτόχρονα γίνεται πηγή απόλαυσης και εγκατάλειψης.

Όπως αναφέρουν οι Abraham και Jones (1990), οι περισσότεροι βουλιμικοί κρύβουν τη συμπεριφορά τους, βλέπουν την βουλιμία σαν πολύ “ιδιωτική υπόθεση” και προγραμματίζουν τις «κραιπάλες» μυστικά, αποθηκεύοντας τρόφιμα εκ των προτέρων. Μερικές γυναίκες αγοράζουν φαγητά για να τα τρώνε ειδικά κατά τη διάρκεια των επεισοδίων βουλιμίας. Μπορεί να ακούγεται παράξενο αλλά σε πολλές περιπτώσεις ο σύζυγος / σύντροφος ή οι γονείς της γυναίκας δεν ξέρουν ότι τρώει υπερβολικά τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα. Ένας τρόπος με τον οποίο πετυχαίνουν κάτι τέτοιο είναι ότι τρώνε σχεδόν φυσιολογικά όταν είναι μαζί με άλλους, ή χρησιμοποιούν κάποια έξυπνα τεχνάσματα. Αφού φάνε ένα κανονικό γεύμα, επιστρέφουν κρυφά για να καταναλώσουν όλα τα υπολείμματα. Κάποιοι άλλοι παίρνουν φαγητό στην κρεβατοκάμαρα ή στο μπάνιο για να μην έχουν το φόβο της παρακολούθησης. Αν το ανακαλύψουν οι οικείοι τους, πιθανόν να αντιμετωπιστούν εχθρικά οι προσπάθειές τους να εμποδίσουν την βουλιμική συμπεριφορά. Έτσι, θα ανέχονται τη συμπεριφορά τους με την ελπίδα ότι θα σταματήσουν.

Σύμφωνα με τον Fairburn (1999), τα χαρακτηριστικά ενός επεισοδίου βουλιμίας ξεκινούν από τα συναισθήματα στα πρώτα λεπτά του επεισοδίου τα οποία μπορεί να είναι ευχάριστα. Η γεύση και η αίσθηση της τροφής φαίνεται ότι προσφέρουν μεγάλη απόλαυση. Αυτά

τα συναισθήματα όμως, σπάνια διαρκούν πολύ. Σύντομα αντικαθίστανται από αηδία και αποστροφή γι' αυτό που κάνουν, αλλά δεν μπορούν να σταματήσουν.

Έρευνες έχουν αποδείξει πως οι γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία τρώνε δύο φορές πιο γρήγορα απ' ό,τι οι «φυσιολογικές»: καταναλώνουν 81,5 θερμίδες το λεπτό σε σχέση με 38,4 θερμίδες το λεπτό. Πολλοί γεμίζουν το στόμα τους με φαγητό σχεδόν μηχανικά, μασώντας το ελάχιστα. Άλλοι πίνουν άφθονα υγρά για να βοηθήσουν την κατάποση και αυτό τους κάνει να νιώθουν πληρότητα και φούσκωμα.

Ένα ακόμη στοιχείο είναι η αναστάτωση που έχουν τα άτομα αυτά, καθώς βηματίζουν πάνω κάτω ή περιφέρονται αμήχανα κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας. Νιώθουν τη λαχτάρα τους για φαγητό σαν μία πανίσχυρη δύναμη που τους οδηγεί σ' αυτή τη βλαβερή συνήθεια. Η εξασφάλιση τροφής αποκτά τεράστια σημασία: μπορεί να πάρουν φαγητό από άλλους, να κλέψουν από σούπερ μάρκετ ή να φάνε κάτι πεταμένο. Αυτό τους κάνει να ντρέπονται γι' αυτή τη συμπεριφορά τους και τη θεωρούν αηδιαστική και υποτιμητική.

Κυρίαρχο είναι ένα αίσθημα διαταραχής της συνείδησης και συχνά οι άνθρωποι διηγούνται ότι αισθάνονται σαν να βρίσκονται σε κατάσταση ύπνωσης κατά τη φάση της βουλιμίας. Η συμπεριφορά τους είναι αυτοματοποιημένη, σαν να μην είναι πραγματικά αυτοί που τρώνε. Κάποιοι άλλοι αναφέρουν πως παρακολουθούν τηλεόραση ακούν δυνατά μουσική ή χρησιμοποιούν κάποιο άλλο μέσο απόσπασης της προσοχής τους ώστε να μη χρειάζεται να σκέφτονται τι κάνουν.

Η ποσότητα τροφής που καταναλώνεται κατά τη διάρκεια του επεισοδίου βουλιμίας ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό από άτομο σε άτομο. Έχει διαπιστωθεί ότι καταναλώνονται κατά μέσο όρο 3.400 θερμίδες ποικίλλοντας από 1.200 ως 11.500 θερμίδες.

Η συχνότητα και η διάρκεια των επεισοδίων βουλιμίας επίσης ποικίλλουν από άτομο σε άτομο.

Σύμφωνα με τους S. Abraham και D. L. Jones (1990), επεισόδια μπορεί να εμφανισθούν δύο ή τρεις φορές την εβδομάδα είτε μόνο δύο φορές το μήνα ή ακόμη και λιγότερο συχνά. Από την άλλη, είναι δύσκολο να είναι κανείς σίγουρος για το τι εννοούν οι βουλιμικοί όταν αναφέρονται στη διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας, γιατί περιγράφουν επεισόδια που η διάρκειά τους κυμαίνεται από δεκαπέντε λεπτά μέχρι τρεις εβδομάδες. Μερικοί, κυρίως εκείνοι που έχουν αναπτύξει πρόσφατα ανώμαλο τρόπο φαγητού, βλέπουν τη βουλιμία τους σαν χωριστά επεισόδια, μέχρι έξι σε μια μέρα. Άλλοι, συχνά εκείνοι με μακρόχρονα ιστορικά βουλιμίας, περιγράφουν επεισόδια που διαρκούν επί «ημέρες ή εβδομάδες». Εννοούν ότι η παρόρμησή τους για υπερβολικό φαγητό είναι συνεχής και υπάρχει όταν πηγαίνουν για ύπνο και όταν ξυπνούν, αν και είναι φανερό πως δεν τρώνε συνεχώς.

Ένας βουλιμικός περιλαμβάνει στις κρίσεις βουλιμίας τις τροφές που δεν επιτρέπει στον εαυτό του να φάει σε άλλες στιγμές, και που τις αποκαλεί «σκουπίδια», «παχυντικές τροφές» ή «κακές τροφές». Οι τροφές που επιλέγονται είναι εύκολο να «καταβροχθιστούν» στην αρχή μιας κρίσης βουλιμίας και είναι εύκολο να τις βγάλει κανείς κάνοντας εμετό. Το φαγητό του αποτελείται κυρίως από μαλακές, γαλακτερές ή υγρές τροφές ενώ άλλοι τις καταναλώνουν μόνο προς το τέλος του επεισοδίου απλώς σαν μέσο για να βοηθήσουν τον εμετό. Αντίθετα από τις εντυπώσεις των περισσότερων βουλιμικών ότι οι τροφές που τρώνε κατά τα επεισόδια είναι εξαιρετικά πλούσιες σε υδατάνθρακες, η ανάλυση των στοιχείων των τροφών που καταναλώνονται πραγματικά σ'ένα επεισόδιο βουλιμίας αποκάλυψε ότι είναι εξίσου πιθανό να περιέχουν υπερβολικές ποσότητες λίπους ή πρωτεΐνης. Η ποσότητα, ο τύπος και η περιεκτικότητα σε θρεπτικές ουσίες των τροφών μπορεί να

εξαρτώνται εξ ολοκλήρου από το τι υπάρχει στο σπίτι. Έτσι, τρώνε ό,τι υπάρχει, ακόμη και κονσέρβες, παιδικές τροφές, κατεψυγμένα και αποφάγια από τους σκουπιδοτενεκέδες.

Επίσης, σύμφωνα με τον Fairburn (1999), τα επεισόδια βουλιμίας διαφέρουν από άτομο σε άτομο.

Όταν ζητείται από τους βουλιμικούς να περιγράψουν ακριβώς τι έχουν φάει και στη συνέχεια υπολογίζεται ο αριθμός των θερμίδων, διαπιστώνεται ότι σ'ένα επεισόδιο βουλιμίας καταναλώνονται περίπου 1000 με 2000 θερμίδες. Το ένα τέταρτο περίπου των βουλιμικών καταναλώνουν περισσότερες από 2000 θερμίδες – περισσότερο από ό,τι καταναλώνουν κατά μέσο όρο καθημερινά πολλές γυναίκες.

Μία πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι ένας στους πέντε ασθενείς με επεισόδια βουλιμίας κατανάλωνε περισσότερες από 5.000 θερμίδες και ένας στους δέκα πάνω από 6.000. Μία σημαντική ανακάλυψη όλων αυτών των ερευνών είναι ότι κατά τη διάρκεια κάποιων επεισοδίων βουλιμίας, τα οποία είναι κατά τα άλλα τυπικά, το άτομο καταναλώνει μέτριες ή ακόμη και μικρές ποσότητες τροφής. Τα επεισόδια αυτά δεν ανταποκρίνονται στον τεχνικό ορισμό που καθιέρωσε η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, εξαιτίας του μικρού τους μεγέθους. Παρ'όλα αυτά, το άτομο τα βιώνει σαν να είναι τέτοια, ακριβώς επειδή χάνει τον έλεγχο.

Η Εξέταση Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής, που αποσκοπούσε στην αξιολόγηση των χαρακτηριστικών των διαταραχών αυτών που ερευνήθηκαν από τη συγγραφέα Δρα Zafra Cooper, και θεωρείται κανόνας στον χώρο αυτό, περιγράφει αυτά τα επεισόδια βουλιμίας ως *υποκειμενικά*.

Αντιθέτως, επεισόδια στα οποία καταναλώνονται μεγάλες ποσότητες τροφής ονομάζονται *αντικειμενικά* επεισόδια βουλιμίας. Ένα αποκαλυπτικό στοιχείο για τη βουλιμία γενικά είναι ότι τα υποκειμενικά

επεισόδια βουλιμίας παρατηρούνται συχνά και ότι αυτά μπορούν να αποτελέσουν αιτία μεγάλου άγχους.

Όπως είναι φυσικό, η βουλιμία μπορεί να αποτελέσει μία ιδιαίτερα δαπανηρή διαταραχή. Τα άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες τροφής ίσως αντιμετωπίσουν οικονομικές δυσκολίες.

Μία μελέτη που διεξήχθη στα Σικάγο στις αρχές τις δεκαετίας του '80, έδειξε πως το μέσο κόστος ενός επεισοδίου βουλιμίας ήταν 8.30 δολάρια, ενώ κυμαινόταν από 1 ως 55 δολάρια (δηλαδή από 300 μέχρι 16.000 δραχμές). Το υψηλό κόστος της βουλιμίας εξηγεί εν μέρει το γιατί ορισμένα άτομα καταφεύγουν στην κλοπή τροφής.

Μέσα από την αφήγηση μίας βουλιμικής βλέπουμε ότι υπάρχουν πλήρη επεισόδια βουλιμίας, μέτρια επεισόδια και επεισόδια βραδείας εξέλιξης (Fairburn, 1999).

Πλήρες επεισόδιο βουλιμίας

«Τρώω και ξανατρώω, συνήθως πολύ γρήγορα και χωρίς να απολαμβάνω τίποτα, εκτός από την αρχική ευχαρίστηση της γεύσης, η οποία όμως υποχωρεί σιγά σιγά λόγω ενοχής. Τρώω συνήθως στα κρυφά και σε ένα μέρος – όταν είμαι σπίτι στην κουζίνα, όταν είμαι στο κολέγιο στο δωμάτιό μου. Τρώω έως ότου δεν αντέχω άλλο. Συνήθως, σ'ένα τέτοιο επεισόδιο βουλιμίας παίρνω καθαρτικά – κατά τη διάρκεια και μετά – γεγονός που εντείνει το αίσθημα πανικού και ενοχής. Αμέσως μετά είμαι τόσο φουσκωμένη που γίνομαι νωθρή. Αργότερα νιώθω απαίσια».

Μέτριο επεισόδιο βουλιμίας

«Τα επεισόδια αυτά εκδηλώνονται συνήθως αργά το βράδυ και μοιάζουν με τα πλήρη επεισόδια, με τη διαφορά ότι ναι μεν τρώω βιαστικά σ'ένα μέρος και χωρίς να το ευχαριστιέμαι, αλλά δεν με πιάνει πανικός.

Πρόκειται για μία σχεδόν μηχανική αντίδραση σε κάποιες καταστάσεις. Μπορώ να σταματήσω».

Επεισόδιο βραδείας εξέλιξης

«Συνήθως εκδηλώνονται στο σπίτι, όχι στο κολέγιο. Τα διαισθάνομαι εκ των προτέρων. Μπορεί να αντισταθώ για λίγο, στο τέλος όμως ενδίδω και νιώθω μεγάλη απόλαυση. Εκείνη τη στιγμή εκτονώνω όλη την έντασή μου γιατί δεν χρειάζεται να ανησυχώ άλλο πια. Απολαμβάνω πράγματι αυτά τα επεισόδια, τουλάχιστον στην αρχή. Διαλέγω τροφές που μου αρέσουν και τις οποίες συνήθως στερούμαι ή τρώω μόνο σε μικρές ποσότητες. Μπορεί να αφιερώσω χρόνο στην προετοιμασία του φαγητού. Κάποιες φορές σκέφτομαι πόσο ανόητη είμαι και πόσα κιλά θα προσθέσω (όχι πόσο λαίμαργη είμαι) κι έπειτα νιώθω περισσότερες τύψεις, ωστόσο πιέζομαι αφόρητα να συνεχίσω».

Ένα ακόμη στοιχείο στο οποίο πρέπει να δοθεί σημασία, είναι οι παράγοντες που ενεργοποιούν μια κρίση βουλιμίας.

Σύμφωνα με τον Arpfeldorfer (1997), κάθε διαταραχή, έστω και ελάχιστη, μπορεί να ενεργοποιήσει την κρίση. Μπορεί να πρόκειται για την εμφάνιση της εμμηνόρροιας ή για τη στιγμή της ωορρηξίας, για μία παροδική κούραση, ένα επαγγελματικό ή οικογενειακό άγχος, ένα γεγονός που προκάλεσε ένα συγκινησιακό ξέσπασμα. Δυσκολίες στις σχέσεις και στον σεξουαλικό τομέα, ερωτικές απογοητεύσεις και ατυχίες δίνουν συχνά την αφορμή. Η βουλιμία εκδηλώνεται επίσης σε νεκρούς χρόνους, που βιώνονται σαν “ανία”, αφόρητο κενό. Η ενοχή, ένας υποτιμητικός εσωτερικός διάλογος, είναι επίσης μερικές φορές ο βασικός υποκινητής των βουλιμιών και ο κύκλος βουλιμία – έμετος παίρνει τη μορφή της τιμωρίας ή της κάθαρσης. Πολύ συχνά όμως, η βουλιμία ενεργοποιείται από την πείνα που έχει προκληθεί από μία διατροφική

στέρηση υπερβολικά μεγάλης διάρκειας. Η καλύτερα, εφόσον τρώγοντας έρχεται η όρεξη, ένα γεύμα που μπορεί να ξεκινήσει τελείως φυσιολογικά εκφυλίζεται σιγά σιγά σε βουλιμία.

Επίσης, κατά τον Fairburn (1999), υπάρχουν και κάποιοι ακόμη λόγοι που πυροδοτούν αυτά τα επεισόδια.

Πρώτον, το σωματικό βάρος σε πολλούς ανθρώπους, που ανησυχούν για τη σιλουέτα τους, τους κάνει να αντιδρούν άσχημα στην παραμικρή αύξησή του. Ακόμη και μισό επιπλέον κιλό μπορεί να προκαλέσει αρνητική αντίδραση. Σύνηθες είναι το φαινόμενο να εγκαταλείπουν κάθε προσπάθεια ελέγχου του φαγητού και να καταλήγουν σε βουλιμικό επεισόδιο.

Τα άτομα που ακολουθούν κάποιο πρόγραμμα δίαιτας, ακολουθούν αυστηρούς κανόνες σχετικά με το πότε και πόσο πρέπει να φάνε. Επιπλέον, πρέπει να υπολογίζουν τι μπορούν να φάνε, αποκλείοντας τροφές που θεωρούνται «παχυντικές». Η στέρηση μπορεί να έχει ανεπιθύμητες συνέπειες και τα άτομα που είναι επιρρεπή στη βουλιμία δυσκολεύονται να σταματήσουν να τρώνε, κάτι που συνήθως οδηγεί σε επεισόδιο βουλιμίας.

Ακόμη, η έλλειψη οργάνωσης κατά τη διάρκεια της μέρας κάνει ορισμένους ανθρώπους επιρρεπείς σε επεισόδια βουλιμίας, ενώ ένα καλό πρόγραμμα λειτουργεί προστατευτικά. Η έλλειψη οργάνωσης μπορεί να συνοδεύεται από συναισθήματα πλήξης, μίας δυσάρεστης συναισθηματικής κατάστασης που προκαλεί την έναρξη των επεισοδίων.

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, τα άτομα που παρουσιάζουν επεισόδιο βουλιμίας τρώνε πάντα στα κρυφά. Για εκείνους που είναι πιο επιρρεπείς στη βουλιμία, το να είναι μόνοι τους συνιστά κίνδυνο καθώς εκλείπουν οποιοδήποτε κοινωνικοί περιορισμοί που θα μπορούσαν να αναστείλουν ένα επεισόδιό της. Αν συν τοις άλλοις το άτομο είναι εκ φύσεως μοναχικό, ο κίνδυνος είναι ακόμη μεγαλύτερος.

Τέλος, ορισμένα άτομα θεωρούν πως η κατανάλωση αλκοόλ τα κάνει ευάλωτα στα επεισόδια βουλιμίας. Υπάρχουν πολλοί λόγοι γι' αυτό. Το αλκοόλ μειώνει την ικανότητα αντίστασης στις έντονες επιθυμίες κι έτσι εμποδίζει το άτομο να παραμείνει πιστό σ' ένα διαιτητικό πρόγραμμα.

Για παράδειγμα, η απόφαση ενός ατόμου να φάει μόνο μία σαλάτα μπορεί μετά από λίγα ποτά να αναιρεθεί χάριν ενός πλούσιου γεύματος. Ακόμη, το αλκοόλ διαταράσσει την ορθή κρίση των ανθρώπων, κάνοντάς τους να μην εκτιμούν σωστά τις συνέπειες παραβίασης της δίαιτάς τους. Επιπλέον, δημιουργεί κατάθλιψη σε ορισμένα άτομα, αυξάνοντας συνεπώς τον κίνδυνο να εμφανίσουν επεισόδια βουλιμίας.

Είδαμε λοιπόν πώς ξεκινά και εξελίσσεται ένα επεισόδιο βουλιμίας. Τι ακολουθεί όμως την βουλιμική κρίση;

Οι περισσότεροι άνθρωποι κάνουν έμετο αφού έχουν φάει πάρα πολύ, αλλά ορισμένοι έστω και αν έχουν φάει ελάχιστα, ιδιαίτερα αν θεωρούν τις τροφές παχυντικές. Αυτό το καταφέρνουν είτε βάζοντας τα δάχτυλα στο στόμα, αγγίζοντας την επιγλωττίδα τους έτσι ώστε να πετύχουν το αντανακλαστικό “τράβηγμα” των μυώνων, είτε με ένα απλό σφίξιμο του στομαχιού. Άλλοι καταφεύγουν σε λαβές κουταλιών ή σε αλατόνερο ή ακόμη σε εμετικά που πωλούνται στα φαρμακεία.

Σε εκείνους που δεν κάνουν έμετο, η βουλιμική κρίση ακολουθείται από περίοδο μακάριας χάνωσης, σύντομη ωστόσο, γιατί γρήγορα διαταράσσεται από μία άναρχη πέψη, την οποία διαδέχεται – όταν επανέρχεται η συνείδηση – οι τύψεις και η ενοχή. Οι βουλιμικοί, κατηγορώντας τον εαυτό τους γιατί ηττήθηκαν ακόμη μία φορά από τον “δαίμονά” τους, οδηγούνται στην κατάθλιψη και την απελπισία, και έπειτα υποβάλλονται σε αυστηρή δίαιτα, με σκοπό αφενός να ξεπλύνουν το σφάλμα και αφετέρου να αποφύγουν την αύξηση βάρους (Arpfeldorfer 1997).

Οι βουλιμικοί χρησιμοποιούν διάφορες τεχνικές πρόκλησης εμέτου. Κάποια άτομα προκαλούν κάτι τέτοιο αμέσως μετά το φαγητό ώστε να απαλλαγούν από ένα μεγάλο μέρος των τροφών που έχουν καταναλώσει και να ανακουφιστούν από το άγχος και τις τύψεις που νιώθουν. Κάποιοι άλλοι προκαλούν τόσες φορές που στο τέλος δεν έχουν τίποτα να «βγάλουν». Η διαδικασία αυτή μπορεί να διαρκέσει μία ώρα ή περισσότερο οδηγώντας τους σε σωματική εξάντληση.

Μία μειοψηφία ανθρώπων χρησιμοποιούν μία τεχνική κάθαρσης : πίνουν κάτι, κάνουν έμετο, ξαναπίνουν και το βγάζουν πάλι. Αυτό συνεχίζεται έως ότου τα υγρά τους απαλλαχθούν από οποιαδήποτε τροφή. Μόνο τότε νιώθουν σίγουροι πως έχουν επανορθώσει για τη «λαιμαργία» τους. Η μέθοδος αυτή όμως είναι επικίνδυνη.

Άλλοι πάλι τρώνε τροφές «σημάδια» (για παράδειγμα τομάτες) στην αρχή των επεισοδίων βουλιμίας και στη συνέχεια προκαλούν έμετο έως ότου αυτές οι τροφές (οι φλούδες από τομάτα) εμφανιστούν.

Στην πραγματικότητα όμως οι τροφές αυτές στριφογυρίζουν στο στομάχι κι έτσι, η εμφάνιση αυτών των «σημαδιών» δεν σημαίνει απαραίτητα πως αυτό έχει αδειάσει εντελώς (Abraham & Jones, 1990).

Η πεποίθηση πως η πρόκληση εμέτου είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος ελέγχου του βάρους είναι εσφαλμένη.

Πρώτον, γιατί οι άνθρωποι πιστεύουν πως κάνοντας κάτι τέτοιο αποφεύγουν να αφομοιώσουν αυτά που έχουν φάει και έτσι χαλαρώνουν τον έλεγχο των ποσοτήτων τροφής που καταναλώνουν με αποτέλεσμα να τρώνε περισσότερο.

Δεύτερον, ανακαλύπτουν πως είναι ευκολότερο να κάνουν έμετο όταν το στομάχι τους είναι γεμάτο. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος εντός του οποίου το άτομο αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη εξάρτηση από την τεχνική πρόκλησης εμέτου, κάτι που διαιωνίζει τα επεισόδια βουλιμίας (Fairburn, 1999).

Ένας άλλος τρόπος ελέγχου του βάρους είναι η κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών αν και αποτελεί σπανιότερο φαινόμενο απ'ότι η πρόκληση εμέτου. Το ένα τρίτο περίπου των ανθρώπων που υποφέρουν από ψυχογενή βουλιμία παίρνουν καθαρτικά και το 10% διουρητικά. Και οι δύο μορφές κατάχρησης μπορεί να εκδηλωθούν μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με την τεχνική πρόκλησης εμέτου.

Οι άνθρωποι με προβλήματα βουλιμίας κάνουν κατάχρηση καθαρτικών με δύο τρόπους. Τα παίρνουν για να επανορθώσουν για τα επεισόδια λαιμαργίας που προηγήθηκαν. Σε αυτή την περίπτωση συμπεριφέρονται όπως και όταν επιχειρούσαν να προκαλέσουν έμετο. Ο αριθμός των χαπιών που καταναλώνονται μπορεί να είναι πολύ μεγάλος.

Στη δεύτερη περίπτωση τα παίρνουν σε κανονική βάση, ανεξάρτητα από τα επεισόδια λαιμαργίας τους. Η χρήση των διουρητικών γίνεται συνήθως με αυτό το δεύτερο τρόπο.

Θεωρούν τη χρήση τους ωφέλιμη, κυρίως επειδή προκαλούν απώλεια βάρους, έστω και προσωρινή, εξαιτίας των υγρών που χάνονται με τη διάρροια ή τη συχνουρία. Επιπλέον, ορισμένοι δηλώνουν πως τα καθαρτικά τους κάνουν να νιώθουν πως έχουν απαλλαγεί ή «καθαρίσει» απ'όλες τις τροφές που έχουν φάει. Με τον τρόπο αυτό τα καθαρτικά, όπως και η πρόκληση εμέτου, μπορεί να προωθούν ακόμη περισσότερο τη βουλιμία.

Ακόμη, κάποια άτομα αντλούν ευχαρίστηση από την αίσθηση ότι η κοιλιά τους είναι άδεια. Συγκεκριμένα, ορισμένοι ικανοποιούνται με την επίπεδη κοιλιά τους που δεν είναι παρά μία προσωρινή συγκυρία.

Τέλος, μία μειοψηφία δέχεται ευπρόσδεκτα ακόμη και τις δυσάρεστες σωματικές συνέπειες. Θεωρούν τις κράμπες και τους σπασμούς του εντέρου, καθώς και τη διάρροια που τους συνοδεύει, ως τιμωρία για τη βουλιμία (www.eatingdisorders).

Ένας τελευταίος τρόπος ελέγχου του βάρους τους σύμφωνα με τους Barlow & Durand (2002), είναι η εντατική γυμναστική.

Όταν τα άτομα με πρόβλημα βουλιμίας κάνουν γυμναστική, ενεργούν με έναν παρορμητικό ή «καταναγκαστικό» τρόπο. Συνηθίζουν να αφιερώνουν πάρα πού χρόνο κάνοντας τις ασκήσεις τους όσο το δυνατόν πιο επίπονες.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι ότι δυσκολεύονται να αντισταθούν στη γυμναστική ακόμη και όταν πρέπει να το κάνουν. Σαν αποτέλεσμα, τα «τραύματα καταπόνησης» αποτελούν συχνή κατάσταση.

Δεν είναι εύκολο να ερμηνεύσει κανείς την απάντηση των ανθρώπων με ψυχογενή βουλιμία, όταν ερωτώνται γιατί κάνουν τόσο σκληρή γυμναστική. Κάποιοι παραδέχονται πως θέλουν να κάψουν λίπος ή θερμίδες, κάποιοι άλλοι όμως όχι, αν και απ'ό,τι φαίνεται αυτό είναι το κυριότερο κίνητρό τους.

Σε ακραίες περιπτώσεις, η πρόσληψη τροφής και η γυμναστική γίνονται δύο τόσο άρρηκτα συνδεδεμένες διαδικασίες που τα άτομα δεν τρώνε αν δεν βεβαιωθούν πως έχουν ήδη κάψει όλες τις απαραίτητες θερμίδες προκαταβολικά.

Αντιθέτως, η μειωμένη ενασχόληση με τη γυμναστική αποτελεί συχνά πρόβλημα των υπέρβαρων ανθρώπων με προβλήματα βουλιμίας, πολλοί από τους οποίους κάνουν καθιστική ζωή. Το γεγονός αυτό εντείνει την παχυσαρκία τους και όλους τους σχετικούς κινδύνους υγείας που αυτή ενέχει. Πρέπει συνεπώς να αντιμετωπιστεί θεραπευτικά.

