

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:
«ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ
ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΚΑΙ ΣΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΚΑΙ
ΕΥΡΥΤΕΡΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ»**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ:
ΜΑΛΑΚΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΠΡΥΜΙΔΟΥ ΝΕΚΤΑΡΙΑ**

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: Δρ. ΙΩΑΝΝΗΣ ΔΡΙΤΣΑΣ



ΠΑΤΡΑ 2014

**HIGHER TECHNOLOGICAL INSTITUTE OF
WESTERN GREECE
SCHOOL OF HEALTH AND WELFARE
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK**

**SUBJECT:
PSYCHOGENIC ANOREXIA AND THE
CONSEQUENCES FOR THE INDIVIDUAL AND
FAMILY AND SOCIAL ENVIRONMENT IN GENERAL**

**STUDENTS NAMES:
MALAKOU MARIA
PRYMIDOU NEKTARIA**

SUPERVISOR: Dr. IOANNIS DRITSAS



PATRA 2014

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Μετά την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας μελέτης, έχουμε την υποχρέωση αλλά και την ευχαρίστηση να εκφράσουμε την ικανοποίησή μας για την συνεργασία μας με τον επιβλέποντα καθηγητή Κο Ιωάννη Δρίτσα και να του εκφράσουμε επίσης και τις θερμές ευχαριστίες μας για την πολύτιμη και εύστοχη συμμετοχή στη πτυχιακή μας εργασία. Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε άτομα του οικογενειακού μας περιβάλλοντος για την πολύτιμη συμβολή τους στη διεκπεραίωση της μελέτης μας όταν εμείς δεν ήμασταν σε θέση να ανταποκριθούμε πλήρως στις υποχρεώσεις μας λόγω εργασιακών καθηκόντων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη παρούσα μελέτη η ψυχογενής ανορεξία ως κοινωνικό φαινόμενο και ως σύγχρονη μάστιγα εστιάζεται στις συνέπειες της ως προς το ίδιο το άτομο που πάσχει, όσο και στις συνέπειες της στο οικογενειακό και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του ανορεκτικού ασθενούς.

Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στο κοινωνικό πρόβλημα, στο σκοπό της μελέτης, στις δυσκολίες που συναντήσαμε στην διεκπεραίωση της πτυχιακής μας εργασίας και παρατίθενται επίσης οι κυριότεροι ορισμοί εννοιών.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στα γενικά χαρακτηριστικά της ψυχογενούς ανορεξίας όπως είναι τα αίτια που κάποιος νοσεί, τα στάδια της νευρικής ανορεξίας, τους παράγοντες που ευνοούν την νευρική ανορεξία, τους τύπους, τα συμπτώματα της νόσου καθώς επίσης τις συνέπειες της νόσου, οι οποίες διαχωρίζονται σε βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά για τα επιδημιολογικά στοιχεία της ψυχογενούς ανορεξίας καθώς επίσης και τις έρευνες και τα στατιστικά της δεδομένα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφερόμαστε στις επιπτώσεις που έχει η ψυχογενής ανορεξία στις διάφορες εκφάνσεις της κοινωνικής ζωής του ατόμου όπως είναι ο αθλητισμός, η εγκυμοσύνη, η μητρότητα, η λοχεία.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναφερόμαστε στην εφηβεία ως μια δύσκολη μεταβατική περίοδος στην ζωή κάθε ατόμου καθώς επίσης και πώς συνδέεται αυτή και η οικογένεια με την ψυχογενή ανορεξία.

Στο έκτο κεφάλαιο αναφερόμαστε στην κακοποίηση ως αιτιολογικός παράγοντας πρόκλησης ψυχογενούς ανορεξίας.

Στο έβδομο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης καθώς επίσης και στην επίδραση αυτών στην νευρογενή ανορεξία.

Στο όγδοο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην πρόληψη της νευρογενούς ανορεξίας καθώς επίσης και στα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου αυτής.

Στο ένατο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις διάφορες θεραπείες προσέγγισης της ψυχογενούς ανορεξίας και στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στην διαχείριση περιστατικών που νοσούν.

SUMMARY

This study focuses on psychogenic anorexia, both as a social phenomenon and as a contemporary scourge, on its consequences for the person suffering and on the consequences for the family and the wider social environment of the anorexic patient.

More specifically, in the first chapter, reference is made to the social problem, the purpose of the study and the difficulties encountered in the course of fulfilling our undergraduate thesis. Also the definitions of the main terms are outlined.

In the second chapter, reference is made to the general characteristics of psychogenic anorexia, such as the causes for which a person may suffer from this disease, the stages of anorexia nervosa, the factors favouring the presence of anorexia nervosa, the types and symptoms of the disease as well as the effects of the disease, which are divided into short and long term ones.

In the third chapter, reference is made to the epidemiological data of psychogenic anorexia as well as to the researches and statistical data.

In chapter four, we refer to the impact of psychogenic anorexia on the various aspects of the social life of a person, such as athletics, pregnancy, motherhood, postpartum period.

In chapter five, we refer to puberty as a difficult transitional period in every person's life as well as to how this and the family are connected with psychogenic anorexia.

In chapter six, we refer to abuse as a causative factor for psychogenic anorexia.

In the seventh chapter, reference is made to the Mass Media and their impact on anorexia nervosa.

In the eighth chapter, reference is made to the prevention of anorexia nervosa as well as to the criteria for the diagnosis of this disease.

In the ninth chapter, reference is made to the various treatment options for facing psychogenic anorexia and to the role of the social worker in the management of cases where persons suffer from this disease.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....σελ. 3

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....σελ. 4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΕΙΣΑΓΩΓΗ

.....σελ. 10
ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ-ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΑΝΤΗΣΑΜΕ ΣΤΗ
ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΑΣ.....σελ. 11
ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ.....σελ. 12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ. 15
ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....σελ. 15
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΥΝΟΟΥΝ ΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ
.....σελ. 18
ΣΤΑΔΙΑ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....σελ. 18
ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....σελ. 19
ΤΥΠΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....σελ. 20
ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΚΡΙΣΙΜΕΣ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ
.....σελ. 20
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....σελ. 21
ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
ΤΗΣ ΝΟΣΟ (ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΕΣ – ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ).σελ. 22
ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....σελ. 28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ. 29
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ
.....σελ. 29
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ
ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....σελ. 29

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΕΝΤΟΣ ΚΑΙ ΕΚΤΟΣ ΔΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΩΝ.....σελ. 30	σελ. 30
ΠΟΡΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΕΚΒΑΣΗ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....σελ. 34	σελ. 34
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣσελ. 35	σελ. 35
ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....σελ. 36	σελ. 36

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΟΙ
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΕΚΦΑΝΣΕΙΣ
ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ. 37	σελ. 37
ΣΧΟΛΕΙΟ.....σελ. 37	σελ. 37
ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....σελ. 39	σελ. 39
ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ.....σελ. 42	σελ. 42
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....σελ. 42	σελ. 42
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ,ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΛΟΧΕΙΑ.....σελ. 43	σελ. 43
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ.....σελ. 44	σελ. 44
ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....σελ. 45	σελ. 45

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΤΗΣ
ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ. 46	σελ. 46
ΕΦΗΒΕΙΑ.....σελ. 46	σελ. 46
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ.....σελ. 46	σελ. 46
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣσελ. 47	σελ. 47
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....σελ. 48	σελ. 48
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....σελ. 48	σελ. 48
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΓΟΝΕΩΝ.....σελ. 51	σελ. 51
ΠΩΣ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΟΥ ΑΜΕΣΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΑΝΤΙΛΗΦΘΟΥΝ ΤΑ ΠΡΩΙΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....σελ. 54	σελ. 54
ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....σελ. 58	σελ. 58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : Η ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΩΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΣΤΗ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ.	59
ΕΙΔΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....σελ.	59
ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ.....σελ.	59
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....σελ.	60
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....σελ.	60
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....σελ.	60
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....σελ.	60
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....σελ.	61
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....σελ.	62
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΥΠΟΣΤΕΙ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....σελ.	62
ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....σελ.	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ.	64
ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ (ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ).....σελ.	64
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....σελ.	66
«ΔΙΑΣΗΜΕΣ» ΔΙΑΙΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΒΑΛΛΟΥΝ ΤΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΜΟΔΑΣ.....σελ.	67
ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....σελ.	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο : ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ.	70
ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....σελ.	70
ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....σελ.	70
ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....σελ.	71
ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....σελ.	71
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....σελ.	72
ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....σελ.	73

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο : ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ
ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗ
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ.	75
ΕΙΔΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....σελ.	75
ΓΝΩΣΙΑΚΗ - ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....σελ.	75
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....σελ.	77
ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑσελ.	78
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΥΠΟΥ GESTALT..σελ.	79
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑσελ.	81
ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....σελ.	81
ΕΙΚΑΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΜΟΡΦΗ).....σελ.	85
ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....σελ.	87
ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....σελ.	87
ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΜΕ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ.....σελ.	90
ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΒΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΝΟΣ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....σελ.	91
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ – ΘΕΡΑΠΕΥΤΗσελ.	93
ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....σελ.	95

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο : ΕΠΙΛΟΓΟΣ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

.....σελ. 98

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ. 100

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ.....σελ. 112

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

**ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΘΟΥΝ
ΟΙ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....σελ.113**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νευρική ανορεξία είναι η πιο θανατηφόρα όλων των διαταραχών διανοητικής υγείας και μέχρι και τα μέσα του 20ου αιώνα ήταν σπάνια. Χαρακτηρισμένη από τον ανώμαλο φόβο της παχυσαρκίας και την έμμονη νηστεία σημείωσε σημαντική έξαρση μετά το 1960, καθώς από τότε και μέχρι τις μέρες μας πρωταγωνιστεί στο κοινωνικό status η εικόνα του αδύνατου, σχεδόν σκελετωμένου σώματος. Η ψυχογενής ανορεξία συχνά ξεκινά με δίαιτα αδυνατίσματος, παρά το φυσιολογικό βάρος ή τα 3-4 παραπάνω κιλά.

Ταυτόχρονα, παρατηρούνται συγκεχυμένη και ασταθής ψυχοσυναισθηματική κατάσταση, συνοδευόμενη από έντονες ψυχολογικές διαταραχές. Η διαταραχή σχετίζεται με διαστρεβλωμένη άποψη για την εικόνα του σώματος του ατόμου που θεωρεί ότι έχει μια αντιαισθητική παρουσία. Ο φόβος της δυσάρεστης «κοινωνικής» κριτικής και η συστηματική εφαρμογή αυστηρών διαίτων θεωρούνται προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών στην εφηβική ηλικία.

Η έναρξη των διαταραχών της διατροφικής συμπεριφοράς παρατηρείται σε ηλικία μεταξύ 14 και 17 ετών.

Η οικογένεια ευθύνεται, συχνά, για την κατάσταση αυτή. Οι πιέσεις που δέχεται από την μητέρα, για να είναι μια τέλεια κόρη, η αδιαφορία του πατέρα και η υπερβολική φροντίδα της γιαγιάς όταν ζει μαζί τους ωθούν την έφηβη στη νευρική ανορεξία. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα «δεύτερα» παιδιά πάσχουν από νευρική ανορεξία, κι αυτό γιατί συγκρίνονται με τα πρώτα. Η σύγκριση αυτή οδηγεί πολλές φορές σε διατροφικές διαταραχές που δύσκολα αντιμετωπίζονται, είτε γιατί η οικογένεια δεν το αντιλαμβάνεται γρήγορα είτε γιατί αρνείται να το δει. Δεν είναι εύκολο γι' αυτούς να το αποδεχτούν, πόσο μάλλον να πείσουν το παιδί τους να επισκεφθεί έναν ειδικό. Γι' αυτό ακριβώς το λόγο οι πάσχοντες ασθενείς είναι σε προχωρημένο στάδιο όταν αποφασίζουν να απευθυνθούν σε ειδικούς ιατρούς.

Τα προβλήματα υγείας που δημιουργούνται από αυτή την διαταραχή είναι : υπόταση, υπογλυκαιμία, αναιμία, υποθερμία, γαστρεντερικά προβλήματα, αρρυθμίες, καρδιακή υπόταση, ωχρή όψη, πρόβλημα εστίασης στην όραση, διαταραχές στις εγκεφαλικές λειτουργίες, τριχόπτωση, μείωση της οστικής μάζας, κακή διάθεση.

Η αποκατάσταση της φυσιολογικής συμπεριφοράς στο φαγητό, η αναζήτηση επαρκούς ψυχοσωματικής ισορροπίας μέσω βελτίωσης της ποιότητας ζωής (life – style changes) και η γνωστικο-συμπεριφορική εκπαίδευση (behavioral therapy) του ασθενούς αποτελούν τις θεμελιώδεις αρχές για την επιτυχία της απόλυτα εξατομικευμένης θεραπείας κάθε ασθενούς.

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ – ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΑΝΤΗΣΑΜΕ ΣΤΗ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΑΣ

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η μελέτη της ψυχογενούς ανορεξίας ως κοινωνικό φαινόμενο και ως σύγχρονη μάστιγα της εποχής αυτής που απειλεί κυρίως κορίτσια από δεκατριών έως και τριάντα ετών.

Πιο συγκεκριμένα, οι επιμέρους στόχοι της μελέτης συνοψίζονται ως εξής :

A) Η νευρική ανορεξία ως σύγχρονο φαινόμενο, με τα αίτια που το προκαλούν, τα κριτήρια, τα συμπτώματα και τις συνέπειές της όπως αυτές διαπιστώνονται στο ίδιο το άτομο.

B) Οι συνέπειες στο ανορεκτικό μέλος διαπιστώνονται επίσης στο ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον καθώς επίσης και οι επιδράσεις που ασκούνται απ' τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης στα άτομα που νοσούν.

Τέλος θα θέλαμε να αναφερθούμε στις δυσκολίες που συναντήσαμε ως προς την διεκπεραίωση της πτυχιακής μας εργασίας. Οι δυσκολίες ήταν πολλές και σε ορισμένες στιγμές αρκετά ψυχοφθόρες. Δυσκολευτήκαμε πολύ να βρούμε καθηγητή να μας αναλάβει για την πτυχιακή μας εργασία και αυτή η διαδικασία μας πήρε χρονικό διάστημα τριών χρόνων. Επίσης, όταν βρήκαμε καθηγητή να μας αναλάβει ήταν αναπληρωτής και σ' ένα εξάμηνο έπρεπε να μας αφήσει γιατί έληξε η σύμβασή του. Μετά από ένα τρίμηνο βρήκαμε τελικά καθηγητή να μας αναλάβει για την πτυχιακή μας εργασία. Ως τελευταία δυσκολία που συναντήσαμε, θα ήθελα να αναφέρω την έλλειψη ελληνικής βιβλιογραφίας όσον αφορά την νευρική ανορεξία.. Αυτό μας ανάγκασε να προσφύγουμε στη χρήση ξένης βιβλιογραφίας, κάτι που πολλές φορές μας δυσκόλεψε αρκετά..

ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

Ψυχογενής ανορεξία : Είναι μια διατροφική διαταραχή με βαθύ ψυχολογικό υπόβαθρο

Ανορεξία στερητικού τύπου (restricting type) :

Ο στερητικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από μια παρατεταμένη και αυστηρή αποχή από το φαγητό. Οι ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου συνήθως χαρακτηρίζονται από περισσότερη εσωστρέφεια κι αρνούνται να παραδεχτούν πως νιώθουν πείνα και άγχος.

Ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου (binge eating/purging type):

Ο υπερκαταναλωτικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από σποραδικά επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθούνται από τεχνητή πρόκληση εμετού. Οι ασθενείς με ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου χαρακτηρίζονται από εξωστρέφεια, αναφέρουν συχνότερα άγχος, κατάθλιψη και ενοχές, παραδέχονται πως έχουν έντονη όρεξη και τείνουν να είναι μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τους ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου.

Ψυχοτραυματικά γεγονότα : Σημαντικό και τεράστιο ψυχοτραυματικό γεγονός θεωρείται η κακοποίηση και η παραμέληση. Οι κύριες μορφές κακοποίησης είναι η σωματική, ψυχολογική και σεξουαλική. Με τον όρο «κακοποίηση – παραμέληση παιδιών» περιγράφεται ένα φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο ένας ή περισσότεροι ενήλικες που έχουν την ευθύνη της φροντίδας ενός ανηλίκου, προκαλούν ή επιτρέπουν να προκληθούν στο άτομο σωματικές κακώσεις ή συνθήκες στέρησης σε τέτοιο βαθμό, ώστε συχνά να επιφέρουν σοβαρές διαταραχές σωματικής, νοητικής, συναισθηματικής ή κοινωνικής μορφής ακόμα και το θάνατο.

Σωματική κακοποίηση : Η σωματική κακοποίηση περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμούς ή κακώσεις διαφορετικής σοβαρότητας και συχνά διαφορετικών ηλικιών, που δεν οφείλονται σε ατυχήματα.

Ψυχολογική κακοποίηση : Η ψυχολογική κακοποίηση ενός ανηλίκου μπορεί να περιλαμβάνει πράξεις και συμπεριφορές οι οποίες εμπεριέχουν απόρριψη, εκφοβισμό, απομόνωση, εκμετάλλευση, υποτίμηση, συναισθηματική απροσφορότητα όπως και κοινωνικά αποκλίνουσες πράξεις.

Σεξουαλική κακοποίηση : Η σεξουαλική κακοποίηση θεωρείται η συμμετοχή ή η έκθεση παιδιών ή εφήβων σε σεξουαλικές πράξεις υποκινούμενες από ενήλικα, που έχει σχέση φροντίδας ή οικειότητας με το παιδί, οι οποίες έχουν ως σκοπό τη σεξουαλική διέγερση ή και ικανοποίηση του ενήλικα.

Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία : Είναι ένα μοντέλο ψυχοθεραπείας που περιλαμβάνει την κατανόηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ των σκέψεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών του ασθενή.

Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία : Είναι η ψυχοθεραπεία που εστιάζεται στην επεξεργασία, την ενθάρρυνση και την ενασχόληση του ασθενή να αναλύσει το πρόβλημα του ,να αναζητήσει λύσεις και να αντιμετωπίσει μετέπειτα υποτροπές. Να μάθει να είναι ανεξάρτητος.

Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία : Είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας που επικεντρώνεται στο εδώ και τώρα για να καταστήσει σαφέστατα στον ασθενή τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και λειτουργεί.

Ψυχοθεραπευτική Προσέγγιση Τύπου Gestalt : Αυτή η μορφή ψυχοθεραπείας βοηθά τους ασθενείς στην καλύτερη επεξεργασία των συναισθημάτων τους ώστε να τα αναγνωρίζουν με επιτυχία χρησιμοποιώντας Α' ενικό πρόσωπο για να συναισθανθεί την ευθύνη του για τις σκέψεις και τις συμπεριφορές του.

Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία : Εφαρμόζεται όταν τα άτομα είναι μικρότερης ηλικίας ή ζουν με τους γονείς τους.

Ενδονοσοκομειακή θεραπεία : Εφαρμόζεται όταν η εξωνοσοκομειακή θεραπεία για διάφορους λόγους δεν μπορεί να γίνει ή έχει δοκιμαστεί κ έχει αποτύχει. Πρόκειται για εκούσια νοσηλεία και ο ασθενής έχει ενημερωθεί διεξοδικά για τις παραμέτρους της θεραπείας και έχει συμφωνήσει να νοσηλευθεί και να προετοιμαστεί.

Εικαστική Θεραπεία : Είναι μια εναλλακτική μορφή ψυχοθεραπείας που χρησιμοποιεί εικαστικά υλικά, νοερές εικόνες, δημιουργική διαδικασία. Δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να εκφραστεί και να αποτυπώσει άγνωστες πλευρές του εαυτού του μέσω του δημιουργημένου προϊόντος. Σημαντικό ρόλο παίζει και απαντήσεις του ασθενή στο δημιουργημένο προϊόν.

Ψυχοεκπαίδευση: Στόχος της ψυχοεκπαίδευσης είναι η παροχή πληροφοριών που αφορούν τις διαταραχές πρόσληψης τροφής γιατί υπάρχουν πολλές παρανοήσεις ή λάθος πληροφορίες. Θα βοηθήσει τον ασθενή να ενημερωθεί κατάλληλα και να τροποποιήσει τις διατροφικές του συμπεριφορές.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για να μπορέσουμε να προσεγγίσουμε το κοινωνικό φαινόμενο της νευρικής ανορεξίας, θα πρέπει να μελετήσουμε τα αίτια της δηλαδή για ποιους λόγους οδηγείται ένα άτομο στην «παύση του φαγητού», στους παράγοντες που ευνοούν την νευρική ανορεξία, στα στάδια της, στους τύπους που διαχωρίζεται ένας ανορεκτικός ασθενής, στις κρίσιμες φάσεις της νευρικής ανορεξίας, στα συμπτώματα και στις συνέπειες που έχει ένα άτομο που νοσεί.

ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει μια αλματώδη αύξηση των διαταραχών διατροφής. Το ποσοστό της νευρικής ανορεξίας κυμαίνεται από 0,4 σε 0,7 % και κυρίως εκδηλώνεται σε γυναίκες ηλικίας 15 - 19 ετών. Είναι η μοναδική ψυχιατρική διαταραχή που μπορεί να οδηγήσει απ' ευθείας στο θάνατο με ποσοστό θνησιμότητας γύρω στο 10% σύμφωνα με τα στοιχεία της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας. Ένα επίσης ανησυχητικό εύρημα είναι πως έχουν αρχίσει να αναφέρονται αυξανόμενα περιστατικά νευρικής ανορεξίας σε ηλικίες 8 – 13 ετών, γεγονός που ήδη είχε καταγραφεί από το 1992 από τους ερευνητές Lask και Bryant-Waugh. Τα αίτια της νευρικής ανορεξίας φαίνεται να είναι πολυπαραγοντικά. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κοινωνίας, του τρόπου σκέψης, του συναισθήματος αλλά και της οικογένειας στην οποία ζουν τα άτομα με ανορεξία έχουν ενοχοποιηθεί σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό για την εκδήλωση της διαταραχής αυτής. Οι παράγοντες αυτοί περισσότερο φαίνεται να συμπληρώνουν ο ένας τον άλλον και όχι να αποκλείουν ο ένας τον άλλον. (Μπούρα, 2004)

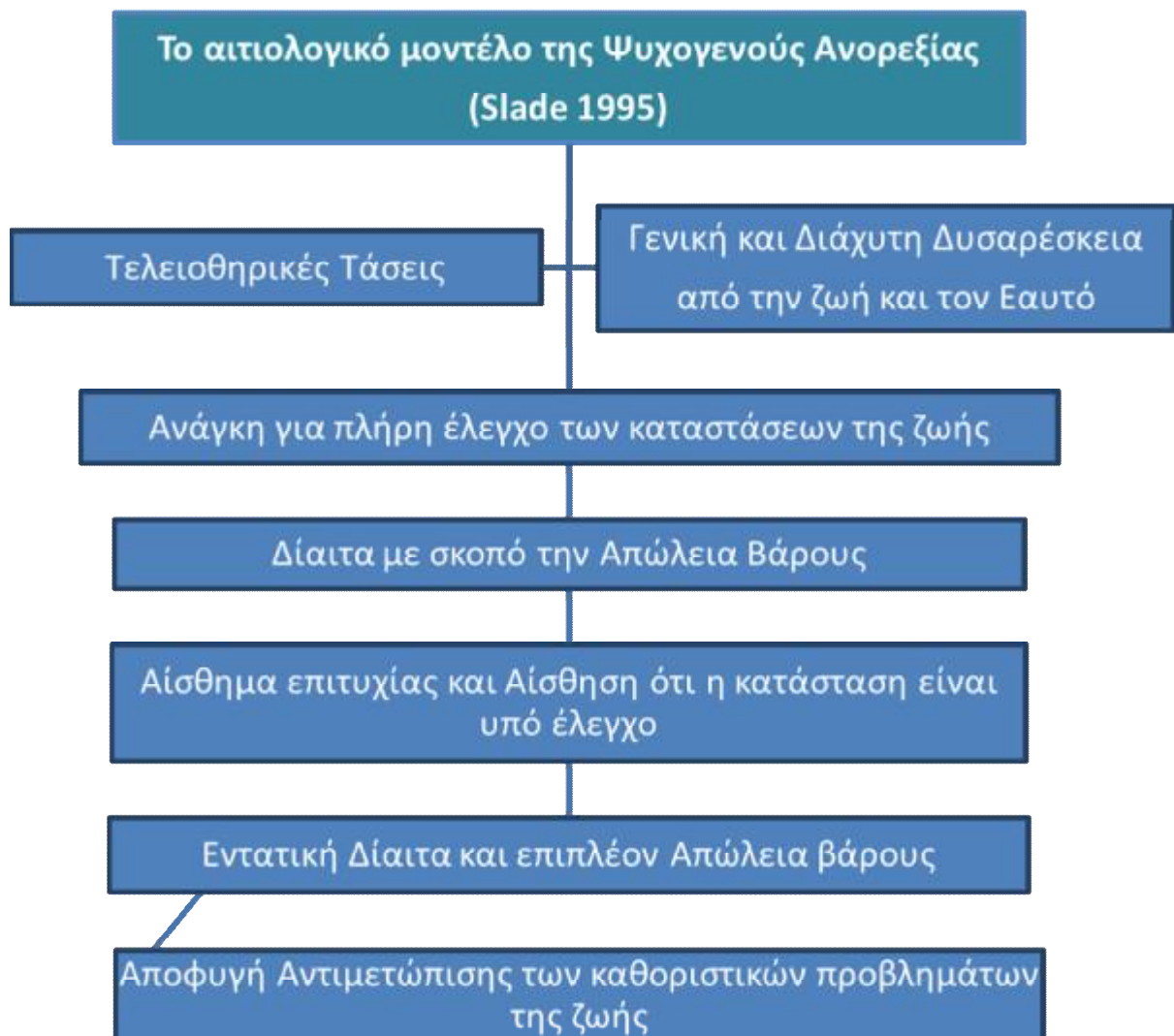
Το είδος της κοινωνίας μέσα στην οποία μεγαλώνει ένα άτομο φαίνεται να είναι πολύ σημαντικό για το αν θα αναπτύξει κάποια διαταραχή διατροφής ή όχι. Τα τελευταία είκοσι χρόνια στις δυτικές κοινωνίες, όλο και πιο πολύ προβάλλεται το αδύνατο σώμα όχι μόνο σαν πρότυπο ομορφιάς αλλά και σαν προϋπόθεση για αυτοεκτίμηση, επιτυχία και ευτυχία. Ταυτόχρονα όλο και πιο πολύ αυξάνονται τα ποσοστά των διαταραχών διατροφής. Σε μη δυτικές κοινωνίες που δεν

υπήρχαν αυτά τα δυτικά πρότυπα δεν αναφέρονται περιστατικά ανορεξίας. Με την εισβολή των δυτικών προτύπων ομορφιάς και κομψότητας μέσα από διαφημίσεις, περιοδικά και σταρ του κινηματογράφου άρχισαν να αναφέρονται όλο και πιο πολλά περιστατικά ανορεξίας. Ακόμη, τα παιδιά των οικογενειών χωρών της μέσης ανατολής και της Ασίας που πήγαν Αγγλία π.χ. ανέπτυξαν διαταραχές διατροφής με το που ήρθαν σε επαφή με τις νέες αξίες ενώ στις χώρες τους τα ποσοστά ανορεξίας είναι κοντά στο μηδέν. Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα των ερευνών είναι πως οι έγχρωμες γυναίκες της Αμερικής δεν θεωρούν πως ένα αδύνατο σώμα είναι απαραίτητο για να είναι, επιτυχημένες και ελκυστικές αλλά αντίθετα πως η ελκυστικότητα εξαρτάται από την συνολική στάση και προσωπικότητα της γυναίκας. 70% των έγχρωμων γυναικών δηλώνουν ευχαριστημένες με το σώμα τους ενώ μόλις το 11% των λευκών γυναικών της Αμερικής δηλώνουν το ίδιο. Συνολικά πολύ λίγες έγχρωμες αμερικάνες έχουν νευρική ανορεξία σε σχέση με τις λευκές αμερικάνες και οι έγχρωμοι αμερικάνοι είναι πολύ πιο πρόθυμοι από τους λευκούς να φλερτάρουν με μια παχύτερη. Σύμφωνα με τους Αμερικάνους ψυχολόγους Sue και Sue, φαίνεται πως η κουλτούρα των νέγρων της Αμερικής «θωρακίζει» τις γυναίκες τους από τα δυτικά πρότυπα ομορφιάς και κατ' επέκταση και από τις διαταραχές διατροφής.

Η **σκέψη των ατόμων** με νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και από μια διαρκή ανάγκη για έλεγχο των καταστάσεων και του εαυτού τους. Όσο πιο πολύ συνειδητοποιούν ότι είναι δύσκολο να ελέγξουν τις καταστάσεις γύρω τους τόσο πιο πολύ θέλουν να ελέγξουν το σώμα τους μέσα από τη δίαιτα και την άσκηση. Πέφτουν σε παγίδες του τύπου «άσπρο – μαύρο» δηλαδή θεωρούν ότι κάποιος είτε θα είναι αδύνατος και όμορφος, είτε χοντρός και άσχημος χωρίς κανένα ενδιάμεσο στάδιο. Επίσης τείνουν σε μεγάλο βαθμό να θεωρούν πως η ελκυστικότητα και η ομορφιά κάποιου εξαρτάται αποκλειστικά από το ποσοστό λίπους που έχει επάνω του. Πέρα από τα παραπάνω στις πιο πολλές περιπτώσεις η σκέψη των ατόμων με νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από την διαστρέβλωση της εικόνας του σώματός του. Αυτό σημαίνει πως όταν κοιτούν τον εαυτό τους στον καθρέφτη βλέπουν το σώμα τους παχύτερο από ότι είναι στην πραγματικότητα.

Το **συναίσθημα** των ανορεξικών ατόμων χαρακτηρίζεται από στεναχώρια και άγχος και μια διάγνωση κατάθλιψης συχνά συνοδεύει μια διάγνωση νευρικής ανορεξίας. Κάποιοι ερευνητές, όπως οι Blouin και συνεργάτες υποθέτουν πως η νευρική ανορεξία είναι μια παραλλαγή της κατάθλιψης ενώ άλλοι, π.χ. οι Vanderlinden, Norre και Vandereycken θεωρούν πως η κατάθλιψη μπορεί απλά να είναι το αποτέλεσμα της όλης ζωής και των προβλημάτων του ανορεξικού.

Στον τομέα της οικογένειας, υπάρχει η άποψη πως οι οικογένειες των ατόμων με νευρική ανορεξία δεν επιτρέπουν στα νεαρά μέλη τους να αποδεχτούν μέσα από την εφηβεία το νέο τους σώμα και δεν βοηθούνται να αποκτήσουν μια νέα ενήλικη ταυτότητα. Κατά αυτό τον τρόπο οι έφηβες κοπέλες νιώθουν αμηχανία και δυσκολία να δημιουργήσουν μια νέα ταυτότητα σώματος και να την περιλάβουν με αυτοεκτίμηση. Έτσι καταφεύγουν σε έναν ασκητικό τρόπο διατροφής «αρνούμενες να μεγαλώσουν». Σε όλα τα παραπάνω αν προσθέσουμε και την άποψη πως το φαγητό είναι ένας τρόπος επικοινωνίας της μητέρας με τα παιδιά της, θέματα διατροφής και ανάπτυξης μπορεί να εμπεριέχουν και παιχνίδια εξουσίας στο χώρο της οικογένειας. (Μπούρα, 2004)



(Πηγή: Μωρόγιαννης, 2000)

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΥΝΟΟΥΝ ΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Αίσθημα ανεπάρκειας ή έλλειψης ελέγχου στη ζωή
- Κατάθλιψη, άγχος, θυμός ή μοναξιά

ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- Φορτισμένο οικογενειακό περιβάλλον και τεταμένες διαπροσωπικές σχέσεις
- Δυσκολία στην έκφραση των συναισθημάτων
- Ιστορικό χλευασμού λόγω σωματικού βάρους
- Ιστορικό σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- Κοινωνικές πιέσεις που εξυμνούν το πρότυπο της ισχνότητας και προσδίδουν αξία στην εικόνα του "τέλειου σώματος"
- Στενοί ορισμοί της ομορφιάς που περιλαμβάνουν αποκλειστικά και μόνο γυναίκες και άνδρες συγκεκριμένου σωματικού βάρους και διάπλασης
- Αξιολόγηση των ατόμων βάσει της σωματικής τους εμφάνισης και όχι βάσει των προσωπικών δυνατοτήτων τους.

ΣΤΑΔΙΑ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

- Η συστηματική άρνηση του ατόμου ως προς την πρόσληψη τροφής, με αποτέλεσμα τη συνεχή απώλεια κιλών.
- Ο έντονος φόβος του απέναντι στο ενδεχόμενο της αύξησης του βάρους του.
- Η άρνηση του να συνειδητοποιήσει την πραγματική κατάστασή του.

- Η άρνηση των φυσικών αναγκών του σώματός του (του αισθήματος της πείνας και της κούρασης).
- Η υπερβολική άσκηση
- Η αποχή από την σεξουαλική ευχαρίστηση.
- Τα σωματικά συμπτώματα όπως η αμηνόρροια ή η τριχόπτωση.
- Η υιοθέτηση διαφόρων τελετουργικών που αφορούν τις τροφές, όπως ο διαχωρισμός τους ανάμεσα σε «καλές» και «κακές», καθώς και μια γενικότερη δυσφορία σε ότι αφορά τη διαδικασία του φαγητού.
- Απώλεια βάρους.
- Εσφαλμένη εκτίμηση (διαστρέβλωση) για το βάρος και τη μορφή του σώματος της σε βαθμό που να μπορεί να δει το «λίπος» της ακόμα και όταν το σώμα της είναι αποστεωμένο.
- Καταθλιπτική διάθεση, απόσυρση.
- Αϋπνία
- Ευερεθιστότητα.
- Σωματικά συμπτώματα όπως κοιλιακοί πόνοι, δυσκοιλιότητα, δυσανεξία στο ψύχος.
- Δυσχρωμίες και ξηρότητα στο δέρμα.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

- Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του πάνω από ένα αποδεκτό όριο (απώλεια βάρους με αποτέλεσμα βάρος σώματος 15% κάτω από το φυσιολογικό)
- Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι πολύ κάτω από τις φυσιολογικές τιμές
- Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται το βάρος και το σχήμα του σώματός του και αδυναμία κατανόησης της σοβαρότητας της κατάστασής του
- Τα άτομα που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία, κοιτάζοντας τον καθρέπτη τους βλέπουν ένα παχύ σώμα, ακόμα κι όταν το σώμα τους έχει φτάσει να είναι τόσο αδύνατο που είναι αντιαισθητικό για τους άλλους
- Σε γυναίκες προκαλεί αμηνόρροια δηλαδή απουσία τριών τουλάχιστον διαδοχικών εμμηνορρυσιών

ΤΥΠΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η ψυχογενής ανορεξία εκδηλώνεται με δύο διαφορετικούς τύπους:

A) **Ανορεξία στερητικού τύπου** (restricting type) :

Ο στερητικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από μια παρατεταμένη και αυστηρή αποχή από το φαγητό. Οι ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου συνήθως χαρακτηρίζονται από περισσότερη εσωστρέφεια κι αρνούνται να παραδεχτούν πως νιώθουν πείνα και άγχος.

B) **Ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου** (binge eating/purging type):

Ο υπερκαταναλωτικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από σποραδικά επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθούνται από τεχνητή πρόκληση εμετού. Οι ασθενείς με ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου χαρακτηρίζονται από εξωστρέφεια, αναφέρουν συχνότερα άγχος, κατάθλιψη και ενοχές, παραδέχονται πως έχουν έντονη όρεξη και τείνουν να είναι μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τους ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου.

ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΚΡΙΣΙΜΕΣ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

«Η είσοδος στην ανορεξία γίνεται συνήθως με αφορμή μια δίαιτα που θα ξεκινήσει κάποιος, θέλοντας να ελέγξει το βάρος του και η οποία, στην πορεία, θα ξεφύγει από τον αρχικό στόχο και θα οδηγήσει στη χωρίς μείωση των κιλών» επισημαίνει ο κ. Σπύρος Μπουρδούκης ψυχολόγος.

Σύμφωνα με τον ειδικό, η εξέλιξη της ασθένειας περιλαμβάνει τρεις φάσεις:

Στην **πρώτη φάση** όλα βαίνουν καλώς. Η δίαιτα μαζί με την μάλλον υπερβολική άσκηση αποφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Το άτομο χάνει βάρος και αισθάνεται καλά με τον εαυτό του.

Στη **δεύτερη φάση**, τα αρνητικά σημάδια γίνονται εμφανή. Το περιβάλλον του ασθενούς αρχίζει να παρατηρεί την υπερβολική απώλεια κιλών. Το άτομο αυτό αισθάνεται διαφορετικό και αρχίζει να αποστασιοποιείται από την οικογένεια και τους φίλους. Αρνείται να τρώει μαζί με την υπόλοιπη οικογένεια και φοράει φαρδιά ρούχα, με σκοπό να καλύψει το ελλιπές βάρος του.

Στην **τρίτη φάση**, έχουμε όχι πια την απόκρυψη αλλά την παραδοχή της κατάστασης. Αυτό δε σημαίνει πως το άτομο έχει παραδεχτεί το γεγονός της ασθένειας. Πρόκειται περισσότερο για παραδοχή της

«στέρησης τροφής» ως τρόπο ζωής κι ο κίνδυνος πλέον είναι εμφανής. (Μπούρα, 2004)

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR, για να διαγνωστεί ότι ένα άτομο πάσχει από νευρική ανορεξία πρέπει να εμφανίζει τα εξής συμπτώματα:

1. Άρνηση να διατηρήσει το φυσιολογικό για την ηλικία και το φύλο του σωματικό βάρος (π.χ. σωματικό βάρος μικρότερο από 85% του φυσιολογικού)
2. Έντονος φόβος ότι θα πάρει βάρος ή θα γίνει παχύσαρκο.
3. Δυσαρέσκεια από το βάρος ή την εικόνα του σώματος, αρνητική επίδραση της αύξησης του βάρους, χαμηλή αυτοεκτίμηση, άρνηση να δεχθεί την σοβαρότητα του υπερβολικά χαμηλού σωματικού βάρους.
4. Απουσία τουλάχιστον τριών συνεχόμενων καταμήνιων κύκλων αμηνόρροια στις ενήλικες γυναίκες που δεν έχουν ακόμα μπει στον κύκλο της εμμηνόπαυσης.

Επιπλέον, στο DSM-IV-TR διακρίνονται δύο ακόμα δευτερεύοντες τύποι:

- Κατά τη διάρκεια της νευρογενούς ανορεξίας, το άτομο δεν εμπλέκεται τακτικά σε μέσα όπως πρόκληση εμέτων, ασιτία, υπερβολική φυσική άσκηση ή χρήση διουρητικών, καθαρικών φαρμάκων ή υποκλυσμών.
- Κατά την διάρκεια της νευρογενούς ανορεξίας, το άτομο χρησιμοποιεί τακτικά μέσα όπως πρόκληση εμέτων, ασιτία, υπερβολική φυσική άσκηση, χρήση διουρητικών, καθαρικών φαρμάκων ή υποκλυσμών.