4.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα προβλήματα βουλιμίας σχετίζονται με μία ποικιλία ψυχολογικών και κοινωνικών δυσκολιών. Με τον καιρό μπορούν να επιφέρουν δυστυχία σε μία αρμονική, ευτυχισμένη ζωή, βλάπτοντας όχι μόνο το άτομο με το πρόβλημα, αλλά και τις σχέσεις του με την οικογένεια και τους φίλους του.

Η βουλιμία δεν αποτελεί μια αβλαβή συνήθεια και οι συνέπειές της δεν είναι μόνο ψυχολογικές αφού μπορεί να βλάψει με πολλούς τρόπους το σώμα, είτε σαν άμεση συνέπεια της υπερβολικής κατανάλωσης τροφής, είτε σαν αποτέλεσμα των παρεπομένων της προσπάθειας ελέγχου του βάρους, όπως της δίαιτας και της πρόκλησης εμέτου.

Πολλές από τις σωματικές συνέπειες της βουλιμίας είναι αναστρέψιμες αλλά κάποιες είναι μόνιμες. Οι περισσότερες επιδεινώνονται με την πάροδο του χρόνου και για το λόγο αυτό δεν πρέπει να παραβλέπονται.

Σωματικές συνέπειες της πρόκλησης εμέτου

Η πρόκληση εμέτου αποτελεί σύνηθες χαρακτηριστικό της ψυχογενούς βουλιμίας. Όπως είναι φυσικό, η συχνή πρόκληση εμέτου έχει διάφορες δυσάρεστες σωματικές συνέπειες που παρατηρούνται κυρίως σε ανθρώπους που ακολουθούν για αρκετό διάστημα αυτή την τακτική. Όπως εξηγείται παρακάτω, ορισμένες από αυτές τις συνέπειες μπορούν να γίνουν επικίνδυνες.

- **Φθορά των δοντιών** : Η επανειλημμένη πρόκληση εμέτου για ένα μακρύ χρονικό διάστημα φθείρει τα δόντια, διαβρώνοντας σταδιακά το σμάλτο της εσωτερικής επιφάνειας των μπροστινών δοντιών. Τα σφραγίσματα δεν επηρεάζονται, με αποτέλεσμα να γίνονται πιο εμφανή

σε σχέση με την επιφάνεια του σμάλτου. Οι οδοντίατροι μπορούν εύκολα να αναγνωρίσουν αυτό το χαρακτηριστικό είδος διάβρωσης και επομένως να συμπεράνουν την αιτία του. Η φθορά του σμάλτου είναι μη αναστρέψιμη, αλλά όχι οριστική. Με άλλα λόγια, σταματά από τη στιγμή που το άτομο παύει να προκαλεί έμετο. Το ξέπλυμα του στόματος με νερό μετά από απ'αυτή την επιβλαβή συνήθεια θεωρείται πως αντί να καθυστερεί, επιταχύνει τη φθορά των δοντιών.

- **Διόγκωση των σιελογόνων αδένων :** Γύρω από το στόμα υπάρχουν αδένες που παράγουν το σάλιο. Σε ορισμένους ανθρώπους που προκαλούν έμετο αυτοί οι αδένες πρήζονται σιγά σιγά. Το πρήξιμο αυτό είναι ανώδυνο, αλλά μπορεί να αυξήσει την παραγωγή σάλιου. Συνήθως πρήζονται περισσότερο οι παρωτιδικοί αδένες (αυτοί που προσβάλλονται στην περίπτωση της παρωτίτιδας), δίνοντας στο πρόσωπο μία στρογγυλή, στρουμπουλή όψη. Οι άνθρωποι με πρησμένες παρωτίδες, έχουν την τάση να βλέπουν το πρόσωπό τους «παχουλό» και θεωρούν πως έτσι είναι και όλο τους το σώμα. Φυσικά, αυτό αυξάνει την ανησυχία τους για την εμφάνιση και το βάρος τους, διαιωνίζοντας έτσι το πρόβλημα πρόσληψης τροφής.

Το πρήξιμο των σιελογόνων αδένων είναι αναστρέψιμο και υποχωρεί προοδευτικά καθώς οι διατροφικές συνήθειες βελτιώνονται (American Medical Association, 2002).

- **Επιπτώσεις στο φάρυγγα :** Οι περισσότεροι άνθρωποι προκαλούν έμετο ερεθίζοντας μηχανικά το φαρυγγικό αντανακλαστικό τους. Αυτό μπορεί να αποτελεί δύσκολη και μακροχρόνια διαδικασία που απαιτεί δύναμη. Μπορεί να επέλθουν επιφανειακά τραύματα στο πίσω μέρος του φάρυγγα τα οποία μάλιστα είναι δυνατό να μολυνθούν. Δεν είναι σπάνια τα παράπονα των γυναικών για πόνο και βραχνάδα στο λαιμό.

• **Επιπτώσεις στον οισοφάγο :** Πολύ σπάνια η βίαιη πρόκληση εμέτου οδηγεί σε αποκόλληση και σε αιμορραγία του τοιχώματος του οισοφάγου, του σωλήνα που εκτείνεται από το στόμα ως το στομάχι. Υπάρχει ένας πολύ μικρός κίνδυνος ρήξης του οισοφάγου. Κάτι τέτοιο συνιστά επείγον ιατρικό περιστατικό. Η παρουσία μεγάλων ποσοτήτων φρέσκου αίματος στον έμετο πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη και να εξασφαλίζεται άμεση ιατρική βοήθεια, αφού μπορεί να οφείλεται σε τραυματισμό του οισοφάγου (www.care.gr).

• **Επιπτώσεις στα χέρια :** Μία άλλη μηχανική συνέπεια της πρόκλησης εμέτου παρατηρείται σε ορισμένους ανθρώπους που χρησιμοποιούν τα δάχτυλά τους για να διεγείρουν το φαρυγγικό αντανάκλαστικό τους. Προκαλείται φθορά στο δέρμα, πάνω από την άρθρωση των δακτύλων του χεριού που χρησιμοποιεί κάθε φορά το άτομο. Στην αρχή εμφανίζονται γδαρσίματα στο χέρι και τελικά σχηματίζονται ουλές. Πρόκειται για μία ιδιαίτερα χαρακτηριστική ανωμαλία, γνωστή στην ιατρική ως «σημάδι του Ράσελ», γιατί πρώτος το περιέγραψε ο καθηγητής Τζέραλντ Ράσελ από το Λονδίνο.

• **Ηλεκτρολυτική Διαταραχή :** Οι συνέπειες της συχνής πρόκλησης εμέτου μπορεί να είναι σοβαρές, ιδιαίτερα στην περίπτωση των ατόμων που προσπαθούν να «καθαρίσουν» το στομάχι τους, πίνοντας συνεχώς υγρά και κάνοντας έμετο έως ότου αυτός δεν περιέχει πια καθόλου τροφές. Η ισορροπία των σωματικών υγρών και ηλεκτρολυτών (νάτριο, κάλιο, κτλ.) μπορεί να διαταραχθεί με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, ορισμένοι από τους οποίους είναι σοβαροί. Η περισσότερο ανησυχητική ηλεκτρολυτική διαταραχή είναι η υποκαλιαιμία (χαμηλό κάλιο) καθώς μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακές αρρυθμίες.

Τα συμπτώματα της διαταραχής υγρών ή ηλεκτρολυτών περιλαμβάνουν υπερβολική δίψα, ζάλη, κατακράτηση υγρών που

προκαλεί πρήξιμο των ποδιών και των χεριών, αδυναμία και λήθαργο, μυϊκές συστολές και σπασμούς. Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι οι μισές γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία αποδεικνύεται πως παρουσιάζουν κάποιου είδους διαταραχή των ηλεκτρολυτών και των σωματικών τους υγρών, οι περισσότερες δεν εκδηλώνουν κανένα από αυτά τα συμπτώματα και η ηλεκτρολυτική τους διαταραχή είναι ήπια.

Πρέπει ακόμη να σημειώσουμε πως όλα αυτά τα συμπτώματα μπορεί να οφείλονται και σε άλλες αιτίες.

Αυτού του είδους οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές είναι αναστρέψιμες και εξαφανίζονται αμέσως μόλις το άτομο εγκαταλείψει τη συνήθειά του να προκαλεί έμετο. Σπάνια απαιτούν θεραπεία. Οποιαδήποτε μορφή της όμως πρέπει να επιβλέπεται από γιατρό.

Για παράδειγμα, καλό είναι να μην παίρνετε συμπληρώματα καλίου χωρίς να κάνετε τακτικές εξετάσεις αίματος.

Ένας μικρός αριθμός ανθρώπων προκαλούν έμετο με χημικούς τρόπους, όπως πίνοντας αλατόνερο. Αυτό πρέπει να αποφεύγεται, κυρίως γιατί αποτελεί μία ακόμη αιτία ηλεκτρολυτικής διαταραχής (Abraham & Jones, 1990).

Σωματικές συνέπειες της κατάχρησης καθαρτικών

Τα βουλιμικά άτομα παίρνουν καθαρτικά για να διαμορφώσουν το βάρος και τη σιλουέτα τους, αν και δεν ακολουθούν την τακτική αυτή συχνότερα απ'ότι την πρόκληση εμέτου, ενώ εφαρμόζεται κυρίως από γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία. Ορισμένες παίρνουν πολύ μεγάλες ποσότητες, που μπορεί να φτάσουν τα 50 ή 100 τη φορά. Ανεξάρτητα από την ποσότητα, τα καθαρτικά έχουν πολύ μικρή δραστηριότητα στην απορρόφηση θερμίδων. Δρουν στο χαμηλότερο μέρος του εντέρου, ενώ οι θερμίδες απορροφώνται ψηλότερα. Προκαλούν διάρροια και μία

προσωρινή μείωση βάρους η οποία όμως οφείλεται αποκλειστικά στην απώλεια υγρών. Το άτομο ξαναπαίρνει τα χαμένα κιλά σχεδόν αμέσως μόλις το σώμα επανυδατώνεται.

Παρ'όλα αυτά, τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία θεωρούν αυτή την απώλεια βάρους ικανοποιητική, καθώς πιστεύουν ότι αποτελεί απόδειξη της αποτελεσματικότητάς τους στην απορρόφηση θερμίδων, που αποτελεί τον κύριο λόγο για τον οποίο επιμένουν στην λήψη καθαρτικών. Όπως και με την τεχνική της πρόκλησης εμέτου, διερωτάται κανείς πόσο άνθρωποι δε θα άρχιζαν ποτέ την κατάχρηση καθαρτικών αν γνώριζαν πόσο άχρηστα είναι.

Η κατάχρηση καθαρτικών όπως και η πρόκληση εμέτου προκαλούν ποικίλες ανωμαλίες των υγρών και των ηλεκτρολυτών του σώματος με συμπτώματα που μόλις περιγράφηκαν. Τα άτομα που προκαλούν έμετο και κάνουν κατάχρηση καθαρτικών διατρέχουν υψηλό κίνδυνο. Ορισμένα καθαρτικά, όταν λαμβάνονται σε μεγάλες δόσεις και για μεγάλα χρονικά διαστήματα, προκαλούν μόνιμη βλάβη στα τοιχώματα του εντέρου.

Γενικά όμως, οι δυσάρεστες σωματικές συνέπειες είναι αναστρέψιμες. Κάποιος που έχει κάνει τακτική χρήση τους μπορεί να συγκρατήσει υγρά (νερό) για μία βδομάδα ή περισσότερο μετά την απότομη διακοπή τους. Φυσικά, αυτό θα προκαλέσει προσωρινή αύξηση βάρους.

Σωματικές συνέπειες της κατάχρησης διουρητικών

Ορισμένοι άνθρωποι παίρνουν διουρητικά, δηλαδή παρασκευάσματα που δε χρειάζονται ιατρική συνταγή, ώστε να αλλάξουν τη σιλουέτα και το βάρος τους. Ωστόσο τα διουρητικά δεν επεμβαίνουν στην απορρόφηση θερμίδων.

Όπως τα καθαρτικά, έτσι κι αυτά προκαλούν απώλεια υγρών, μέσω της μεγάλης παραγωγής ούρων και έτσι δε δρουν παρά βραχυπρόθεσμα όσον αφορά το σωματικό βάρος. Όταν λαμβάνονται σε μεγάλες ποσότητες, μπορούν να προκαλέσουν αναστρέψιμη διαταραχή των υγρών και των ηλεκτρολυτών. Όπως και με τα καθαρτικά, τα άτομα που σταματούν τα διουρητικά μετά από τακτική χρήση τους, θα καταλάβουν ότι επέρχεται μία προσωρινή κατακράτηση υγρών. Φυσικά, τότε δεν πρέπει να πάρουν κι άλλα διουρητικά, γιατί με τον τρόπο αυτό θα εμπλακούν σε ένα φαύλο κύκλο (www.eatingdisorders.gr).

Συνέπειες στη γονιμότητα και την εγκυμοσύνη

Έως σήμερα έχουν γίνει λίγες έρευνες για τις συνέπειες των προβλημάτων βουλιμίας στη γονιμότητα και στην εγκυμοσύνη. Είναι γνωστό πως οι δίαιτες και η απώλεια βάρους βλάπτουν τη γονιμότητα, κατάσταση όμως που είναι εν πολλοίς αναστρέψιμη. Η μεμονωμένη επίδραση της βουλιμίας δεν έχει ακόμη μελετηθεί.

Είναι απίθανο η βουλιμία να επηρεάζει την πορεία ή την έκβαση της εγκυμοσύνης, αν και όταν συνδυάζεται με παχυσαρκία ο κίνδυνος επιπλοκών, όπως η αρτηριακή πίεση, αυξάνεται.

Πιο επιβλαβείς είναι οι τεχνικές ελέγχου του βάρους, όπως η αυστηρή διαίτα, η πρόκληση εμέτου και η κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών. Είναι πλέον γνωστό πως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία διατρέχουν τον κίνδυνο να πάρουν πολύ λίγο βάρος με αποτέλεσμα να γεννήσουν αδύνατα μωρά. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και σε ορισμένες μητέρες με ψυχογενή βουλιμία.

Τα αποτελέσματα μίας μελέτης που διεξήχθη από ερευνητές του Πανεπιστημίου της Μιννεζότα οδηγούν στο συμπέρασμα πως οι γυναίκες

με ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά αποβολών. Η παρατήρηση αυτή ωστόσο απαιτεί επιβεβαίωση (Fairburn, 1999).

Συνέπειες στη διάθεση και στις σχέσεις

«Το πρόβλημα έχει κατακυριεύσει όλη μου τη ζωή. Οι φίλοι μου έχουν ανησυχήσει για τις απότομες αλλαγές τις διάθεσής μου. Δε μιλώ ποτέ στους γονείς μου, καθώς ποτέ δεν μπόρεσαν να καταλάβουν τι περνάω, αν και κάποτε ήμασταν πολύ κοντά. Έχω μειωμένη αυτοπεποίθηση. Νιώθω κατάθλιψη και άγχος. Δεν αντέχω να βλέπω τους ανθρώπους.»

Η ψυχογενής βουλιμία υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής των ατόμων, τα κάνει να νιώθουν κατάθλιψη και απογοήτευση.

Πολλοί άνθρωποι ντρέπονται για την έλλειψη αυτοπεποίθησης και νιώθουν τύψεις για τη μυστικότητα και τα ψέματά τους. Κρίνουν πολύ αυστηρά τον εαυτό τους. Κάποιοι απελπίζονται τόσο πολύ που κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας. Στις περισσότερες περιπτώσεις η κατάθλιψη, αν και σοβαρή, αποτελεί μάλλον δευτερεύον πρόβλημα. Συνήθως υποχωρεί μόλις το άτομο επανακτήσει τον έλεγχο του φαγητού. Τα αισθήματα ανικανότητας μπορεί ωστόσο να παραμείνουν σ' αυτές τις περιπτώσεις. Υπάρχουν συχνά ενδείξεις μακροχρόνιας χαμηλής αυτοεκτίμησης.

Για μία μειοψηφία, ίσως το ένα δέκατο των ατόμων αυτών, η κατάθλιψη δεν είναι ήσσονος σημασίας ζήτημα. Στις περιπτώσεις αυτές, απαιτείται θεραπευτική αντιμετώπισή της.

Τα άτομα που υποφέρουν από βουλιμία, είναι επίσης επιρρεπή στο άγχος, ενώ κάποια αποφεύγουν τις κοινωνικές εκδηλώσεις, ιδιαίτερα εκείνες οι οποίες συμπεριλαμβάνουν φαγητό. Αυτό σημαίνει πως μπορεί να χάσουν το γάμο ενός στενού τους φίλου, το πάρτι αποφοίτησης ενός αγαπημένου ξαδέρφου τους, ή το πάρτι γενεθλίων του γονέα τους –

γεγονός που πληγώνει και το άτομο με το πρόβλημα και τους φίλους ή την οικογένειά του.

Εκτός από αυτού του είδους το άγχος, οι ψυχολογικές μεταπτώσεις είναι ιδιαίτερα συχνές. Ορισμένα άτομα γίνονται ευέξαπτα. Μάλιστα, ένα μικρό ποσοστό γυναικών με αυτά τα προβλήματα αυτοτραυματίζονται, ώστε να εκτονώσουν την ένταση που νιώθουν. Επίσης, προβλήματα σε σχέση με τον αλκοολισμό και τα ναρκωτικά μπορεί να κάνουν την εμφάνισή τους.

Στη χειρότερη περίπτωση, τα προβλήματα βουλιμίας επηρεάζουν κάθε πτυχή της ζωής του ατόμου. Δε μένει τίποτα όρθιο. Το πρόβλημα αποσπά τόσο πολύ χρόνο και προσπάθεια που το άτομο δεν μπορεί να ασχοληθεί παρά σε πολύ μικρό βαθμό με οτιδήποτε άλλο. Οι σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους μπορεί μάλιστα να γίνουν αφόρητες.

Επίσης, αυτού του είδους τα προβλήματα ίσως έχουν αντίκτυπο και στην ανατροφή των παιδιών. Αν και προς το παρόν οι γνώσεις για τις συνέπειες των προβλημάτων βουλιμίας στην ανατροφή των παιδιών βασίζονται αποκλειστικά σε μεμονωμένες περιπτώσεις κατά τις οποίες έχουν παρατηρηθεί δυσκολίες, υπάρχουν αποδείξεις ότι ορισμένοι άνθρωποι απεχθάνονται τη στρουμπουλή εμφάνιση του παιδιού τους και προσπαθούν να το κάνουν να αδυνατίσει. Κάποιοι περιορίζουν την ποσότητα των τροφών στο σπίτι για να το αποτρέψουν να φάει πολύ ή αγοράζουν μόνο διαιτητικά προϊόντα. Όταν τα παιδιά μεγαλώσουν, ιδιαίτερα τα κορίτσια, αναγκάζονται να ακολουθήσουν τη διαίτα της μητέρας τους. Δεν είναι δύσκολο να καταλάβουμε πως κάτι τέτοιο αυξάνει τον κίνδυνο να εμφανίσουν και τα ίδια πρόβλημα πρόσληψης τροφής.

Όπως και τα συναισθήματα της κατάθλιψης, έτσι και τα διαπροσωπικά προβλήματα υποχωρούν πολύ με την εξασθένηση της βουλιμίας. Ίσως μάλιστα και να εκλείψουν.

Μία από τις ευχάριστες παραμέτρους της βοήθειας που παρέχει κάποιος στους ανθρώπους για να ξεπεράσουν τα προβλήματα βουλιμίας τους είναι να παρατηρεί την ανάπτυξη του πραγματικού τους εαυτού καθώς αυτά υποχωρούν σταδιακά. Η κατάθλιψη, η ένταση και το άγχος εξασθενούν, ο βαθμός συγκέντρωσης βελτιώνεται και τα παλιά ενδιαφέροντα επιστρέφουν.

«Η ζωή μου περιστρέφεται γύρω από το φαγητό. Δεν μπορώ να συγκεντρωθώ πια στη δουλειά μου, με αποτέλεσμα να έχω μείνει πίσω. Το πρόβλημά μου προκαλεί οικογενειακούς καυγάδες. Δεν είμαι πια σε θέση να απολαμβάνω τα γεύματα με την οικογένεια ή τους φίλους μου. Απομονώθηκα, έγινα εσωστρεφής και έχασα όλη την αυτοπεποίθηση και τον αυτοσεβασμό μου. Δεν θέλω να βγαίνω έξω. Δε μ'αρέσει πια ο εαυτός μου.» (Barlow & Durand, 2002).

4.6 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΟΡΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Σύμφωνα με τους Abraham & Jones (1990), η βουλιμία θεωρούνταν μέχρι πρόσφατα μέρος της ψυχογενούς ανορεξίας, γιατί είχε παρατηρηθεί ότι περίπου το 40 τοις εκατό των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία έχαναν επεισοδιακά τον έλεγχο της συμπεριφοράς στο φαγητό. Σήμερα η βουλιμία γίνεται δεκτή σαν χωριστή αρρώστια, αλλά πολλά από τα γνωρίσματα είναι παρόμοια και στις δύο αρρώστιες και μερικοί βουλιμικοί παθαίνουν ψυχογενή ανορεξία.

Κατά τον Μάνο (1997), η ΨΒ παρατηρείται με την ίδια περίπου συχνότητα σε όλες τις βιομηχανικές χώρες και αφορά στο 1 – 3% των γυναικών, ηλικίας μεταξύ 15 και 35 ετών, ενώ πολύ χαμηλό είναι το ποσοστό των αντρών. Ακριβώς επειδή τα άτομα με ΨΒ διέπονται από μια μυστικοπάθεια και δεν αναζητούν εύκολα ιατρική βοήθεια, είναι δύσκολη η εκτίμηση της επιδημιολογίας της.

Ο Arpfelderfer (1997), αναφέρει ότι οι βουλιμικές απαντώνται κατά κύριο λόγο στον φοιτητικό πληθυσμό, καθώς και στις νέες γυναίκες, με επιδόσεις και φιλοδοξίες σε επαγγελματικό επίπεδο. Όπως και στη διανοητική ανορεξία, εννιά στους δέκα βουλιμικούς είναι θηλυκού γένους.

Σύμφωνα με τον Fairburn (1999), όσον αφορά στους άντρες, οι κλινικοί έχουν συναντήσει ελάχιστες περιπτώσεις ψυχογενούς βουλιμίας και για το λόγο αυτό θεώρησαν λογικό να συμπεράνουν πως η διαταραχή αυτή δεν τους αφορά. Ωστόσο, πρόσφατες ενδείξεις καταδεικνύουν πως ο αριθμός των αντρών που προσβάλλονται αυξάνεται.

Ήταν λοιπόν λάθος το προηγούμενο συμπέρασμα; Ίσως απλά οι άντρες να μην αναζητούν θεραπεία ή οι γιατροί να μην εντοπίζουν το πρόβλημα ή να μην τους παραπέμπουν για θεραπεία. Καμιά εξήγηση δεν μπορεί να δικαιολογήσει τα αποτελέσματα των πολύ λίγων ερευνών του

γενικού πληθυσμού που είχαν ως υποκείμενα μελέτης άντρες. Οι έρευνες εντόπισαν λίγες περιπτώσεις. Δεν υπάρχουν λοιπόν ισχυρές βάσεις για τους ισχυρισμούς ότι παρατηρείται μία αύξηση της εκδήλωσης της ψυχογενούς βουλιμίας στους άντρες.

Τα αποτελέσματα μίας έρευνας που δημοσιεύτηκε το 1991 δείχνουν πως η διαταραχή είναι σχεδόν το ίδιο κατανεμημένη στα δύο φύλλα, αλλά η αξιοπιστία αυτής της διαπίστωσης είναι αμφισβητήσιμη. Ο ορισμός της βουλιμίας που χρησιμοποιήθηκε τότε διέφερε από το σημερινό τεχνικό ορισμό και η αξιολόγηση έγινε με ερωτηματολόγιο και όχι με συνέντευξη. Σε κλινικά δείγματα ανθρώπων που πάσχουν από τη διαταραχή της βουλιμίας, οι γυναίκες είναι πολύ περισσότερες από τους άντρες.

Όσον αφορά στην πορεία της ΨΒ, κατά τους Χριστοδούλου (2004) και Τσιάντη – Μανωλόπουλο (1988), είναι συνήθως μακροχρόνια αλλά οι γνώσεις σχετικά με τους προγνωστικούς παράγοντες είναι περιορισμένες. Γενικά, απόπειρες αυτοκτονίας, παχυσαρκία, μη ικανοποιητικές σχέσεις με συνομηλικούς ή με γονείς και άγχος στους γονείς θεωρούνται δυσμενή σημεία, ενώ η αρχή της νόσου πριν από το 16^ο έτος θεωρείται ευνοϊκό προγνωστικό στοιχείο.

Οι ασθενείς που κατάφεραν να ολοκληρώσουν ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, ανέφεραν στο τέλος μείωση τουλάχιστον κατά 50% των επεισοδίων υπερφαγίας και των καθαρτικών συμπεριφορών. Τα δεδομένα που υπάρχουν από εξωνοσοκομειακούς ασθενείς υποστηρίζουν ότι η βελτίωση διατηρείται για 5 χρόνια. Ωστόσο, συχνά οι ασθενείς και κατά τη φάση της βελτίωσης δεν είναι εντελώς ελεύθεροι συμπτωμάτων. Η ψυχογενής βουλιμία είναι χρόνια διαταραχή, με υφέσεις και εξάρσεις στην πορεία της. Μπορούμε περιληπτικά να αναφέρουμε ότι το 1/3 των περιπτώσεων έχει φτωχή πρόγνωση, με χρόνια συμπτώματα για τα οποία συχνά θα χρειαστεί νοσηλεία, λιγότερο από το 1/3 έχει καλή πορεία με

ικανοποιητικά σταθερή βελτίωση, ενώ πάνω από το 1/3 εμφανίζουν μικρή βελτίωση των συμπτωμάτων.

Η πρόγνωση γενικά εξαρτάται από τη σοβαρότητα των συνεπειών της καθαρτικής συμπεριφοράς, που προκαλεί ιατρικές επιπλοκές, όπως ηλεκτρολυτικές διαταραχές, οισοφαγίτιδα, διόγκωση των παρωτίδων, διάβρωση των οδόντων. Στις περιπτώσεις που συνοδεύονται από μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο ή από διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, υπάρχει σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας.

4.7 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM 4,1994), τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι:

1. Επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο παρακάτω:
 - α. Ταχεία κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής μέσα σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο(π.χ. σε μια περίοδο 2 ωρών).Η ποσότητα φαγητού είναι σαφώς μεγαλύτερη από όση θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια μιας παρόμοιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις.
 - β. Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας υπάρχει ένα αίσθημα έλλειψης ελέγχου της πρόσληψης τροφής, δηλαδή μια αίσθηση ότι κάποιος δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τί και πόσο τρώει.
2. Επανειλημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά για να αποτραπεί η απόκτηση βάρους, όπως πρόκληση εμετού, κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, ή άλλων φαρμάκων, αυστηρή δίαιτα ή νηστεία ή εντατική άσκηση.
3. Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα επί τρεις μήνες.
4. Η εκτίμηση του εαυτού επηρεάζεται αδικαιολόγητα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.
5. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Η ΨΒ 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 ΨΒ διέπονται από μια μυστικοπάθεια και δεν αναζητούν εύκολα ιατρική βοήθεια, είναι δύσκολη η εκτίμηση της επιδημιολογίας της (Μάνος, 1997).

ΤΥΠΟΙ :

- **Τύπος Κάθαρσης:** κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμέτου ή την κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων.
- **Τύπος Μή Κάθαρσης:** κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως νηστεία ή υπερβολική άσκηση, αλλά δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμέτου ή την κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων.

4.8 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Η δ.δ της Ψυχογενούς Βουλιμίας θα γίνει από την **Ψυχογενή Ανορεξία, Τύπου Υπερφαγίας/Κάθαρσης**. Σύμφωνα με το DSM-4, εφόσον το άτομο έχει επεισόδια υπερφαγίας/κάθαρσης μόνον κατά την πορεία Ψυχογενούς Ανορεξίας, δεν θα δοθεί ως επιπρόσθετη διάγνωση η Ψυχογενής Βουλιμία. Στην περίπτωση που κάποιο άτομο έχει επεισόδια υπερφαγίας/κάθαρσης, αλλά δεν πληρεί πια όλα τα κριτήρια για Ψυχογενή Ανορεξία, Τύπου Υπερφαγίας/Κάθαρσης(π.χ. το βάρος είναι φυσιολογικό ή η εμμηνορρυσία είναι κανονική), τότε εναπόκειται στην κρίση του κλινικού να βάλει τη διάγνωση Ψυχογενής Ανορεξία, Τύπου Υπερφαγίας/Κάθαρσης, Σε Μερική Ύφεση ή τη διάγνωση Ψυχογενής Βουλιμία.

Η δ.δ θα γίνει ακόμα από νευρολογικές ή άλλες σωματικές καταστάσεις όπως π.χ το σύνδρομο **Kleine-Levin**, όπου υπάρχει βουλιμική συμπεριφορά, αλλά δεν υπάρχει η έντονη ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Η δ.δ από τη **Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Με Άτυπα Στοιχεία**, όπου συχνά υπάρχει υπερφαγία, θα βασισθεί στο ότι δεν υπάρχει η παθολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά, ούτε έντονη ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Όσον αφορά τα παρορμητικά επεισόδια υπερφαγίας που μπορεί να παρατηρηθούν στη **Μετ αιχμηκή Διαταραχή Προσωπικότητας**, θα οδηγήσουν σε διπλή διάγνωση, αν πληρούνται τα κριτήρια και για τις δύο διαταραχές (Μάνος, 1997).

4.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Από τη δεκαετία του '80 και μετά έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεραπείες για τη βουλιμία και το γεγονός ότι οι άνθρωποι με προβλήματα βουλιμίας συχνά αναβάλλουν την εξασφάλιση βοήθειας είναι πολύ λυπηρό, δεδομένου ότι σήμερα υπάρχει ποικιλία αποτελεσματικών μορφών θεραπείας.

Η ικανότητα της θεραπείας να επιφέρει μία μόνιμη αλλαγή είναι ζωτικής σημασίας, διότι τα προβλήματα βουλιμίας απλώνουν βαθιά τις ρίζες τους, πριν καλά καλά το άτομο προλάβει να ζητήσει βοήθεια.

Μία προκαταρκτική ερώτηση που μπορεί να θέσουν τα άτομα των οποίων τα προβλήματα πρόσληψης τροφής εξακολουθούν να υπάρχουν ακόμη και μετά από διάφορες θεραπευτικές προσπάθειες είναι αν θα χρειαστούν νοσοκομειακή περίθαλψη.

Σύμφωνα με τον Fairburn (1999), η νοσοκομειακή περίθαλψη πολύ σπάνια είναι αναγκαία. Η κλινική και ερευνητική εμπειρία δείχνουν πως η πλειοψηφία των ατόμων με προβλήματα βουλιμίας μπορούν να θεραπευτούν ακολουθώντας την κατάλληλη αγωγή στο σπίτι τους.

Μάλιστα, η νοσοκομειακή περίθαλψη όχι μόνο δεν είναι απαραίτητη, αλλά μπορεί και να αποβεί εις βάρος του ασθενή.

Σύμφωνα με τον Arfedorfer (1997), η εισαγωγή στο νοσοκομείο ενδείκνυται μόνο σε περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης, ή όταν ο στόχος είναι η διακοπή των κύκλων της βουλιμίας καθώς και η εφαρμογή ενός θεραπευτικού σχεδίου.

Οι άνθρωποι συνήθως παύουν να είναι βουλιμικοί αμέσως μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Και αυτό επειδή βρίσκονται ξαφνικά σε ένα ξένο περιβάλλον όπου δεν μπορούν ανεμπόδιστα να καταναλώσουν όσο φαγητό θέλουν.

Επίσης, στο χώρο αυτό δεν επηρεάζονται από το άγχος της καθημερινότητας το οποίο προκαλεί τα επεισόδια βουλιμίας τους.

Στο νοσοκομείο έχουν πολύ λίγες ευκαιρίες να μείνουν μόνοι τους και να ενδώσουν στη γνωστή συνήθειά τους.

Έτσι, στην πραγματικότητα η βουλιμία τους απλά βρίσκεται σε μία λανθάνουσα κατάσταση, η οποία είναι πολύ πιθανό να ενεργοποιηθεί με την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Όμως, σύμφωνα με τους Abraham & Jones (1990), μία παραμονή σε νοσοκομείο μπορεί να ωφελήσει μια γυναίκα που η ζωή της είναι χάος, που ο χώρος που ζει συντελεί στο πρόβλημά της ή πούν ζει σε μια περιοχή που την εμποδίζει να έρχεται τακτικά σαν μία εξωτερική ασθενής. Μία σύντομη εισαγωγή σε νοσοκομείο μπορεί να είναι απαραίτητη για να μπορέσει ο θεραπευτής να αξιολογήσει περαιτέρω τα ψυχολογικά ή ιατρικά προβλήματά της γυναίκας και να καταστρώσει ένα πρόγραμμα θεραπείας κατάλληλο γι' αυτήν.

Κατά τον Fairburn (1999), υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις κατά τις οποίες η νοσοκομειακή περίθαλψη επιβάλλεται. Από αυτές, οι σημαντικότερες είναι πέντε :

1. Ορισμένοι άνθρωποι με προβλήματα βουλιμίας υποφέρουν σε τόσο μεγάλο βαθμό από κατάθλιψη που δεν μπορούν να επωφεληθούν από εξωτερική θεραπεία.
2. Κάποιοι έχουν τάσεις αυτοκτονίας και κατά συνέπεια χρειάζονται την προστασία που παρέχει ένα νοσοκομείο.
3. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η σωματική υγεία του ατόμου αποτελεί λόγο για την εξασφάλιση φροντίδας.
4. Είναι καλό οι γυναίκες που βρίσκονται στα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης τους να εισάγονται στο νοσοκομείο, εφόσον οι συνήθειες διατροφής τους είναι διαταραγμένες, γιατί υπάρχουν

στοιχεία που αποδεικνύουν ότι επέρχεται ένα αυξημένο ποσοστό αποβολών σε αυτές τις περιπτώσεις.

5. Η νοσοκομειακή περίθαλψη ενδείκνυται για τα άτομα που δεν ανταποκρίθηκαν στην παρεχόμενη εξωτερική θεραπεία.

Στην πράξη, οι καταστάσεις αυτές καλύπτουν πιθανότατα λιγότερο από το 5% των περιπτώσεων. Υπάρχει ωστόσο ένας ακόμη λόγος που καθιστά αναγκαία τη νοσοκομειακή περίθαλψη, ιδιαίτερα όσον αφορά ένα μεγάλο αριθμό ατόμων.

Σε χώρες όπου η κοινωνική ιατρική δεν έχει ακόμη αναπτυχθεί, η ασφαλιστική κάλυψη αποτελεί το μόνο μέσο για την πληρωμή της θεραπείας και πολλά ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν κυρίως τα έξοδα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, τα άτομα δεν έχουν άλλη επιλογή από το να εισαχθούν σε νοσοκομείο.

Όσον αφορά τον στόχο της ενδονοσοκομειακής θεραπείας, σύμφωνα με τους Abraham & Jones (1990), αυτός είναι πρώτον να εξασφαλίσει ένα υποστηρικτικό περιβάλλον στο οποίο η γυναίκα να μπορεί να διδαχθεί «φυσιολογικές» συνήθειες στο φαγητό και να σταματήσει να χρησιμοποιεί τις πιθανόν επικίνδυνες μεθόδους ελέγχου του βάρους, όπως π.χ. ο αυτοπροκαλούμενος έμετος και η κατάχρηση καθαρτικών. Δεύτερον, να δώσει στην ασθενή ένα υποστηρικτικό περιβάλλον για να μπορέσει να κάνει αλλαγές τον τρόπο ζωής της που θα τη βοηθήσουν να αναρρώσει. Η πείρα όμως έχει δείξει ότι η βελτίωση μετά την ενδονοσοκομειακή θεραπεία δεν είναι καλύτερη από όσο όταν η γυναίκα θεραπεύεται σαν εξωτερική ασθενής.

Πάντως, ανεξάρτητα από τους λόγους που οδηγούν σε αυτή τη λύση, η νοσοκομειακή περίθαλψη θα έπρεπε να θεωρείται ως προετοιμασία για την εξωτερική θεραπεία, ώστε οι αλλαγές που επιτυγχάνονται στο νοσοκομείο να μπορούν, εφαρμοζόμενες

αποτελεσματικά και στην προσωπική ζωή του ασθενή, να του εξασφαλίσουν ένα ευοίωνο μέλλον.

Όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή, κάποια αντικαταθλιπτικά φάρμακα (ημιπραμίνη, φλουβοξαμίνη) φαίνεται ότι έχουν ευνοϊκή δράση κατά των βουλιμιών και άλλων ανεξέλεγκτων υπερφαγιών. Ωστόσο, φαίνεται ότι αυτή η επίδραση είναι παροδική. Κανένα από αυτά τα φάρμακα δεν επιτρέπει τη ρύθμιση των διατροφικών λήψεων και του βάρους χωρίς να προκαλεί βλάβες στην υγεία και μάλιστα δίχως σταθερά αποτελέσματα (Arfeldorfer, 1997).

Και ο Fairburn (1999), αναφέρει κάποια θετικά συμπεράσματα από τη λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων αλλά επισημαίνει και τα προβλήματα που παρατηρούνται.

Το πρώτο είναι ότι αυτά έχουν παρενέργειες, όπως επιληπτικές κρίσεις σε ασθενείς.

Επίσης, πολλοί άνθρωποι αρνούνται να πάρουν τα φάρμακα γιατί δεν τα βλέπουν ως τα καταλληλότερα μέσα αντιμετώπισης του προβλήματός τους.

Τρίτον, υπάρχουν σοβαρές αμφιβολίες για τη διάρκεια των ευεργετικών αποτελεσμάτων. Πρόσφατα ευρήματα δείχνουν πως πολλοί άνθρωποι που αρχικά βοηθήθηκαν από αυτά τα φάρμακα, «πέφτουν» ξανά στη βουλιμία είτε συνεχίσουν να τα παίρνουν είτε όχι.

Η γνωστοποίηση ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχουν περιορισμένη μακροπρόθεσμη αξία οδήγησε στην υποχώρηση του ενθουσιασμού όσον αφορά τη χρήση τους και η προσοχή της επιστημονικής κοινότητας στρέφεται στην αξιολόγηση των ψυχολογικών θεραπειών.

Στη συνέχεια παραθέτονται οι πιο γνωστές ψυχολογικές θεραπείες για την ψυχογενή βουλιμία :

Θα πρέπει εδώ να αναφερθεί ότι οι βουλιμικές μπορεί να απαιτούν πολύ χρόνο και μπορεί να είναι παραπειστικές και συχνά όχι ειλικρινείς γιατί συνήθως έχουν απεγνωσμένη ανάγκη για βοήθεια και θέλουν να τις συμπαθεί ο θεραπευτής τους. Οι περισσότερες καταλαβαίνουν πως η συμπεριφορά τους είναι παθολογική και δεν είναι παράξενο που δεν είναι πάντοτε ειλικρινείς. Όμως έχουν πολλά πλεονεκτήματα που κάνουν τη δουλειά μαζί τους ικανοποιητική για το θεραπευτή. Αν και δεν είναι πάντοτε κατάλληλα, τα μέσα που έχουν αναπτύξει όπως π.χ. η συμπεριφορά αντίστασης και η επιθυμία τους να βελτιωθούν, σημαίνουν ότι μπορεί να γίνει πρόοδος αν ο θεραπευτής δημιουργήσει μια καλή σχέση με τη γυναίκα (Abraham & Jones, 1990).

A. Γνωστικο – Συμπεριφορικές Θεραπείες

Η γνωστικο – συμπεριφορική προσέγγιση ευνοεί μία άμεση επεξεργασία της διατροφικής συμπεριφοράς και των αιτιών που διαιωνίζουν τη διαταραχή. Στην πράξη, προτείνεται η σύναψη ενός θεραπευτικού συμβολαίου, σύμφωνα με το οποίο το άτομο δεσμεύεται να ακολουθήσει το πρόγραμμα της αγωγής, συμμετέχοντας σε μία μικρή ομάδα ή με ατομική θεραπεία (Apfeldorfer, 1997).

Ο στόχος της γνωστικο – συμπεριφορικής προσέγγισης, σύμφωνα με τον Fairburn (1999), είναι να εξαλείψει σταδιακά το πρόβλημα, χρησιμοποιώντας μία προσεκτικά σχεδιασμένη σειρά παρεμβάσεων.

Στο πρώτο στάδιο, γίνεται λεπτομερής καταγραφή όλων των επεισοδίων βουλιμίας τη στιγμή εκδήλωσής τους, μαζί με τις παρεπόμενες σκέψεις και τα ανάλογα συναισθήματα. Το άτομο υιοθετεί φυσιολογικές συνήθειες διατροφής και μία εναλλακτική συμπεριφορά απέναντι στις παρορμήσεις βουλιμίας.

Επίσης, εκπαιδεύεται πάνω στο φαγητό, στις συνήθειες διατροφής, στη σιλουέτα και στο βάρος.

Στο δεύτερο στάδιο, γίνεται εισαγωγή τροφών που αποφεύγονται βάσει του διαιτολογίου και μειώνονται σταδιακά οι άλλες μορφές αυστηρής δίαιτας. Το άτομο αναπτύσσει δεξιότητες για την αντιμετώπιση δυσκολιών που σε άλλες περιπτώσεις θα προκαλούσαν επεισόδια βουλιμίας. Αναγνωρίζει και προσπαθεί να αλλάξει τον προβληματικό τρόπο σκέψης του. Επίσης, εξετάζονται τα αίτια του προβλήματος βουλιμίας και του ρόλου των οικογενειακών και κοινωνικών παραγόντων.

Στο τρίτο και τελευταίο στάδιο, γίνεται προγραμματισμός για το μέλλον βάσει ρεαλιστικών προσδοκιών και μεθόδων που μπορεί να ακολουθήσει το άτομο σε περίπτωση επανεμφάνισης του προβλήματος.

Όπως αναφέρει ο Arfeldorfer (1997), διάφορες εκπαιδευτικές και συμπεριφορικές τεχνικές χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της βουλιμίας.

Η τεχνική *ελέγχου της διατροφικής συμπεριφοράς* στοχεύει στην εγκαθίδρυση μίας κοινωνικής διατροφής, που λαμβάνεται σε φυσιολογικά ωράρια με μαγειρεμένα προϊόντα. Επειδή οι βουλιμικοί έχουν χάσει αυτή τη συνήθεια, στις περισσότερες αγωγές που βασίζονται στη συμπεριφορά, περιλαμβάνονται διαιτητική βοήθεια και διατροφικές συμβουλές.

Η τήρηση ενός «διατροφικού σημειωματάριου», στο οποίο το άτομο σημειώνει τι τρώει, που και τότε και σε ποιες περιστάσεις, μπορεί να δώσει τη δυνατότητα για επεξεργασία πάνω στη συνειδητοποίηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις διατροφικές λήψεις.

Ο *έλεγχος του ερεθίσματος* από διάφορες εντολές που αφορούν τη συμπεριφορά στοχεύει στη ρύθμιση της διατροφικής συμπεριφοράς, στην ελάττωση της επιρροής που ασκεί πάνω της το περιβάλλον και σε τελική

ανάλυση, στη δυνατότητα αποστασιοποίησης του ατόμου από οτιδήποτε έχει σχέση με την τροφή.

Στις γνωστικές θεραπείες οι υπερφαγίες εκλαμβάνονται ως απροσάρμοστες αντιδράσεις, οι οποίες ευνοούνται από ποικίλες γνωστικές διαστρεβλώσεις. Το άτομο έχει τον περισσότερο καιρό μία μη πραγματική, δραματοποιημένη εικόνα του κόσμου, η οποία τον αναγκάζει να μεγαλοποιεί τις αποτυχίες και να παραβλέπει τις επιτυχίες, να δημιουργεί τυραννικές υποχρεώσεις στον εαυτό του, να του απευθύνει ενοχοποιητικούς λόγους. Οι λανθασμένες πεποιθήσεις συζητούνται, καθώς και η αναγκαιότητα μίας τέλει ζωής, με ένα ιδανικά χαμηλό βάρος. Η θεραπεία βοηθά στην κριτική του εσωτερικού διαλόγου, στη μετρίαση των φιλοδοξιών, στη δημιουργία ρεαλιστικών στόχων. Η κοινωνική πίεση για μία υπερβολικά λεπτή σιλουέτα επανεξετάζεται.

Επίσης, σύμφωνα με τους Abraham & Jones (1990), η έκθεση σε αγχογενή τρόφιμα εφαρμόζεται σε πολλούς βουλιμικούς με σκοπό το άτομο να καταναλώσει τρόφιμα τα οποία συνήθως απαγορεύει στον εαυτό του εκτός του βουλιμικού επεισοδίου. Εδώ ο θεραπευτής εντοπίζει και καταγράφει τον εσωτερικό διάλογο τον οποίο απευθύνει το άτομο στον εαυτό του σε αυτή την περίπτωση. Πρόκειται συνήθως για έναν έξαλλο φόβο για το πάχος, καθώς και για υποτιμητικές σκέψεις που συνδέονται με την ιδέα του σφάλματος και της αμαρτίας.

Ακόμη, για τις βουλιμικές που κάνουν έμετο, προτάθηκε μία τεχνική έκθεσης με πρόληψη της αντίδρασης του εμέτου, τεχνική που συνίσταται σε συνεδρίες κατά τις οποίες το άτομο τρώει σε μεγάλη ποσότητα τα τρόφιμα που καταναλώνει συνήθως με βουλιμικό τρόπο, και έπειτα, αντίθετα προς τη συνήθειά του, δεν κάνει έμετο. Του ζητείται να χαλαρώσει, να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του, τα οποία είναι οδυνηρά τις περισσότερες φορές, καθώς και τον εσωτερικό διάλογο που απευθύνει στον εαυτό του. Οι πιο συχνές σκέψεις είναι : «*Θα παχύνω, θα*

παραμορφωθώ», «Εφόσον υπέκυψα, δεν αξίζω τίποτα», «Το εσωτερικό μου έχει σπλωθεί από τα τρόφιμα».

Η γνωστική – συμπεριφορική προσέγγιση για τη θεραπεία προβλημάτων βουλιμίας έχει μελετηθεί εκτενώς τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια και έχει σαν άμεση ευεργετική συνέπεια τη σημαντική μείωση της συχνότητας των επεισοδίων βουλιμίας.

Οι Barlow & Durand (2002), αναφέρουν ότι οι εκτιμήσεις των βραχυχρόνιων (διάρκειας περίπου 3 μηνών), γνωστικο – συμπεριφοριστικών θεραπειών για τη βουλιμία είναι αρκετά καλές και δείχνουν μια μείωση της πρόκλησης εμέτου έως 79% κατά μέσο όρο, ενώ το 57% των ασθενών καταφέρνουν να ελαττώσουν και την υπερφαγία και την πρόκληση εμέτου μαζί. Επιπλέον, αυτά τα αποτελέσματα φαίνονται να διαρκούν και μετά το πέρας της θεραπείας.

Παρά το γεγονός ότι καμιά θεραπεία δε φαίνεται τόσο αποτελεσματική όσο η γνωστική – συμπεριφορική, υπάρχουν και ορισμένες άλλες ψυχολογικές θεραπείες που αποδείχθηκε πως βοηθούν κάποιους ανθρώπους.

Β. Η εστιασμένη ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται γενικά για όλες εκείνες τις σύντομες μορφές ψυχοθεραπείας που αντιμετωπίζουν αρχικά ένα ή περισσότερα ζητήματα που θεωρούνται μείζονος σημασίας για το πρόβλημα του ασθενούς και στη συνέχεια επικεντρώνονται αποκλειστικά στην επίλυσή τους. Η σημασία που δίνεται σε αυτή τη συγκεκριμένη εστίαση στο πρόβλημα αποτελεί το ιδιαίτερο γνώρισμά τους.

Γ. Η “διαπροσωπική ψυχοθεραπεία” (θεραπεία ενίσχυσης έκφρασης), είναι από τις περισσότερο μελετημένες μορφές της εστιασμένης ψυχοθεραπείας και συνίσταται στην επεξεργασία των συγκινησιακών αντιδράσεων.

Σχεδιασμένη αρχικά για τη θεραπεία της κατάθλιψης, δίνει έμφαση στην αναγνώριση και στην αλλαγή των διαπροσωπικών προβλημάτων

που θεωρούνται υπεύθυνα για τα συμπτώματα κατάθλιψης, διαμάχες με τους φίλους ή τους συγγενείς, δυσκολίες δημιουργίας ή διατήρησης σχέσεων και προβλήματα αντιμετώπισης των μεταβατικών σταδίων της ζωής (εγκατάλειψη του πατρικού σπιτιού, γάμος, ρόλος του γονέα κ.τ.λ.).

Καθώς οι διαπροσωπικές δυσκολίες αποτελούν συνήθη κατάσταση των ατόμων με προβλήματα βουλιμίας και μπορούν να συντελέσουν στη διατήρησή τους, είναι εύλογο να πιστεύουμε στην αποτελεσματικότητα αυτής της θεραπείας (Fairburn, 1999).

Δ. Επίσης, η *«οικογενειακή θεραπευτική μέθοδος»*, έχει δείξει ότι η εφαρμογή της μπορεί να είναι αποτελεσματική και σε περιπτώσεις διαταραχών πρόσληψης τροφής, οι οποίες εκδηλώνονται σε παιδιά και εφήβους με τη μορφή της ανορεξίας και της βουλιμίας (Ζαφείρης, Μουζακίτης, 1999).

Η οικογενειακή θεραπεία απαιτεί την ενεργή συμμετοχή όλων των μελών της οικογένειας και κινητοποιεί πολλούς εξειδικευμένους θεραπευτές. Χρησιμοποιείται κατά κύριο λόγο στη διανοητική ανορεξία και κατ'εξάιρεση στη βουλιμία ή την υπερφαγική παχυσαρκία του παιδιού ή του εφήβου. Οι θεραπευτές προσπαθούν να διαλευκάνουν τις οικογενειακές σχέσεις και να αποκαλύψουν τις διάφορες συγκρούσεις, στο επίκεντρο των οποίων υπήρξε ο "συγκεκριμένος ασθενής".

Οι θεραπευτές συνιστούν γενικά, διάφορους κανονισμούς και συνταγές για τους μεν και τους δε, ούτως ώστε να μπορεί κάθε μέλος να έχει της εντύπωση ότι συνεισφέρει αποτελεσματικά στη βελτίωση των σχέσεων στην καρδιά της οικογένειας (Apfeldorfer, 1997).

Ε. Ακόμη, οι *ομαδικές θεραπείες* συγκεντρώνουν ασθενείς, οι οποίοι παρουσιάζουν τα ίδια συμπτώματα ή πανομοιότυπες δυσκολίες. Προτείνονται κυρίως στις περιπτώσεις βουλιμικών και υπερφαγικών διαταραχών και σπανιότερα στις περιπτώσεις διανοητικής ανορεξίας.

Στην πραγματικότητα, αυτή η ονομασία της “ομαδικής θεραπείας” δεν υποδηλώνει τίποτα συγκεκριμένο. Όλα εξαρτώνται από το προτεινόμενο ψυχοθεραπευτικό μοντέλο. Μπορεί να πρόκειται για ομάδες συζήτησης, που διεξάγεται ανεπίσημα και διευθύνεται από επαγγελματίες ψυχολόγους ή από ανθρώπους που έχουν υποφέρει από διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς. Αυτές οι ομάδες στοχεύουν κυρίως στην αμοιβαία υποστήριξη μεταξύ των ατόμων που συμμετέχουν. Σε κάποιες περιπτώσεις, οι διοργανωτές παρέχουν πληροφορίες και απαντούν στις ερωτήσεις που τίθενται.

Άλλες ομάδες γνωστικό – συμπεριφορικής θεραπείας έχουν προκαθορισμένο πρόγραμμα, στο οποίο περιλαμβάνεται ορισμένος αριθμός συνεδριών για ομάδες ψυχαναλυτικής έμπνευσης ή για ομάδες ανθρωπιστικής θεραπείας (Fairburn, 1999).

Στο σημείο αυτό, στα πλαίσια των ομάδων θεραπείας γίνεται μια αναφορά και στην ομάδα των «Ανώνυμων Βουλιμικών», οι οποίοι έχουν έδρα τους την Αμερική. Μετά την επιτυχία που σημείωσε η ομάδα των Ανώνυμων αλκοολικών με τα 12 βήματα, σχηματίστηκαν διάφορες άλλες ομάδες για να αντιμετωπίσουν άλλες εξαρτήσεις δανειζόμενες τα 12 βήματα. Μια από αυτές είναι και οι Ανώνυμοι Βουλιμικοί σαν ομάδα αυτοβοήθειας για τα άτομα που εκδήλωναν βουλιμία.

Η ομάδα των Ανώνυμων Βουλιμικών ανήκει σε εκείνες τις ομάδες ή πλαίσια που δεν χαρακτηρίζονται θεραπευτικές, αλλά είναι αφιερωμένες στην παροχή βοήθειας σε ανθρώπους που έχουν πρόβλημα και φαίνονται να είναι πολύ αποτελεσματικές. Ο όρος «μη θεραπεία» πρότείνεται να είναι η ονομασία αυτής της συνεχούς δραστηριότητας. Υπάρχουν άνθρωποι που ανταποκρίνονται καλύτερα στη βοήθεια που δεν ονομάζεται θεραπεία, αλλά δίνεται με ιδιαίτερο τρόπο. Αυτές οι ομάδες συνήθως δίνουν μεγάλη έμφαση στο γεγονός ότι δεν παρέχουν θεραπεία και τα μέλη τους δεν πιστεύουν ότι βρίσκονται σε θεραπεία. Η

«μη θεραπεία» είναι η αλληλεπίδραση ανθρώπου προς άνθρωπο σε κλίμα βοήθειας, οι μη θεραπευτές μπορεί να είναι ασθενείς ή προσωπικό. Συνήθως οι μη θεραπευτές δεν ακολουθούν καμιά θεωρία. Η εκπαίδευσή τους βγαίνει από τη ζωή και ο κώδικας της ηθικής και των αισθημάτων τους είναι προσωπικός. Στις αλληλεπιδράσεις τους νοιάζονται για τη δική τους ευημερία και των ανθρώπων που τους περιστοιχίζουν. Οι μη θεραπευτές αντιδρούν στους άλλους αυθόρμητα χωρίς να νοιάζονται για την συνέπεια, τη σταθερότητα ή το θεραπευτικό ρόλο. Στη μη θεραπεία ο μη ασθενής παίρνει την ευθύνη για τον εαυτό του. Και οι δύο παίρνουν την ευθύνη να τα πάνε καλά μαζί.