Τα κριτήρια που αναφέρονται στο ICD-10 είναι παρόμοια αλλά επιπλέον αναφέρει:

1. Τρόπους με τους οποίους τα άτομα μπορεί να προκαλούν την απώλεια βάρους ή να προσπαθούν να διατηρήσουν το ήδη χαμηλό τους βάρος (αποφυγή παχυντικών τροφών, πρόκληση εμέτου, υπερβολική σωματική άσκηση, εκτεταμένη χρήση μέσων καταστολής της όρεξης ή διουρητικών).
2. Συγκεκριμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά μεταξύ των οποίων ενδοκρινικές διαταραχές του άξονα του υποθαλάμου-υπόφυσης- γονάδων που στις γυναίκες εκδηλώνεται ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απουσία του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και ανικανότητα. Μπορεί

επίσης να είναι αυξημένα τα επίπεδα της κορτιζόλης, να παρατηρούνται αλλαγές στον περιφερικό μεταβολισμό της ορμόνης του θυρεοειδούς και ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης.

3. Εάν το άτομο δεν έχει μπει ακόμα στην περίοδο της εφηβείας μπορεί να καθυστερήσει ή να ανασταλθεί η ανάπτυξή του.

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΕΣ-ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ)

Οι διατροφικές διαταραχές προκαλούν πολυάριθμα φυσιολογικά σημάδια και συμπτώματα. Η μεγάλη ελάττωση του βάρους, συχνά συνοδεύεται από συμπτώματα κατάθλιψης όπως καταθλιπτική διάθεση, κοινωνική απόσυρση, αϋπνία, ευερεθιστότητα και ελαττωμένο ενδιαφέρον για σεξ. Έχει σημασία ότι η έναρξη της διαταραχής συχνά συνδέεται με κάποιο στρεσογόνο γεγονός όπως το να φύγει η έφηβος από το σπίτι και να πάει να σπουδάσει.

Οι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες είναι: υπόταση, υποθερμία, ξηρότητα του δέρματος, Ipnigo (το λεπτό στρώμα χνουδιού, που εξαφανίζεται συνήθως με την γέννηση του παιδιού ή και νωρίτερα), βραδυκαρδία, περιφερικό οίδημα, κιτρίνισμα του δέρματος λόγω της υπερκαροτιναιμίας, πετέχιες, υπερτροφία των σιελογόνων αδένων ιδιαίτερα της παρωτίδας. Ασθενείς που προκαλούν συχνά έμετο μπορεί να παρουσιάσουν διαβρώσεις της αδαμαντίνης των δοντιών και ουλές ή κάλους στη ράχη των χεριών τους. Γενικές ιατρικές παθήσεις που μπορεί να εμφανισθούν στις ανορεξικές ασθενείς είναι η νορμόχρωμη νορμοκυτταρική αναιμία, έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (λόγω της χρόνιας αφυδάτωσης και της υποκαλιαϊμίας), καρδιαγγειακά προβλήματα όπως σοβαρή υπόταση και αρρυθμίες, προβλήματα στα δόντια και οστεοπόρωση (λόγω ελαττωμένης έκκρισης οιστρογόνων και αυξημένης έκκρισης κορτιζόλης). Επιπλέον, οι σοβαρές και αυστηρές αλλαγές βάρους παράλληλα με τις διατροφικές διαταραχές, πιθανόν να είναι μια ασταθής δοκιμασία με ηλεκτρολυτικές διαταραχές, γαστρεντερικές και ενδοκρινικές διαταραχές και άλλες ανωμαλίες. Η χειρότερη, βέβαια, επιπλοκή είναι ο θάνατος, ο οποίος προέρχεται από ασιτία, αυτοκτονία ή από ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Δυσοίωνοι παράγοντες που συντείνουν στην εμφάνιση της νευρογενούς ανορεξίας είναι μεγαλύτερη ηλικία έναρξης, μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου, προηγούμενες ψυχιατρικές νοσηλείες, φτώχη προ-νοσηρή

προσαρμοστικότητα, παρουσία κάποιας διαταραχής της προσωπικότητας και κακές ενδοοικογενειακές σχέσεις.

Η πορεία της διαταραχής ποικίλει. Μερικές ασθενείς αναρρώνουν πλήρως μετά από ένα και μοναδικό επεισόδιο. Ορισμένες κερδίζουν βάρος που όμως, παρουσιάζει διακυμάνσεις και μετά υποτροπιάζουν, ενώ ορισμένες έφηβες ασθενείς παρουσιάζουν μια προοδευτική επιδείνωση που κρατά χρόνια.(Μάνος, 1997)

ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Αλλαγές βάρους

Οι ατομικές διαγνώσεις που έγιναν για την νευρογενή Ανορεξία προκαλούν έντονη ανησυχία για το σωματικό βάρος των ασθενών. Η συγκεκριμένη διαταραχή μπορεί να εμφανίσει πολυάριθμες συμπεριφορές εστιάζοντας στον έλεγχο του σωματικού τους βάρους, όπως με περιορισμό της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης, με εξαντλητική άσκηση και χρησιμοποιώντας είτε καθαρτικά είτε διουρητικά, ή ακόμα και προκαλώντας έμετο. Το σωματικό βάρος του ανορεξικού ασθενή εκφράζει, γενικά, την απόφαση του να περιορίσει την ημερήσια θερμιδική πρόσληψη και να υποβάλλει τον εαυτό του σε εξαντλητική άσκηση. Φυσικά, το πιο φανερό σημείο είναι η απίσχναση του ασθενούς.

Η οστική πυκνότητα είναι μειωμένη και υπάρχουν αρκετά παθολογικά χαρακτηριστικά στους ασθενείς με αυτή τη διαταραχή (Rigotti, Nussbaum, Herzog, & Neer, 1984, Salisbury 7 Mitchell, 1991). Τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων εμφανίζονται να είναι σημαντικά, ως απόδειξη της ανάπτυξης προβλήματος στην οστική πυκνότητα.

Ασταθείς και Ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες

Τα άτομα με νευρογενή Ανορεξία συχνά αναπτύσσουν διαταραχές στα υγρά του σώματος και τα ηλεκτρολυτικά επίπεδα που σχετίζονται με την παράταση της κακής θρέψης και της αφυδάτωσης. Οι ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες συνδέονται με τη φτωχή και ασταθή πρόσληψη τροφής, τον εμετό, την κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών. Οι ασταθείς ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες είναι περισσότερο σοβαρές όταν το ανορεξικό άτομο ανήκει στον τύπο της υπερφαγίας/ κάθαρσης, όταν δηλαδή το

άτομο εμπλέκεται συστηματικά στην πρόκληση εμετού, χρήση καθαρτικών ή διουρητικών. Η αφυδάτωση είναι αποτέλεσμα της ανεπαρκούς πρόσληψης υγρών και της απώλειας υγρών μέσω της κάθαρσης που οδηγεί στην αύξηση των επιπέδων της ουρίας στο αίμα με αποτέλεσμα να μειωθούν τα επίπεδα κρεατινίνης των ούρων, καθώς και να οδηγήσει σε νεφρική ανεπάρκεια. Ένα χτύπημα από περιφερειακό οίδημα είναι πιθανόν να λάβει χώρα και να συμβάλει στην δραματική μείωση του σωματικού βάρους (5-20 kg).

Ωστόσο, προκαλείται και μεταβολική αλκάλωση, δηλαδή χαμηλά επίπεδα χλωρίου Cl και καλίου K στο αίμα. Προκαλούνται φυσικά συμπτώματα όπως αδυναμία, λήθαργος και κατά καιρούς καρδιακές αρρυθμίες. Ως αποτέλεσμα της φτωχής θρεπτικής πρόσληψης τροφής είναι και η μείωση των επιπέδων μαγνησίου και φωσφόρου στον οργανισμό. Η υποκαλιαιμία συνδέεται με τις καρδιακές αρρυθμίες. Επίσης παρατηρούνται μειωμένα επίπεδα ασβεστίου, μαγνησίου και φωσφόρου. Τα πολύ χαμηλά επίπεδα φωσφόρου στο αίμα οδηγούν σε σοβαρές καρδιακές δυσλειτουργίες και επιπλοκές στο νευρολογικό σύστημα (Wada, Nagase, Koike, Kugai & Nagata, 1992).

Γαστρικο-εντερικές ανωμαλίες

Η ασθενής που υποφέρει από αυτή τη διαταραχή περιγράφει την ώρα του γεύματος σαν μια δυσάρεστη εμπειρία που συνδέεται με συμπτώματα άγχους, όπως είναι ο ιδρώτας, η ταχυκαρδία και τα αναπνευστικά προβλήματα. Η καθυστέρηση έκκρισης των γαστρικών υγρών είναι κοινό συμβάν το οποίο λαμβάνει χώρα στο 80% περίπου των ασθενών με Νευρογενή Ανορεξία. Όσο συνεχίζεται η φτωχή θρέψη τόσο αναπτύσσονται γαστρικοεντερικές ενοχλήσεις, υποθερμία και παρουσιάζονται προβλήματα υπομεταβολισμού. Επίσης, παρουσιάζονται προβλήματα χρόνιας δυσκοιλιότητας και κοιλόπονοι.

Στην Νευρογενή Ανορεξία, η καθυστερημένη γαστρική κένωση παρομοιάζεται με το αίσθημα της πληρότητας και του φουσκώματος. Οι ασθενείς που εμπλέκονται σε επεισόδιο κάθαρσης θέτουν τον εαυτό τους στο ρίσκο έντονης διαστολής του στομάχου, που συνήθως συνοδεύεται από σοκ.

Η κακή διατροφή και η πρόκληση εμετών προκαλούν γαστρικο-εντερικές αιμορραγίες, οι οποίες συχνά αναπτύσσονται στους ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία (Ceuller & VanThiel, 1986).

Ανωμαλίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

Σημειώθηκε μεγάλο ενδιαφέρον για τα νευροπεπτίδια που δρουν ως διεγερτικά ή ανασταλτικά της όρεξης. Οι διαταραχές της συγκέντρωσης

των νευροπεπτιδίων ενδέχεται να ευθύνονται για τις υποτροπές των ασθενών.

Πολύ συχνές είναι οι συσπάσεις στο νευρο-ενδοκρινικό και νευρο-μεταφορικό σύστημα. Η αυστηρή πείνα συνδέεται με την κατάθλιψη μειώνοντας την ικανότητα συγκέντρωσης και παρουσιάζεται απώλεια μνήμης. Οι οργανικές αλλαγές που συμβαίνουν στον εγκέφαλο είναι καταστροφικές. Οι αλλαγές αυτές συμπεριλαμβάνουν την αδυναμία και την αύξηση των εγκεφαλικών επεισοδίων. Δεν έχει ακόμη γίνει γνωστό εάν η αναπλήρωση της θρεπτικής απώλειας μπορεί να διορθώσει αυτή την κατάσταση.

Παρουσιάζεται διάταση των κοιλιών και αυλακών του εγκεφάλου, σε οξεία φάση της νόσου, λόγω αυξημένου εγκεφαλονωτιαίου υγρού και μείωση τόσο της λευκής όσο και της φαιάς ουσίας του εγκεφάλου. Επίσης παρατηρείται μείωση στην έκκριση της λεπτίνης – πρωτεΐνη που παράγεται από τον λιπώδη ιστό, τα λιποκύτταρα και δρα στον υποθάλαμο και έτσι ελέγχει την πρόσληψη τροφής για διατήρηση σχετικά σταθερού βάρους σώματος. Στο περιφερικό νευρικό σύστημα παρουσιάζεται περιφερική νευρίτιδα. (Χατζηγεωργίου, Χ. 2004, σελ. 12-18)

Αιματολογικές ανωμαλίες

Η φτωχή διατροφή και η σοβαρή απώλεια βάρους έχει ως αποτέλεσμα την δραματική μείωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων, των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων. Οι ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία έχουν λευκοπενία και στις ακραίες περιπτώσεις απώλειας βάρους παρατηρείται ατροφία στα κόκαλα (Howard, Leggat & Chaudhry, 1992, Smith & Spivak, 1985). Οι συνέπειες αυτές διορθώνονται με βελτίωση της θρέψης.

Ανωμαλίες στον καταμήνιο κύκλο

Η αμηνόρροια συχνά, προηγείται μεγάλης απώλειας βάρους και παραμένει σταθερή ακόμα και μετά την ανάκτηση βάρους. Χαρακτηρίζει την Νευρογενή Ανορεξία (Devlin et al., 1989). Δημιουργείται πρόβλημα στις ωοθήκες και χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων. Σε ελλιποβαρείς ασθενείς τα βασικά επίπεδα των ορμονών LH και FSH καθώς και των οιστρογόνων μειώνονται.

Δέρμα

Πολλοί ασθενείς με αυτή τη διαταραχή αναπτύσσουν lanugo που χαρακτηρίζεται από τριχοφυΐα στο πρόσωπο και άλλα προβλήματα στο

πρόσωπο (Gupta & Haberman, 1987). Επίσης υπάρχει απώλεια μαλλιών, ξηρότητα στο δέρμα και αδύναμα νύχια, τα οποία σπάνε εύκολα.

Ορμονικές επιπλοκές

Φλοιοτρόπος ορμόνη (ACTH) : Παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα της ορμόνης αυτής στο αίμα. Θεωρείται ανορεξιογόνος ορμόνη και πιθανόν η αύξηση της να παίζει ρόλο στη διατήρηση των ανορεκτικών συμπεριφορών (Stone M., Briady J., Kohn MR. and others, 2006 Dec.).

Κορτιζόλη: Η αυξημένη έκκριση κορτιζόλης συνοδεύεται από την αύξηση του ρυθμού διούρησης και εμφανίζεται σε ελλιποβαρείς ανορεξικούς. Θεωρείται αποτέλεσμα της υπερέκκρισης της ενδογενούς φλοιοτρόπου ορμόνης. Επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα μετά την αποκατάσταση βάρους (Stone M., Briady J., Kohn MR. and others, 2006 Dec.).

Υπερκαροτιναιμία: Στην περίπτωση της ανορεξίας, οι ασθενείς συχνά εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα καροτινειδών ή άλλων παραγώγων της Βιταμίνης Α ή απλούστατα σε δυσανάλογη πρόσληψη τροφίμων που περιέχουν καροτίνη (Marion Nestle, 1987).

ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Ένας αριθμός μακροπρόθεσμων επιπλοκών είναι αποτέλεσμα παρατεταμένης και σοβαρής κακής θρέψης, που συχνά συνοδεύεται από διατροφικές διαταραχές. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ποσοστά θνησιμότητας που φθάνουν στο 18% και η πλειοψηφία των θανάτων οφείλεται σε φαρμακευτικές επιπλοκές της Νευρογενούς Ανορεξίας.

Οι μακροπρόθεσμες επιπλοκές της Νευρογενούς Ανορεξίας εμπλέκουν αρκετά συστήματα του οργανισμού. Αφορούν, επίσης, σημαντικές βλάβες στα δόντια και τα κόκαλα. Αυτό γίνεται γιατί η εφηβεία είναι η περίοδος στη ζωή του ανθρώπου όπου αναπτύσσεται σκελετικά και το αποτέλεσμα είναι η παρεμπόδιση της ανάπτυξης της οστικής μάζας. Η μείωση της οστικής πυκνότητας είναι γνωστή ως η επικρατέστερη συνέπεια στις ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία. Έχουν αναφερθεί κατάγματα των μεγάλων οστών, της σπονδυλικής στήλης και του στέρνου στις ασθενείς με αμηνόρροια σε διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους. Επίσης, σε αμηνόρροια οδηγούν και η οστική απώλεια, η οστεοπενία, καθώς και κατάγματα τα οποία αλλάζουν τον ορμονικό μηχανισμό. Οι οδοντικές επιπλοκές εμφανίζονται στις ασθενείς που προκαλούν πολλαπλούς εμετούς ως μέθοδο κάθαρσης των ανεπιθύμητων θερμίδων.

Καρδιαγγειακές ανωμαλίες

Οι πιο σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή, επιπλοκές από τις συνέπειες της Νευρογενούς Ανορεξίας πλήττουν το καρδιαγγειακό σύστημα. Τα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, συχνά αναπτύσσουν πλήθος σοβαρών καρδιακών αρρυθμιών, που εάν δε διαγνωσθούν και θεραπευτούν, είναι πιθανόν να επιφέρουν το θάνατο. Συχνά, τα ανορεξικά άτομα παρουσιάζουν μια ποικιλοχρωμία ή κυανά χέρια ή πόδια και κάνουν συχνά παράπονα για ταχυκαρδίες. Η παρατεταμένη πείνα οδηγεί σε υπολειτουργία της καρδιάς και μείωση των αιμοφόρων αγγείων. Η ικανότητα της καρδιάς να λειτουργεί χωρίς επιπλοκές και των αγγείων να μεταφέρουν αίμα μπορεί να αλλάξει, έχοντας ως αποτέλεσμα την πρόκληση βραδυκαρδίας ή ταχυκαρδίας. Η ταχυκαρδία είναι πιθανόν να προκύψει όταν ο όγκος των υγρών μειώνεται και αυτό είναι αποτέλεσμα της αφυδάτωσης και η καρδιά είναι υποχρεωμένη να τρομπάρει γρηγορότερα για να αποζημιώσει αυτή τη μείωση. Η βραδυκαρδία και η υπόταση προκύπτουν από τη συνεχή πείνα, όπου μειώνεται ο έλεγχος της κυκλοφορίας των κετοχολαμινών και στην αλλαγή των επιπέδων των θυρεοειδών ορμονών. Μελέτες έδειξαν ότι το 91% των περιπτώσεων Νευρογενούς Ανορεξίας έχουν σφυγμό λιγότερο από 60 χτύπους ανά λεπτό και πάνω από το 85% των ασθενών αντιμετωπίζουν προβλήματα αρτηριακής πίεσης, κάτω από 90/60.

Η συμπεριφορά κάθαρσης οδηγεί στην απώλεια υγρών του σώματος και ηλεκτρολυτών, τα οποία είναι απαραίτητα για τη σύσπαση των μυών και τη μεταβίβασή τους από τις ωθήσεις των νεύρων στο καρδιαγγειακό σύστημα. Η απώλεια ηλεκτρολυτών συμβάλλει στην ανάπτυξη σοβαρών αρρυθμιών. Οι ασθενείς που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή έχουν περισσότερες επιπτώσεις στην κεντρική βαλβίδα και η αριστερή κοιλότητα δυσλειτουργεί. Η χρήση φαρμάκων για την πρόκληση εμετού μπορεί να συντελέσει στην πρόκληση καρδιοπαθειών ή περιφερειακής μυϊκής αδυναμίας, επιταχύνοντας έτσι τον κίνδυνο πρόκλησης των καρδιαγγειακών παθήσεων. Όλοι αυτοί οι παράγοντες αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο του ξαφνικού θανάτου κατά τη διάρκεια της παρουσίας προβλημάτων της καρδιάς. Συχνά φαινόμενα είναι οι ζαλάδες και οι λιποθυμίες.