ΣΤ. Σε αυτό το πλαίσιο κατατάσσονται και οι *ομάδες αυτοβοήθειας*. Αναλυτικότερα, όταν μιλάμε για ομάδες αυτοβοήθειας εννοούμε εθελοντικές δομές μικρών ομάδων που σκοπεύουν στην αμοιβαία βοήθεια και στην επίτευξη ενός συγκεκριμένου σκοπού. Αποτελούνται κυρίως από ομοιοπαθείς, οι οποίοι συγκεντρώνονται για την αντιμετώπιση ενός κοινού μειονεκτήματος και την επίτευξη μιας επιθυμητής και προσωπικής αλλαγής. Επιπλέον, οι ομάδες αυτοβοήθειας δίνουν έμφαση στην πρόσωπο με πρόσωπο κοινωνική αλληλεπίδραση δημιουργώντας έτσι ένα κλίμα μέσα στο οποίο οι βοηθούμενοι και αυτοί που προσφέρουν βοήθεια υποφέρουν και οι δύο τωρινά ή παρελθοντικά προβλήματα του συγκεκριμένου είδους.

Όσον αφορά στη δομή μπορούμε να πούμε ότι δεν έχει τυπική μορφή, δηλαδή δεν ισχύει ένα συγκεκριμένο καταστατικό, αλλά ο κανόνας είναι ακριβώς οι άτυπες δημοκρατικές διαδικασίες και η εκτεταμένη συμμετοχή των μελών. Εδώ πρέπει να τονίσουμε ότι ο τρόπος αρχηγίας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την αποτελεσματικότητα μιας ομάδας αυτοβοήθειας. Όταν η μορφή της αρχηγίας γίνεται αυταρχική τότε εμποδίζει την συμμετοχή των μελών της και η ομάδα αυτοβοήθειας εξασθενεί. Παράγοντες που επηρεάζουν τόσο

τη δομή όσο και τη λειτουργία των ομάδων αυτοβοήθειας είναι η τακτική συμμετοχή των μελών, η αυστηρότητα και η ευελιξία των σχημάτων των συναντήσεων, καθώς και ο βαθμός οργανωτικής σταθερότητας.

Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί και οι Ανώνυμοι Βουλιμικοί έχουν τον ίδιο φαινομενικό στόχο, να προωθούν την ευημερία των μελών τους, όπως άλλωστε και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Μέσα από τις λεγόμενες “αδερφότητες”, τα εξαρτημένα μέλη μοιράζονται κοινές εμπειρίες και βιώματα και μέσα από αυτόν τον δρόμο μπορούν να βρουν διέξοδο στα προβλήματά τους, προσπαθώντας να απεξαρτηθούν από τις διάφορες ουσίες (αλκοόλ, φαγητό, ναρκωτικά) βοηθώντας ταυτόχρονα και τα υπόλοιπα μέλη (Ζαφειρίδης, 1996).

Όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα των θεραπειών για την Ψυχογενή Βουλιμία, οι γνωστικές – συμπεριφορικές θεραπείες και οι σύντομες θεραπείες που επικεντρώνονται στις δυσκολίες των σχέσεων (Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία – Supportive expressive therapy) είναι οι μόνες για τις οποίες διαθέτουμε αξιόπιστα στατιστικά στοιχεία. Αυτές οι δύο προσεγγίσεις, εκ των οποίων η μία πλησιάζει άμεσα τις διατροφικές συμπεριφορές, ενώ η άλλη τις θεωρεί ως μορφές αποφυγής των δυσκολιών των σχέσεων, δίνουν φαινομενικά τα ίδια αποτελέσματα και μπορεί να έχουν επιτυχία σε μία από τις δύο περιπτώσεις. Είναι όμως προφανέστατο, ότι αυτά τα γενικευμένα αποτελέσματα κρύβουν μεγάλες ανομοιομορφίες. Ενώ τα δύο τρίτα των ασθενών εγκαταλείπουν σχετικά άνετα τις βουλιμικές τους συμπεριφορές, το άλλο τρίτο – πιο συχνά εκείνοι που έχουν σημαντικότερες διαταραχές προσωπικότητας, καταναλωτές αλκοόλ ή χρήστες ναρκωτικών, ή εκείνοι οι οποίοι παρουσιάζουν μία σοβαρή καταθλιπτική κατάσταση, ή πάλι έχουν επικεντρώσει το σύνολο της ύπαρξής τους στη βουλιμική συμπεριφορά – αντιδρά λιγότερο καλά στις σύντομες ψυχοθεραπείες και απαιτεί μία μακροχρόνια ψυχοθεραπεία (Arpfelderfer, 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ

5.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ (BINGE-EATING DISORDER)

Σύμφωνα με τους Barlow & Durand (2002), οι πρόσφατες έρευνες έχουν επικεντρωθεί στη μελέτη μίας κατηγορίας ατόμων που βιώνουν έντονα συμπτώματα αγωνίας λόγω της υπερφαγίας αλλά δεν καταφεύγουν σε ακραίες αντισταθμιστικές συμπεριφορές και γι' αυτό δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι υποφέρουν από βουλιμία. Τα άτομα αυτά υποφέρουν από τη *διαταραχή της υπερφαγίας (ΔΥ)*. Η διαταραχή αυτή, περιλαμβάνεται στο παράρτημα του DSM-4 ως μία πιθανή καινούρια διαταραχή που χρειάζεται όμως περαιτέρω μελέτη. Υποστηρίζεται ότι η διαταραχή της υπερφαγίας και η Ψυχογενής βουλιμία θα μπορούσαν να συνδυαστούν, επειδή η μεγάλη κατανάλωση τροφής αποτελεί κυρίαρχο χαρακτηριστικό και των δύο διαταραχών. Τα άτομα θα μπορούσαν έτσι να κατηγοριοποιηθούν ανάλογα με το εάν χρησιμοποιούν μεθόδους κάθαρσης, (π.χ έμετος, καθαρτικά ή διουρητικά) ή όχι, και με το εάν είναι παχύσαρκα ή όχι.

Τα άτομα που πληρούν αυτά τα προκαταρκτικά κριτήρια της διαταραχής της υπερφαγίας εντοπίζονται συχνά στα προγράμματα αδυνατίσματος και ελέγχου του βάρους. Φαίνονται να διαφέρουν με πολλούς τρόπους από τα άτομα που υποφέρουν από άλλες διαταραχές στην πρόσληψη τροφής και από εκείνα που είναι παχύσαρκα, αλλά δεν καταναλώνουν υπερβολικές ποσότητες τροφής. Για παράδειγμα, η διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα δεν είναι τόσο μεγάλη στα πλαίσια

αυτής της διαταραχής, με την αναλογία των γυναικών προς τους άντρες να κυμαίνεται από το 3:1 έως 2:1, σε σύγκριση με την αναλογία 9:1 στην περίπτωση της βουλιμίας και της ανορεξίας. Σε μια σύγκριση γυναικών και ανδρών που εμφανίζουν αυτή τη διαταραχή δεν εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά στις ανησυχίες των ατόμων για τη σωματική κατάσταση ή το βάρος, στη διατάραξη των διατροφικών συνηθειών, στις διαπροσωπικές δυσκολίες ή στην αυτοεκτίμηση. Όμως, οι άντρες φαίνεται να είχαν όντως και άλλες διαταραχές, όπως μία αγχώδη διαταραχή ή μία διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών, ενώ οι γυναίκες ανέφεραν συχνότερα από τους άντρες ότι καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα τροφής ως αντίδραση στο άγχος, στο θυμό, στην απογοήτευση ή στην κατάθλιψη.

Τα άτομα που υποφέρουν από υπερφαγία και αναζητούν θεραπεία είναι συνήθως ηλικίας περίπου 40 ετών, μεγαλύτερα δηλαδή κατά μέσο όρο από τα άτομα που υποφέρουν από ανορεξία ή βουλιμία. Όμως, από τη στιγμή που η ηλικία εκδήλωσης της διαταραχής φαίνεται να είναι μεταξύ 19 και 25 ετών, το γεγονός αυτό μάλλον σημαίνει ότι τα άτομα που υποφέρουν από υπερφαγία δεν αποφασίζουν αμέσως να ακολουθήσουν θεραπεία για το πρόβλημά τους. Τα άτομα αυτά εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα συνοδών ψυχολογικών διαταραχών και σοβαρότερη ψυχοπαθολογία από ότι τα παχύσαρκα άτομα που δεν καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα τροφής. Επίσης αναφέρεται η ύπαρξη σημαντικών ποσοστών εκδήλωσης διαταραχών της διάθεσης και αγχωδών διαταραχών, καθώς και ψυχοσεξουαλικές δυσλειτουργίες μεταξύ αυτών των ατόμων. Ακόμη, τα ποσοστά αγχωδών διαταραχών και διαταραχών της διάθεσης μεταξύ των ατόμων φυσιολογικού βάρους που υποφέρουν από βουλιμία και των παχύσαρκων ατόμων που υποφέρουν από υπερφαγία είναι ισοδύναμα. Και άλλες μελέτες έχουν καταλήξει σε παρόμοια αποτελέσματα.

Περίπου το 50% των ατόμων αυτών προσπάθησαν να αδυνατίσουν πριν αρχίσουν να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες τροφής, ενώ το 50% ξεκίνησαν τη δίαιτα ταυτόχρονα με την υπερφαγία. Εκείνα τα άτομα που ξεκινούν πρώτα την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής επηρεάζονται σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό και είναι πιο πιθανό να έχουν σύνοδες διαταραχές. Είναι, επίσης, σαφές ότι τα άτομα που υποφέρουν από υπερφαγία έχουν τις ίδιες ανησυχίες σχετικά με τη σωματική τους κατάσταση και το βάρος τους με τα άτομα που υποφέρουν από ανορεξία και βουλιμία. (David H. Barlow, V. Mark Durand, 2002).

5.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ

Σύμφωνα με τους Wilson & Fairburn (1993) 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 σε μαθητικούς-σπουδαστικούς πληθυσμούς για την διερεύνηση της συχνότητάς τους. Αν και τα αποτελέσματα τέτοιων ερευνών προήλθαν αρχικά από τη Δυτική Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, σήμερα έχουμε πληροφορίες που εκτείνονται από την Αίγυπτο και το Πακιστάν έως την Κίνα και τη Νέα Ζηλανδία. Ένα πρώτο συμπέρασμα αυτών των ερευνών είναι ότι οι ΔΠΤ παρουσιάζουν μεγάλη συχνότητα. Το δεύτερο συμπέρασμα είναι ότι οι ΔΠΤ συνεχώς αυξάνονται. Το τρίτο, ότι η συχνότητα των ΔΠΤ συμβαδίζει με το βαθμό 'δυτικοποίησης' μίας κοινωνίας. Παρακάτω αναφέρονται μόνο κάποια ενδεικτικά στοιχεία:

Μελέτη των ιατρικών αρχείων της Νοτιοανατολικής Σκωτίας έδειξαν πως η συχνότητα της ΨΑ ανάμεσα στα έτη 1966-1969 και 1978-1982 αυξήθηκε κατά 150%.

Η μελέτη των αρχείων όλων των ψυχιατρικών υπηρεσιών τριών περιοχών της Βορειοανατολικής Σκωτίας για το διάστημα 1965-1991 απέδειξε πως ο ρυθμός ετήσιας αύξησης της ΨΑ στο γυναικείο πληθυσμό ήταν 5,3%, κάτι το οποίο μπορεί να εξηγηθεί είτε από την πραγματική αύξηση της συχνότητας της ΨΑ είτε από την μάλλον περισσότερο πρόωμη πάραπομπή τέτοιων περιστατικών σε ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Η διερεύνηση της ΨΑ 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 ΨΑ.

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

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

Σε ότι αφορά λιγότερο τυπικές μορφές ΔΠΤ 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% επιδιόταν σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ως μέσο για τον έλεγχο του σωματικού βάρους.

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).

•ΨΑ: Ψυχογενής Ανορεξία

•ΨΒ: Ψυχογενής Βουλιμία

5.3 ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η αντίληψη, ότι οι ΔΠΤ 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 ΜΜΕ καμία κοινωνία να μη θεωρείται πλέον απροσπέλαστη στην ανάπτυξη των ΔΠΤ.

Μία πρόσφατη έρευνα στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (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.

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.

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

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

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.

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.

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

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.

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 πιθανόν 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 ΜΜΕ, 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 (Σίμος, 1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ & ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Στα πλαίσια της διερεύνησης των διαταραχών διατροφής (ψυχογενής ανορεξία – ψυχογενής βουλιμία) λήφθηκαν πληροφορίες από δύο κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας .

Σκοπός είναι να γίνει γνωστό εάν έχουν αντιμετωπίσει περιπτώσεις ατόμων με διαταραχές στην πρόσληψη τροφής και πώς αυτές αντιμετωπίζονται θεραπευτικά. Μέσα από τη συζήτηση αναδείχθηκε ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού και της διεπιστημονικής ομάδας απέναντι σε αυτό το πρόβλημα.

Μιλώντας με την κυρία Ελένη Λεοντιάδου, κλινική κοινωνική λειτουργό στο Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Θεσσαλονίκης, Κεντρικού Τομέα, γίνεται γνωστό ότι στο συγκεκριμένο πλαίσιο έχουν καταγραφεί κάποια περιστατικά ατόμων με ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία.

Εκεί, ο κοινωνικός λειτουργός έχει ρόλο *θεραπευτή*. Καταρχήν λαμβάνει το Ψυχιατρικό ιστορικό του ασθενούς, το οποίο περιλαμβάνει το Κοινωνικό, το Οικογενειακό και το Αναπτυξιακό ιστορικό (από την παιδική μέχρι την τωρινή ηλικία του ασθενούς).

Στη συνέχεια, χρησιμοποιεί διάφορα τεστ τα οποία θα τον βοηθήσουν να διαγνώσει την όποια διαταραχή.

Καθορίζεται συνάντηση με την επιστημονική ομάδα του Κέντρου η οποία αποτελείται από κοινωνικό λειτουργό, ψυχίατρο, ψυχολόγο, νοσηλεύτη και ειδικευόμενο ψυχίατρο. Εκεί ο κοινωνικός λειτουργός

παρουσιάζει την περίπτωση του ασθενούς, την διάγνωση που έχει κάνει για αυτόν και την θεραπεία που προτείνει για το πρόβλημά του. Ο τρόπος αντιμετώπισης (θεραπεία) αποφασίζεται κοινώς από τα μέλη της ομάδας και εφαρμόζεται είτε από κάποιον από τους ειδικούς είτε από όλη την επιστημονική ομάδα.

Αντιστρόφως, η διάγνωση μπορεί να γίνει από άλλον ειδικό (π.χ. ψυχίατρο), να προταθεί θεραπεία και στην συνέχεια να εφαρμοστεί από κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο.

Οι μορφές θεραπείας που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση των διαταραχών διατροφής είναι κυρίως η γνωστική – συμπεριφορική και η οικογενειακή, καθώς και η ψυχαναλυτική και η γνωστική - αναλυτική.

Το άτομο επισκέπτεται το Κέντρο για τις συνεδρίες του με τους ειδικούς και σε περίπτωση που η ζωή του κινδυνεύει, παραπέμπεται σε κάποια νοσοκομειακή κλινική.

Επίσης, μέσα από την συνομιλία μας με τον κύριο Παρασκευά Σταματιάδη, κοινωνικό λειτουργό στο Παιδοψυχιατρικό Τμήμα του “Ιπποκράτειου” Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, γίνεται γνωστή η αντιμετώπιση των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής στα πλαίσια του νοσοκομείου.

Αντιμετωπίζουν κυρίως περιστατικά ανορεκτικών ατόμων με αναλογία 9 : 1 (9 ανορεκτικοί : 1 βουλιμικός) για αυτό η συζήτησή μας επικεντρώθηκε στην διαταραχή της ανορεξίας.

Συνήθως τα περιστατικά παραπέμπονται από την Παιδιατρική κλινική του νοσοκομείου όταν παρατηρείται κάποιο πρόβλημα στην πρόσληψη τροφής. Αντιμετωπίζουν περιστατικά από όλη την Ελλάδα αλλά και την Κύπρο.

Η διάγνωση γίνεται από παιδοψυχιάτρους με την χρήση του Παιδοψυχιατρικού ιστορικού και στη συνέχεια η διεπιστημονική ομάδα αναλαμβάνει την διεξαγωγή της ανάλογης θεραπείας.

Η νοσηλεία διαρκεί περίπου τέσσερις (4) μήνες και στην πρώτη φάση περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και μετά τον ενάμισι μήνα περίπου εφαρμόζεται κάποιο είδος ψυχοθεραπείας και κυρίως η «ατομική» ψυχοθεραπεία. Στην διεπιστημονική ομάδα συμμετέχουν επίσης κοινωνικός λειτουργός, εργοθεραπευτής και νοσηλεύτης.

Ο ρόλος του εργοθεραπευτή είναι η εφαρμογή ενός συμπεριφορικού προγράμματος, όπως η «σωματογνωσία», κατά το οποίο δίνεται ένα κίνητρο στο άτομο για να αποδεχτεί την αλλαγή του σώματός του σε περίπτωση που πάρει κιλά. Για παράδειγμα, εάν το άτομο πάρει έστω και ένα κιλό μπορεί να βγει από το νοσοκομείο και να πάει μια βόλτα. Οι έξοδοι γίνονται το Σαββατοκύριακο, εφόσον ο ασθενής δείχνει πρόοδο στη θεραπεία του.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού επικεντρώνεται στην οικογένεια του ασθενούς και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Δίνεται συμβουλευτική στήριξη στους γονείς για να παραδεχτούν το υπάρχον πρόβλημα και να αποδεχτούν το “άρρωστο” παιδί τους.

Επίσης, ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται και στην κοινότητα, στην “κοινωνία” του σχολείου όπου φοιτά το παιδί. Έρχεται σε επαφή με τους εκπαιδευτικούς, τους ενημερώνει για τον λόγο απουσίας του παιδιού από τα μαθήματα και συμβουλεύει για τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να το αντιμετωπίσουν όταν πλέον επιστρέψει στο σχολείο.

Με το πέρας της θεραπείας και εφόσον υπάρχει θετική εξέλιξη στην υγεία του ασθενούς, γίνεται παραπομπή σε ιδιώτη ψυχίατρο για την περαιτέρω παρακολούθησή του, είτε το άτομο έρχεται κατά καιρούς στο νοσοκομείο για τις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις και την επαφή με τους ειδικούς της επιστημονικής ομάδας.

Συμπερασματικά, η συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας (κοινωνικός λειτουργός, ψυχίατρος, ψυχολόγος, νοσηλευτής, εργοθεραπευτής) είναι ουσιαστική και απαραίτητη στη διάγνωση και θεραπεία των διαταραχών στη πρόσληψη τροφής καθώς και στην περαιτέρω εξέλιξη της κατάστασης του ασθενούς .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΜΕΛΕΤΗ ΙΣΤΟΡΙΚΩΝ

7.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η περιγραφή των χαρακτηριστικών πέντε περιπτώσεων ανορεκτικών ασθενών όπως αυτές παρουσιάζονται σε ψυχιατρικά ιστορικά εφήβων, τα οποία ελήφθησαν από το Παιδοψυχιατρικό τμήμα του Ιπποκράτειου, Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Οι άξονες που εξετάζονται, σύμφωνα με τα στοιχεία που δόθηκαν, είναι η εξής :

- Ο ασθενής και η προσωπικότητά του.
- Οι σχέσεις του τα μέλη της οικογένειάς του.
- Η οικογένειά του και οι σχέσεις μέσα σε αυτή.

Η μελέτη που έχει διεξαχθεί είναι περιγραφική και έχει στόχο την περιγραφή των στοιχείων που περιλαμβάνονται στα υπό μελέτη παιδοψυχιατρικά ιστορικά, τα οποία δίνουν μια σαφή εικόνα για το πρόβλημα της ψυχογενούς ανορεξίας.

7.2 ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη στηρίζεται στα στοιχεία των παιδοψυχιατρικών ιστορικών από το αρχείο του Παιδοψυχιατρικού τμήματος του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Δεν ήταν δυνατόν να συγκεντρωθούν πολλές περιπτώσεις γιατί αφενός επιτράπηκε η μελέτη μόνο πέντε ιστορικών και αφετέρου ο πληθυσμός που μελετήθηκε παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

Συγκεκριμένα, τα άτομα που παρουσιάζουν διαταραχές στην πρόσληψη τροφής δεν είναι εύκολα προσεγγίσιμα.

Αναλυτικότερα, τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία δεν αναζητούν εύκολα ιατρική βοήθεια παρά μόνο όταν η απίσχνανση είναι έντονη και γίνεται φανερό ότι απειλείται η ζωή τους.

Οι γονείς είναι αυτοί που παροτρύνουν τους ασθενείς να αναζητήσουν επαγγελματική βοήθεια.

Από την άλλη πλευρά, τα βουλιμικά άτομα σπάνια αποκαλύπτουν την ασθένειά τους, επειδή καταφέρνουν να διατηρούν ένα λίγο – πολύ φυσιολογικό βάρος που δύσκολα κάνει αντιληπτή την κατάστασή τους από τους άλλους.

Οι περιπτώσεις που μελετώνται αφορούν την νόσο με διάγνωση ψυχογενούς ανορεξίας και αναφέρονται σε έφηβα κορίτσια, στις οποίες η νόσος εκδηλώθηκε κατά το πρώτο στάδιο της εφηβικής περιόδου.

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

Σύμφωνα με τον Mishler (1996), μία από τις μεθόδους συλλογής πληροφοριών είναι η χρησιμοποίηση είδη υπαρχόντων γραπτών κειμένων ή στοιχείων που έχουν συγκεντρωθεί για σκοπούς διαφορετικούς από εκείνους του ερευνητή.

Τα στοιχεία προέκυψαν ύστερα από μελέτη παιδοψυχιατρικών ιστορικών που πάρθηκαν από ψυχιάτρους του νοσοκομειακού τμήματος. Οι πληροφορίες των ιστορικών δόθηκαν στους γιατρούς από τις ασθενείς και τους γονείς τους.

Στη συνέχεια παραθέτονται οι περιπτώσεις και τα στοιχεία που μελετήθηκαν σύμφωνα με αυτές.

7.3 ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΠΕΝΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΩΝ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1η : Γ.Κ., Θήλυ, Ημερομηνία γέννησης : 30-5-1989

Ημερομηνία συνεδρίας : 1-3 -2004

Αρχικό αίτημα : Ανορεξία με μεγάλη απώλεια βάρους. Πτώση διάθεσης. Δυσκολία στην επιτέλεση των καθηκόντων (σχολείο). Έντονη ενασχόληση με την τάξη και την καθαριότητα.

Ιστορικό Διαταραχής : Έναρξη στην Ε΄ Δημοτικού : κλείνεται στον εαυτό της, “αλλάζει”, δυσκολία με τα μαθήματα, αργεί στο διάβασμα.

Α΄ Γυμνασίου : δυσκολεύεται περισσότερο, βοήθεια μητέρας στα μαθήματα, έντονο άγχος.

Αποτυχία να πάρει το Lower αγγλικών το οποίο της δημιουργεί πρόβλημα διατροφής (ελάττωση φαγητού).

Από την κατασκήνωση και μετά (καλοκαίρι 2003) αρχίζει να χάνει κιλά όμως θεωρεί ότι τα ρούχα της είναι στενά.

Έντονη απίσχνανση, από τα 53 κιλά πέφτει στα 42,2 κιλά.

Υιοθετεί συμπεριφορές που πιστεύει ότι τη βοηθούν να χάσει βάρος : ελέγχει πως μαγειρεύονται τα φαγητά, μασάει πολύ ώρα την τροφή της, μετράει τα γραμμάρια, γυμνάζεται καθημερινά, διαβάζει βιβλία με δίαιτες.

Κακή εικόνα σώματος και εαυτού : νομίζει ότι είναι χοντρή, σταδιακή πτώση διάθεσης, κατάθλιψη και άγχος, έλλειψη ενδιαφέροντος για όλα.

Επισκέπτονται ειδικό που τους μιλά για νευρογενή ανορεξία και εισαγωγή σε Παιδοψυχιατρική Κλινική αλλά οι γονείς δεν παραδέχονται το πρόβλημα.

Η κατάσταση χειροτερεύει-έντονα συναισθήματα απαξίας : «Τι ωφελεί να ζω; Σκοτώστε με καλύτερα». Ταυτόχρονα έντονοι καταναγκασμοί και ψυχαναγκασμοί σε σχέση με την τάξη και την καθαριότητα. Την αγχώνουν απλές δραστηριότητες. Διακοπή περιόδου και ήπια γαστρίτιδα.

Ζητάει βοήθεια από τους γονείς.

Ατομικό αναμνηστικό (ατομικά χαρακτηριστικά, συμπεριφορά, προβλήματα) : Μικρή δεν ήθελε σωματική επαφή και χάδια.

Κλειστό και ντροπαλό παιδί, χωρίς πολλές παρέες. Φοβάται την απόρριψη. Όχι ιδιαίτερα κοινωνική. Προσκολλημένη στη μητέρα. Τελειομανής : ψυχαναγκασμοί και καταναγκασμοί με καθαριότητα και τάξη. Δεν παίρνει πρωτοβουλίες, θέλει επιβεβαίωση για ό,τι κάνει. Καταθλιπτικό συναίσθημα. Επιθυμία θανάτου. Αυτομομφή – αυτό-υποτίμηση. Αλλοιωμένη εικόνα σώματος. Ενασχόληση με σωματικό βάρος και αποστροφή προς το φαγητό. Φοβίες (σκοτάδι, μικρόβια, αρρώστιες) και ιδιαίτερα με τον σατανά («λες να συμβαίνει και σ'εμένα;»). Δυσκολίες στα μαθήματα, ζήλιες προς τα μικρότερα αδέρφια.

Οικογενειακή κατάσταση : **Πατέρας** : 52 χρονών, ιατρός, οξύθυμος, καλές σχέσεις μαζί της. **Μητέρα** : 52 χρονών, δημόσιος υπάλληλος, “ήρωας”, υπερπροστατευτική προς αυτήν, ίσως καταναγκαστική και αγχώδης. **Αδέρφια** : Μ. 13 χρονών : πολύ κοινωνική, πολύ καλές σχέσεις με την Κ., Ζ. 11 χρονών : απαιτητικός, γκρινιάρης, ανώριμος, κακές σχέσεις με την Κ. **Γιαγιά** : 78 χρονών, καλός άνθρωπος, μεγάλωσε τα παιδιά, **Παππούς** : 80 χρονών, ζωντανός άνθρωπος, με ενδιαφέροντα, καλές σχέσεις με τα παιδιά.

* Η δεύτερη αδερφή (Μ.) “κρατά τις ισορροπίες”.

Σχέσεις μέσα στην οικογένεια : Έντονες διαφωνίες και καβγάδες στο ζευγάρι. Η μητέρα πειστική και αγχώδης ως προς την Κ. επειδή ήταν η μεγαλύτερη από τα αδέρφια της, η Κ. έπρεπε πάντα να υποχωρεί. Η μητέρα ακυρωτική προς τον πατέρα. Ο πατέρας χαμηλών τόνων αλλά επίμονος στις απόψεις του (όσον αφορά στη θρησκεία του κυρίως, είναι Μουσουλμάνος). Η αδερφή της είναι κοινωνική και αγαπητή και ίσως γι αυτό την ζηλεύει η Κ. Με τον αδερφό της δεν τα πάει καλά.

Παρούσα κατάσταση ασθενούς : Περιποιημένη εμφάνιση, πολύ λεπτή για το ύψος της, έντονα καταθλιπτική διάθεση, αργός ρυθμός ομιλίας, παθητική στάση. Καλό περιεχόμενο σκέψης, αντίληψης, συνείδησης με εξαίρεση την αλλοιωμένη εικόνα σώματος. Καταναγκαστική βραδύτητα (δεν μπορεί να τελειώσει μόνη τα μαθήματα). Ψυχαναγκασμοί – καταναγκασμοί. Αυτό-υποτίμηση.

Διαφοροδιάγνωση : Ψυχογενής Ανορεξία. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή (ένα επεισόδιο). Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή. Μαθησιακά προβλήματα.

Διάγνωση : Μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Ψυχογενής Ανορεξία. Ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2η : Ε.Α., Θήλυ, Ημερομηνία γέννησης : 29-3-1989

Ημερομηνία συνεδρίας : 16-8-2005

Αρχικό αίτημα : απώλεια βάρους, >23 κιλά σε ενάμισι χρόνο

Ιστορικό Διαταραχής : Από το Πάσχα του 2004 η Α. παραπονιόταν για δυσκοιλιότητα. Επισκέφθηκαν διαιτολόγο (57 κιλά), έλαβε διαιτολόγιο πλούσιο σε φυτικές ίνες για το πρόβλημα. Απώλεια βάρους 5 κιλά. Αρνήθηκε να κάνει δίαιτα συντήρησης, ήθελε να χάσει και άλλα κιλά.

Η μητέρα αναφέρει ότι στο επόμενο διάστημα των 6 μηνών η Α. άρχισε να ασχολείται με τις θερμίδες και το λίπος των φαγητών. Μάζευε δίαιτες και συνταγές φαγητών. Έτρωγε ελάχιστα και όλα στα κάρβουνα. Τελικά τα Χριστούγεννα έφτασε στα 40 κιλά. Επίσης, κοινωνική απόσυρση, έκπτωση στα μαθήματα, θλίψη, ευερεθιστότητα, εύκολο κλάμα, αϋπνία, καχυποψία ως προς την προετοιμασία του φαγητού (έτρωγε μόνο το φαγητό που προετοιμαζόταν παρουσία της). Διακοπή της εμμηνου ρύσεως από τη στιγμή που έχασε τα πρώτα 7 κιλά.

Με πρωτοβουλία της η μητέρα πήγε σε γιατρούς και ρώτησε για το πρόβλημα της Α. έκανε διάφορες εξετάσεις στο παιδί. Εξετάστηκε από ψυχιάτρους που διέγνωσαν Νευρική Ανορεξία. Νοσηλεύθηκε σε κρατικό νοσοκομείο (Κύπρος) σε κρίσιμη κατάσταση, με μεγάλη απώλεια βάρους (32 κιλά) και βραδυκαρδία. Παρέμεινε στην μονάδα εντατικής θεραπείας.

Ατομικό αναμνηστικό (Ατομικά χαρακτηριστικά, συμπεριφορά, προβλήματα) : Πεισματάρη, εγωίστρια, ζηλιάρη, τεμπέλα, παραπονιάρη.

Αναποφάσιστη, ασκεί κριτική στους άλλους χωρίς να σκέφτεται.

Κάνει παρέα με κορίτσια μεγαλύτερης ηλικίας γιατί πιστεύει ότι τα παιδιά της ηλικίας της είναι ανώριμα.

Έπαιζε μόνο έξω από το σπίτι και πάντα με αγόρια (ποδόσφαιρο ή άλλα παιχνίδια βίας).

Ζήλευε πάντα τις αδελφές της.

Δεν ήταν ιδιότροπη. Δεν είχε δυσκολίες αποχωρισμού, ούτε φοβίες.

Ήταν πάντα περίεργη και ενοχλητική με τις ερωτήσεις που έκανε και έτσι δημιουργούσε πρόβλημα στους δασκάλους στο δημοτικό.

Καταναλωτική.

Πρώτη σχέση με αγόρι έκανε στα 14 της χρόνια, χωρίς σεξουαλική επαφή.

Οικογενειακή κατάσταση : Πατέρας : 48 χρονών, φανοποιός. Μητέρα

: 44 χρονών, αγχώδης, υπερπροστατευτική, δυναμική, απαιτητική.

Αδέρφια : αδελφή 25 χρονών, αδελφή 21 χρονών.

Σχέσεις μέσα στην οικογένεια : Οι σχέσεις των γονέων όχι καλές, απειλές της μητέρας για διαζύγιο, οικονομικά προβλήματα γιατί ο πατέρας συντηρεί και την τετραμελή οικογένεια του αδελφού του, αυτό έφερε ρήξη στη σχέση τους.

Η μητέρα αδιάφορη προς τον πατέρα, θεωρεί πως ο άντρας της έχει εξωσυζυγική σχέση.

Παρούσα κατάσταση ασθενούς : είναι 32 κιλά, προσεγμένη και καθαρή εμφάνιση.

Σαφής ψυχοκινητική επιβράδυνση (περπατά αργά). Έλλειψη συγκέντρωσης του βλέμματος (βουρκώνει). Ομιλία ελάχιστη, μονοσύλλαβη, με μεγάλες παύσεις. Φωνή σιγανή και μονότονη. Ξεχνάει τι την ρωτάνε. Διαταραχή προσανατολισμού ως προς τον χρόνο. Δυσκολία συγκέντρωσης και δυσχέρεια μνήμης. Καταθλιπτική διάθεση και ασταθές συναίσθημα. Δεν αναγνωρίζει το πρόβλημα, δείχνει να μην κατανοεί την απώλεια βάρους, περιγράφει το πρόβλημα ως μια επιθυμία που είχε να χάσει τα περιττά κιλά και να γίνει πιο αδύνατη από τις αδελφές της. Γνωρίζει τον κίνδυνο να πεθάνει και αναφέρεται σε αυτό με αδιαφορία. Κάνει μια αναφορά για την έναρξη του προβλήματος : ένιωθε μόνη, δεν ήθελε τους φίλους της στο σπίτι, κουραζόταν εύκολα, κοιμόταν

λίγο. Δεν είχε περίοδο από τους πρώτους μήνες. Σταμάτησε να ασχολείται με τα μαθήματα και τον αθλητισμό. Τελικά σταμάτησε να πηγαίνει σχολείο το τελευταίο διάστημα.

Για την απώλεια βάρους μιλά σαν να ήταν κάτι φυσικό. Αρχικά έκανε συγκεκριμένη διατροφή λόγω της δυσκοιλιότητας. Ανέφερε ότι πάντα έτρωγε από όλες τις τροφές. Πιστεύει ότι είναι αρκετά αδύνατη τώρα. Έχει όρεξη για φαγητό, νιώθει πείνα, ασχολείται με την περιεκτικότητα της τροφής σε θερμίδες. Φοβάται ότι θα παχύνει, δεν αναφέρεται σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος.

Για την οικογένεια μιλά ελάχιστα. Κάνει μια μικρή αναφορά ότι είναι αγαπημένη οικογένεια.

Γνώμη της οικογένειας για το πρόβλημα : **Μητέρα :** Αγχωμένη και φοβισμένη. Αναγνωρίζει το πρόβλημα, έχει διάθεση για συνεργασία αλλά ταυτόχρονα σαμποτάρει το πρόγραμμα του τμήματος (Παιδοψυχιατρική Κλινική). **Πατέρας :** Παρέμεινε στη Θεσσαλονίκη μόνο δύο ημέρες. Δείχνει να ανησυχεί για την Α. Κατηγορεί τη μητέρα που δεν κατάλαβε το πρόβλημα πιο νωρίς.

Διαφοροδιάγνωση : Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή
Νευρογενής Ανορεξία

Περίπτωση 3η : Μ.Ξ., Θήλυ, Ημερομηνία γέννησης : 13-8-1988

Ημερομηνία συνεδρίας : 11-1-2005

Αρχικό αίτημα : Νευρογενής ανορεξία, έντονη απίσχναση (32 κιλά).

Ιστορικό διαταραχής : Από το φθινόπωρο του 2003 μειωμένη πρόσληψη τροφής. Διακοπή περιόδου. Έντονη προσκόλληση στη μητέρα. Άρχισε να μην τρώει το βράδυ λόγω περιέργειας, ήθελε να μιμηθεί φίλες της που έκαναν δίαιτα. Δεν θεωρούσε τον εαυτό της παχουλό, αντίθετα πίστευε ότι ήταν αδύνατη. Έχασε σταδιακά πολλά κιλά και όταν θέλησε να φάει ξανά δεν μπορούσε. Υπήρχαν συγκρούσεις με τους γονείς αλλά και οι γονείς προσπαθούσαν να δώσουν χρόνο στο παιδί να κάνει την προσπάθειά του. Οι φίλες της έκανα ήπιες παρατηρήσεις. Είχε υψηλές επιδόσεις στο σχολείο και σχέδια να περάσει στο Πολυτεχνείο. Ενοχλήθηκε όταν νοσηλεύθηκε σε παθολογικό τμήμα, στο οποίο κατέληξε με οιδήματα των κάτω άκρων. Φαίνεται να συνειδητοποιεί ότι κινδύνευσε σοβαρά.

Ατομικό αναμνηστικό (ατομικά χαρακτηριστικά, συμπεριφορά, προβλήματα) : Παρουσιάζει την οικογένειά της ως ιδανική οικογένεια, χωρίς προβλήματα. Ο πατέρας δεν έχει αρκετή επαφή με τις κόρες. Τα πάει καλά με την μία από τις αδελφές της (η οποία είναι υπερβολικά αδύνατη) αλλά δεν τη θεωρεί και τόσο έξυπνη.

Έχει υψηλές προσδοκίες, κάνει παρέα μόνο με άτομα του επιπέδου της!
Κλειστό παιδί με ελάχιστη κοινωνική συνδιαλλαγή. Μεγάλη προσκόλληση στη μητέρα. Συγκρατημένη, δεν χαίρεται εύκολα.

Οικογενειακή κατάσταση : **Πατέρας** : 43 χρονών, ελαιοχρωματιστής, ήπιος, υποχωρητικός, αδύναμος να οριοθετήσει το παιδί του, καλή σχέση με την Ξ. **Μητέρα** : 38 χρονών, εργάτρια βιοτεχνίας, δεν έχει συνειδητοποιήσει τη σοβαρότητα του προβλήματος, πολύ καλή σχέση με την Ξ. **Αδέρφια** : Ι. 15 χρονών, πολύ καλή σχέση με την Ξ., Γ. 13 χρονών, καλή σχέση με την Ξ.

Παρούσα κατάσταση ασθενούς : Περιποιημένη, έντονη απίσχναση. Συγκρατημένη, συγκροτημένη, λέει μόνο τα απαραίτητα. Αργόσυρτη ομιλία και κάποια απάθεια (μόλις έχει εξέλθει από την παθολογική κλινική).

Το μόνο που τη στεναχωρεί είναι ότι θα μείνει στο Ψυχιατρικό Τμήμα αν και της εξηγήθηκε στο Παθολογικό ότι μόνο εκεί θα βρει θεραπεία. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας είναι απομονωμένη, κάνει ελάχιστη παρέα με τα υπόλοιπα παιδιά, τα οποία φαίνεται να την εκνευρίζουν (ειδικά όταν έχουν Νευρική Ανορεξία).

Διαφοροδιάγνωση : Νευρογενής Ανορεξία

Περίπτωση 4η : Ο. Τ., Θήλυ, Ημερομηνία γέννησης : 24-3-89

Ημερομηνία συνεδρίας : 3-12-2002

Αρχικό αίτημα : Το παιδί δεν έχει καλή διατροφή και υπάρχει απώλεια βάρους. Έρχονται για θεραπεία νευρογενούς ανορεξίας μετά από άλλες αποτυχημένες προσπάθειες με ιδιώτη παιδοψυχίατρο.

Ιστορικό Διαταραχής : Τον Ιούλιο του 2001 παραπονέθηκε για περίσσεια σωματικού βάρους (ήταν 58 κιλά). Ζήτησε από τη μητέρα της ελάττωση της ποσότητας του φαγητού που της σερβίρει. Έκοψε μόνη της τα γλυκά.

Τον Μάρτιο του 2002 είχε αμηνόρροια. Μέχρι τον Ιούλιο του 2002 έχασε 6 κιλά (από την έναρξη της κατάστασης). Χορηγήθηκαν βιταμίνες από τον παιδίατρο. Ο γυναικολόγος που την εξέτασε για την αμηνόρροια μίλησε για πιθανότητα νευρικής ανορεξίας.

Το καλοκαίρι του 2002, στις διακοπές, έκανε αυστηρή διαίτα και εντατική γυμναστική. Αρχές του Σεπτεμβρίου ήταν 47 κιλά (έχασε 5 κιλά από την αρχή του καλοκαιριού).

Άρχισε να κλείνεται στον εαυτό της. Οι γονείς επισκέφθηκαν το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Θεσσαλονίκης, χωρίς την κόρη τους, τους μίλησαν για την περίπτωση της αλλά άργησαν να τους κλείσουν ραντεβού και έτσι πήγαν σε ιδιώτη. Ο γιατρός διέγνωσε νευρική ανορεξία και της έδωσε φάρμακα, είχαν συνεδρία κάθε 15 ημέρες και την παρέπεμψε και σε διαιτολόγο.

Αναφέρεται επιδείνωση συναισθηματικής κατάστασης, άγχος, κλάμα, διαταραχή ύπνου με αφυπνίσεις. Πλέον το παιδί ζυγίζει 40 κιλά.

Τελευταία, η ώρα του φαγητού έγινε σημείο αντιπαλότητας με τους γονείς και αναφέρεται αυτοκτονικός ιδεασμός. Κακή συνεργασία με τον διαιτολόγο.

Ατομικό αναμνηστικό (ατομικά χαρακτηριστικά, συμπεριφορά, προβλήματα) : Ελάττωση όρεξης και φαγητού, διαταραχή σωματικής εικόνας (νόμιζε ότι ήταν παχύσαρκη όταν ζύγιζε 58 κιλά).

Ιδέες αυτό-υποτίμησης, αναξιότητας. Διαταραχές ύπνου. Αυτοκτονικός ιδεασμός. Δεν είναι κοινωνική, δεν έχει στενές φίλες. Καταναγκαστική ενασχόληση με την τάξη. Δεν έπαιζε ομαδικά με τα υπόλοιπα παιδιά. Ενασχόληση με γυμναστική σε εξαντλητικό βαθμό. Δυσκολία αποχωρισμού (μέχρι και το δημοτικό).

Δεν αναφέρεται βουλιμικό επεισόδιο.

Φοβία με το σκοτάδι και τους κεραυνούς.

Δεν είχε εμετούς και δεν χρησιμοποίησε καθαρτικά ή διουρητικά.

Οικογενειακή κατάσταση : **Πατέρας** : 61 χρονών, συνταξιούχος δημοσίου, αγχώδης, υπερπροστατευτικός, καλές σχέσεις με την Τ.
Μητέρα : 51 χρονών, συνταξιούχος δημοσίου, καταναγκαστική συμπεριφορά (επιθυμία αγοράς πολλών και διαφόρων πραγμάτων, υπομανιακή ή στοιχεία αντιδραστικής κατάθλιψης), καλές σχέσεις με την Τ.

Σχέσεις μέσα στην οικογένεια : Αρμονική οικογένεια, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Γονείς και παιδί πολύ στενά και ασφυκτικά δεμένοι. Ο πατέρας υπερπροστατευτικός και πιο εγωιστής από την μητέρα. Η μητέρα καταναγκαστική ιδιαίτερα με την καθαριότητα και την τάξη. Αγόραζε πολλά πράγματα, περισσότερα από όσα είχε αρχικά σκεφτεί (αντίδραση σε καταθλιπτικό συναίσθημα).

Ως παιδί η Τ. ήταν υπάκουη, ήθελε πάντα να είναι πολύ καλή και σωστή για να ευχαριστεί τους γονείς.

Οι γονείς έχουν αρκετή διαφορά ηλικίας από την μοναχοκόρη τους.

Παρούσα κατάσταση ασθενούς : Η Τ. είναι ήρεμη και καθαρή.

Έντονη επιθυμία για αποφυγή εισόδου στο νοσοκομείο.

Ρυθμός και τρόπος ομιλίας καλός με χαμηλή ένταση.

Καλή σωματογνωσία, σκέψη και αντίληψη. Καλός προσανατολισμός στον τόπο και στον χρόνο. Καλή μνήμη. Προσοχή με διάρκεια. Συναίσθημα που δίνει καταθλιπτική εικόνα. Έντονος αυτοκτονικός ιδεασμός από την αρχή του δημοτικού σχολείου, δεν έκανε απόπειρα.

Για το πρόβλημά της λέει ότι πρέπει να θεραπεύσει το ότι δεν εκτιμάει τον εαυτό της και το φαγητό είναι συνέπεια αυτού του προβλήματος.

Διαφοροδιάγνωση : Νευρογενής Ανορεξία

Κατάθλιψη

Καταναγκαστική Διαταραχή

Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού

Διάγνωση : Νευρογενής Ανορεξία (Περιοριστικός Τύπος)

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 5η : Μ.Σ., Θήλυ, Ημερομηνία γέννησης : 14-12-1990

Ημερομηνία συνεδρίας : 10-7-2005

Αρχικό αίτημα : Απώλεια βάρους, 10 κιλά σε 3 μήνες / αμηνόρροια

Ιστορικό Διαταραχής : Τον Ιανουάριο του 2004 είχε επεισόδιο ανορεξίας, με δίαιτα έχασε 3 κιλά. Λίγο αργότερα εισήχθη στο νοσοκομείο για εγχείριση σκωληκοειδίτιδας και έχασε επιπλέον 4 κιλά.

Ακολούθησε επίσκεψη σε ψυχίατρο, όπου τότε το βάρος ήταν 41 κιλά και είχε έμμηνο ρύση. Το καλοκαίρι που ακολούθησε πήρε λίγο βάρος.

Τα Χριστούγεννα του 2004 αναφέρεται νέο επεισόδιο ανορεξίας. Η Σ. έβγαλε από το διαιτολόγιο τροφές μη θρεπτικές και παχυντικές. Ως το Μάιο έφτασε τα 40 κιλά και αφαιρέθηκαν και άλλες τροφές από τη διατροφή της.

Η μητέρα αναφέρει ευερεθιστότητα, εκρήξεις θυμού όταν η οικογένεια αναφερόταν στην εμφάνισή της και την απώλεια βάρους.

Έτρωγε μόνη ή έλεγε δικαιολογίες ότι είχε φάει έξω. Έτρωγε ελάχιστα. Περνούσαν μέρες που έπινε μόνο νερό. Έβρισκαν τροφές στα σκουπίδια που υποτίθεται ότι έπρεπε να τις έχει φάει η Σ.

Το Μάιο του 2005 εισάγεται στο νοσοκομείο με γαστρεντερίτιδα. Ο θεράπων ιατρός ασχολήθηκε με το βάρος της Σ. και την βραδυκαρδία. Αναφέρθηκε πρώτη φορά στους γονείς η Νευρική Ανορεξία.

Από τότε έως την εισαγωγή της στην κλινική έτρωγε ελάχιστα, τελευταία έπινε μόνο νερό. Έφτασε στα 38,1 κιλά. Αμηνόρροια. Παραπομπή από γιατρό για νοσηλεία στην Παιδοψυχιατρική κλινική.

Τελευταία παρατηρήθηκε από την μητέρα έκπτωση σε πολλούς τομείς (δραστηριότητες, σχολείο, κοινωνικότητα).

Ατομικό αναμνηστικό (ατομικά χαρακτηριστικά, συμπεριφορά, προβλήματα) : Τελειομανής, θέλει να επικεντρώνει την προσοχή των άλλων στον εαυτό της, ζηλιάρα, πεισματάρα, κοινωνική, χαρούμενη, ευχάριστη, απαιτητική, διεκδικητική, φιλική, συμπονετική.

Δημιουργεί ενδο-οικογενειακά προβλήματα λόγω του έντονου χαρακτήρα της, ποτέ όμως δεν χάλασε την εικόνα της οικογένειας προς τα έξω.

Οικογενειακή κατάσταση : Πατέρας : 58 χρονών, δάσκαλος, άκαμπτος, τελειοθηρικός, αποφασιστικός, αγχώδης, θέλει την εικόνα της «τέλειας οικογένειας», ελέγχει τα παιδιά και δεν δίνει περιθώρια για λάθη λόγω του ότι ζουν σε κλειστή κοινωνία. Μητέρα : 50 χρονών, καθηγήτρια, συναισθηματική, τελειομανής, ιδιότροπη, αγχώδης, είναι “φίλη” με την Σ. Αδελφός : 17 χρονών, ντροπαλός, συμπονετικός, υποχωρητικός ως προς την Σ. Γιαγιά : μέλος της οικογένειας, μεγάλωσε τα παιδιά επειδή οι γονείς εργάζονταν.

Σχέσεις μέσα στην οικογένεια : Αρμονικές σχέσεις μέσα στην οικογένεια, χωρίς πολλές εντάσεις.

Τρυφερότητα μεταξύ τους.

Στην δεύτερη συνάντηση ο πατέρας ήταν πιο απόμακρος, έδειχνε να έχει ενοχές, πιστεύοντας ότι ως αυστηρός πατέρας έφερε το παιδί σε αυτή τη θέση.

Κάποιες ενδο-οικογενειακές συγκρούσεις της Σ. με τους γονείς με κύρια αιτία την υπερπροστασία του πατέρα. Την είχε μαθήτρια και ήταν υποχρεωμένη να έχει καλές επιδόσεις απέναντι στον δάσκαλο-πατέρα της.

Στην Α΄ Γυμνασίου της έκανε μάθημα και η μητέρα της.

Μια αιτία καβγάδων μεταξύ των γονέων ήταν η εφαρμογή σταθερού προγράμματος που επιβαλλόταν από τον πατέρα.

Παρούσα κατάσταση ασθενούς : Ιδιαίτερα λεπτόσωμη. Συνεργάσιμη. Μιλά χαμηλόφωνα και κοφτά. Δεν παρουσιάζει διαταραχές μνήμης, προσοχής, αντίληψης. Επιφυλακτική. Θεωρεί πως είναι καλό παιδί και υπάκουο προς τους γονείς.

Τελειοθηρική, απαιτητική, ευαίσθητη, κοινωνική, φιλόδοξη.

Μεγάλος της φόβος είναι η απόρριψη από τους άλλους.

Αναγνωρίζει το πρόβλημα και τον κίνδυνο που διατρέχει σε αντίθεση με την ικανοποίηση που νιώθει βλέποντας πως είναι λεπτή (θέλει να χάσει και άλλο βάρος).

Περιγράφει τον εαυτό της ως ένα κορίτσι με τοπικό πάχος. Έτρωγε ελάχιστα και όχι λιπαρές τροφές προβάλλοντας δικαιολογίες στους γονείς. Το αίσθημα πείνας που αισθανόταν το κάλυπτε μόνο με την εικόνα της τροφής.

Χρησιμοποιούσε διάφορα τεχνάσματα για να αποφύγει το φαγητό : «δεν πεινάω, έφαγα έξω, με κοιτάτε περίεργα και γι αυτό θα φάω στο δωμάτιό μου».

Έχασε την διάθεσή της και απομακρύνθηκε από τις παρέες της. Μόνο διάβαζε.

Γνώμη της οικογένειας για το πρόβλημα : Πατέρας : Δυσκολία έκφρασης, ενοχές γιατί γινόταν πάντα αυτό που ήθελε.

Μητέρα : Συνειδητοποιεί ότι το παιδί χρειάζεται βοήθεια. Πίστευε ότι είχαν καλή σχέση αν και η ίδια ήταν αυστηρή επειδή ήθελε η Σ. να είναι καλή μαθήτρια.

Διάγνωση : Νευρογενής Ανορεξία

Φλεβοκομβική Βραδυκαρδία

Αμηνόρροια

7.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΙΣΤΟΡΙΚΩΝ

1. Η ιδιότητα και των πέντε ασθενών είναι η μαθητική.
2. Η ηλικία έναρξης της νόσου βρίσκεται στην αρχή της εφηβείας για μία κοπέλα (12 ετών) και στη μέση της εφηβείας για τις υπόλοιπες (15 ετών, 14 ετών, 14 ετών, 15 ετών).
3. Οι κοπέλες είναι ανύπανδρες και δεν αναφέρουν σεξουαλική επαφή με το αντίθετο φύλο.
4. Οι τέσσερις κοπέλες έχουν αδέρφια ενώ η μία είναι μοναχοπαίδι.
5. Το επάγγελμα του πατέρα είναι : γιατρός, φανοποιός, ελαιοχρωματιστής, συνταξιούχος δημοσίου, δάσκαλος.
6. Το επάγγελμα της μητέρας είναι : δημόσιος υπάλληλος, εργάτρια βιοτεχνίας, συνταξιούχος δημοσίου, καθηγήτρια, ενώ σε μία περίπτωση δεν αναφέρεται.
7. Το επάγγελμα των αδερφών δεν αναφέρεται.
8. Ο αριθμός των μελών σε κάθε οικογένεια είναι : 7 μέλη, 5 μέλη, 5 μέλη, 3 μέλη, 5 μέλη.
9. Οι σχέσεις των γονέων παρουσιάζονται καλές και ήρεμες σε τρεις οικογένειες, ενώ σε δύο οικογένειες οι γονείς διαπληκτίζονται συχνά.
10. Οι σχέσεις των ασθενών με τα αδέρφια τους παρουσιάζονται κυρίως καλές αλλά σε κάποιες επικρατεί το στοιχείο της ζήλιας και της ανταγωνιστικότητας ή η αδιαφορία.
11. Οι σχέσεις των ασθενών με τους γονείς παρουσιάζονται στην πρώτη περίπτωση καλές με τον πατέρα αλλά πειστικές από την μητέρα προς την κόρη. Στην δεύτερη περίπτωση, η ασθενής αναφέρει ότι είναι μια αγαπημένη οικογένεια. Στην τρίτη περίπτωση, η ασθενής παρουσιάζει την εικόνα της “ιδανικής” οικογένειας. Στην τέταρτη και πέμπτη περίπτωση, η ασθενής έχει καλές σχέσεις με τους γονείς. Οι

ασθενείς φαίνεται να έχουν ιδιαίτερη σχέση με τη μητέρα και να έρχονται σε σύγκρουση με τον πατέρα, ο οποίος προσπαθεί να ασκήσει έλεγχο είτε είναι αδιάφορος προς αυτές.

12. Η προσωπικότητα της μητέρας παρουσιάζεται υπερπροστατευτική, αγχώδης, καταναγκαστική, είτε καταπιεστική, ιδιότροπη και τελειομανής.