Ενδοκρινικές ανωμαλίες

Οι διατροφικές ανωμαλίες έχουν συνδεθεί με τις πολυάριθμες συνέπειες του ενδοκρινικού συστήματος, που διαταράζονται σοβαρά με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, (Fichter & Pirke, 1990, Thomas

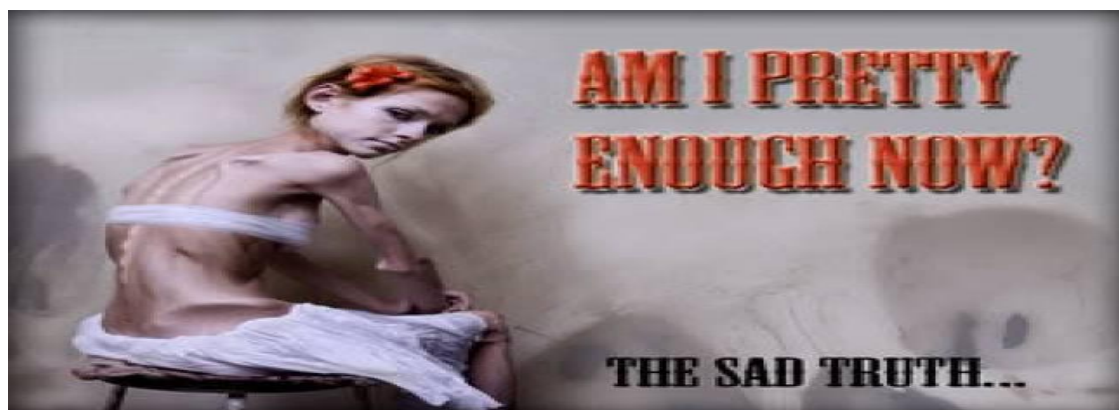
& Rebar, 1990) συμπεριλαμβανομένου και της δυσλειτουργίας των γονιδίων. Έχει παρατηρηθεί ότι τα ανορεξικά άτομα έχουν αλλαγές στο νευροενδοκρινικό μηχανισμό και έχουν μια σειρά από ανωμαλίες του καταμήνιου τους κύκλου. Περίπου το 30-50% των κοριτσιών με Νευρογενή Ανορεξία έχουν σοβαρές επιπλοκές στον καταμήνιο κύκλο τους, ξεκινώντας με ολιγομηνόρροια και συνεχίζοντας με αμηνόρροια.

Η ελεύθερη θυροξίνη (free T4) μειώνεται σε χαμηλά φυσιολογικά επίπεδα. Αντίθετα τα επίπεδα της τριδοθυροξίνης (T3) μειώνουν ακόμη περισσότερο τα ήδη μη φυσιολογικά επίπεδα αναλόγως με το βαθμό απώλειας βάρους. Τα επίπεδα της TSH είναι συνήθως φυσιολογικά. Η βραδυκαρδία, η υπόταση και η μείωση του βασικού μεταβολισμού παρατηρούνται σε κάποιους ασθενείς με νευρική ανορεξία και δηλώνουν τη μείωση της ευμενούς θυρεοειδούς δραστηριότητας.

Επίσης μειώνονται τα επίπεδα της ινσουλίνης και του σακχάρου στο αίμα (Jacalyn J. Robert – McComb, 2001).

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Σ' αυτό το πρώτο κεφάλαιο μελετήσαμε την κοινωνική μάστιγα της νευρικής ανορεξίας απ' όλες τις σκοπιές. Συγκεκριμένα, μελετήσαμε τα αίτια της που είναι το είδος της κοινωνίας που ζει ένα άτομο και το πώς επηρεάζεται απ' αυτή, η σκέψη και το συναίσθημα των ίδιων των ατόμων καθώς επίσης σημαντικός είναι και ο ρόλος της οικογένειας. Μελετήσαμε επίσης τους παράγοντες που ευνοούν την νευρική ανορεξία όπως ψυχολογικοί, διαπροσωπικοί, κοινωνικοί. Αναφερθήκαμε επίσης στα στάδια της νευρικής ανορεξίας όπως την καταθλιπτική διάθεση, αϋπνία, ευερεθιστικότητα κτλ. Επίσης, ερευνήσαμε την νευρική ανορεξία στις διάφορες φάσεις της, μελετήσαμε κάποια απ' τα συμπτώματα της και απ' τις συνέπειες της που τις διαχωρίσαμε σε βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε αυτό το κεφάλαιο αναφερόμαστε στα επιδημιολογικά και στατιστικά δεδομένα της ψυχογενούς ανορεξίας. Και πιο συγκεκριμένα στην συχνότητα της, την ηλικία έναρξης, δηλαδή πότε πρωτοεμφανίζεται. Μιλάμε για τους δημογραφικούς παράγοντες και την εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας και σε κοινωνίες μη δυτικές όπως η Ασία και η Αφρική. Και τέλος στην πορεία-πρόγνωση και θνησιμότητα της. Και υπάρχουν και κάποια στατιστικά στοιχεία δηλαδή ποσοστά για το φύλο, για την αύξηση της, για την συχνότητα εμφάνισης της, πόσοι πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής κ.α. Όμως αναφερόμαστε σε μελέτες που έγιναν στο εξωτερικό γιατί στην Ελλάδα δεν έχουν γίνει ακόμα επιδημιολογικές μελέτες.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η δια βίου επίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας έχει υπολογιστεί στο 1,20-2,2% του πληθυσμού των γυναικών, δηλαδή περίπου 12-22 στις 100 γυναίκες θα νοσήσουν από ψυχογενή ανορεξία κάποια στιγμή στη ζωή τους (Keski-Rahkonen et al 2007, Hoek 2006, Bulik et al 2006).

Στους άνδρες το ποσοστό αυτό είναι γύρω στο 0,3%, δηλαδή σε 1000 άνδρες μόνο 3 θα νοσήσουν κάποια στιγμή στη ζωή τους από ψυχογενή ανορεξία (Bulik et al 2006).

Υπολογίζεται ότι κάθε έτος, σε 100.000 άτομα στο γενικό πληθυσμό, περίπου 8,3 θα νοσήσουν για πρώτη φορά από ψυχογενή ανορεξία (Lucas et al 1991, Hoek & Hoeken 2003).

Το παραπάνω ποσοστό αυξάνεται δραματικά αν η έρευνα περιοριστεί σε άτομα που βρίσκονται στην εφηβεία ή στην πρώτη νεανική ηλικία (Hoek 2006, Keski-Rahkonen et al 2007). Δηλαδή, ενώ η ψυχογενής ανορεξία φαίνεται να αποτελεί σπάνια πάθηση στο γενικό πληθυσμό,

είναι πολύ συχνότερη στην πληθυσμιακή ομάδα των νέων και έφηβων κοριτσιών(15-19 ετών),όπου κάθε χρόνο μπορεί να εμφανίζονται έως και 270 νέες περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας ανά 100.000 κορίτσια (Keski-Rahkonen et al 2007).

Οι περισσότερες περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας πρωτοεμφανίζονται μεταξύ των 10 και 19 ετών. Υπολογίζεται ότι το 40% των περιπτώσεων ψυχογενούς ανορεξίας θα εκδηλωθεί μεταξύ των 15 και 19 ετών (Lucas et al 1991).Σε πολύ μικρότερα ποσοστά η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται για πρώτη φορά σε γυναίκες που βρίσκονται στο τέλος της νεότητας ή στη μέση ηλικία (Hoek & Hoeken 2003).

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΕΝΤΟΣ ΚΑΙ ΕΚΤΟΣ ΔΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΩΝ

Αναφορικά με το φύλο, είναι γνωστό ότι η αναλογία ανδρών/γυναικών κυμαίνεται από 5/95 έως 10/90, φαίνεται δηλαδή ότι η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί μια ψυχική νόσο που προσβάλλει σχεδόν κατ' αποκλειστικότητα γυναίκες (Hoek 1993). Στις πολυεθνικές δυτικές κοινωνίες, όπως αυτή των ΗΠΑ, έχουν παρατηρηθεί διαφορές στη συχνότητα των διαταραχών πρόσληψης τροφής μεταξύ των διαφόρων φυλετικών ομάδων. Για παράδειγμα, η ψυχογενής ανορεξία στις ΗΠΑ είναι λιγότερο συχνή στους Αφρο-αμερικανούς σε σύγκριση με τους Ισπανόφωνους, ανεξάρτητα από το κοινωνικο-οικονομικό τους επίπεδο (Crago et al 1996). Τέλος η συχνότητα της ψυχογενούς ανορεξίας δεν παρουσιάζει διαφορές μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών (Hoek et al 1995).

Οι περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει στις δυτικές κοινωνίες δείχνουν μια αύξηση τόσο της συχνότητας διάγνωσης της ψυχογενούς ανορεξίας όσο και του αριθμού των πασχόντων που αναζήτησαν θεραπεία από τη δεκαετία του 1950 έως τη δεκαετία του 1970.Μετά το 1980 παρατηρήθηκε, ιδιαίτερα στην Ευρώπη, σταθεροποίηση της συχνότητας της ψυχογενούς ανορεξίας (Hoek & Hoeken 2003, Currin et al 2005). Το παραπάνω εύρημα μπορεί να ερμηνευτεί ως ένας συνδυασμός βελτίωσης της ανίχνευσης νέων περιστατικών ψυχογενούς ανορεξίας με ταυτόχρονη αύξηση του ποσοστού των ασθενών που ζήτησαν θεραπεία λόγω της εντατικότερης ενημέρωσης του κοινού για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής (Hoek & Hoeken 2003, Hoek 2006, Bulik et al 2006).

Η άποψη ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι ασθένεια του δυτικού πολιτισμού φαίνεται ότι δεν είναι απόλυτα ακριβής. Η διαταραχή αυτή ανιχνεύεται και σε μη δυτικές κοινωνίες, τόσο της Αφρικής όσο και της

Ασίας (Makino et al 2004). Η διαφορά των ανωτέρω κοινωνιών με τις δυτικές κοινωνίες εστιάζεται κυρίως σε διαφοροποιήσεις στη συχνότητα της ψυχογενούς ανορεξίας και στη συμπτωματολογία της. Το εύρημα αυτό έχει αποδοθεί τόσο στην αστικοποίηση και βιομηχανοποίηση των ανωτέρω κοινωνιών όσο και στην αυξανόμενη επιρροή των δυτικών πολιτισμικών προτύπων (Kuboki et al 1996, Tsai 2000). Οι διαφορές στη συμπτωματολογία αφορούν κυρίως στον αδικαιολόγητο φόβο πάχυνσης και στη διαταραχή της εικόνας του σώματος, που στις μη δυτικές κοινωνίες δεν είναι τόσο συχνές (Lee 1991).

Οι μελέτες για την πορεία της ψυχογενούς ανορεξίας παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλομορφία αποτελεσμάτων, γεγονός που σχετίζεται είτε με διαφορές μεταξύ των υπό ομάδων ανορεκτικών ασθενών, είτε με διαφορές στις παραμέτρους που μελετώνται καθώς και στη διάρκεια παρακολούθησης.

Οι Keski-Rahkonen et al (2007) ανέφεραν ότι σε 5 έτη παρακολούθησης, 66,8% των πασχόντων ανάρρωσαν από την ψυχογενή ανορεξία. Οι Zipfel et al (2000) ανέφεραν ότι, 21 έτη μετά από τον τερματισμό της νοσηλείας τους, 50,6% των ανορεκτικών ασθενών είχαν αναρρώσει πλήρως, 20,8% είχαν εμφανίσει μερική βελτίωση, ενώ 26% παρουσίασαν κακή έκβαση. Να σημειωθεί ότι 15,6% των ασθενών απεβίωσαν εντός των 21 ετών της παρακολούθησης από αίτια που σχετίζονταν με την ψυχογενή ανορεξία. Οι Fighter & Quadflieg (1999) βρήκαν ότι, μετά από 6 έτη παρακολούθησης, 55,4% των ασθενών είχαν αναρρώσει πλήρως, ενώ 26,8% των ανορεκτικών ασθενών εξακολουθούσαν να πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία. Όταν οι ίδιοι συγγραφείς μελέτησαν την γενικότερη λειτουργικότητα του ατόμου, βρέθηκε ότι μετά από 6 έτη 34,7% των ασθενών είχαν βελτιωθεί σημαντικά, 38,6% είχαν εμφανίσει μερική βελτίωση, ενώ σε 20,8% δεν είχε παρουσιαστεί ουσιαστική βελτίωση της λειτουργικότητας τους. Το ποσοστό των ασθενών που απεβίωσε μέσα στο διάστημα των 6 ετών της παρακολούθησης ήταν 6,7%. Τέλος στην ίδια μελέτη, το 23,9% των ασθενών εξακολουθούσε να έχει αμηνόρροια.

Είναι ενδιαφέρον ότι στην μακροχρόνια πορεία της ψυχογενούς ανορεξίας ένα ποσοστό ασθενών σε κάποια άλλη διαταραχή πρόσληψης τροφής. Μετά από 12 έτη παρακολούθησης ασθενών με διαταραχή πρόσληψης τροφής βρέθηκε ότι 49,4% των ανορεκτικών ασθενών δεν παρουσίαζαν διαταραχή πρόσληψης τροφής, 18,9% εξακολουθούσαν να πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία.

Στους εφήβους η πορεία της ψυχογενούς ανορεξίας φαίνεται να είναι καλύτερη από αυτή των ενηλίκων ασθενών (Herpetz-Dahlmann et al 1996), ακόμα και μετά από παρακολούθηση 10 ετών (Herpetz-Dahlmann et al 2001). Επίσης, στους εφήβους ασθενείς παρατηρείται χαμηλότερη

θνησιμότητα από αίτια που σχετίζονται με την ψυχογενή ανορεξία σε σύγκριση με τους ενήλικους ασθενείς (Steinhausen 2002).

Σε μια σχετική πρόσφατη μετα-ανάλυση(Steinhausen 2002)των ερευνών που έχουν γίνει για την πορεία και τη πρόγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας βρέθηκε ότι συνολικά το 46,9% των ασθενών αναρρώνει πλήρως από την ψυχογενή ανορεξία, το 33,5% μερικώς, ενώ το 20,8% μεταπίπτει σε χρόνια μορφή της πάθησης. Το βάρος αποκαθίσταται στο 59,6% των ασθενών, η έμμηνος ρύση επανέρχεται στο 57% και οι διατροφικές συνήθειες ομαλοποιούνται στο 46,8% των πασχόντων. Η ανάλυση των παραγόντων που μπορεί να επηρεάζουν την πρόγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας έδειξε ότι η καλή σχέση γονέα-παιδιού, η μικρή διάρκεια της νόσου πριν από την έναρξη της θεραπείας και η παρουσία ιδιαίτερων στοιχείων στην προσωπικότητα έχουν θετική επίδραση στην πρόγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας. Αντίθετα, η παρουσία πριν από την έναρξη της νόσου διαταραχών στην ανάπτυξη του παιδιού ή/και διαταραχής πρόσληψης τροφής στην παιδική ηλικία, η παρουσία υπερφαγικών και καθαρτικών συμπεριφορών στη συμπτωματολογία της νόσου, η μεγάλη διάρκεια της διαταραχής και η παρουσία καταναγκαστικών στοιχείων στην προσωπικότητα των ασθενών έχουν αρνητική επίδραση στην πρόγνωση της νόσου. Άλλες παράμετροι, όπως η ηλικία έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας, η διάρκεια της ενδονοσοκομειακής θεραπείας, το μέγεθος της απώλειας βάρους, η έντονη σωματική δραστηριότητα και η δίαιτα ως μέθοδοι απώλειας βάρους, η νοσηρότητα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, δεν έχουν ή δεν έχει αποδειχθεί ακόμα ότι έχουν κάποια επίδραση στην πρόγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας,

Τέλος, ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι από τους δυο τύπους της ψυχογενούς ανορεξίας ο υπερφαγικός /καθαρτικός τύπος έχει χειρότερη πρόγνωση σε σύγκριση με τον περιοριστικό τύπο(Steinhausen 2002,Keski-Rahkonen et al 2007).

Η θνησιμότητα στον πληθυσμό των ανορεκτικών έχει υπολογιστεί στο 6-10% ανά δεκαετία νόσησης (Sullivan 1995). Η θνησιμότητα κατά τις τελευταίες δεκαετίες πιθανώς να έχει ελαφρά μειωθεί λόγω της βελτίωσης στην έγκαιρη αναγνώριση και στην αποτελεσματικότερη θεραπεία των περιπτώσεων ψυχογενούς ανορεξίας (Birmingham et al 2007).

Η αιτία θανάτου στο 54% των περιπτώσεων ήταν επιπλοκές της ψυχογενούς ανορεξίας, στο 27% αυτοκτονία και στο υπόλοιπο 19% άγνωστοι ή άλλοι λόγοι (Hoek 2006).

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η ψυχογενής ανορεξία προσβάλλει σχεδόν αποκλειστικά γυναίκες εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας. Μέση ηλικία έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας είναι το δέκατο έκτο έτος της ηλικίας.

1. Ως προς το φύλο, στο δείγμα μας έχουμε 385 αγόρια (ποσοστό 45%) και 471 κορίτσια (ποσοστό 55%) (βλ. Πίνακα 1).

Πίνακας 1: Κατανομή δείγματος κατά φύλο

	N	(%)
Αγόρια	385	45
Κορίτσια	471	55
Σύνολο	856	100

$\chi^2=8,640$ $df=1$ $Asymp.Sig=0,003$

2. Η ηλικία των μαθητών κυμαίνεται από 15 ετών που είναι οι μαθητές της Α΄ Λυκείου, έως 19-20 ετών, που ανήκουν οι μαθητές που έχασαν χρονιά ή φοιτούν στα ΤΕΛ και την ΤΕΣ (Τεχνικά Επαγγελματικά Λύκεια και Τεχνική Επαγγελματική Σχολή, αντιστοίχως). Η ταξινόμηση κατά ηλικία παρουσιάζεται ως εξής (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Κατανομή σύμφωνα με την ηλικία και το φύλο

Ηλικία	Αγόρια	%	Κορίτσια	%	Σύνολο	%
15 ετών	15	3,9	32	6,8	47	5,5
16 ετών	108	28,1	135	28,7	243	28,4
17 ετών	151	39,2	197	41,8	348	40,7
18 ετών	79	20,5	86	18,3	165	19,3
19 ετών	20	5,2	9	1,9	29	3,4
20 ετών	12	3,1	12	2,5	24	2,8

Σύνολο

385

471

856

(Πηγή: Μωρόγιαννης, 2000)

ΠΟΡΕΙΑ-ΠΡΟΓΝΩΣΗ-ΕΚΒΑΣΗ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η πρόγνωση της ψα βάσει μιας πρόσφατης καλά μελετημένης αναδρομικής από 15-ετίας μελέτη του Strober είναι πιο αισιόδοξη. Σε αυτή την μελέτη, UCLA, που κράτησε 15 χρόνια γινόταν συστηματικός και λεπτομερής έλεγχος κάθε 6-12 μήνες και καταγράφονταν τα στοιχεία σε λεπτομερή βάση δεδομένων για αξιολόγηση και στατιστική ανάλυση. Βάση αυτής της μελέτης τα 3/4 των 95 ασθενών ιάθηκαν πλήρως, παρόλα αυτά όμως η διάρκεια της ανάρρωσης ήταν παρατεταμένη(μέση διάρκεια 72 μήνες).Επίσης από τους ασθενείς που δεν ιάθηκαν, κανένας δεν

επιδεινώθηκε και δεν πέθανε. Έτσι η αντίληψη πως η ψα είναι ανίατη και εφ' όρου ζωής νόσος και πως η πλήρης ίαση είναι σπάνια δεν ευσταθεί. Επίσης η μετακίνηση από την ψυχογενή ανορεξία σε ψυχογενή βουλιμίας ήταν συχνή 30% σε διάστημα 5 χρόνων και η μεγάλη αυτή συχνότητα χρήζει περαιτέρω μελέτης. Από τις πολλές μεταβλητές που μελετήθηκαν για την δυνατότητα προγνωστικής αξίας για την πορεία της νόσου μόνο λίγες ήταν σημαντικές στατιστικά.

Συγκεκριμένα η γρήγορη απώλεια βάρους μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, η σοβαρή κοινωνική απομόνωση πριν την έναρξη της νόσου, και η έντονη καταναγκαστική συμπεριφορά στις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου ήταν στατιστικά σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της χρονιότητας και της βαρύτητας της ψυχογενούς ανορεξίας, ενώ η διαταραγμένη οικογένεια συνέβαλλε στην έναρξη της ακατάσχετης λήψης τροφής από τους ασθενείς.

Αξίζει να σημειωθεί πως η ψυχογενής ανορεξία είναι η ψυχιατρική νόσος με την μεγαλύτερη θνητότητα σε νεαρά άτομα κάτω των 25 χρόνων. Αυτό δείχνει την σοβαρότητα της νόσου παρά την μικρή της σχετική συχνότητα. Τα ποσοστά βελτίωσης κυμαίνονται από 32%-71%.

Η διαταραχή δεν υποχωρεί χωρίς θεραπεία. Περίπου 1 στους 4 θεραπεύονται, 1 στους 4 παραμένουν χρονίως πάσχοντες και οι μισοί έχουν μερική βελτίωση. Τα ποσοστά αυτά όμως αναφέρονται μόνο σε πληθυσμούς που έχουν δεχτεί βοήθεια και δεν μπορεί να γενικευτούν. Σε μια μελέτη από το Πανεπιστήμιο του Marburg της Γερμανίας, για παρακολούθηση εφήβων με ψυχογενή ανορεξία επί επτά χρόνια μετά τη νοσηλεία τους, η πλειονότητα των εφήβων παρουσίαζε σημαντική βελτίωση. Τα άτομα με την χειρότερη πορεία και έκβαση παρουσίαζαν επίσης υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας (κατάθλιψη, άγχος, χρήση ουσιών κ.λ.π).Άλλες μελέτες δείχνουν 5% θνησιμότητα που αυξάνεται σε 20% εξαιτίας ιατρικών επιπλοκών ή αυτοκτονίας.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής συνήθως πρωτοεμφανίζονται στην εφηβική ηλικία. Η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί την τρίτη συχνότερη νόσο στις έφηβες. Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια από τις πιο επικίνδυνες ψυχιατρικές καταστάσεις αφού ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών θα πεθάνει λόγω επιπλοκών της ασθένειας.

Στην Αμερική περίπου 10 εκατομμύρια γυναίκες και 1 εκατομμύριο άνδρες δίνουν μάχη με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Λόγω της μυστικοπάθειας και της ντροπής που συνδέεται με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής πολλά περιστατικά ενδεχομένως δεν αναφέρονται.

Έχει αποδειχθεί ότι σε ποσοστό 80% οι Αμερικανίδες γυναίκες είναι δυσαρεστημένες με την εξωτερική τους εμφάνιση (Smolak 1996). Το ποσοστό της θνησιμότητας που σχετίζεται με ανορεξία σε γυναίκες ηλικίας 15 έως 24 ετών είναι δώδεκα φορές υψηλότερο από όλων των υπόλοιπων αιτιών θανάτου (Sullivan 1995).

Σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που έγινε το 2003, οι Hoek και van Hoeken διαπίστωσαν ότι τα περισσότερα περιστατικά ανορεξίας απαντάται σε κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών ενώ η συχνότητα εκδήλωσης ψυχογενούς ανορεξίας σημείωσε σημαντική αύξηση ιδιαίτερα στις ηλικίες 15-24 ετών. Κάθε δεκαετία μετά το 1930 η συχνότητα εμφάνισης ψυχογενούς ανορεξίας αυξάνεται. Τα μισά σχεδόν κορίτσια εφηβικής ηλικίας εκδηλώνουν μη υγιείς συμπεριφορές ελέγχου του σωματικού τους βάρους όπως παράλειψη γευμάτων, νηστεία, κάπνισμα, αυτοπροκαλούμενο εμετό, δίαιτα για επιδίωξη αδύνατου σώματος.

Τα κορίτσια που κάνουν συχνά δίαιτα είναι 12 φορές πιο επιρρεπή σε επεισόδια διαταραχών πρόσληψης τροφής από αυτά που δεν κάνουν δίαιτα. Τα κορίτσια 1ης-3ης γυμνασίου είναι λεπτά σε ποσοστό 42%. Παιδιά ηλικίας 9-11 ετών "ενίοτε" ή "πολύ συχνά" κάνει δίαιτα, ενώ το 82% των οικογενειών κάνει επίσης δίαιτα "ενίοτε" ή "πολύ συχνά" (Gustafson-Larson & Terry, 1992).

Το 95% των ατόμων που κάνουν δίαιτα ξαναπαίρνει τα χαμένα κιλά σε σύντομο χρονικό διάστημα. Στο 35% των περιπτώσεων ατόμων που κάνουν δίαιτα σε "φυσιολογικά" πλαίσια αποκτά παθολογικές διαστάσεις. Μάλιστα, το 20 με 25% των ατόμων αυτών εκδηλώνουν διατροφικές διαταραχές. Το 25% των Αμερικάνων ανδρών και γυναικών βρίσκεται μόνιμως σε δίαιτα (Smolak 1996). Οι Αμερικάνοι ξοδεύουν δισεκατομμύρια δολάρια σε δίαιτες και συναφή προϊόντα.

Παρά το γεγονός ότι, κατά καιρούς υπάρχουν απόπειρες καταγραφής των διαταραχών πρόσληψης τροφής στην Ελλάδα εντούτοις τα στοιχεία

και οι επιδημιολογικές μελέτες που είναι απαραίτητες για να έχουμε αξιόπιστα στοιχεία δεν έχουν διεξαχθεί ακόμα.

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Υπολογίζεται ότι κάθε έτος σε πληθυσμό 100.000 άτομα στο γενικό πληθυσμό περίπου 8,3 θα νοσήσουν από ψυχογενή ανορεξία. Το παραπάνω ποσοστό αυξάνεται δραματικά με τα χρόνια και είναι πολύ συχνή σε κορίτσια εφηβικής ηλικίας. Κάθε χρόνο εμφανίζονται έως και 270 νέες περιπτώσεις. Οι περισσότερες περιπτώσεις πρωτοεμφανίζονται μεταξύ 10 και 19 ετών και το 40% θα εκδηλωθεί μεταξύ 15 και 19 ετών. Δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών και εμφανίζεται ανεξάρτητα από το κοινωνικο -οικονομικό τους επίπεδο. Η ψυχογενής ανορεξία είναι ασθένεια των δυτικών κοινωνιών ωστόσο όμως ανιχνεύεται και σε μη δυτικές κοινωνίες όπως η Αφρική και η Ασία. Παρατηρούνται όμως διαφοροποιήσεις στη συχνότητα της και της συμπτωματολογίας της. Όσον αφορά την πορεία-πρόγνωση της ασθένειας κάποιοι ασθενείς ανάρρωσαν πλήρως, κάποιοι εμφάνισαν μερική βελτίωση και κάποιοι κακή έκβαση και δυστυχώς κάποιοι απεβίωσαν. Ένα ποσοστό μεταπίπτει σε ψυχογενή βουλιμία ,ένα άλλο υποτροπιάζει. Η πορεία της ψυχογενούς ανορεξίας φαίνεται να είναι καλύτερη στους εφήβους από ότι στους ενήλικες ασθενείς και παρατηρείται και χαμηλότερη θνησιμότητα στους εφήβους. Η θνησιμότητα στον πληθυσμό των ανορεκτικών ασθενών έχει υπολογιστεί στο 6-10% ανά δεκαετία νόσησης. Η αιτία θανάτου στο 54% των περιπτώσεων ήταν επιπλοκές της ψυχογενούς ανορεξίας, το 27% αυτοκτονία και στο υπόλοιπο 19% άγνωστοι λόγοι.

Όσον αφορά τα στατιστικά στοιχεία το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στις γυναίκες από ότι στους άντρες. Είναι η πιο συχνότερη νόσος από τις διατροφικές διαταραχές και παρατηρείται αύξηση περιστατικών χρόνο με το χρόνο. Ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών είναι δυσαρεστημένες με την εικόνα του σώματος τους και την εμφάνιση τους, ένα άλλο ποσοστό κάνουν συχνά δίαιτες και ένα μικρό ποσοστό ξαναπαίρνει τα χαμένα κιλά σε σύντομο χρονικό διάστημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΕΚΦΑΝΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο όγδοο κεφάλαιο θα μελετήσουμε την νευρογενή ανορεξία στις διάφορες εκφάνσεις της κοινωνικής ζωής του ατόμου όπως είναι το σχολείο, ο αθλητισμός και στην περίοδο επίσης της μητρότητας, της γονιμότητας, της εγκυμοσύνης και της λοχείας.

ΣΧΟΛΕΙΟ

Η νευρική ανορεξία είναι μια σοβαρή διαταραχή διατροφής που πλήττει χιλιάδες ανθρώπους κάθε χρόνο. Το ενενήντα τοις εκατό των ανορεκτικών ασθενών είναι κορίτσια ηλικίας δεκατεσσάρων με δεκαοχτώ ετών. Άρα, ο πρώτος πυρήνας που εμφανίζεται η νευρική ανορεξία είναι το σχολείο. Τα κύρια χαρακτηριστικά των εφήβων – μαθητών που προσβάλλονται απ' τη νόσο της νευρικής ανορεξίας είναι τα εξής : Είναι συνήθως μαθητές τελειομανείς είναι άτομα που έχουν έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου, που έχουν έλλειψη αυτοπεποίθησης και αυτοελέγχου, που έχουν αδρανείς διαπροσωπικές σχέσεις και μεγάλη αυτο-αμφιβολία. Κάποια σημάδια που «χτυπούν το καμπανάκι» της νευρικής ανορεξίας και πρέπει τόσο οι γονείς όσο και οι εκπαιδευτικοί του σχολείου να κατανοήσουν είναι τα παρακάτω : Όταν κάποιος μαθητής-τρια παρουσιάσει αρχή κατάθλιψης, έλλειψη κινήτρων, μοναχική συμπεριφορά, ευερεθιστότητα, η υπερβολική άσκηση, η υπερδραστηριότητα, η τάση αυξημένης τελειομανίας, η αλλαγή στην ακαδημαϊκή στάση και η έντονη αποχή από το φαγητό. Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί ότι σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να παρεξηγηθούν τα όποια «σημάδια» και να φανούν ως σημάδια νευρικής ανορεξίας ενώ στην ουσία να είναι μια αρχή ειδικής προσεγμένης διατροφής και δίαιτας. Οι έφηβες συχνά μπαίνουν σ' αυτή την διαδικασία με σκοπό να βελτιώσουν την εξωτερική τους εικόνα και συνάμα να καλυτερέψουν την ψυχική τους ισορροπία.

Τα άτομα που έχουν προσβληθεί από νευρική ανορεξία συνήθως παραλείπουν γεύματα, τρώνε μόνο μερικών ειδών τροφίμων που πολλές

φορές οδηγεί και στην μονοφαγία, κάνουν χρήση αδυνατιστικών χαπιών διατροφής, πίνουν πολλές σόδες που έχουν την ιδιότητα να καίνε το λίπος, φοράνε ογκώδη ρούχα για να κρύψουν την αδυναμία τους και τέλος έχουν μία εμμονή στις θερμίδες των τροφίμων προσέχοντας τες με θρησκευτική ευλάβεια.

Με τα παραπάνω χαρακτηριστικά να καθίσταται σαφές πως ουδεμία σχέση έχει η ψυχογενής ανορεξία με μια απλή δίαιτα που μπορεί να κάνει οποιοσδήποτε άνθρωπος.

Πέρα όμως απ' τους όποιους διαχωρισμούς, καλό είναι να αναφέρουμε πως το πρότυπο γυναίκας που παρέχεται τόσο απ' τα ΜΜΕ όσο και απ' τα περιοδικά μόδας είναι το πρότυπο της κούκλας Barbie, ένα σώμα οστέινο, χωρίς μέση και θηλυκές καμπύλες και χωρίς να διαφέρει διόλου από ένα ανδρικό σώμα. Δικαίως λοιπόν κάποια νεαρά κορίτσια τα οποία δεν έχουν διαμορφώσει ισχυρή προσωπικότητα μπαίνουν σ' αυτή τη σύγκριση και μοιραία ωθούνται σ' αυτή τη νόσο. Καλό θα ήταν να πούμε ότι αυτό το «πρότυπο Barbie» το έχουν υιοθετήσει πέρα από έφηβες και μεγαλύτερες γυναίκες οι οποίες ασχολούνται με το χώρο του θεάματος όπως ηθοποιοί, τραγουδίστριες, μοντέλα. Τέλος αξίζει να αναφέρουμε πως άτομα με νευρική ανορεξία στο χώρο του σχολείου εμφανίζονται συνήθως, με λεγόμενα των εκπαιδευτικών, άτομα που συμμετέχουν σε χορό, σε τρέξιμο, σε πάλη, σε γυμναστικές επιδείξεις και άτομα που ασχολούνται ερασιτεχνικά με το χώρο της μόδας.

Είναι λυπηρό, πάντως να αναφέρεται σύμφωνα με στατιστικές πως μόνο το είκοσι πέντε τοις εκατό των ασθενών με ανορεξία να αναρρώνουν πλήρως και πως το σαράντα τοις εκατό των ασθενών συνήθως υποτροπιάζει!

Η νευρική ανορεξία είναι μια θεραπεύσιμη ασθένεια η οποία βέβαια θα χρειαστεί χρόνια για να ολοκληρωθεί. Απ' τη στιγμή που τα σχολεία αντιμετωπίζουν όλο και πιο συχνά αυτή τη μάστιγα τα τελευταία χρόνια θα έπρεπε να έχουν μεριμνήσει γι' αυτό.

Η πολιτεία θα έπρεπε να είχε προσλάβει συμβούλους που οι ίδιοι θα είχαν εφαρμόσει ένα πρόγραμμα πρόληψης στο σχολείο. Επίσης οι σύμβουλοι αυτοί θα είχαν την ιδιότητα να διδάσκουν δεξιότητες για να επιλύουν οι μαθητές τα όποια προβλήματά τους χωρίς να ωθούνται σε ακραία σημεία και ταυτόχρονα να μπορούν οι μαθητές να οικοδομούν σωστά την αυτοεκτίμησή τους. Επίσης, αυτοί οι σύμβουλοι θα ήταν ο συνδετικός κρίκος μεταξύ του ασθενούς, της οικογένειάς του και του σχολείου. Μ' αυτή τη λύση ίσως προλαμβάναμε πέρα απ' τη νευρική ανορεξία και άλλες σύγχρονες κοινωνικές μάστιγες που απειλούν την νεολαία.

ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Το αυξημένο ενδιαφέρον στη δεκαετία του 1980 για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής και ιδιαίτερα για την ψυχογενή ανορεξία οδήγησε ορισμένους ερευνητές να συγκρίνουν τα ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά των διαταραχών αυτών με μη παθολογικές καταστάσεις και συμπεριφορές. Η ενασχόληση με τον αθλητισμό ήταν μια από αυτές. Η επιμονή, η τελειοθηρία προσήλωση στο στόχο και η ενασχόληση με το σώμα και τη διατροφή είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά που μοιράζονται οι αθλητές-και ιδιαίτερα οι πρωταθλητές-με τις ανορεκτικές ασθενείς. Τα ερωτήματα όμως για τη σχέση αθλητισμού και ψυχογενούς ανορεξίας παραμένουν σε μεγάλο βαθμό αναπάντητα.

1. Η ενασχόληση με τον αθλητισμό προδιαθέτει σε εμφάνιση ψυχογενούς ανορεξίας?

Η ενασχόληση με τον αθλητισμό και ιδιαίτερα τον πρωταθλητισμό έχει θεωρηθεί ότι αποτελεί έναν από τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχής πρόσληψης τροφής. Οι αιτίες γι' αυτό είναι κυρίως η αυξημένη ψυχολογική πίεση στον αθλητή και περισσότερο στον πρωταθλητή για την επίτευξη καλύτερων επιδόσεων, το έντονα ανταγωνιστικό περιβάλλον ακόμα και μέσα στον ίδιο σύλλογο ή την ίδια ομάδα και τέλος, το αυστηρά καθορισμένο διαιτολόγιο που πρέπει ο αθλητής να ακολουθεί.

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν μελέτες που να επιβεβαιώνουν άμεσα και αδιαμφισβήτητα ότι ο αθλητισμός ή ο πρωταθλητισμός προκαλεί την εμφάνιση ψυχογενούς ανορεξίας, αν και ένα μεγάλο ποσοστό των ανορεκτικών ασθενών φαίνεται να έχει υπερβολική ενασχόληση με τον αθλητισμό ή με κάποια μορφή άσκησης πριν από την εμφάνιση της διαταραχής. Η ενασχόληση αυτή αυξάνεται περαιτέρω όταν μειώνεται η πρόσληψη τροφής (Davis et al 1994).

Σε αθλήτριες με διαταραχή πρόσληψης τροφής βρέθηκε ότι εκλυτικοί παράγοντες για την εμφάνιση της διαταραχής ήταν η παρατεταμένη περίοδος δίαιτας, οι συχνές διακυμάνσεις του βάρους, η ξαφνική αύξηση της έντασης των προπονήσεων και τραυματικά γεγονότα, όπως ένας τραυματισμός ή η απώλεια του προπονητή (Sundgot-Borgen 1994). Σημαντικό ρόλο κατέχει επίσης η απαίτηση να είναι το σώμα του αθλητή λεπτό (Hulley & Hill 2001).

2. Η ενασχόληση με τον αθλητισμό είναι επακόλουθο της ψυχογενούς ανορεξίας?

Η άσκηση και για τη ακρίβεια η καταναγκαστική και υπέρμετρη άσκηση είναι μια από τις συμπεριφορές που οι ανορεκτικές ασθενείς χρησιμοποιούν για να διατηρήσουν ή να μειώσουν περαιτέρω το σωματικό τους βάρος. Μάλιστα, έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς που ασκούνται υπέρμετρα είναι περισσότερο δυσαρεστημένες από το σώμα τους και εμφανίζουν σε μεγαλύτερο αναλογία υπερφαγικές/κα φθαρτικές συμπεριφορές σε σχέση με τις ασθενείς που δεν ασκούνται (Brewerton et al 1995).

Μελέτες που έγιναν στο πληθυσμό των αθλητριών έδειξαν αυξημένη συχνότητα ψυχογενούς ανορεξίας σε σχέση με ομάδες ελέγχου αποτελούμενες από γυναίκες ίδιας ηλικίας που δεν είχαν ενασχόληση με τον αθλητισμό (Kurtzman et al 1989, Sundgot-Borgen 1993, Sundgot-Borgen & Torstveit 2004). Τα αθλήματα που επιλέγουν συνηθέστερα οι ανορεκτικές ασθενείς είναι αυτά που απαιτούν λεπτό σώμα (Sundgot-Borgen 1993). Επίσης, προτιμώνται περισσότερο τα ατομικά από τα ομαδικά αθλήματα (Sundgot-Borgen & Torstveit 2004).

3. Υπάρχουν κοινά σημεία μεταξύ ενασχόλησης με τον αθλητισμό και ψυχογενούς ανορεξίας?