13. Η προσωπικότητα του πατέρα παρουσιάζεται ήπια, υπερπροστατευτική, αγχώδης, είτε αποφασιστική, τελειομανής και άκαμπτη.

14. Η προσωπικότητα των ασθενών εμφανίζει τα εξής στοιχεία : τελειομανία, αντικοινωνικότητα, πείσμα, εγωισμό, ζήλια, τεμπελιά, παράπονο, αναποφασιστικότητα, έλλειψη αυτοπεποίθησης, υψηλές προσδοκίες, απαιτητικότητα και μόνο σε μία ασθενή εμφανίζονται στοιχεία κοινωνικότητας, φιλικότητας, συμπονετικότητας και ενός χαρακτήρα ευχάριστου και φιλικού.

15. Η κλινική εικόνα των ασθενών περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία :

- έναρξη νόσου στην εφηβική ηλικία
- αμηνόρροια
- άγχος και φόβος ότι θα αποκτήσουν βάρος
- λανθασμένη εντύπωση για την εικόνα του εαυτού τους και του σώματός τους (κακή εικόνα)
- απόπειρα αυτοκτονίας (μία ασθενής)
- έντονη απίσχνανση
- συχνές αυξομειώσεις βάρους
- καταθλιπτικά συναισθήματα
- ψυχαναγκασμοί και καταναγκασμοί σε σχέση με την καθαριότητα και την τάξη
- προσκόλληση στη μητέρα

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία και με βάση τα στοιχεία που αναλύθηκαν στα 5 παιδοψυχιατρικά ιστορικά, καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα :

Ο Μάνος (1997) , αναφέρει ότι οι μελέτες σε κλινικούς και γενικούς πληθυσμούς έχουν βρει ότι πάνω από 90% των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία είναι γυναίκες, με έναρξη της νόσου στην εφηβική ή μετεφηβική περίοδο, κάτι που προκύπτει και από τα 5 ιστορικά.

Κατά τον Jean Luc Venisse (1987), ένα κύριο χαρακτηριστικό των ασθενών είναι η πολύ μεγάλη συχνότητα της λανθασμένης αντίληψης της εικόνας του σώματος που παρατηρείται σε πάνω από 90% αυτών των αρρώστων στο ένα ή στο άλλο στάδιο της εξέλιξης. Από την ανάλυση των ιστορικών βλέπουμε ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν εσφαλμένη αντίληψη για το σώμα τους (θεωρούν ότι είναι παχουλές και θέλουν συνεχώς να χάνουν κιλά).

Διαπιστώνουμε επίσης ότι οι οικογένειες ανήκουν στην μεσαία κοινωνικοοικονομική τάξη.

Επίσης, διαπιστώνεται ότι η σχέση των ασθενών με τα αδέρφια τους είναι αδιάφορη και κάποιες φορές ανταγωνιστική.

Ο Jean Luc Venisse (1987), αναφέρει ότι στις οικογένειες αυτές επικρατούν οι γυναικείες παρουσίες και οι μητρικές γιαγιάδες. Σε δύο οικογένειες ζουν μαζί γιαγιάδες οι οποίες μεγαλώνουν και αναθρέφουν τα παιδιά.

Ακόμη, ο Jean Luc Venisse (1987), υπογραμμίζει ότι οι μητέρες των ανορεκτικών προσπαθούν να αποδείξουν στον εαυτό τους πως η σχέση με το παιδί τους είναι καλή, προλαμβάνοντας κάθε εκδήλωση ανικανοποίησης από την πλευρά του παιδιού. Από τα ιστορικά συμπεραίνεται ότι οι ασθενείς δηλώνουν δεμένες με τις μητέρες τους. Παράλληλα ο Venisse, αναφέρει τον τύπο μητέρας που στερείται και θυσιάζεται για τα παιδιά της, καθώς και ασκεί έλεγχο και πίεση στο θέμα

του φαγητού. Διαπιστώνεται ότι οι μητέρες παρουσιάζουν τέτοια χαρακτηριστικά.

Ο Gerard Arfeldorfer (1997), υποστηρίζει ότι ο πατέρας των ανορεκτικών είναι απών και ανύπαρκτος. Απέναντι στην κόρη, ο πατέρας μπορεί να έχει πολύ επικριτική στάση, να είναι πολύ απαιτητικός όσον αφορά την κοινωνικο-επαγγελματική της επιτυχία. Στο συναισθηματικό επίπεδο, μερικές φορές, κρατιέται σε απόσταση, ή πάλι δεν επωμίζεται τον πατρικό ρόλο και συμπεριφέρεται σαν «μητέρα».

Από τα ιστορικά διαπιστώνεται ότι ο πατέρας των ασθενών είναι είτε απόμακρος είτε υπερπροστατευτικός και απαιτητικός απέναντι τους .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση των διαταραχών της διατροφικής συμπεριφοράς οι οποίες εμφανίζονται κυρίως κατά την εφηβική ηλικία. Ειδικότερα παρουσιάζεται το πρόβλημα της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Ψυχογενούς Βουλιμίας, τα αίτια και οι επιπτώσεις στον ασθενή καθώς και οι προτεινόμενες θεραπείες.

Σκόπιμο είναι να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην ηλικία που συνήθως εμφανίζονται οι συγκεκριμένες διαταραχές. Στατιστικά η έναρξη των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ) συνάδει με την εφηβική ηλικία του ανθρώπου και εμφανίζεται συχνότερα σε νεαρά κορίτσια (συχνότητα 90%).

Η εφηβεία αποτελεί μία περίοδο έντονων σωματικών και ψυχικών αλλαγών. Το παιδικό σώμα μετατρέπεται βαθμιαία σε σώμα ενηλίκου. Η αποδοχή αυτών των αλλαγών προϋποθέτει υγιή ψυχική λειτουργία.

Κύρια αναπτυξιακά χαρακτηριστικά των εφήβων είναι η μεγάλη ένταση και αστάθεια της ψυχικής διάθεσης, η προσπάθεια για ανεξαρτησία, η ανακάλυψη της ταυτότητας και η δημιουργία ετεροφυλοφιλικών σχέσεων, η αναθεώρηση των συστημάτων αξιών, η τάση για απομόνωση, η αυξημένη συναισθηματικότητα και η έλλειψη αυτοπεποίθησης κ.α.

Τα παραπάνω καθιστούν τον έφηβο ευάλωτο σε διάφορες ψυχικές διαταραχές με συχνότερες τις διαταραχές διαγωγής (αντικοινωνικότητα, εγκληματικότητα, παραπτωματική συμπεριφορά, επιθετικότητα), τις αγχώδεις διαταραχές, τις διαταραχές διάθεσης με κυρίαρχη την κατάθλιψη που μπορεί να οδηγήσει μέχρι την αυτοκτονία και τέλος τις διαταραχές διατροφής (ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμίας).

Κυρίαρχο ρόλο για την ομαλή πνευματική και ψυχική υγεία του ατόμου καθώς και για τη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του κατέχει η οικογένειά του.

Σε οικογένειες όπου επικρατούν εντάσεις και διαφωνίες μεταξύ των γονέων, απαγορεύσεις στα παιδιά αλλά και υπερβολικές απαιτήσεις από αυτά, καταπίεση και μία αγωνιώδης προσπάθεια για τη δημιουργία της «τέλειας» οικογένειας, οι προσωπικότητες των μελών της διαστρεβλώνονται και δημιουργούν λανθασμένη εικόνα για την ουσία και την έννοια της οικογένειας.

Όσον αφορά τις διαταραχές διατροφής, παρόλο που εντοπίστηκαν από τον 11^ο αιώνα, αναγνωρίστηκαν από την ιατρική κοινότητα ως διαταραχές κατά τον 19^ο αιώνα και τα τελευταία πενήντα χρόνια δίνεται ψυχολογική διάσταση σε αυτές.

Οι συνέπειες των διαταραχών διατροφής είναι καταστροφικές για την σωματική και πνευματική υγεία του ατόμου. Ο ανορεκτικός ασθενής παρουσιάζει έντονη απίσχνανση, αμηνόρροια, ξηρότητα στο δέρμα και αυξημένη τριχοφυΐα, αναιμία, διαταραχές των ηλεκτρολυτών, ευπαθή οστά. Στον ψυχολογικό τομέα εντοπίζονται: μονοδιάστατες και απόλυτες απόψεις, απομόνωση από το οικογενειακό, φιλικό ή εργασιακό περιβάλλον, ανεξήγητος και διαρκής φόβος για να μην παχύνει, μόνιμη ενασχόληση με την διατροφή, απαξίωση του εαυτού, αδυναμία του ατόμου να ελέγξει την ζωή του – ανίκανο και άβουλο όν.

Ο βουλιμικός ασθενής παρουσιάζει λόγω της πρόκλησης εμέτου φθορά των δοντιών, διόγκωση των σιελογόνων αδένων, επιπτώσεις στο φάρυγγα και τον οισοφάγο καθώς και στα χέρια, ηλεκτρολυτική διαταραχή και μείωση της γονιμότητας. Επίσης διαταράσσονται οι σχέσεις του με την οικογένεια και τους φίλους του λόγω του ότι δεν αγαπάει τον ίδιο του τον εαυτό, πόσο μάλλον τους άλλους.

Οι κύριες αιτίες αυτών των διαταραχών εντοπίζονται σε κοινωνικούς παράγοντες με την προβολή προτύπων υπερβολικά αδύνατων ατόμων, κυρίως γυναικών, που προβάλλονται ως ιδανικά πρότυπα ομορφιάς και επιτυχίας.

Κατά τη διάρκεια της μελέτης μας για την εκπόνηση της εργασίας συνειδητοποιήσαμε την επίδραση που ασκούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης προβάλλοντας αυτά τα πρότυπα. Η σημερινή έφηβη κοπέλα, μελλοντική γυναίκα, κατακλύζεται από εικόνες υπερβολικά αδύνατων γυναικών οι οποίες κατέχουν θέσεις ιδιαίτερα προβεβλημένες (παρουσιάστριες τηλεοπτικών εκπομπών, μοντέλα, τραγουδίστριες...). Θαυμάζοντας αυτές τις προσωπικότητες η νεαρή κοπέλα υιοθετεί εχθρική συμπεριφορά απέναντι στο φαγητό, ελαττώνοντας το ολοένα και περισσότερο. Έχοντας γύρω της γυναίκες με κανονικό ή λίγο παραπάνω απ'το κανονικό βάρος, όπως πιθανότατα η μητέρα και η αδερφή της, εναντιώνεται ακόμη περισσότερο προς αυτές και προσπαθεί να φτάσει στο αντίθετο άκρο.

Ένα μεγάλο πρόβλημα είναι και ο τρόπος ανατροφής των παιδιών όπου η μητέρα είτε η γιαγιά που μεγαλώνει το παιδί το πιέζει να φάει μεγάλες ποσότητες φαγητού θεωρώντας ότι έτσι θα γίνει δυνατό και ανθεκτικό στις διάφορες ασθένειες. Ίσως, ιδιαίτερα η μητέρα, η οποία μπορεί να στερείται το παιδί της αρκετές ώρες την ημέρα λόγω των επαγγελματικών της υποχρεώσεων, του επιτρέπει να φάει οτιδήποτε θελήσει, νομίζοντας πως έτσι καλύπτει το συναισθηματικό του κενό. Έτσι συχνά πολλοί έφηβοι οδηγούνται στην παχυσαρκία που τους δημιουργεί εκτός από τα προβλήματα υγείας και ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Συνεπώς, η ενημέρωση για σωστή διατροφή θα ήταν καλό να γίνεται από την παιδική ακόμα ηλικία με την βοήθεια των παιδιάτρων.

Οι ειδικοί γιατροί είναι οι πλέον κατάλληλοι για να διαφωτίσουν τους γονείς για τον τρόπο ρύθμισης της διατροφής των εφήβων.

Το σχολείο επίσης είναι σημαντικός παράγοντας πρωτοβάθμιας πρόληψης του προβλήματος. Το άτομο περνάει την παιδική και εφηβική του ηλικία στον χώρο αυτό, διαμορφώνει στάσεις και συμπεριφορές. Η σχολική κοινότητα θα ήταν θετικό να προσανατολίζει τους εφήβους προς την υγιεινή διατροφή, την σωματική άσκηση αλλά και την αποδοχή της εικόνας και του σωματότυπου τους. Έτσι, θα μπορούσε να δημιουργήσει υγιείς προσωπικότητες, οι οποίες θα γινόταν αποδεκτές όχι λόγω της εμφάνισης τους αλλά σύμφωνα με την προσωπική τους ποιότητα.

Θα βοηθούσε η αλλαγή της στάσης των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και ιδιαίτερα των περιοδικών που απευθύνονται στη νεολαία, τα οποία στηρίζουν μια ολόκληρη βιομηχανία μόδας. Είναι βέβαιο ότι αν προέβαλαν και το πρότυπο της μέσης Ελληνίδας που αποδέχεται τον εαυτό της και δεν προσπαθεί να τον αλλάξει με κάθε τρόπο και οποιοδήποτε κόστος για την σωματική και πνευματική της υγεία, οι προβλέψεις θα ήταν περισσότερο αισιόδοξες για την μείωση των περιπτώσεων με διαταραχές στην πρόσληψη τροφής.

Πρόκειται για πρόληψη των ΔΠΤ από διαφορετικούς παράγοντες, όπως το κράτος και τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας.

Σημαντικός όμως είναι και ο παράγοντας οικογένεια, η οποία πρέπει να αποδεχθεί το πρόβλημα και να αγκαλιάσει τον ασθενή.

Σε οικογένειες ανορεκτικών και βουλιμικών όμως παρατηρούνται στοιχεία υπερπροστατευτικότητας και αυταρχικότητας απέναντι στα παιδιά. Η μητέρα παρουσιάζεται είτε υπερβολικά συναισθηματική στη σχέση της με τη κόρη της, είτε συναισθηματικά απύσχα. Οι μητέρες κοριτσιών, στα οποία καθίσταται προβληματικός ο τρόπος πρόσληψης τροφής, διαφέρουν από τις υπόλοιπες στα εξής σημεία :

- παρουσιάζουν και οι ίδιες δυσχέρειες όσον αφορά την πρόσληψη τροφής
- πιστεύουν πως οι κόρες τους πρέπει να χάσουν περισσότερο βάρος
- κατακρίνουν περισσότερο την εμφάνιση των κοριτσιών τους.

Αντίθετα, ο πατέρας, παρουσιάζεται απών και απόμακρος από τον γονικό ρόλο και σε κάποιες περιπτώσεις απαιτητικός, τελειοθηρικός και άκαμπτος στη σχέση του με τον έφηβο.

Οι σχέσεις με τα αδέρφια παρουσιάζονται αδιάφορες και ανταγωνιστικές, ιδιαίτερα από αδερφή προς αδερφή.

Αν επιχειρήσουμε να εξετάσουμε την προσωπικότητα αυτών των ατόμων βλέπουμε ότι ο χαμηλός αυτοσεβασμός, που εντοπίζεται σε αυτά τα άτομα συνήθως προϋπάρχει και εν συνεχεία οδηγεί σε εξαντλητικές δίαιτες προκειμένου να επέλθει η απαιτούμενη βελτίωση της εξωτερικής τους εμφάνισης. Εκείνοι βέβαια που επιλέγουν να αλλάξουν την εικόνα του σώματός τους βασίζονται συχνά στην πεποίθηση σύμφωνα με την οποία μια λεπτή σιλουέτα χαρίζει επιτυχία και δημοτικότητα.

Όταν ένα άτομο και ειδικά ο έφηβος εξακολουθεί να βρίσκεται σε δίαιτα και να χάνει βάρος, αποτελεί εξαίρεση, καθώς η απώλεια βάρους δεν είναι κάτι που οι περισσότεροι άνθρωποι επιτυγχάνουν πάντα ή με ευκολία. Η επίτευξη λοιπόν αυτή πυροδοτεί αντιδράσεις των άλλων, όπως έπαινο, θαυμασμό, ζήλια, φθόνο και προσελκύει αναμφισβήτητα τη προσοχή τους.

Είναι οπωσδήποτε σαφές ότι για έναν έφηβο του οποίου ο αυτοσεβασμός είναι ανύπαρκτος και η αυτοεκτίμηση χαμηλή, το να είναι σε θέση να προσελκύει τέτοια προσοχή ενισχύει τη θέληση του για να συνεχίσει.

Για κάποιους το να χάνουν διαρκώς βάρος είναι κάτι στο οποίο μπορούν να είναι καλοί και είναι μια ευκαιρία που τους φέρνει ακόμα πιο

κοντά προς την τελειότητα την οποία επιδιώκουν. Πόσο εύκολο είναι άραγε γι' αυτούς να σταματήσουν κάτι που οι ίδιοι θεωρούν προσωπική επιτυχία και για το οποίο δέχονται τη προσοχή και το ενδιαφέρον των άλλων;

Αυτό που πρέπει οπωσδήποτε να διευκρινιστεί είναι ότι το να είναι κανείς λεπτός δεν προσφέρει λύση στις προβληματικές σχέσεις του, ούτε του χαρίζει αυτοπεποίθηση. Μπορούν όλοι να σκεφτούν υπέρβαρους , πολύ επιτυχημένους ανθρώπους, που αποτελούν την ψυχή της παρέας και πολλούς λεπτούς ανθρώπους, που εξακολουθούν να είναι δυστυχημένοι και ανικανοποίητοι. Οι περισσότεροι δεν επιλέγουν τους φίλους τους με βάση τις διαστάσεις τους, αλλά με προσωπικές ποιότητες που διαθέτουν και που αξιολογούνται ως ξεχωριστές. Μία έντονη προσωπικότητα με ικανότητα ακρόασης και αποδοχής είναι ο ιδανικός φίλος για όλους ανεξάρτητα από το μέγεθος των ενδυμάτων του.

Όσον αφορά στην θεραπεία των ΔΠΤ , έχουν αναπτυχθεί διάφορες ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι όπως οι συμπεριφορική – γνωστική θεραπεία, η ατομική ψυχοθεραπεία και η οικογενειακή θεραπεία. Σύμφωνα με μελέτες, η γνωστική – συμπεριφορική κατά την οποία το άτομο καλείται να αλλάξει τον λανθασμένο τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει το φαγητό και να αποδεχθεί και να αγαπήσει τον εαυτό του, θεωρείται η πιο αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης των ΔΠΤ. Επίσης, η ενδο - νοσοκομειακή θεραπεία συνίσταται σε περιπτώσεις που το άτομο κινδυνεύει λόγω έλλειψης κατανάλωσης τροφής (λιμοκτονία) όταν πρόκειται για ανορεκτικούς ασθενείς . Στην περίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας η εισαγωγή σε νοσοκομείο ενδείκνυται μόνο σε περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης, ή όταν ο στόχος είναι η διακοπή των κύκλων της βουλιμίας καθώς και εφαρμογή ενός θεραπευτικού σχεδίου.

Οι υπάρχουσες δομές για τη θεραπεία των ΔΠΤ είναι τα Κοινωνικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής και οι Ψυχιατρικές Κλινικές των Νοσοκομείων της χώρας.

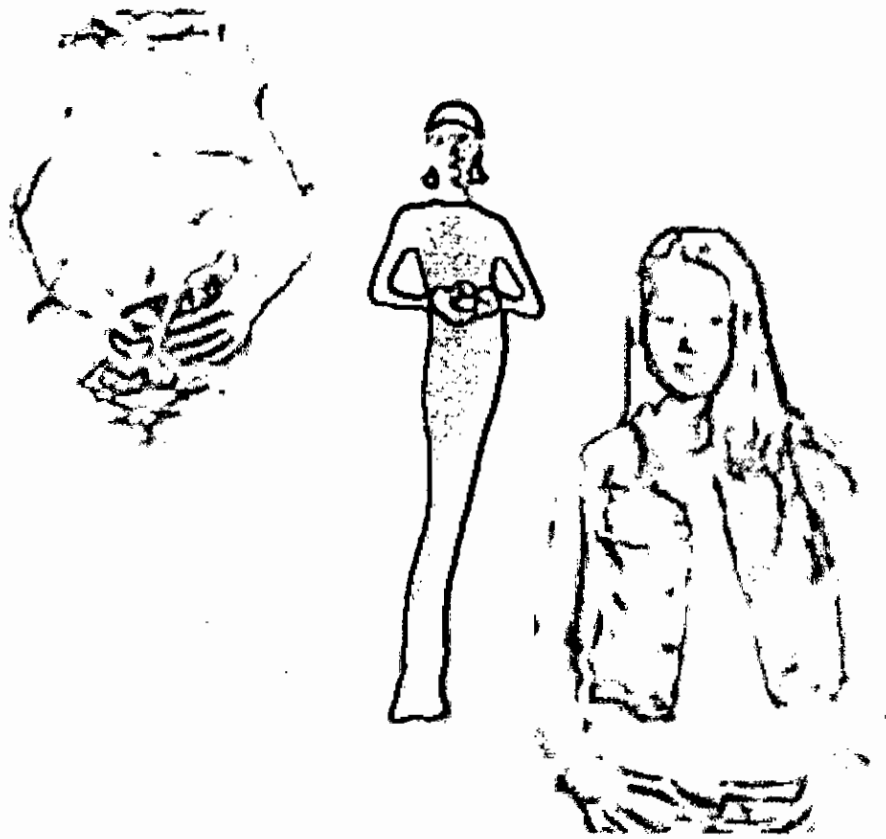
Από την επαφή μας με αυτούς τους χώρους διαπιστώθηκε ότι επιτελείται σημαντικό έργο από τους επιστήμονες που εργάζονται σε αυτά. Η συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας με ειδικότητες κοινωνικού λειτουργού, ψυχιάτρου, ψυχολόγου, νοσηλευτή, εργοθεραπευτή, είναι απαραίτητη για την διεξαγωγή ενός αποτελεσματικού θεραπευτικού μοντέλου.

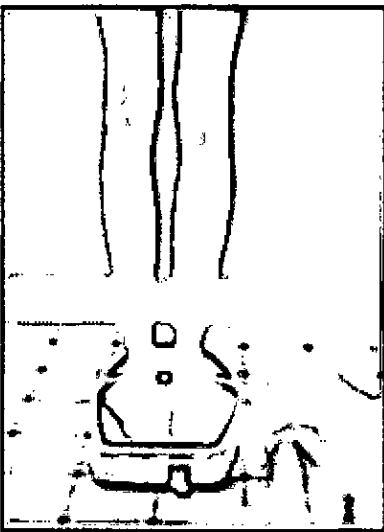
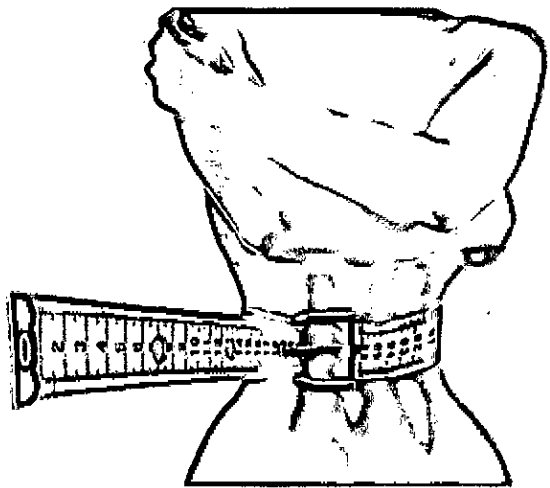
Ειδικά ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να συμμετέχει στη θεραπεία του ασθενούς αλλά και να εργάζεται με την οικογένεια και το κοινωνικό του περιβάλλον, προσπαθώντας να ενημερώσει για το πρόβλημα συμβουλευοντας για τη σωστή αντιμετώπιση του ασθενούς. Το έργο που επιτελεί δηλαδή είναι πολύπλευρο και ουσιαστικό και περιλαμβάνει διάφορους τομείς της ζωής του ατόμου (οικογένεια, κοινωνικό περιβάλλον, σχολική κοινότητα).

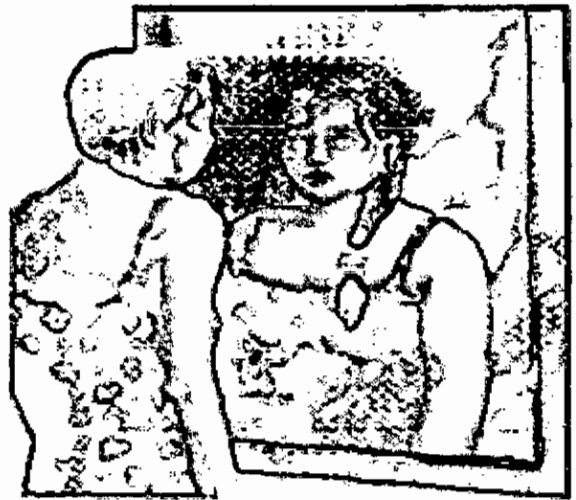
Θα ήταν καλό, όπως ειπώθηκε και από κοινωνικούς λειτουργούς με τους οποίους συνομιλήσαμε, να εισαχθούν περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί και επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων στον τομέα της ψυχικής υγείας ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες για πρόληψη και θεραπεία των ΔΠΤ. Ίσως και εξειδίκευση των επιστημόνων αυτών στην αντιμετώπιση των ΔΠΤ και δημιουργία ειδικού κέντρου όπου θα μπορούν να απευθύνονται τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία αλλά και άλλες διαταραγμένες στάσεις απέναντι στο φαγητό.