Ορισμένες μελέτες που έγιναν στην δεκαετία του 1980 προσπάθησαν να συνδέσουν την ψυχογενή ανορεξία στις γυναίκες με την καταναγκαστική ενασχόληση με το τρέξιμο («καταναγκαστικοί δρομείς») στους άνδρες. Η σύνδεση έγινε λόγω των κοινών - πλην του φύλου - δημογραφικών χαρακτηριστικών, της αντοχής στη σωματική καταπόνηση, της δυσκολίας στην έκφραση του θυμού, των καταθλιπτικών συναισθημάτων, καθώς και της παρουσίας στο οικογενειακό ιστορικό των ανορεκτικών κοριτσιών πολλών μελών που ήταν καταναγκαστικοί δρομείς και το αντίστροφο (Yates et al 1983).

Νεότερες μελέτες όμως σε επίλεκτες γυναίκες δρομείς δεν έδειξαν συσχέτιση της ενασχόλησης με τον αθλητισμό με την ψυχογενή ανορεξία (Weight & Noakes 1987).

Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό που έχει μελετηθεί είναι η παρουσία τελειοθηρικών στοιχείων στην προσωπικότητα τόσο των αθλητριών όσο και των ανορεκτικών κοριτσιών. Και εδώ τα δεδομένα είναι αντιφατικά. Η τελειοθηρία των αθλητριών από τη μια λειτουργεί προστατευτικά και από την άλλη αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχής πρόσληψης τροφής (Forsberg & Lock 2006).

Παρόμοια αντιφατικά αποτελέσματα αναφέρονται στη βιβλιογραφία και για τη διαταραχή στην εικόνα του σώματος. Αν και ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν ότι γυναίκες που ασχολούνται με αθλήματα που απαιτούν λεπτό σώμα, όπως είναι το μπαλέτο και η ρυθμική γυμναστική, έχουν διαταραγμένη εικόνα σώματος (Ravaldi et al 2003), άλλες μελέτες δεν επιβεβαιώνουν το παραπάνω εύρημα (Salbach et al 2007).

Τέλος, οι αθλητές και ιδιαίτερα οι πρωταθλητές χρειάζεται να ακολουθούν συγκεκριμένο διαιτολόγιο και σε ορισμένα αθλήματα να διατηρούν το σωματικό τους βάρος σε χαμηλά επίπεδα (π.χ γυμναστική, χορός) ή μέσα σε ένα συγκεκριμένο φάσμα κιλών (π.χ πάλη, πυγμαχία, άρση βαρών). Το γεγονός αυτό προκαλεί σε ορισμένους αθλητές έντονη αγωνία για το σωματικό τους βάρος και καταναγκαστική ενασχόληση με τη διατροφή ή ακόμα και περιστασιακή χρήση παθολογικών τρόπων ελέγχου του σωματικού βάρους, όπως είναι η πρόκληση εμετών ή η κατάχρηση καθαρτικών (Sundgot-Borgen 1996). Αν και η παραπάνω περιγραφή παραπέμπει σε διαταραχή πρόσληψης τροφής, στις περισσότερες περιπτώσεις η συμπτωματολογία δεν είναι τόσο έντονη ώστε να πληρούνται τα κριτήρια για τη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας.

4. Ποιές είναι οι ιατρικές συνέπειες της συνύπαρξης της ενασχόλησης με τον αθλητισμό και της ψυχογενούς ανορεξίας?

Η χαρακτηριστικότερη ιατρική επιπλοκή της ενασχόλησης με τον αθλητισμό και της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς είναι στη γυναίκα αθλήτρια η τριάδα «αμηνόρροια, οστεοπόρωση, διαταραγμένη πρόσληψη τροφής» (Yeager et al 1993, Hobart & Smucker 2000, Kazis & Inglesias 2003). Η τριάδα μπορεί να εμφανίζεται ακόμα και αν δεν υπάρχει διάγνωση ψυχογενούς ανορεξίας αλλά μεμονωμένα συμπτώματα διαταραχής πρόσληψης τροφής, όπως είναι η περιοριστική διατροφή, η πρόκληση εμετών και η κατάχρηση καθαρτικών. Απ' όλα τα χαρακτηριστικά της τριάδας το περισσότερο επικίνδυνο είναι η οστεοπόρωση, καθώς σε αθλητές μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρά και δύσκολα στην ανάταξη τους κατάγματα. Να σημειωθεί ότι εικόνα οστεοπόρωσης, αλλά ηπιότερη από αυτή που παρατηρείται στην ψυχογενή ανορεξία, έχει βρεθεί σε έφηβες μη ανορεκτικές αθλήτριες, γεγονός που εγείρει έντονη ανησυχία για την ενασχόληση με τον αθλητισμό και ιδιαίτερα τον πρωταθλητισμό στην παιδική και εφηβική ηλικία (Iacopino et al 2003).

Επίσης, ιδιαίτερη ανησυχία εκφράζεται από τους ειδικούς και για την εμφάνιση πρωτογενούς ή δευτερογενούς αμηνόρροιας σε έφηβες αθλήτριες, κυρίως της γυμναστικής, λόγω των δυνητικών επιπτώσεων της στην ανάπτυξη των κοριτσιών αυτών (Bale et al 1996).

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

Κάποιες γυναίκες ταυτόχρονα με την ψυχογενή ανορεξία βρέθηκαν να αντιμετωπίζουν και μια εγκυμοσύνη. Η παραπάνω συνύπαρξη θέτει κάποια προβλήματα: αφενός το υποσιτισμένο σώμα καλείται να υποστηρίξει την ανάπτυξη του εμβρύου και αφετέρου η εγκυμονούσα καλείται να αναλάβει ένα μητρικό ρόλο χωρίς, πολλές φορές, να έχει αντιμετωπίσει προηγουμένως τη σχέση με τη δική της μητέρα. Επιπλέον, κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης μια ανορεκτική γυναίκα, που ήδη νιώθει το σώμα της ότι είναι «χοντρό», καλείται να αντέξει την επιπλέον διόγκωση του.

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από διακοπή της εμμήνου ρύσεως, καθώς και από διακοπή της ωρίμανσης των ωοθυλακίων σε ωάρια. Έχει βρεθεί ότι ο όγκος των ωοθηκών μειώνεται στη φάση του υποσιτισμού στα επίπεδα της προεφηβείας και αποκαθίσταται με την επανασίτιση. Επίσης, πολύ συχνά παρατηρούνται πολυκυστικές ωοθήκες σε γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία (Wolfe 2005).

Για τους παραπάνω λόγους, η σύλληψη σε πάσχουσες από ψυχογενή ανορεξία είναι εξαιρετικά σπάνια. Μάλιστα σε μελέτες που έγιναν σε υπογόνιμες γυναίκες βρέθηκαν ότι σημαντικό ποσοστό τους εμφάνιζε συμπτωματολογία διαταραχής πρόσληψης τροφής (Wolfe 2005). Είναι ενδιαφέρον ότι γονιμότητα μειωμένη στο 1/3 της αναμενόμενης μπορεί να παρατηρηθεί και μετά την αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας (Brinch et al 1988). Τέλος, υπάρχουν αναφορές ότι η ψυχογενής ανορεξία μπορεί να συνοδεύεται με μεγαλύτερη συχνότητα αυτόματων διακοπών κύησης σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Bulik et al 1999). Λόγω των προαναφερθέντων, η σύλληψη και η επιτυχημένη κυοφορία σε πάσχουσες από ψυχογενή ανορεξία είναι εξαιρετικά δύσκολη, αλλά όχι αδύνατη.

Από την άλλη πλευρά, θα πρέπει να μη λησμονείται ότι δεν είναι απαραίτητο να υπάρχει κανονική έμμηνο ρύση για να επισυμβεί ωρίμανση του ωοθυλακίου και να είναι η γυναίκα γόνιμη (James 2001, Birmingham & Beumont 2004). Η πληροφορία αυτή δεν είναι συνήθως γνωστή στις πάσχουσες, με αποτέλεσμα να βρίσκονται κάποιες φορές να αναρωτιούνται πώς είναι δυνατόν να έμειναν έγκυες αφού δεν είχαν έμμηνο ρύση. Ο συνδυασμός της αμηνόρροιας με τη διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας σώματος συχνά οδηγεί σε άρνηση της εγκυμοσύνης, με αποτέλεσμα κάποιες φορές οι πάσχουσες να

επισκέπτονται το γυναικολόγο τους σε προχωρημένο στάδιο κυοφορίας (James 2001).

Σε ορισμένες περιπτώσεις γυναικών με ψυχογενή ανορεξία η εγκυμοσύνη μπορεί να έχει προκληθεί υπό γυναικολογική υποστήριξη με χορήγηση ορμονικών σκευασμάτων μετά από αίτημα της γυναίκας ή ακόμα η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας έπεται του τοκετού (Russell et al 1998).

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ,ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΛΟΧΕΙΑ

Οι πρώτες μελέτες για την έκβαση της εγκυμοσύνης έγιναν στη δεκαετία του 1980 και τα αποτελέσματα ήταν ιδιαίτερα ανησυχητικά, καθώς ανέφεραν αυξημένη συχνότητα σοβαρών επιπλοκών και βρεφική θνησιμότητα έως και έξι φορές μεγαλύτερη από αυτή του γενικού πληθυσμού (Brinch et al 1988).

Συμπεριφορές που σχετίζονται με την ψυχογενή ανορεξία, όπως η εντατική σωματική άσκηση, βρέθηκε ότι μπορούσαν να οδηγήσουν σε επικίνδυνη βραδυκαρδία του εμβρύου (Carpenter et al 1988). Επίσης, ιδιαίτερα επιβαρυντική για την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος του εμβρύου είναι η κατάχρηση διουρητικών κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης (Franko & Walton 1993,Carmichael et al 2003). Νεότερες μελέτες

όμως δεν επιβεβαιώνουν τα παλαιότερα ευρήματα, τουλάχιστον όσον αφορά στις σοβαρές ή θανατηφόρες επιπλοκές για το νεογνό κατά τον τοκετό και τη θνητότητα του νεογνού κατά το χρονικό διάστημα της λοχείας (Ekeus et al 2006).

Οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι τα παιδιά γυναικών που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γεννηθούν πρόωρα, με χαμηλό βάρος για την εβδομάδα της κύησης που έγινε ο τοκετός και να έχουν μικρότερη βαθμολογία Apgar (Bulik et al 1999, Ekeus et al 2006,Micaliet al 2007), ενώ υπάρχουν και αναφορές για αυξημένη πιθανότητα γέννησης με καισαρική τομή (Bulik et al 1999). Σε πάσχουσες που προκαλούν εμετό μπορεί ακόμα να εμφανιστούν υπερήμερη της κύησης και ηλεκτρολυτικές διαταραχές (Franko & Walton 1993,James 2001).

Το χαμηλό βάρος γέννησης του βρέφους, που είναι και η πιο συχνά αναφερόμενη επίδραση της ψυχογενούς ανορεξίας στην υγεία του νεογνού, εξηγείται από τον υποσιτισμό της μητέρας. Επίσης, όταν η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται στα πρώτα εφηβικά έτη ο υποσιτισμός μπορεί να επηρεάζει τη φυσιολογική ανάπτυξη της πύελου, γεγονός που αυξάνει προοδευτικά τον κίνδυνο επιπλοκών κατά την ενδεχόμενη κύηση

και τον τοκετό (Ekeus et al 2006). Είναι πάντως ενδιαφέρον ότι το χαμηλότερο βάρος γέννησης δεν βρέθηκε να εξαρτάται από την σοβαρότητα της ανορεκτικής συμπτωματολογίας της μητέρας (Ekeus et al 2006).

Στη λοχεία πολλές φορές παρατηρούνται λόγω του υποσιτισμού δυσκολίες στο θηλασμό, όπως μειωμένη ποσότητα γάλακτος, πόνος των θηλών και άλγος κατά τον θηλασμό (Wolfe 2005).

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

Η δυσκολία να μελετηθεί η μητρότητα σε ανορεκτικές ασθενείς εντοπίζεται κυρίως στο μικρό αριθμό των γυναικών που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία και στον ακόμη μικρότερο αριθμό των ανορεκτικών γυναικών που γίνονται μητέρες.

Οι περισσότεροι συγγραφείς εστιάζουν την προσοχή τους στην διατροφή του παιδιού από την ανορεκτική μητέρα. Μια από τις πρώτες αναφορές ήταν αυτή των VanWezel-Meijler & Wit (1989), οι οποίοι περιέγραψαν επτά περιπτώσεις παιδιών που ήταν υποσιτισμένα και προέρχονταν από οικογένειες όπου η μητέρα έπασχε από ψυχογενή ανορεξία. Τα παιδιά είχαν όλα ελαττωμένο ρυθμό ανάπτυξης και χαμηλό ύψος για την ηλικία τους. Η ανάπτυξη τους αποκαταστάθηκε όταν βρέθηκαν σε περιβάλλον που προήγαγε την κανονική διατροφή τους. Αν και τα επίπεδα αυξητικής ορμόνης των παιδιών ήταν ελαττωμένα, δεν είναι απολύτως σίγουρο ότι αυτός ήταν ο μοναδικός παθοφυσιολογικός μηχανισμός που οδήγησε στη μείωση της ανάπτυξης.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι δεν υποσιτίζονται όλα τα παιδιά που έχουν μητέρες πάσχουσες από ψυχογενή ανορεξία. Στις οικογένειες όμως όπου η ανορεκτική μητέρα εξαναγκάζει το παιδί της να καταναλώνει λιγότερο τροφή από αυτή που χρειάζεται, οι μητέρες περιγράφονται ως παθολογικά αγχωμένες με τη σωματική διάπλαση του παιδιού τους (Russell et al 1998), ενώ εκφράζουν περισσότερα αρνητικά σχόλια για το βρέφος κατά την διάρκεια των γευμάτων, αλλά όχι και του παιχνιδιού. Η αγωνία τους για την ώρα του φαγητού αφορούσε κυρίως ότι τα παιδιά θα προκαλέσουν αναστάτωση στο τραπέζι, με αποτέλεσμα να είναι πιο διστακτικές να επιτρέψουν στο παιδί τους να φάει μόνο του (Stein 2002). Ενδιαφέρουσα είναι και η αναφορά ότι σε μελέτη σύγκρισης με μητέρες που έπασχαν από μεταλόχεια κατάθλιψη, οι ανορεκτικές μητέρες δεν προτιμούσαν τα παιδιά τους να είναι λεπτότερα ούτε παρουσίαζαν διαφορές στην αξιολόγηση του βάρους και του μεγέθους του βρέφους (Stein 2002).

Τα παιδιά τις περισσότερες φορές ήταν συντονισμένα με την επιθυμία της μητέρας τους και δεν προέβαλλαν αντιρρήσεις στο διαιτολόγιο που εκείνη καθόριζε (Van Wezel-Meijler & Wit 1989). Μακροχρόνια παρακολούθηση των παιδιών έδειξε ότι οι διαιτητικές διαταραχές που ανέπτυσαν στην προσχολική και σχολική ηλικία ήταν σε απόλυτη συνάρτηση με τις διαιτητικές διαταραχές της μητέρας τους και τον τρόπο διατροφής τους στην βρεφική ηλικία (Agras et al 1999, Stein 2002).

Ο ρόλος του πατέρα στο θέμα της διατροφής του παιδιού περιορίζεται κυρίως στην αποδοχή της θέλησης της συζύγου. Οι σύζυγοι των ανορεκτικών μητέρων φαίνεται να έχουν γενικότερα λιγότερο ενεργητικό ρόλο από αυτές στο μέγλωμα των παιδιών και να τους είναι πολύ δύσκολο να παρέμβουν στο οικογενειακό διαιτολόγιο (Van Wezel-Meijler & Wit 1989).

Εκτός του θέματος της διατροφής, οι οικογένειες που δημιουργούν οι γυναίκες που πάσχουν από διαταραχή πρόσληψης τροφής έχουν περιγραφεί ως έντονα συγκρουσιακές, με υψηλά ποσοστά διάστασης των συζύγων, ενώ τα παιδιά πολλές φορές αναγκάζονται να εμπλακούν στην συζυγική σχέση και στη διαταραχή διατροφής της μητέρας τους. Σε μικρό αριθμό περιπτώσεων έχει περιγραφεί και εγκατάλειψη των παιδιών από τις μητέρες τους.

Μελέτες που έγιναν σε έφηβες που εμφάνιζαν συμπτωματολογία διαταραχής πρόσληψης τροφής και στις μητέρες τους δεν κατέληξαν σε ασφαλή συμπεράσματα. Έτσι, μέχρι σήμερα δεν είναι ξεκάθαρο αν η ενεργός παρουσία συμπτωματολογίας διαταραχής πρόσληψης τροφής στη μητέρα μπορεί να σχετίζεται με παρόμοια συμπτωματολογία στην κόρη της (Stein 2002). Πάντως, σε κλινικό επίπεδο, συχνά παρατηρείται ότι οι μητέρες κοριτσιών με ψυχογενή ανορεξία ανησυχούν και οι ίδιες για το σχήμα του σώματος τους και διατρέφονται αρκετά περιοριστικά, κάτι που συνήθως χαρακτηρίζεται από εκείνες ως «υγιεινή» διατροφή.

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η νευρική ανορεξία ως κοινωνικό φαινόμενο επηρεάζει τους διάφορους τομείς στη ζωή του ατόμου. Αυτό δείχνει ότι ως μάστιγα τείνει να επηρεάζει όλες τις ηλικίες και όλες τις εκφάνσεις της ζωής του πάσχοντος ατόμου όπως το σχολείο τη μητρότητα ακόμα και τον αθλητισμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο κεφάλαιο τέταρτο θα μελετήσουμε την νευρική ανορεξία στην πιο κρίσιμη ηλικιακή φάση του ατόμου που είναι η εφηβεία. Συγκεκριμένα, θα αναφερθούμε στα χαρακτηριστικά συμπτώματα της νευρογενούς ανορεξίας στους εφήβους, θα κάνουμε μια αναφορά στην οικογένεια στην «οικογένεια» και στις διαιτολογικές συνήθειες και το πώς αυτές επηρεάζουν ένα άτομο καθώς επίσης και στην προσωπικότητα των γονέων και το πώς αυτή επηρεάζει τη διαμόρφωση της προσωπικότητας ενός ατόμου. Τέλος, θα γίνει μια αναφορά στο πώς τα άτομα του άμεσου περιβάλλοντος των εφήβων μπορούν να αντιληφθούν τα συμπτώματα της ασθένειας.

ΕΦΗΒΕΙΑ

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

Η Νευρική ανορεξία είναι μια διατροφική διαταραχή με ισχυρό ψυχολογικό υπόβαθρο. Οι επιπτώσεις της είναι πολύ βλαβερές όμως συχνά δεν διαγιγνώσκεται προτού το άτομο φτάσει σε πολύ σοβαρή κατάσταση. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που νοσούν είναι έφηβοι και ιδιαίτερα κορίτσια ηλικίας 11 – 20 ετών. Πως μπορεί το άμεσο περιβάλλον αυτών των ατόμων και ιδιαίτερα οι γονείς να αντιληφθούν τα πρώιμα συμπτώματα αυτής της ύπουλης ασθένειας προτού το άτομο χρειαστεί βοήθεια από ειδικούς;

Καταρχήν θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι ως νευρική ανορεξία θεωρείται η νόσος που πληρεί κάποια συγκεκριμένα κριτήρια που έχουν οριστεί από τον Αμερικάνικο Σύλλογο Ψυχιάτρων και είναι τα εξής :

1. Το άτομο αρνείται να διατηρήσει το σωματικό του βάρος στα επίπεδα του κατώτερου φυσιολογικού για την ηλικία και το ύψος

του. (Το φυσιολογικό βάρος για τους εφήβους καθορίζεται σύμφωνα με τις καμπύλες ανάπτυξης)

2. Το άτομο βιώνει έντονο φόβο για την αύξηση του βάρους του, το οποίο καθορίζει απόλυτα τον τρόπο που αξιολογεί την ζωή του
3. Το άτομο αρνείται την σοβαρότητα του υπάρχοντος χαμηλού σωματικού βάρους, πιστεύει δηλαδή ότι το βάρος του είναι υψηλότερο του φυσιολογικού (κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται ως «διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος»)
4. Απουσία έμμηνου ρύσης για τουλάχιστον 3 διαδοχικούς κύκλους (αμηνόρροια)

Παράλληλα όμως υπάρχουν και άτυπες μορφές της νόσου όπου δεν πληρούνται όλα τα κριτήρια, για παράδειγμα το άτομο έχει τα 3 πρώτα κριτήρια αλλά η έμμηνος ρύση δεν έχει διακοπεί, ή το άτομο πληρεί όλα τα κριτήρια αλλά το βάρος του είναι σε φυσιολογικά επίπεδα (προσπαθεί όμως να το μειώσει). Πάντως ακόμα και τα άτομα με τις άτυπες μορφές νευρικής ανορεξίας βιώνουν στον ίδιο βαθμό το ψυχολογικό στρες με τα άτομα που πληρούν ακριβώς τα κριτήρια.

Οι περιπτώσεις εφήβων που έχουν όλα τα κριτήρια για νευρική ανορεξία έχουν συχνότητα 0,5-1% όμως οι περιπτώσεις άτυπων μορφών μπορεί να φτάσουν και το 20% του εφηβικού πληθυσμού, ποσοστό τρομακτικά υψηλό.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

Η διάγνωση της νευρικής ανορεξίας είναι συχνά δύσκολη στους εφήβους καθώς η σωματική ανάπτυξη δεν έχει ολοκληρωθεί και οι αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα μπορεί να ληφθούν ως φυσιολογικές. Για παράδειγμα μια έφηβη κοπέλα στα πρόωρα στάδια της νευρικής ανορεξίας είναι πιθανό να μην έχει απώλεια σωματικού βάρους, υπάρχει όμως μείωση του ρυθμού αύξησης του σωματικού βάρους που είναι απαραίτητη για να φτάσει στην βέλτιστη ανάπτυξη παράλληλα και με την αύξηση του ύψους. Γι' αυτό θα πρέπει να αξιολογείται η ανάπτυξη της έφηβης και όχι μόνο το βάρος ως απόλυτη τιμή. Επιπλέον στις έφηβες είναι δύσκολο να χρησιμοποιηθεί το κριτήριο της αμηνόρροιας. Μέχρι την ηλικία των 15 ετών είναι πιθανό η έμμηνος ρύση να μην έχει ξεκινήσει ή ο κύκλος να είναι πολύ ασταθής με μεγάλα διαστήματα

απουσίας έμμηνου ρύσης. Γι' αυτό η απουσία έμμηνου ρύσης δεν θα πρέπει να αποτελεί μοναδικό κριτήριο για την διάγνωση της νευρικής ανορεξίας.

Σύμφωνα με τους Bryant-Waugh (Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence, UK, 2000, Psychology Press) τα έφηβα άτομα με νευρική ανορεξία έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Απώλεια σωματικού βάρους ή μη ικανοποιητική αύξηση βάρους χωρίς να υπάρχει άλλη σωματική ή ψυχική ασθένεια
2. Αποφυγή συγκεκριμένων τροφίμων που τα άτομα θεωρούν ως «παχυντικά»
3. Τουλάχιστον 2 από τα ακόλουθα:
 - εμμονή με το σωματικό βάρος
 - εμμονή με την πρόσληψη ενέργειας (θερμίδες)
 - διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος
 - φόβος πάχυνσης
 - αυτοπροκαλούμενος εμετός
 - έντονη σωματική άσκηση
 - κατάχρηση καθαρτικών

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Όσο περίεργο κι αν μας φαίνεται οι Έλληνες της ομηρικής εποχής στήριζαν τη διατροφή τους κυρίως στο κρέας. Τα κρέατα τα έτρωγαν ψητά στη θράκα. Ψωμιά έφτιαχναν από σιτάρι και κριθάρι και μάλιστα συνήθιζαν να έχουν ποικιλία ψωμιών τα οποία ήταν όπως τις σημερινές πίτες. Είχαν ανεπτυγμένη τυροκομία, έπιναν γάλα, έφτιαχναν τυρόγαλο και τυριά. Το κρασί ήταν απαραίτητο σε κάθε γεύμα. Δεν περιφρονούσαν τα φρούτα παρά μόνο το ελαιόλαδο, με το οποίο άλειφαν τα κορμιά τους μετά το μπάνιο. Οι Μυκηναίοι, από τον 15^ο και 14^ο αιώνα π.Χ., είχαν ως βασική τροφή τους τα δημητριακά. Επίσης, έτρωγαν πολλά σύκα, μέλι και τυριά. Οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποιούσαν πολλά καρυκεύματα, κρεμμύδια, αγουρέλαιο αρωματισμένο με θυμάρι ή με μέντα, αλεύρι και μελωμένο κρασί.

Μεταγενέστερα η φθηνότερη και πιο διαδεδομένη τροφή για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού ήταν τα λαχανικά και τα όσπρια. Με δεδομένες δε, τις μεγαλύτερες περιόδους νηστείας που προέβλεπε η Εκκλησία, και τις οποίες φαίνεται ότι τηρούσαν με αρκετή ευλάβεια οι Βυζαντινοί, οι τροφές αυτές καταναλώνονταν για μακρύ χρονικό διάστημα από το σύνολο του πληθυσμού. Μεγάλη κατανάλωση είχαν τα λάχανα, τα πράσα, τα κρεμμύδια, τα τεύτλα, τα μαρούλια, τα ραδίκια, το καρότο, ο αρακάς και η ρόκα. Άγνωστες φυσικά ήταν οι πατάτες και οι ντομάτες, που έφτασαν στην Ευρώπη πολύ αργότερα. Στα Βυζαντινά χρόνια το κρέας ήταν είδος πολυτελείας. Κατανάλωναν μεγάλες ποσότητες ψωμιού, λαχανικών και όσπρια. Από τα όσπρια συναντάμε τα φασόλια τις φακές, τα ρεβίθια, τα κουκιά και τα λούπινα. Βασικό συμπλήρωμα διατροφής ήταν τα φρούτα καθώς και οι ξηροί καρποί. Ως επιδόρπια είχαν διάφορα γλυκίσματα. Κύριο γλυκαντικό μέσο ήταν το μέλι. Σήμερα, αυξήθηκε η κατανάλωση του κρέατος και μειώθηκε αυτή των λαχανικών και των όσπριων, με πολλές καταχρήσεις έτοιμων φαγητών και ποτού, με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της υγείας μας. Συνέπεια αυτής της διατροφής του νεοέλληνα είναι η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και οι καρδιοπάθειες. Οι επιστήμονες σε όλο τον κόσμο, μετά από μελέτες, κατέληξαν στο ότι πρέπει να επιστρέψουμε στην ελληνική παραδοσιακή διατροφή. Τα κύρια στοιχεία της παραδοσιακής διατροφής είναι η ποικιλία, τα όσπρια, τα λαχανικά, τα δημητριακά, τα άγρια χόρτα, το ελαιόλαδο, τα φρέσκα φρούτα και τα ψάρια. Αντίθετα, συνίσταται μικρή κατανάλωση κόκκινων κρεάτων και περιορισμένη ποσότητα γαλακτοκομικών.

Η οικογένεια παίζει καθοριστικό ρόλο στις διατροφικές συνήθειες του παιδιού και στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Η κάθε οικογένεια έχει διαφορετικές διατροφικές συνήθειες και διαφορετικά ωράρια εργασίας. Η διαδικασία του φαγητού φαίνεται να παίζει ένα ιδιαίτερο ρόλο στην δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων. Οι διαφορές στην κατανάλωση τροφής, τόσο στην ποιότητα όσο και στην ποσότητα, ξεκινούν μετά το τέλος της βρεφικής ηλικίας. Τα παιδιά έχουν μια βιολογική προτίμηση για «γλυκό» και «αλμυρό» και απορρίπτουν εύκολα καινούργια φαγητά. Η αποδοχή φαγητών χαμηλής περιεκτικότητας σε ζάχαρη ή αλάτι, αλλά και υγιεινών τροφών όπως τα λαχανικά, γίνεται σταδιακά. Οι διαφορές αυτές, έχουν να κάνουν με τον διαφορετικό τρόπο διαπαιδαγώγησης από τους γονείς, κυρίως όσων αφορά την κατανομή του ελέγχου μεταξύ γονιών και παιδιού σχετικά με το πότε θα φάει, τι και πόσο. Όμως οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών φαίνεται πως ακολουθούν κι αυτές τους κανόνες της μίμησης, «τα παιδιά τρώνε όπως και οι γονείς τους». Τα παιδιά των γονιών που κάνουν συνέχεια δίαιτα ή που δεν ακολουθούν σταθερές ώρες στο φαγητό και «τσιμπολογάνε» ακανόνιστα, είναι πολύ πιθανό να αποκτήσουν και

εκείνα αυτές τις συνήθειες. Η διαδικασία του φαγητού αποτελεί μέσο επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια, τα μέλη της οποίας συνδέονται πια με πολυμορφικούς δεσμούς, όπως είναι οι γενετικοί κώδικες, τα συναισθήματα, οι κοινές ή αντίθετες αξίες, προσδοκίες και ρόλους μέσα στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, κ.α. Η σημαντικότητα του να γευματίζει όλη η οικογένεια μαζί δεν είναι αποδεκτή και εφικτή σε όλες τις οικογένειες. Στις εκτεταμένες οικογένειες η γιαγιά είναι αυτή που καθορίζει το τι θα φάει η οικογένεια με αποτέλεσμα τα παιδιά να μεγαλώνουν με την γιαγιά και όχι με τη μαμά. Δηλαδή, κουμάντο στη κουζίνα κάνει η γιαγιά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η γιαγιά πολλές φορές να πιέζει τα παιδιά να καταναλώσουν κάποια συγκεκριμένα τρόφιμα ενώ αυτά αρνούνται πεισματικά να φάνε αυτό που μαγείρευσε εκείνη, προτιμώντας να «τσιμπήσουν» κάτι έτοιμο από έξω.

Τα παιδιά πρέπει να υιοθετούν σωστές διατροφικές συνήθειες για να έχουν ένα πλήρη θρεπτικό πρόγραμμα και για να μάθουν σωστό συνδυασμό γευμάτων. Αυτό για να επιτευχθεί πρέπει η μητέρα να μην δουλεύει όλη μέρα, να αφιερώνει χρόνο στην προετοιμασία του γεύματος και να τονίζει στα παιδιά της τη σημασία του φαγητού. Καθήκον των γονιών είναι να κάνουν το φαγητό απόλαυση και να μάθουν τα παιδιά τους να δοκιμάζουν καινούργιες τροφές, κατορθώνοντας έτσι τα παιδιά να καταναλώνουν τρόφιμα από όλες τις ομάδες τροφίμων. Τα σχόλια για το βάρος των παιδιών πρέπει να απουσιάζουν την ώρα του γεύματος, γιατί τα παιδιά επηρεάζονται και πιστεύουν ότι είναι παχύσαρκα. Συνέπεια αυτών των σχολίων είναι τα παιδιά να ελαττώνουν κατά πολύ την κατανάλωση τροφίμων για να επιτύχουν απώλεια κιλών.

Επίσης η μητέρα πρέπει να φροντίζει για το σχολικό γεύμα του παιδιού της, ακόμα κι αν το παιδί είναι σε ηλικία που μπορεί να φτιάξει από μόνο του το γεύμα του. Η μητέρα αφιερώνει περισσότερο χρόνο με τα παιδιά, κυρίως το πρωί πριν αυτά φύγουν για το σχολείο. Το σημαντικότερο γεύμα της ημέρας είναι το πρόγευμα και αυτό πρέπει να γίνεται γνωστό στα παιδιά.

Την ώρα του γεύματος πρέπει να επικρατεί μια ήρεμη και χαρούμενη κατάσταση. Όλη η οικογένεια πρέπει να γευματίζει μαζί για να βλέπουν οι γονείς τι και πόσο τρώνε τα παιδιά τους. Έτσι θα καταλάβουν αν κάποιο από τα παιδιά τους αντιμετωπίζει κάποιο διατροφικό πρόβλημα. Τα παιδιά χρειάζονται αρκετή προσοχή σχετικά με το πώς αντιλαμβάνονται και αποδέχονται το σώμα τους, γιατί όταν μπουν στην εφηβεία, στην πιο επικίνδυνη περίοδο ανάπτυξης των διατροφικών διαταραχών, δεν πρέπει να ντρέπονται για την σωματική τους εικόνα αλλά ούτε και να θεωρούν ότι είναι υπέρβαροι, ενώ στην ουσία το βάρος τους είναι φυσιολογικό για την ηλικία και το ύψος τους.

Το παιδί μαθαίνει κάποια πράγματα και από το σχολείο, αλλά είναι εύκολο να καταναλώνει συχνά έτοιμα φαγητά από τη στιγμή που

καθημερινά «βομβαρδίζεται» από τόσες πολλές διαφημίσεις γρήγορου και «νόστιμου» φαγητού. Συχνά το άγχος του σχολείου και οι ευθύνες που έχουν από τους γονείς τους, οδηγούν τα παιδιά σε εσωστρέφεια και σε μείωση της όρεξης τους για φαγητό. Εάν οι γονείς δεν το αντιληφθούν έγκαιρα και δεν προσπαθήσουν να το διορθώσουν τα παιδιά είναι πιθανόν να οδηγηθούν στη Νευρική Ανορεξία.

Το σημαντικό είναι οι οικογένειες να μάθουν να τρέφονται με τον παραδοσιακό τρόπο διατροφής για να τρώνε όλες τις ομάδες τροφών στην ποσότητα και συχνότητα που επιβάλλεται από την πυραμίδα τροφίμων. (Τζαβάρας, 2008)

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΓΟΝΕΩΝ

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεώρηση οι «οιδιπόδειες» σχέσεις αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα στην εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας, τονίζοντας τον φόβο του κοριτσιού μπροστά στην προοπτική της σωματικής αλλά και σεξουαλικής ανάπτυξης που προϋποθέτει το πέρασμα στην εφηβεία και κατά συνέπεια τον επαναπροσδιορισμό των σχέσεων με τον πατέρα. Μία από τις πρώτες αναφορές του φαινομένου αποτελεί η έρευνα των μελών της ψυχιατρικής κλινικής Mayo του Rochester το 1955, η οποία καταδεικνύει πέντε τύπους νευρωτικών διαταραχών της διατροφής, σύμφωνα πάντα με το γονεϊκό ιστορικό, μία εκ των οποίων είναι και η νευρογενής ανορεξία.

Συγκεκριμένα στα περιστατικά της Νευρικής Ανορεξίας το παιδί αναπτύσσει απέχθεια προς το φαγητό βλέποντας την εκδικητική στάση των γονιών απέναντι στη διαδικασία σίτισης. Είναι εύλογο να υποθέσει κανείς ότι τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και η εν γένει ψυχική υγεία των γονέων συνδέονται – και μάλιστα με αιτιώδη σχέση – με την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του παιδιού και του εφήβου. Αυτό συμβαίνει για δύο λόγους. Πρώτον, οι γονείς μεταδίδουν, μέσω της κληρονομικότητας δικά τους χαρακτηριστικά στα παιδιά, με τα οποία φέρουν κοινά γενετικά στοιχεία. Η ισχύς αυτής της διαδικασίας είναι φανερή στην περίπτωση των ιδανικών (μονοζυγωτικών) διδύμων που μοιάζουν βιολογικά και ψυχολογικά λόγω του κοινού γενετικού υλικού το οποίο μοιράζονται. Δεύτερον, οι γονείς διαμορφώνουν – αλλά και αποτελούν οι ίδιοι – ένα περιβάλλον για τα παιδιά, το οποίο επηρεάζει την ανάπτυξη τους θετικά ή αρνητικά. Οι γονείς χρησιμεύουν ως πρότυπα τα οποία το παιδί παρατηρεί και μιμείται. Εάν η μητέρα δεν είναι ευχαριστημένη με την σωματική της εικόνα αυτό το μεταδίδει στο παιδί, το οποίο προσπαθεί να μην γίνει όπως η μητέρα του αναπτύσσοντας έτσι μια διατροφική διαταραχή, όπως τη Νευρογενή

Ανορεξία. Παύει να τρέφεται σωστά δοκιμάζοντας διάφορες εξαντλητικές δίαιτες και γυμνάζεται αρκετές ώρες.

Η σύνδεση των χαρακτηριστικών των γονέων με τα χαρακτηριστικά των παιδιών είναι περισσότερο εμφανής στον βιοματικό τομέα παρά στο νοητικό ή στον τομέα της προσωπικότητας. Το παιδί έχει συνδεθεί με χαρακτηριστικά της οικογένειας (όπως λίγοι διαθέσιμοι χώροι και αυστηροί κανόνες συμπεριφοράς) αλλά και με ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά των γονέων, όπως η κατάθλιψη. Τα χαρακτηριστικά αυτά των γονέων ασκούν μια έμμεση, αλλά όχι λιγότερο σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου. Το τι πιστεύουν οι γονείς για το παιδί και της φύσης της ανάπτυξης του, το τι θεωρούν σημαντικό για το παιδί και την σχέση τους μαζί του και το τι προσδοκούν από το παιδί παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο γιατί όλες αυτές οι αντιλήψεις, στάσεις, πεποιθήσεις, αξίες και προσδοκίες γίνονται πράξεις και καθορίζουν την πορεία του παιδιού.

Η στάση που υιοθετούν οι γονείς για το φαγητό και τη σημασία του για την επιβίωση ή και την απόλαυση του, είναι πολύ πιθανό να μεταβιβάζεται ως σχετικό «μήνυμα» στο παιδί. Έτσι, πέρα από τους γενετικούς λόγους, το παιδί επηρεάζεται και από το περιβάλλον στο οποίο ζει. Οι γονείς διαφέρουν μεταξύ τους ως προς το τι θεωρούν σημαντικό για το παιδί και την ανάπτυξη του. Οι προσδοκίες των γονέων για τα παιδιά τους αποτελούν έναν ισχυρό παράγοντα στη διαμόρφωση της παιδικής και εφηβικής συμπεριφοράς. Εάν οι γονείς δεν είναι δεμένοι και υπάρχει συνεχής σύγκρουση μεταξύ τους τα μηνύματα που λαμβάνουν τα παιδιά για την διαμόρφωση του χαρακτήρα τους είναι λανθασμένα και το αποτέλεσμα είναι η ανάπτυξη διαφόρων προβλημάτων, όπως η κατάθλιψη και η ανορεξία. Για να είναι ο γονέας σε θέση να ασκήσει έναν αναπτυξιακό ρόλο, είναι βασικό όχι μόνο να προσαρμοστεί στην αλλαγή του παιδιού, αλλά και στην εικόνα που αυτό διαμορφώνει για το γονέα σε κάθε στάδιο. Ο έφηβος τοποθετεί τους γονείς του στις πραγματικές τους διαστάσεις.