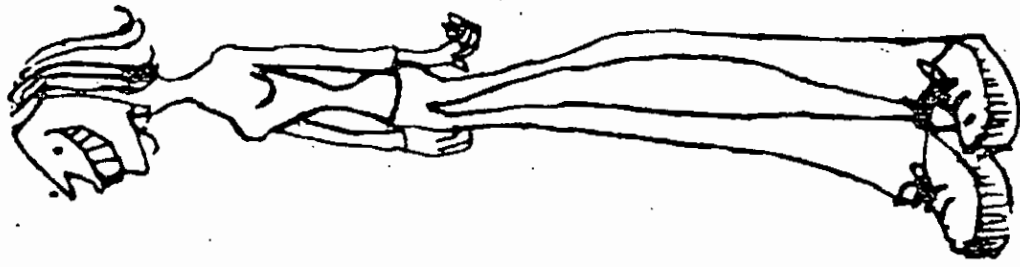
ПАРТИМА 1



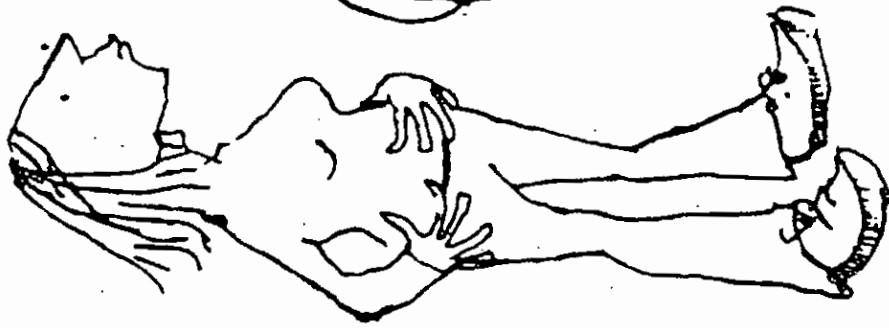




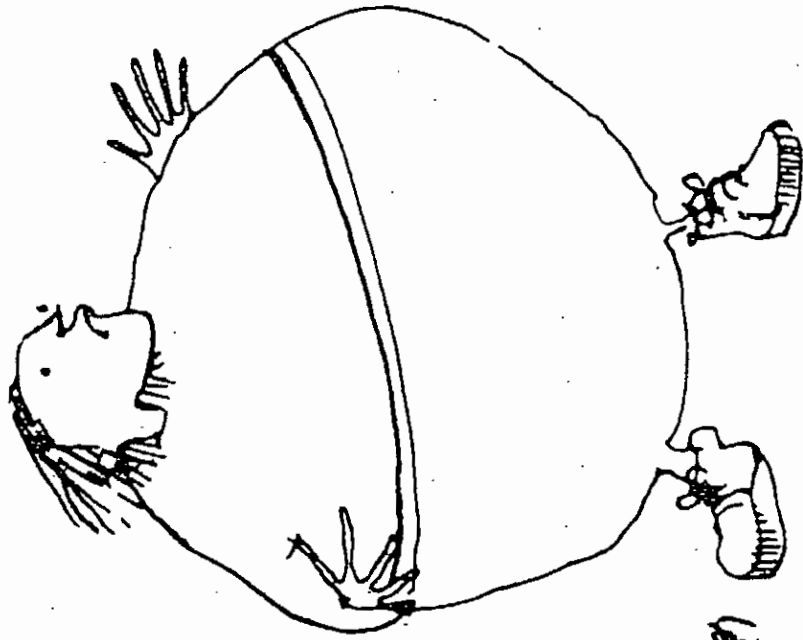




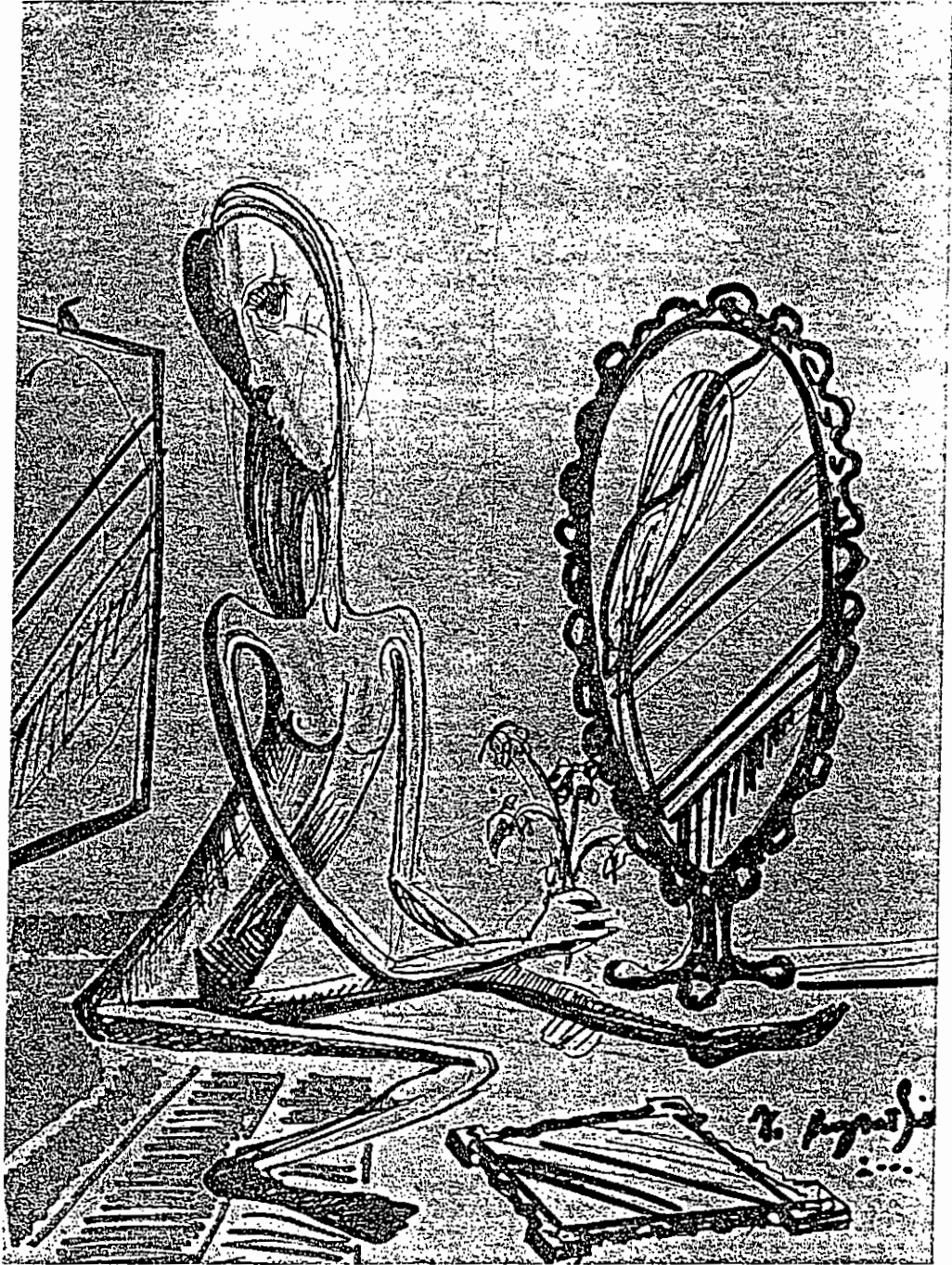
Η εμφάνιση
που τα κορίτσια
νομίζουν ότι θα
πρέπει να έχουν.



Η εμφάνιση
που έχει μια
φυσιολογική
έφηβη.



Η εμφάνιση
που νομίζει
ότι έχει.



ПАРТИМА 2

Εφηβική ανορεξία: θάνατος εν ζωή;

Πώς να μιλήσεις για την εφηβεία, τη μεταιχμιακή, παράδοση και αλλόκοτη περίοδο που σηματοδοτεί τον νου, το σώμα, την ψυχή μας; Η επιστήμη μιλά, πασχίζει να δώσει απαντήσεις στην ταραχώδη αυτή εποχή των εκρηκτικών αλλαγών, των μαγικών μεταμορφώσεων στο σώμα, τη

πηγή της δυστυχίας, της κοινωνικής απομόνωσης, της ενοχής, αν όχι της αυτοτιμωρίας της... Η σκέψη της διακατέχεται από αυστηρούς κανόνες, όπως για παράδειγμα:

- «Πρέπει να είμαι λεπτή. Το να είσαι λεπτή είναι επιτυχία, γοητεία, ευτυχία»
- «Το να είναι κανείς χοντρός είναι αποτυχία, αποστροφικό, δυστυχία»
- «Το να ενδίδω σε πειρασμούς είναι κακό, είναι σημάδι αδυναμίας»
- «Ο αυτοέλεγχος είναι ένδειξη δύναμης και πειθαρχίας»

Αρχίζει να επιδιόχεται σε απεγνωσμένες προσπάθειες αυστηρής διαίτας· νιώθει έτσι ότι ελέγχει το σώμα της, την ψυχή της, ότι καθυστερεί την ανάπτυξη της, ενώ αντλεί δύναμη και αυτοέλεγχο και ταυτόχρονα – φοβάται μήπως παχύνει! Βαθιές ενοχές τη διακατέχουν όταν τρώει, ακόμη και όταν σκέφτεται ότι τρώει! Ενώπιον προκαλεί εμετό, ακόμη και ύστερα από μια μπουκιά φαγητού. Διαστρεβλωμένη είναι η αντίληψη για τις διαστάσεις του σώματός της· μοιάζει πεπεισμένη ότι είναι υπέρβαρη, παρά τις έντονες ενδείξεις για το αντίθετο.

Ποικίλα τα αίτια που κρύβονται πίσω από την αίνιγματική αυτή πάθηση:

- Είναι η οικογένεια της ανορεξικής εφήβης, που χαρακτηρίζεται από υπερπροστατευτικότητα, αυστηρότητα, τελειομανία, έλλειψη τρυφερότητας και δυνατότητας επίλυσης συγκρούσεων;

- Η σεξουαλική κακοποίηση που, συχνά, συνοδεύει το παρελθόν της έφηβης;
- Η εντοπισμένη, εν μέρει, γενετική βάση της ανορεξίας;
- Η νοσηρή προσπάθεια της έφηβης να αντιστρέψει τη φυσιολογική της ανάπτυξη και να επιστρέψει στην παιδική ηλικία;
- Η μόδα και τα ΜΜΕ που προβάλλουν δυνητικά επικίνδυνα μηνύματα, όπως «αδυναμία = ομορφιά = αξία»...;
- Η το κυνήγι της τελειότητας, ως νοσηρό χαρακτηριστικό μιας ολόκληρης κοινωνίας;

Η ανορεξία δεν απειλεί μόνο την ποιότητα ζωής της έφηβης γυναίκας· απειλεί την ίδια τη ζωή της! Μία στις 10 πεθαίνει από αυτοεπιβαλλόμενη αστία ή αυτοκτονεί! Οι έφηβες με ανορεξία που καταφέρνουν να επιβιώσουν, πεθαίνουν... σταδιακά, διανύοντας μια ζωή που κυριαρχείται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη και μοναξιά.

Η θεραπεία στην ανορεξία συνδέεται με την ίδια την υπόθεση της ζωής... Εμπόδιο αποτελεί συχνά η ίδια η ασθενής, η οποία αρνείται την ύπαρξη του προβλήματος! Οι γονείς, εδώ, θα πρέπει να διαδραματίσουν αποφασιστικό ρόλο και να παροτρύνουν με κάθε τρόπο την έφηβη να επισκεφθεί έναν ειδικό.

Η Μυρσίνη Κωστοπούλου είναι ψυχολόγος (MSc, Diploma in Cognitive Psychotherapy). Email: myrsi@hol.gr



Της Μυρσίνης Κωστοπούλου

«Κοιτάζοντας μέσα στον καθρέφτη, αναρωτιέμαι ποια είναι αυτή που βλέπω μπροστά μου»... Η, με ταχύτατους ρυθμούς, επιταχυνόμενη σωματική ανάπτυξη δημιουργεί σύγχυση στον έφηβο. Πιο εύκολα φαίνεται ότι είναι η έφηβη, γυναίκα, καθώς «βομβαρδίζεται» καθημερινά από ένα εξιδανικευμένο πρότυπο για ένα αδύνατο σώμα· πρότυπο από το οποίο η παραμικρή «απόκλιση» βιώνεται από την ίδια ως πλήγμα, στην αυτοπεποίθησή της.

Η ψυχογενής ανορεξία «αγγίζει» τον ψυχισμό της έφηβης γυναίκας, καθώς εκείνη αποδίδει καταλυτική σημασία στο βάρος και το σχήμα του σώματός της. Είναι η αίσθηση πάχους που – νοσηρά – γίνεται



Η συναρπαστική εφηβεία και...

Η ωρίμαση του ανθρώπινου οργανισμού, τα στάδια κατά φύλο • Οι ψυχολογικές επιπλοκές και

Είναι η πιο συναρπαστική εποχή της ζωής του ανθρώπου ή η πιο άγρια και βασανιστική; Είναι η περίοδος της εξιδανίκευσης ή της απομυθοποίησης; Του έρωτα ή της μοναξιάς και της απόσυρσης; Της οργισμένης επανάστασης ή της ανάγκης για συναισθηματική ασφάλεια και επιβεβαίωση; Μάλλον, η εφηβεία είναι όλα αυτά και άλλα τόσα, προ-

καλώντας σύγχυση, αμηχανία και φόβο στα τρυφερά «θύματά» της. «Μακάρι η νεότητα να μπορούσε τα χρόνια αυτά να πέσει σε έναν ύπνο βαθύ», γράφει ο Σαίξπηρ για την εφηβική ηλικία. Το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο της σύγχρονης εποχής – με την παρατεταμένη εφηβεία, λόγω των μακρόχρονων σπουδών των νέων, αλλά και τη χρεοκοπία

των αξιών και του τρόπου ζωής των ενηλίκων – εντείνεται τα προβλήματα των σημερινών εφήβων. Έτσι, έφηβοι και γονείς βρίσκονται μονίμως στο... πρόθυρο «νευρικής κρίσης». Οι ειδικοί συμβουλευτούν λοιπόν τους γονείς πώς να χειριστούν σωστά την κρίσιμη αυτή ηλικία, τι να αποφυγούν και τι να επιδιώξουν.

Ρεπαρτζέ: Μαίρη Κατσανοπούλου

Εφηβοι και γονείς αντικρύζουν με δέος, έκπληξη, φόβο και συγκίνηση, τη μαγική μεταμόρφωση που συμβαίνει στο σώμα των παιδιών αυτή την περίοδο. «Η βρεφική και η εφηβική ηλικία είναι οι πιο συναρπαστικές και καθοριστικές ηλικίες της ζωής του ανθρώπου», τονίζει η αντιπρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Εφηβικής Ιατρικής και επικοινητήτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Πόπη Αναστασία-Βλάχου. «Πόσες διαφορές, όμως, συναντάμε ανάμεσά τους! Στη βρεφική ηλικία, το μωρό γίνεται παιδάκι με τη βοήθεια της οικογένειάς του. Γαντζώνεται επάνω της και θέλει προστασία. Ο έφηβος ζητά ανεξαρτησία και διαχωρίζει τα απλωμένα χέρια. Ής έναν βαθμό, η συμπεριφορά αυτή δικαιολογείται από την ορμονική αναστάτωση και πρέπει να γίνεται αποδεκτή απ' όλους. Η εφηβεία είναι μια ξεχωριστή αναπτυξιακή περίοδος, που οδηγεί στην ωρίμαση και στην τελειότητα του ανθρώπινου οργανισμού».

Στο 90% των αγοριών, η εφηβεία αρχίζει την ηλικία των 9-14 χρόνων, ενώ στο 90% των κοριτσιών στην ηλικία των 8-13 χρόνων (δηλαδή, ένα με ενάμιση χρόνο ενωρίτερα). «Στην εφηβεία ή ήδη, αναπτύσσονται τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου και το άτομο αποκτά την ικανότητα αναπαραγωγής», λέει η κ. Βλάχου. «Τα γεγονότα αυτά ακολουθούν μια συγκεκριμένη αλληλουχία. Η ηλικία, όμως, έναρξης και η ταχύτητα των μεταβολών διαφέρει μεταξύ των ατόμων και των φυλών. Η εμφάνιση και η ανάπτυξη των χαρακτηριστικών του φύλου καθορίζονται από τον όρνο υποθάλαμος-υπόφυση-γονάδες».

Στον υποθάλαμο παράγεται η εκλυτική ορμόνη των γοναδοτροπικών (LHA). Ο νευροορμονικός αυτός μηχανισμός υπάρχει ήδη στο παιδί από τη νεογνική ηλικία, αλλά ωριμάζει, αφιπνίζεται και αρχίζει να λειτουργεί λίγο πριν από την εφηβεία.

Οι αλλαγές στα κορίτσια

Τα κορίτσια λίγο μετά την έναρξη της εφηβείας εμφανίζουν εναπόθεση λίπους και μεταβολές των οστών της πυέλου («άνοιγμα της λεκάνης»), που έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του εύρους των ισχίων. «Τα κορίτσια διαπιστώνουν ακόμα ότι οι μεταβολές τους αρχίζουν να διογκώνονται (θηλαρχία)

Υπηρεσίες Υγείας Μαεφήβους

Τμήμα Ψυχιατρικής, Εφηβών και Νέων στο Γενικό Νοσοκομείο Γιάννινας (τηλ. 210-7481.366, 7480.901). Αιματολογικό, εξωτερικά Ιατρεία, Γλυκιά Παράκληση (με φυσικό, ψυχικό και κοινωνικό λειτουργό) για εφήβους στους γονείς τους και Νοσοκομείο Μήτρας (όπου υπάρχουν και καθημέριες Αιχίλου για να βλέπουν οι έφηβοι τα προβλήματα τους).
Τμήμα Εφηβικής Ιατρικής στο Νοσοκομείο ΚΑΤ (Κηφισός, τηλ. 210-6280.289, 6280.289), για όλα τα προβλήματα εφήβων 14-20 χρόνων. Αιματολογικό, εξωτερικά Ιατρεία κατόπιν ραντεβού, κάθε Δευτέρα και Πάρεση.
Τμήμα Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας της Β' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Αρσενείο Νοσοκομείο, για κορίτσια έως 20 χρόνια (τηλ. 210-7286.282).
Παιδοψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Νοσοκομείο Αγία Σοφία (Γούβι, τηλ. 210-17981745, 77571496). Αιματολογικό, εξωτερικά Ιατρεία για εφήβους έως 14 χρόνια, κατόπιν ραντεβού.



Μονάδα Κοινωνικής, Παιδοψυχιατρικής και Μονάδα Εφήβων στο Χριστοδουλάκειο Ιορδάνο (Αεολόφορος, Κηφισός, Γλυκιά Παράκληση, τηλ. 210-8924.222, 8924.281). Κάθε Δευτέρα και Πάρεση, με ραντεβού για εφήβους έως 18 χρόνια.
Ενδοκρινολογικά Τμήματα Εφήβων στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγλία Κυριακού» (τηλ. 210-7726.310) και «Αγία Σοφία» (τηλ. 210-7487.473), στο Γούβι.
Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής - Υπηρεσία για εφήβους (Ζώνη 2, τηλ. 210-3844.733). Θεραπευτικός Σεινόνας, Εφήβων Τρίτος (Χαλάνδρι, τηλ. 210-8856.373, 8896.418), για εφήβους που χρειάζονται ειδική υποστήριξη για την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση.
Μονάδα Ανεξαρτησίας Εφήβων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Ασκληπιού 19, τηλ. 210-3838.833, 3838.885).
Ελληνικά, Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου (τηλ. 210-6522.396, 6546.534).

Μονάδα Κοινωνικής, Παιδοψυχιατρικής και Μονάδα Εφήβων στο Χριστοδουλάκειο Ιορδάνο (Αεολόφορος, Κηφισός, Γλυκιά Παράκληση, τηλ. 210-8924.222, 8924.281). Κάθε Δευτέρα και Πάρεση, με ραντεβού για εφήβους έως 18 χρόνια.
Ενδοκρινολογικά Τμήματα Εφήβων στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγλία Κυριακού» (τηλ. 210-7726.310) και «Αγία Σοφία» (τηλ. 210-7487.473), στο Γούβι.
Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής - Υπηρεσία για εφήβους (Ζώνη 2, τηλ. 210-3844.733). Θεραπευτικός Σεινόνας, Εφήβων Τρίτος (Χαλάνδρι, τηλ. 210-8856.373, 8896.418), για εφήβους που χρειάζονται ειδική υποστήριξη για την ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση.
Μονάδα Ανεξαρτησίας Εφήβων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Ασκληπιού 19, τηλ. 210-3838.833, 3838.885).
Ελληνικά, Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου (τηλ. 210-6522.396, 6546.534).

και ότι τότε στο εφηβαίο τους παρουσιάζονται οι πρώτες ευθείες και ακουρόχρωμες τρίχες (αδρεναρχή)», περιγράφει η κ. Βλάχου. «Αυτά τα δύο γεγονότα παρατηρούνται κατά το ενδέκατο έτος της ηλικίας και σηματοδοτούν στο στάδιο II της εφηβείας κατά Τάνερ. Η ανάπτυξη των μαστιών εξελίσσεται στο στάδιο V κατά Τάνερ και σηματοδοτεί ότι το κορίτσι έφθασε στην ωρίμαση της ενήλικης γυναίκας». Κατά τα επόμενα τέσσερα χρόνια συνήθως, οι μεταβολές στο κορπιακό σώμα ολοκληρώνονται άλλοτε σε άλλα χρόνια (που κυμαίνεται από 18 μήνες έως 9 χρόνια και παράλληλα αυτά, είναι πάντα μέσα σε φυσιολογικά πλαίσια). Η εξέλιξη της τρίχωσης στο αδέλαιο

έως το στάδιο V διαρκεί περίπου δώδεκα χρόνια (με διακύμανση μεταξύ ενόμιση και τριάντα χρόνια). «Τα κορίτσια», όπως επισημαίνει η κ. Βλάχου, «παρουσιάζουν ταχύτερα αύξηση ύψους. Σης γερές εφήβους, το μέγιστο της ραγδαίας αύξησης προηγείται της εμμηνορρυσίας (εμμηναρχής)». Έτσι, η έναρξη της εμμηνορρυσίας αποτελεί σχετικά άψιμο γεγονός των εφήβων (συνήθως έξι μήνες μετά την εκρηκτική αύξηση της ανάπτυξης, στο στάδιο IV κατά Τάνερ ή λίγο πριν από αυτό). Η εμμηνορρυσία παρουσιάζει διαφορές μεταξύ των κοριτσιών και στο στάδιο αυτό είναι ακανόνιστη, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται α-

νωμίες και προβλήματα. Τα κορίτσια μπορεί να αντιδράσουν περίεργα στην εμμηνορρυσία, πιθανώς και να παρουσιάσουν ελαφρό πυρετό, πόνους να οφείλονται στον ακανόνιστο κύκλο.

Τα αγόρια

Όλα περίπου αλληλουχία μεταβολών παρατηρείται και στην ενήβωση των αγοριών, χωρίς να έχουν αυτά βέβαια τη φάση της ανάπτυξης των μαστιών και την εμμηνορρυσία των κοριτσιών. «Οι ανεπάρκειες (νυκτερινές εκπερματίσεις) στα αγόρια θα μπορούσαν να θεωρηθούν αντιστοιχούν της εμμηνορρυσίας των κοριτσιών (χωρίς όμως να έχουν την τακτικότητα των περιόδων) και συμβαίνουν στο στάδιο III κατά Τάνερ», λέει η κ. Βλάχου. «Σης ηλικίες 11-14 χρόνων, το μέσο αγόρι έχει μικρότερο ύψος από το μέσο κορίτσι. Η αναπτυξιακή έκρηξη των αγοριών είναι καθυστερημένο γεγονός στην ενήβωση τους (φυσιολογικά αρχίζει στην ηλικία των 11-16 χρόνων και ολοκληρώνεται στα 13-17), σε αντίθεση με τη σχετικά πρώιμη αναπτυξιακή έκρηξη των κοριτσιών».

Η αύξηση του μεγέθους των όρχεων γίνεται από το στάδιο I προς το στάδιο II κατά Τάνερ και αρχίζει συνήθως κατά τα 11-12 χρόνια της ηλικίας (με πιθανή όμως διακύμανση από τα 9 1/2 έως τα 13). Μέσα σε έναν χρόνο από τη δημιουργία των όρχεων, αρχίζει η αύξηση του πέους (λέμε τότε ότι το αγόρι βρίσκεται στο στάδιο III κατά Τάνερ). Προηγείται συνήθως η εμφάνιση τρίχων στη βάση του πέους. Η αύξηση του μεγέθους των όρχεων ολοκληρώνεται στην ηλικία των 14-17 χρόνων (ανάπτυξη σταδίου V κατά Τάνερ). Η αύξηση του αναστήματος εξακολουθεί, αλλά με μικρότερη ταχύτητα.

Ο γιατρός για τους εφήβους

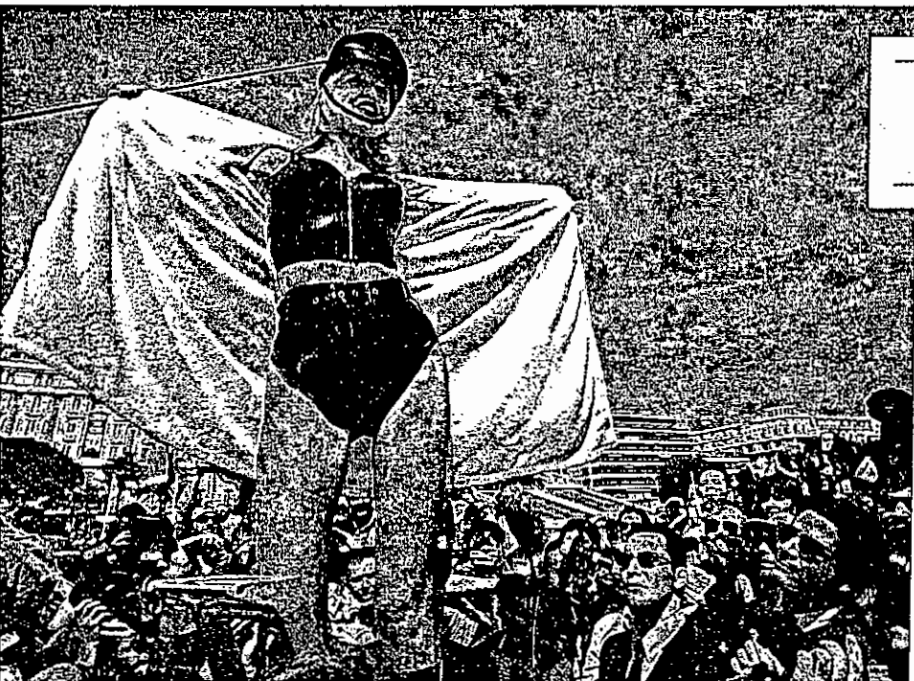
Ένα θέμα που συχνά προβληματίζει τους γονείς των εφήβων είναι ποιος γιατρός είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα των παιδιών τους σε αυτές τις ηλικίες. «Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, παιδί θεωρείται κάθε άνθρωπος από τη γέννησή του έως τα 18 του χρόνια», απαντά η κ. Βλάχου. «Ο παιδίατρος, λοιπόν – ο οποίος όμως πρέπει να γνωρίζει λεπτομερώς το της εφηβικής ηλικίας – είναι υπεύθυνος για τους εφήβους. Δυστυχώς, τα Νοσοκομεία Παίδων στη χώρα μας δέχονται παιδιά μόνο έως 14 χρόνων, σε αντίθεση με όλες τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες».

Περιοδικό "Εψιλον"
Τεύχος 740
19 Ιανυίου 2005

Η Χερτζικόβα αδυνατίσε. Πολύ. Το κάνει επίτηδες γιατί όταν πεινάει πουλάει; Ή μήπως πεινάει, πονάει και δυστυχώς αυτό πουλάει;

Κείμενο: ΤΙΝΑ ΚΟΥΛΟΥΦΑΚΟΥ

Κάτι τρέχει με την Εύα



Ακόμη και ως ανορεξική η Εύα εξακολουθεί να κλείνει δουλειές στον αδυσώπητο κόσμο του μόντελιγκ.

λόκληρο επιτελείο να με φροντίζει», είναι η ανεπαρκής εξήγηση του μοντέλου για τη σημερινή της κατάσταση.

Μη λέμε όμως μεγάλα λόγια. Διότι ενώ τα περισσότερα έντυπα μιλούν για την κατάσταση της αλλοτινής σεξοβόμβας, κάποιοι έχουν εντελώς διαφορετική γνώμη. Παραδείγματος χάριν η διευθύντρια της αμερικανικής «Vogue», Αν Γουίντουρ, μια γυναίκα που μεσουρανάει στη διεθνή μόδα ανατρέποντας ή δημιουργώντας τάσεις με το έτσι θέλω, φαίνεται να έχει άλλες διαθέσεις σχετικά με την Εύα Χερτζικόβα.

Διαθέσεις που βολεύουν την Εύα και δημιουργούν απορίες σε όλους τους υπόλοιπους. Η Αν Γουίντουρ έκλεισε πρόσφατα την Εύα Χερτζικόβα για διάφορα εντιπόριαλ της «Vogue» σηματοδοτώντας μια και έξω την επαναφορά της μόδας του αδύνατου, βλογοκομμένου, ετοιμόροπου κοριτσιού. Του κοριτσιού «βάλε κάτι στο στόμα σου, βρε χρυσό μου, θα πέσεις κάτω».

Τώρα το μόνο που απομένει είναι να μην την πάρουμε και πολύ σοβαρά την επαναφορά αυτής της τάσης. Και να ευχηθούμε στην Εύα να φάει το μήλο της πριν χρειαστεί να διασωληνωθεί σε κανένα νοσοκομείο. Ασε που από κάποια στιγμή και μετά δεν υπάρχει επιστροφή από τη νευρική ανορεξία. Αν δεν αρχίσεις να γυμνάζεις τη μασέλα σου με λίγο φαγάκι, κανένας ορός δεν μπορεί να σε σώσει. ☉

Από καιρό την Εύα φαίνεται πως την πήρε η κάτω βόλτα. Πρώτα απ' όλα άρχισε να σπάει διάφορα συμβόλαια εκατομμυρίων με το έτσι θέλω. Μια έκοβε τα μαλλιά της πιο κοντά κι από της Σινέντ Ο'Κόννορ. Μια εμφανιζόταν σε τελείως έξαλλη κατάσταση με μπουκάλι βότκα ανά χείρας και εμφανώς καταβεβλημένη. Μια φωτογραφιζόταν σε διακοπές με έξτρα σμολ μπικίνι να της πλέει και με το φίλο της να τη βοηθά σχεδόν να περπατήσει...

Κάποια στιγμή κάνει το συμβολαίο της με τη Λουί Βιτόν γιατί ο οίκος προτιμά τη γεμάτη ζωή και κομπύλες Τζένιφερ Λόπεζ. Εμφανίζεται στις Κάννες φέτος υπερβολικά αδυνατισμένη ενώ στην εβδομάδα μόδας της Νέας Υόρκης οι φήμες λένε ότι δεν μπορεί

να πάρει τα πόδια της και ότι τριγυρνάει στα παρασκήνια πίνοντας συνέχεια ένα υγρό ύπνο. Και η Εύα Χερτζικόβα σιγά σιγά χάνεται. Και ως δημόσια εικόνα. Και στην προσωπική της ζωή, εκεί όπου φέρεται να βουλιάζει στα ναρκωτικά και τις λοιπές παράνομες ουσίες. Εκεί όπου οι φήμες τη θέλουν να πάσχει από νευρική ανορεξία και να βρίσκεται μάλιστα λίγο πριν από τις πύλες του παραδείσου.

Στο Ιντερνετ —αλλά και στις τηλεοράσεις ανά τον κόσμο— κυκλοφορούν εικόνες της, προφανώς προϊόντα φωτομοντάζ, που παρουσιάζουν την Εύα Χερτζικόβα πιο αποστεωμένη από ποτέ. «Δεν είναι εύκολο να φαινόμαι πάντα τέλεια γιατί δεν είμαι τέλεια. Για να φαινόμαι καλά ανά πάσα στιγμή πρέπει να έχω στη διάθεσή μου συνεχώς ένα ο-

Ψύχωση με την εικόνα του σώματος

Πολύ σοβαρή διαταραχή, στην οποία εμπλέκονται το ψυχικό και το σωματικό στοιχεία, χαρακτηρίζει τη νευρογενή ανορεξία ή Ψυχιατρική. Οι ειδικοί πιστεύουν μάλιστα ότι πρόκειται για βαθιά διαταραχή, που έχει σχέση με τις πρώιμες σχέσεις του ανθρώπου με το μητρικό αντικείμενο, γιατί περιστρέφεται γύρω από την τροφή – ένα βασικό είδος πρώτης ανάγκης.

«Αφορά κυρίως το γυναικείο φύλο, από την εφηβεία και μετά», επισημαίνει η ψυχίατρος του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής, κυρία Γαρυφαλλιά Χαλκούση. «Όταν η νόσος φθάσει σε ακραία σημεία άρνησης στην πρόσληψη τροφής, τότε συνορεύει με την ψύχωση. Πολλοί ειδικοί την έχουν χαρακτηρίσει ως μονοσυμπτωματική ψύχωση. Δηλαδή, ψύχωση με μονοδικό σύμπτωμα τη διαταραχή της εικόνας του σώματος».

Οι ασθενείς νομίζουν συνεχώς ότι πρέπει να χάσουν και άλλο βάρος. Και – το μεγαλύτερο πρόβλημα – δεν αναγνωρίζουν ότι πάσχουν και πιστεύουν πως οι άλλοι φταίνε που βλέπουν την κατάσταση διαφορετικά από τους ίδιους.

Πρόκειται για μια «μοντέρνα» νόσο, η οποία εμφανίστηκε λόγω της μαζικής πλέον λατρείας του αδύνατου σώματος: «Δεν πρόκειται για μία διαταραχή που εμφανίστηκε τελευταί-

ως», διευκρινίζει η κυρία Χαλκούση. «Υπάρχει πάντα και έχει περιγραφεί πολύ παλιά. Εντάθηκε μόνο τελευταίως λόγω της τάσης για το πολύ λεπτό σώμα».

Το προφίλ του ανορεξικού ατόμου είναι το εξής:

- Εμφανίζει απώλεια βάρους.
- Δίνει υπερβολική έμφαση στις διανοητικές ενασχολήσεις.
- Έχει υπερδραστικότητα (είναι, λόγου χάρη, άριστη μαθήτρια, ασχολείται πολύ με τα αθλήματα κ.ά.).
- Αγνοεί και δεν δέχεται τη διαταραχή από την οποία πάσχει, αν και έχει εμφανή συμπτώματα.

Όταν η νευρογενής ανορεξία είναι σοβαρής μορφής, προκαλεί διαταραχή των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς (μεταξύ των οποίων και διακοπή της εμμηνίας ρύσης) και μπορεί να φθάσει έως και τον θάνατο.

«Για τη θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας απαιτείται αντιμετώπιση από ομάδα ειδικών, όπως παθολόγο, ψυχίατρο, ψυχολόγο και ενδοκρινολόγο», τονίζει η κυρία Χαλκούση. «Από ψυχιατρικής πλευράς, χρησιμοποιείται η ψυχοθεραπεία και γνωστικές μέθοδοι, στα πλαίσια του νοσοκομείου εάν πρόκειται για σοβαρή μορφή της νόσου. Σε άλλες χώρες, όπως στη Γαλλία, υπάρχουν ιατρικά τμή-



Οι φωτογραφίες (πριν και μετά τη νευρογενή ανορεξία) της Εύας Χερτζικοβα που προκάλεσαν σοκ τις τελευταίες ημέρες στο τηλεοπτικό κοινό

ματα που ασχολούνται ειδικά με τη νευρογενή ανορεξία. Οι γονείς πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένοι σχετικά με τη νόσο και να παίρνουν πολύ σοβαρά την ιατρική φροντίδα αυτών των εφήβων».

Μ. Κατσανοπούλου

ПАРТИМА 3

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Λάμπρος Γ. 18 χρονών, μαθητής: Παραπονιέται για ακούσια πολυφαγία και αύξηση βάρους, τα οποία προσπαθεί μάταια να ελέγξει, κάνοντας εμετό και δίαιτα. Δίνει το ακόλουθο ιστορικό, συμπληρωμένο από τους γονείς του:

Πριν επτά μήνες, ύστερα από τα Χριστούγεννα, διαβάζοντας για τις Πανελλήνιες Εξετάσεις, άρχισε να τρώει σε βαθμό που να κάνει εμετό και έπειτα πάλι να ξανατρώει. Για μια εβδομάδα αρνήθηκε να πάει στο σχολείο. Άρχισε να κάνει δίαιτα και για δύο εβδομάδες ήταν καλά. Αλλά δεν μπόρεσε να την κρατήσει για πολύ και ο φαύλος κύκλος συνεχίζεται ως τώρα.

Από μικρός είχε άγχος με το φαΐ επειδή ήταν παχουλός. Δεν έτρωγε, ζυγίζοταν διαρκώς. Όπως λέει ο ίδιος: «όποτε μου έχει συμβεί κάτι στη ζωή μου καταφεύγω στο φαγητό. Τρώω μέχρι να σκάσω, ως τον εμετό, πολλές φορές τον προκαλώ. Έπειτα ξανατρώω, κι όταν παχαίνω αρχίζω τη δίαιτα. Τώρα που λέω μου φαίνεται γελοίο. Εκείνη τη στιγμή το 'χω ανάγκη το φαΐ, να ηρεμήσω. Με μεγάλη προσπάθεια αρχίζω να κάνω δίαιτα. Ωσπου να μου τύχει κάτι να με στεναχωρήσει, να με τσαντίσει. Ζαλίζεται το μυαλό μου και ξαναρχίζω πάλι να τρώω. Όταν κάνω δίαιτα και στη λαιμαργία μου ξεφύγω λιγάκι, ξεφεύγω τελείως. Αν έρθω σε αντιλογία με κάποιον, όταν μου πάει κάτι στραβά ή δεν μπορώ να αναλάβω κάποια ευθύνη που μου έχουν αναθέσει, το ρίχνω στο φαΐ.

Προσπαθούσα από πάντα να κάνω δίαιτα, αλλά η μητέρα μου, επειδή ήμουν στην ανάπτυξη, μου την έσπαγε. Μπαίνοντας στην Τρίτη Λυκείου βρήκα πολύ δύσκολα τα μαθήματα κι άρχισα φροντιστήρια. Δεν ήμουν καλός μαθητής, στην Τρίτη Λυκείου έγινα. Εγώ τότε χρειαζόμουν κάποια ψυχική βοήθεια, να μου πει κάποιος,

‘δεν έχεις τίποτα, θα τα καταφέρεις’. Μου δημιουργήθηκε άγχος, το’ριξα στο φαγητό, έβαλα 14 κιλά σε ένα μήνα. Κι από τότε αρχίζει ο φαύλος κύκλος. Πολλές φορές, στην απόγνωση μου, το’χω πάρει απόφαση να πάω να πέσω στη θάλασσα, που λέει ο λόγος.

Την ώρα που τρώω μου’ρχεται να βάλω τα κλάματα. Τρώω χωρίς να το θέλω, μου’χει γίνει οργανική ανάγκη. Κι όσο η νευρικότητα εξακολουθεί, τρώω, θολώνει το μυαλό, κάνω εμετό, ηρεμώ για λίγο. Παίρνω αλσπεριδίνη, μου προσφέρει κάποια βοήθεια, αν και μπορεί να είναι μόνο στη φαντασία μου, παίρνω ως πέντε χάπια την ημέρα. Πηγαίνω στην ντισκοτέκ για να αποφύγω το σπίτι και τη νευρικότητα» (Χαρτοκόλλης, 1991).

ΜΑΡΤΥΡΙΑ

Στην αρχή ξεκίνησα να κάνω δίαιτα γιατί όλοι έκαναν. Όταν λέω «δίαιτα», εννοώ ότι όλες τρώγαμε μήλα αντί για πατατάκια και συνεχώς μιλούσαμε για το πόσο ανησυχούσαμε για το βάρος μας. Όμως δεν έχανα κιλά. Μια μέρα πήγα στην καντίνα του σχολείου και ανακάλυψα ότι δεν είχα αρκετά χρήματα για ένα κανονικό γεύμα. Έτσι σκέφτηκα να μη φάω εκείνο το μεσημέρι και ότι αυτό θα με βοηθούσε να χάσω βάρος. Αποφάσισα ότι μπορούσα να τα βγάλω πέρα με ένα μόνο γεύμα την ημέρα, και τότε θα αδυνατίζα σίγουρα.

Εάν πεινούσα, τότε έριχνα το φταίξιμο στον εαυτό μου. Έλεγα στον εαυτό μου ότι οι άλλοι μπορούσαν να αντέξουν χωρίς μεσημεριανό και ότι εγώ ήμουν απλώς λαιμαργή. Το πρόβλημα ήταν ότι δεν έχανα όσο βάρος ήθελα. Έτσι άρχισα να λέω στη μαμά μου ότι είχα φάει στο σχολείο και αρνιόμουν να φάω βραδινά. Έτρωγα όλο και λιγότερο. Ύστερα οι φίλες μου άρχισαν να το προσέχουν. Μου έλεγαν διάφορα, με ρωτούσαν συνέχεια γιατί δεν έτρωγα. Αυτό άρχισε να με εκνευρίζει. Εγώ ένιωθα πως ήξερα τι έκανα κι αυτές απλώς ανακατεύονταν στη ζωή μου, Ίσως και να με ζήλευαν που εκείνες δεν μπορούσαν να μην τρώνε, ενώ εγώ μπορούσα. Εάν με καλούσαν στο σπίτι τους, αναγκαζόμουν να τρώω, από ευγένεια, αλλά αυτό δε μου άρεσε καθόλου.

Στο τέλος, οι φίλες μου μίλησαν σε μια καθηγήτρια για μένα. Εκείνη μου ζήτησε να μιλήσουμε. Μου είπε ότι αυτό που έκανα ήταν επικίνδυνο. Δεν το είχα σκεφτεί ποτέ έτσι. Μου είπε όταν, εάν συνέχιζα να μην τρώω, Θα κοβόταν η περιόδός μου και τελικά μπορεί να μην ήμουν σε θέση να κάνω παιδιά. Αυτό με σοκάρισε. Πάντα αγαπούσα τα παιδιά και η σκέψη ότι μπορεί να μην μπορούσα να κάνω δικά μου με

τρόμαξε πραγματικά. Ποτέ δεν το είχα δει κάτω από αυτό το πρίσμα. Αποφάσισα να προσπαθήσω να τρώω περισσότερο. Συμμετείχα σε μια ομάδα στο σχολείο, όπου διάφορα κορίτσια μιλούσαν για προβλήματα σχετικά με το βάρος τους κι εκεί άκουσα ότι δεν ήμουν η μόνη που ανησυχούσε γι' αυτό. Ήταν μεγάλη η έκπληξή μου όταν είδα ότι άνθρωποι αδύνατοι και όμορφοι ένιωθαν τόσο αρνητικά για τον εαυτό τους όσο και εγώ . Όλες νιώθαμε σαν τέρατα και όλες νιώθαμε ότι οι άλλες ήταν μια χαρά . Κατά βάθος συνέχιζα να νιώθω χοντρή , αλλά άρχισα να τρώω περισσότερο και το βάρος μου επανήλθε στο φυσιολογικό (Νικόλα , 17).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

ΕΙΔΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Ανησυχώ υπερβολικά μήπως πάρω κιλά | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 2. Κάνω συχνά δίαιτα ή αισθάνομαι έντονα την ανάγκη αυτή | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 3. Δε νιώθω καλά με τον εαυτό μου, όταν παίρνω κιλά | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 4. Η διάθεσή μου εξαρτάται σε υπερβολικό βαθμό από το βάρος μου. Έτσι, εάν πάρω 1 κιλό, αισθάνομαι θλίψη, απογοήτευση, θυμό, κ.α. | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 5. Το φαγητό αποτελεί ένα είδος παρηγοριάς για μένα | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 6. Είμαι απογοητευμένος/ η από το μέγεθος και το σχήμα του σώματός μου | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 7. Μετά από ένα πολύ μεγάλο γεύμα, μένω την επόμενη μέρα τελείως νηστικός/ ή για να αντισταθμίσω το λάθος | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 8. Εάν πάρω 1 κιλό αισθάνομαι ότι θα χάσω τον έλεγχο και θα συνεχίσω να παίρνω βάρος χωρίς να μπορώ να σταματήσω | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 9. Κατά τη διάρκεια της ημέρας σκέφτομαι αρκετά συχνά τι θα φάω και πότε | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 10. Προσπαθώ με διάφορους τρόπους να κρύψω το πόσο πολύ τρώω | ΝΑΙ | ΟΧΙ |

11. Πολλές φορές σκέφτομαι να κάνω – ή έχω κάνει –
εμετό προκειμένου να διατηρήσω το βάρος μου NAI OXI
12. Αισθάνομαι ενοχές και ανυπόφορες τύψεις όταν
τρώω απαγορευμένες ή παχυντικές τροφές NAI OXI
13. Κάποιες φορές τρώω μέχρι σκασμού NAI OXI
14. Αφού έχω φάει, χρησιμοποιώ διάφορα φαρμακευτικά
σκευάσματα (όπως διουρητικά ή καθαρτικά) ή καταφεύγω
σε εξοντωτική φυσική άσκηση προκειμένου να μην πάρω
κιλά NAI OXI
15. Αισθάνομαι ότι βρίσκομαι σε μόνιμο διατροφικό
περιορισμό NAI OXI

- Εάν απαντήσετε ΝΑΙ σε πέντε (5) ή περισσότερες ερωτήσεις, τότε
- πιθανότατα υποφέρετε από κάποια διατροφική διαταραχή.

Πηγή δεδομένων: <http://www.eating-disorders.com>

Σε περίπτωση αυτοκτονικών ιδεασμών

Πώς είναι η ζωή σου ;

Πώς αισθάνεσαι ;

Ποιο είναι το χειρότερο σενάριο, που περνά από το μυαλό σου, όταν σκέφτεσαι τη ζωή σου ;

Θέλεις ή νιώθεις την ανάγκη να παραιτηθείς από οποιαδήποτε δραστηριότητα είχες ή έχεις ;

Έχεις σκεφθεί να κάνεις κακό στον εαυτό σου ; Έχεις σκεφθεί να βάλεις τέλος στη ζωή σου ;

Αν ναι, πώς θα το έκανες; (τρόπο, τόπο, ώρα, κ.α.)

Υπάρχει κάποιος, με τον οποίο έχεις μοιραστεί αυτή σου τη σκέψη εκτός από μένα ;

Τι σε έχει κρατήσει, ως τώρα, από το να μην δώσεις τέρμα στη ζωή σου;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :

Γκοτζαμάνης Κ. *Διαγνωστικά Κριτήρια DSM IV*, εκδόσεις : Λίτσας, Αθήνα 1996

Ζαφείρης Α., Ζαφείρη Ε., Μουζακίτης Χ., *Οικογενειακή θεραπεία – θεωρία και πρακτικές εφαρμογές*, εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999

Ζαφειρίδης Φοίβος, *Ανώνυμοι Αλκοολικοί – Σημειώσεις στο μάθημα «Εξάρτηση – Απεξάρτηση Ι»*, Βιβλιοθήκη Τμήματος Ψυχολογίας Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης 1996

Ιεροδιακόνου Χ. *Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία*, εκδόσεις : Μαστορίδη , Θεσσαλονίκη 1998

Κάκουρος Ε. Μανιαδάκη Κ. *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων* , εκδόσεις : τυπωθήτω - Γιώργος Δάρδανος, Αθήνα 2003

Κούρος Ι. *Ψυχολογικά θέματα παιδιών και εφήβων* (Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π , εταιρία ψυχολογικής, ψυχιατρικής , ενηλίκου και παιδιού), Β΄ τόμος, εκδόσεις : Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1993

Μάνος Γ. Κώστας, *Η ψυχολογία του εφήβου*, εκδόσεις : Γρηγόρη , Αθήνα 1999

Μάνος Νίκος, *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, εκδόσεις : University studio press , Θεσσαλονίκη 1997

Παιδαγωγική ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια ,Λεξικό (της ακαδημίας παιδαγωγικών επιστημών της ΕΣΣΔ), εκδόσεις : Ελληνικά Γράμματα Αθήνα 1989

Παρασκευόπουλος Ι.Ν, *Εξελικτική ψυχολογία*, τόμος 4, Αθήνα 1985

Πεπραγμένα 23 ου Ετήσιου Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου : Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής , εκδόσεις : Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1997
Σεμινάριο με θέμα “Διαταραχές διατροφής & ψυχοπαθολογία”, Πάτρα Δεκέμβριος 2004

Σίμος Γ. Διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόσληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόληψης, εκδόσεις : Πατάκη, Αθήνα 1996

Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική, τόμος β΄, εκδόσεις : Παρισιανός Γρηγόριος – Παρισιανού Μαρία, Αθήνα 1994

Τσιάντης Ι. Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας, εκδόσεις: Καστανιώτη, τεύχος Β΄, Αθήνα 2000

Τσιάντης Ι. , Αναστασόπουλος Δ. , Χαντζάρα Β. , Λιακοπούλου Μ , Χριστιανόπουλος Κ. Εφηβεία, ένα μεταβατικό στάδιο σε ένα μεταβαλλόμενο κόσμο, εκδόσεις : Καστανιώτη , Αθήνα 1998

Τσιάντης Γ. & Μανωλόπουλος Σ., Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, Τόμος Β΄, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1988

Χαρτοκόλλης Πέτρος, Εισαγωγή στην ψυχιατρική, εκδόσεις Θεμέλιο, 1991

Χριστοδούλου Γ. Ν και Συνεργάτες -Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ψυχιατρική, τόμος α΄ , εκδόσεις : Βήτα 2004

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :

Abraham Suzanne and Llewellyn Jones Derek (1987), *Η αλήθεια για τις διαταραχές διατροφής*, Μετάφραση : Ταμβάκη Ελένη, εκδόσεις: Χατζηνικολή 1990

American Medical Association – Οικογενειακή Ιατρική Βιβλιοθήκη, *Δίαιτα και Διατροφή*, Ιατρικές Εκδόσεις Μανιατέα 2002

American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / DSM III –R*, εκδόσεις : American Psychiatric Association , Ουάσινγκτον 1987

Άντλερ Α. *Συγκριτική Ατομική Ψυχολογία* , εκδόσεις : Γκοβόστη

Apfeldorfer Gerard, *Ανορεξία, βουλιμία, παχυσαρκία*, εκδόσεις: Π , Τραυλός – Ε. Κωσταράκη , Αθήνα 1997

Άσγουορθ Σέρρυ, *Ξεχάστε το βάρος σας*, Μετάφραση : Καλογιάννη Μαρία, εκδόσεις : Πατάκη 1999

Barlow David & Durand Mark, *Ψυχολογία & Παθολογική Συμπεριφορά – Μία σύνθετη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση*, μετάφραση Μαρία Μπαρμπάτση, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2002

Browell K. et al. *Eating disorders : Psychotherapy's role in effective treatment* , εκδόσεις : American Psychological Association , Ουάσινγκτον 1998

Buckroyd J. *Eating Your Heart Out*, εκδόσεις : Vermilion , Λονδίνο 1996

Dally P. & Gomez J. *Obesity and Anorexia Nervosa. A question Of Shape*, εκδόσεις : Faber & Faber, Λονδίνο 1980

Davis C. , Kennedy S. , Ralevski E. , Dionne M. , Brewer H. , Neitzert C. & Ratwny D. *Journal of Psychosomatic Research* (1995)

Fairburn Christopher, *Βουλιμία – Ξανακερδίστε τον έλεγχο*, μετάφραση Μαρία Χήρα, εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1999

Fairburn C., Jones R., Pelever R.C., Hope R., O'Connor M., *Psychotherapy and Bulimia Nervosa : the longer – term effects of*

- interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy*, Archives of General Psychiatry 50, 1993
- Halmi A. K. Anorexia Nervosa, Από Kaplan H. I & Sadock B. I *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, εκδόσεις : Williams & Wilkins , Βαλτιμόρη 1985
- Herbert Martin, *Ψυχολογικά προβλήματα της εφηβικής ηλικίας*, μετάφραση: Α. Καλαντζή – Αζίζι, ΣΤ΄ έκδοση, εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999
- Hodgkinson L. *Eating disorders. Your Questions Answered*, εκδόσεις : Ward Lock , Λονδίνο 1995
- Manhan K. & Arlin M. *Krauser's food ,nutrition and diet therapy*, εκδόσεις : Saunders , Η.Π.Α 1992
- Martz D. , Hadley K. & Eisler R., *The Relationship between feminine Gender Role Stress, Body image and Eating Disorders. Psychology of Women Quarterly*, εκδόσεις : Appalachian State University 1995
- Mishler G. Elliot, *Συνέντευξη έρευνας*, Μετάφραση: Ντενίζ Ρώντα , Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα , Σειρά ανθρώπινα συστήματα, Αθήνα 1996
- Ντόλτο Φρανσουά και Ντόλτο Τόλις Κατρίν, *Έφηβοι, προβλήματα και ανησυχίες*, εκδόσεις : Πατάκη , 1999
- Ομάδα γυναικών Βοστώνης , *Εμείς και το σώμα μας*, Μετάφραση: Μυρτώ Μαγγανάρη , εκδόσεις: Υποδομή , Αθήνα 1981
- Orbach S. *Hunger Strike* , εκδόσεις : Penguin Books , Αγγλία 1993
- Palmer R. L *Anorexia Nervosa. A Guide For Sufferers and Their Families* , εκδόσεις : Penguin Books , Αγγλία 1984
- Pipher M. *Eating Disorders. What Every Woman Needs To Know About Food , Dieting and Self- Concept*, εκδόσεις : Vermilion , Λονδίνο 1997
- Pixe K. & Rodin J., *Mothers, daughters and disordered eating*, Journal of Abnormal Psychology 100, 1991

- Rothenberg A. *Eating disorders as a modern obsessive-compulsive syndrome*, Psychiatry 1986
- Russel D. *Women Madness and Medicine*, εκδόσεις : Polity Press , Νέα Υόρκη 1995
- Sapiro V. *Women In American Society*, εκδόσεις : Mayfield Publishing Company , Η.Π.Α 1990
- Selvini –Palazzoli M. *Self-starvation*, εκδόσεις : Jason Aronson , Η.Π.Α 1986
- Stiegel – Moore R.H., *Etiology of binge eating : A developmental perspective*; στο Fairburn C. & Wilson G. (eds) *Binge – eating : nature assessment and treatment*, Guilford Press, New York 1993
- Strober M., *Family genetic perspectives on Anorexia Nervosa and Bulimia*, στο Brownell K. & Fairburn C. (eds), *Eating disorders and obesity : A comprehensive handbook*, Guilford Press, New York 1995
- Tompson, *Body Image , Disorders and Obesity*, εκδόσεις : American Psychological Association , Ουάσινγκτον 1996
- Venisse Jean – Luc, *Η ψυχογενής ανορεξία*, Μετάφραση: Ιουλιέτα και Ροδόλφος Ράλλης , εκδόσεις : Χατζηνικολή 1987
- Whitney E.N. & Wolfes S.R. *Understanding Nutrition* εκδόσεις : West Publishing Company , Η.Π.Α 1993
- Wilson G. & Fairburn C., *Cognitive treatments for eating disorders*, *Journal of consulting and clinical psychology* 61, 1993

ΛΕΞΙΚΑ

- Μπαμπινιώτης Γ. Δ., *Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας*, εκδόσεις : Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα 1998

Τεγόπουλος – Φυτράκης, *Ελληνικό λεξικό*, έκδοση εκτός εμπορίου για την εφημερίδα Ελευθεροτυπία, Αθήνα 1993

Stedman's concise medical and allies' health dictionary, Williams and Wilkins, U.S.A. 1997

INTERNET :

www.focusmag.gr/articles

www.Pych Central Anorexia Nervosa Treatment.com

www.care.gr

www.eatingdisorders.gr

www.in.gr/health

www.iatronet.gr

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ :

κ. Λεοντιάδου Ελένη, κλινική κοινωνική λειτουργός, Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Θεσσαλονίκης, Κεντρικού Τομέα

κ. Σταματιάδης Παρασκευάς, κοινωνικός λειτουργός, Παιδοψυχιατρικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