Για να προσαρμόσουν το γονεϊκό ρόλο τους στο στάδιο ανάπτυξης του παιδιού, οι γονείς χρησιμοποιούν συνήθως τους ακόλουθους τρόπους :

1. παρατηρούν τη φυσιολογική ωρίμαση του παιδιού
2. ακολουθούν τις τεχνικές που επικρατούν στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον για την ανατροφή του παιδιού
3. ακολουθούν τους ρόλους των δικών τους γονέων. Όσο μικρότερο είναι το παιδί, τόσο περισσότερο οι γονείς στηρίζονται στη ταύτιση του ρόλου τους με αυτόν των δικών τους γονέων και στη διαίσθηση για το γονεϊκό τους ρόλο (Dr. Kevin Leman, 1989)

Παρόλο που οι αναπτυξιακές θεωρίες τονίζουν περισσότερο τη σημασία της μητέρας, αλλά και του πατέρα, ανάλογα με το στάδιο ανάπτυξης του παιδιού, σύμφωνα με την συστηματική προσέγγιση

ολόκληρη η οικογένεια ως σύστημα συμμετέχει στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του κάθε μέλους. Η οικογένεια δεν είναι άθροισμα μεμονωμένων ατόμων, αλλά ένα δυναμικό σύνολο που περιλαμβάνει τα άτομα και τις μεταξύ τους σχέσεις και αλληλοαντιδράσεις.

Μελέτες έχουν αποκαλύψει πολυάριθμες διαφορές στις αντιλήψεις που έχουν οι οικογένειες των ασθενών με ανορεξία. Είναι αρκετά προβληματικές οι σχέσεις μεταξύ μητέρας και κόρης και λιγότερο προβληματικές ανάμεσα σε πατέρα και κόρη. Η θλίψη των γονιών είναι αρκετά εμφανής. Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι η υπερπροστατευτική συμπεριφορά των γονιών ευθύνεται για την εμφάνιση της Νευρογενούς Ανορεξίας. Η σχέση μητέρας – κόρης είναι μπερδεμένη και αντιφατική. Επίσης δεν υπάρχει σεβασμός ανάμεσα τους παρά μόνο συγκρούσεις και ανταγωνισμός.

Υπάρχουν τέσσερις τύποι μητέρας :

- Η ιδανική μητέρα. Ιδανική μητέρα είναι αυτή που ασχολείται με την σωστή ανατροφή των παιδιών της. Αυτή που ασχολείται με τις ανησυχίες των παιδιών της και φροντίζει να επικρατεί ένα ομαλό και ήρεμο περιβάλλον στο σπίτι.
- Η φιλόδοξη μητέρα. Είναι σχολαστική, δογματική και ασχολείται περισσότερο με την καριέρα της και λιγότερο με τα παιδιά της. Τα παραμελεί και αφήνει τη γιαγιά να μεγαλώσει τα παιδιά, με αποτέλεσμα να χάνεται η επικοινωνία και να αναπτύσσεται μια απόσταση μεταξύ τους. Πολλές φορές τα παιδιά και κυρίως τα κορίτσια γίνονται εχθρικά απέναντι στις μητέρες τους. Η περίπτωση της εργαζόμενης μητέρας αντιμετωπίζεται πλέον όχι μόνο ως οικονομική αναγκαιότητα αλλά και ως μια πολύτιμη ευκαιρία για τη μητέρα να ασχοληθεί με έναν άλλο ρόλο, να διευρύνει τους ορίζοντες της και, έτσι, να προωθήσει την προσωπική της ανάπτυξη.
- Η αβέβαιη μητέρα. Προτάσσει τις βιολογικές ανάγκες του παιδιού και όχι την πνευματική του ανάπτυξη, που δεν μπορεί να παρακολουθήσει. Ενδιαφέρεται περισσότερο για την σωματική ανάπτυξη του παιδιού και λιγότερο για την σχολική του επίδοση.
- Η υστερική μητέρα. Δημιουργεί αβεβαιότητα και ανασφάλεια με τον ευέξαπτο χαρακτήρα της, με αποτέλεσμα το παιδί να μεγαλώνει σε ένα περιβάλλον με εντάσεις, φωνές και δημιουργώντας αισθήματα ανασφάλειας και φοβίας.

Όταν μια μητέρα είναι αβέβαιη, φιλόδοξη ή υστερική χάνει την σωστή επικοινωνία με τα παιδιά της και αυτά με την σειρά τους εναντιώνονται και προσπαθούν με διάφορες πράξεις τους να κερδίσουν την προσοχή των γονιών τους. Πιστεύουν πως αν σταματήσουν να τρέφονται θα τους

προσέξουν οι γύρω τους και θα τους δώσουν την προσοχή που τους αξίζει. Είναι μια αντιδραστική συμπεριφορά που κάποιες φορές οδηγεί στην ανάπτυξη της ανορεξίας (Παπανικολάου Ε., 1998).

Οι τύποι του πατέρα είναι ο αυστηρός όπου αυτός κάνει κουμάντο στο σπίτι, ο αδύνατος, αυτός που δεν έχει λόγο για τίποτα και γίνονται όλα από τη μητέρα, ο συναισθηματικός και ο δημοκρατικός (Οικογένεια και Όρια, 2000).

Ο θεραπευτής Ronald Liebman όταν θεράπευε μία δεκατετράχρονη παρατήρησε ότι η σχέση της μητέρας με την κόρη χαρακτηριζόταν από υπερβολική ανάμειξη. Ο πατέρας και η γιαγιά από την πλευρά της μητέρας είχαν σχηματίσει ένα συνασπισμό που απομόνωνε τη μητέρα μέσα στο υποσύστημα των ενηλίκων. Η μόνη δυνατότητα της μητέρας να φανεί αποτελεσματική και επαρκής βρισκόταν στη σχέση που είχε με την κόρη της.

Η παρουσία της γιαγιάς αποκαλύπτει ότι αυτή ασκεί την εκτελεστική εξουσία στην οικογένεια. Η ισχύς και η επάρκεια της μητέρας χάνονται και εξαφανίζονται ενώπιον της μητέρας ή της πεθεράς της, με αποτέλεσμα οι γονείς να χάνουν την προσωπικότητά τους και να δίνουν λάθος αξίες στα παιδιά τους. Από την στιγμή που οι ίδιοι οι γονείς δεν έχουν προσωπικότητα, ούτε τα παιδιά θα αναπτύξουν την δική τους και θα αφήνουν άλλους να αποφασίζουν για αυτά.

ΠΩΣ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΟΥ ΑΜΕΣΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΑΝΤΙΛΗΦΘΟΥΝ ΤΑ ΠΡΩΙΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ;

Τα άτομα με νευρική ανορεξία δεν έχουν επίγνωση της σοβαρότητας της κατάστασής τους. Δεν αντιλαμβάνονται ότι έχουν ψυχολογικό πρόβλημα και μάλιστα θεωρούν το βάρος τους υψηλό. Γι' αυτό άλλωστε δεν αναζητούν βοήθεια. Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν τα άτομα του άμεσου περιβάλλοντός τους να αντιληφθούν κάποια πρώιμα συμπτώματα και να αναζητήσουν οι ίδιοι βοήθεια από ειδικούς ψυχολόγους και διαιτολόγους.

Τα πέντε σημάδια που «χτυπούν το καμπανάκι» για πιθανή διατροφική διαταραχή είναι τα εξής:

1. Το άτομο θέτει στόχους μείωσης του βάρους του
2. Το άτομο ασκεί αυξημένη κριτική για το βάρος και το σχήμα του σώματός του

3. Το άτομο είναι κοινωνικά απομονωμένο και εμφανίζει σημάδια κατάθλιψης
4. Μη εμφάνιση ή διακοπή της έμμηνου ρύσης
5. Το άτομο κάνει εμετό, παίρνει καθαρτικά ή κάνει υπερβολική γυμναστική με στόχο την αποβολή των θερμίδων της τροφής που κατανάλωσε

Άλλα χαρακτηριστικά που μπορεί να συνδέονται άμεσα με την νευρική ανορεξία είναι τα εξής:

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

- Εμμονή με το σωματικό βάρος
- Εμμονή με τις θερμίδες, τα λίπη, τους υδατάνθρακες
- Απομόνωση και εσωστρέφεια
- Ευερεθιστότητα – Οξυθυμία
- Μεταβολές διάθεσης
- Τελειομανία
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Διαταραχές άγχους και κατάθλιψης

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

- ✓ Υπερβολικά αργή κατανάλωση φαγητού
- ✓ Κατανάλωση φαγητού με ακατάλληλα σκεύη
- ✓ Ασυνήθιστοι συνδυασμοί τροφίμων
- ✓ Υπερβολική χρήση μπαχαρικών, ξυδιού, λεμονιού
- ✓ Αποφυγή συγκεκριμένων τροφίμων και επιολογή «ασφαλών» τροφίμων
- ✓ Μικρή ποικιλία τροφίμων
- ✓ Πολύ χαμηλή ή υπερβολική κατανάλωση υγρών με σκοπό είτε να μην «βαρύνει» λόγω του νερού είτε να «φουσκώσει» με την κατανάλωσή του

ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- Ø Απώλεια βάρους
- Ø Αμμηνόρροια
- Ø Απώλεια όρεξης
- Ø Ναυτία
- Ø Κοιλιακός πόνος
- Ø Δυσκολία στην κατάποση
- Ø Διαταραχές ύπνου
- Ø Αφυδάτωση
- Ø Απώλεια τριχών κεφαλής και εφηβαίου
- Ø Δέρμα ξηρό με «βρώμικη» όψη
- Ø Lanugo (χνούδι στο πρόσωπο, στους ώμους, την ράχη)
- Ø Τρίχωση στέρνου και κοιλιακής χώρας
- Ø Υποθερμία
- Ø Βραδυκαρδία
- Ø Υπόταση
- Ø Οιδήματα κάτω άκρων
- Ø Οδοντική διάβρωση
- Ø Ζαλάδα και αδυναμία συγκέντρωσης
- Ø Μείωση μυϊκής μάζας
- Ø Καθυστερημένη γαστρική κένωση, κορεσμός και φούσκωμα
- Ø Μειωμένη κινητικότητα λεπτού εντέρου, δυσκοιλιότητα
- Ø Καθυστέρηση ήβης

Η αιτιολογία της νευρικής ανορεξίας είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη καθώς η ασθένεια αυτή επηρεάζεται από βιολογικούς, γενετικούς, ενδοπροσωπικούς, οικογενειακούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες.

Αυτό που είναι πολύ σημαντικό είναι η έγκαιρη διάγνωση, καθώς όσο νωρίτερα διαγνωστεί η νευρική ανορεξία τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση για την ασθενή. Αν λοιπόν αντιληφθείτε ότι κάποιο κοντινό σας πρόσωπο εμφανίζει κάποια από τα χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν τότε θα πρέπει να απευθυνθείτε σε εξειδικευμένους επιστήμονες ψυχολόγους και διαιτολόγους που θα διαγνώσουν και θα αντιμετωπίσουν το πρόβλημα. Ειδικότερα για τους εφήβους στο Νοσοκομείο Παιδων «Π & Α Κυριακού» λειτουργεί Μονάδα Εφηβικής Υγείας, που αντιμετωπίζει συνολικά περιστατικά νευρογενούς ανορεξίας με εφηβίατρο, παιδοψυχίατρο, διατροφολόγο και ψυχολόγο για την υποστήριξη του εφήβου και της οικογένειάς του.

Ιδιαιτερότητες στη (γνωσιακή-συμπεριφοριστική) θεραπεία Εφήβων

Επιβάλλονται

- Ειδικοί χειρισμοί για την εγκαθίδρυση καλής θεραπευτικής σχέσης

← συναισθηματική ευαλωτότητα εφήβων

← αντιστάσεις προς κανόνες και συμβουλές

Ειδικοί χειρισμοί ως προς την απόκτηση (θετικής) αυτοεικόνας και ταυτότητας

← έφηβοι έχουν ρευστή αυτοεικόνα

← έφηβοι βρίσκονται στη διαδικασία απόκτησης ταυτότητας παρουσιάζουν ανόμοιο ατομικό προφίλ ωριμότητας

- Δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν αυτούσια οι περισσότερες γνωσιακές μέθοδοι που εφαρμόζονται σε ενήλικες

← δυσκολίες ενδοσκόπησης

← νοητικές λειτουργίες π.χ. η υποθετική - επαγωγική σκέψη είναι σε πλήρη ανάπτυξη (μεγάλες ατομικές διαφορές) κα.



«Εξελικτική / γνωσιακή θεραπεία για παιδιά και εφήβους»
(Ronen, 1997)

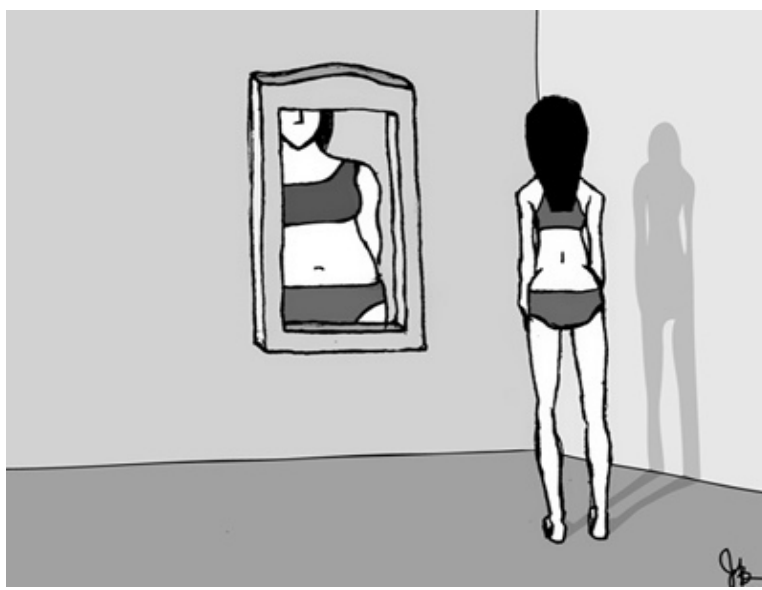
- Συμμετοχή «σημαντικών άλλων» (κυρίως γονέων) απαραίτητη

← ο έφηβος είναι πολύ ευάλωτος στις απόψεις, στάσεις κ.α., όπως και στις συμπεριφορές τρίτων

(Πηγή:Χαρίλα,2000)

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Σ' αυτό το κεφάλαιο διερευνήσαμε τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας στους εφήβους όπως ο έντονος φόβος για την αύξηση του βάρους του ατόμου, η απουσία του σταθερού κύκλου στις γυναίκες κτλ. Μελετήσαμε επίσης την οικογένεια και το πώς αυτή, ως προς τις διατροφολογικές τις συνήθειες και ως προς την προσωπικότητα των γονέων, συμβάλλει στο να νοσήσει ένα άτομο από νευρική ανορεξία. Τέλος, κάναμε μια αναφορά στο πώς κάποιος απ' το άμεσο περιβάλλον του εφήβου μπορεί να αντιληφθεί τα σημάδια που «χτυπούν το καμπανάκι» για πιθανή διατροφική διαταραχή.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : Η ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΩΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο πέμπτο κεφάλαιο θα αναφερθούμε σε διάφορα είδη κακοποίησης και στο πώς αυτά είναι ικανά να μεταβάλλουν την ψυχολογία του ατόμου έτσι ώστε να το ωθήσουν στην νευρική ανορεξία.

ΨΥΧΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ : Σημαντικό και τεράστιο ψυχοτραυματικό γεγονός θεωρείται η κακοποίηση και η παραμέληση. Οι κύριες μορφές κακοποίησης είναι η σωματική, ψυχολογική και σεξουαλική. Με τον όρο «κακοποίηση – παραμέληση παιδιών» περιγράφεται ένα φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο ένας ή περισσότεροι ενήλικες που έχουν την ευθύνη της φροντίδας ενός ανηλίκου, προκαλούν ή επιτρέπουν να προκληθούν στο άτομο σωματικές κακώσεις ή συνθήκες στέρησης σε τέτοιο βαθμό, ώστε συχνά να επιφέρουν σοβαρές διαταραχές σωματικής, νοητικής, συναισθηματικής ή κοινωνικής μορφής ακόμα και το θάνατο.

ΕΙΔΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ

Ως παραμέληση θεωρείται το φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο η διατροφή, η ιατρική φροντίδα, η ένδυση, η στέγαση, η σχολική φοίτηση ή η παρακολούθηση που παρέχεται στο παιδί είναι έντονα ανεπαρκής ή ακατάλληλη σε βαθμό τέτοιο ώστε να παραβλέπεται ή να τίθεται σε σοβαρό κίνδυνο η υγεία και η ανάπτυξη του.

Διαγνωστικά χαρακτηριστικά της παραμέλησης θεωρούνται η συστηματική κακή σίτιση ή στέρηση τροφής, η κακή υγιεινή, η εγκατάλειψη, η απάθεια, η συνεχής κόπωση και η χρήση τοξικών ουσιών από τον ανήλικα.

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η σωματική κακοποίηση περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμούς ή κακώσεις διαφορετικής σοβαρότητας και συχνά διαφορετικών ηλικιών, που δεν οφείλονται σε ατυχήματα. Η κάκωση μπορεί να είναι μια ή πολλές, παρατηρούνται δε συχνότερα στο κεφάλι και στα άκρα, δηλαδή στα ακάλυπτα μέρη του σώματος.

Ευρήματα στην κλινική εξέταση είναι οι μελανιές ή σημάδια από χτύπημα, εξαρθρώσεις ή διαστρέμματα, δαγκώματα ή κοψίματα, πληγές ή εκδορές, εγκαύματα ή κάψιμο από τσιγάρο, ακόμα και εσωτερικές κακώσεις.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η ψυχολογική κακοποίηση ενός ανηλίκου μπορεί να περιλαμβάνει πράξεις και συμπεριφορές οι οποίες εμπεριέχουν απόρριψη, εκφοβισμό, απομόνωση, εκμετάλλευση, υποτίμηση, συναισθηματική απροσφορότητα όπως και κοινωνικά αποκλίνουσες πράξεις.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Σεξουαλική κακοποίηση θεωρείται η συμμετοχή ή η έκθεση παιδιών ή εφήβων σε σεξουαλικές πράξεις υποκινούμενες από ενήλικα, που έχει σχέση φροντίδας ή οικειότητας με το παιδί, οι οποίες έχουν ως σκοπό τη σεξουαλική διέγερση ή και ικανοποίηση του ενήλικα. Χαρακτηριστικά του φαινομένου αυτού είναι η ανηλικότητα του παιδιού, η σχέση εμπιστοσύνης ή εξάρτησης που υπάρχει ανάμεσα στον ενήλικα και στον ανήλικα, η έλλειψη συνειδητής κατανόησης της έννοιας και του περιεχομένου της πράξης αυτής, άρα και η έλλειψη συνειδητής συναίνεσης του παιδιού.

Ψυχογενής ανορεξία και σεξουαλική κακοποίηση

Αν και η σχέση της ψυχογενούς ανορεξίας με την κακοποίηση, και ιδιαίτερα με τη σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία, απασχόλησε έντονα τους ειδικούς τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί αν οι δύο αυτές καταστάσεις συνδέονται μεταξύ τους, καθώς και ποια είναι τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτής

της σύνδεσης. Η ανάγκη διερεύνησης της παραπάνω σχέσης προήλθε αφενός από την συχνή αναφορά σεξουαλικής κακοποίησης στο ιστορικό κοριτσιών που έπασχαν από διαταραχή πρόσληψης τροφής και αφετέρου από μια σειρά κοινών συμπτωμάτων και παθολογικών συμπεριφορών που παρατηρούνται και στις δύο καταστάσεις. Τα κυριότερα από αυτά είναι:

- Διαταραχή στην προσωπικότητα
- Διασχιστικού τύπου συμπτωματολογία
- Διαταραχή στην εικόνα σώματος
- Αυτοκτονική/αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
- Αυτοτιμωρητική συμπεριφορά
- Παθολογική σχέση με το φαγητό

Ερευνητικές υποθέσεις επίδρασης της σεξουαλικής κακοποίησης στην ψυχογενή ανορεξία

Για την επίδραση της σεξουαλικής κακοποίησης στην αιτιοπαθογένεια της ψυχογενούς ανορεξίας έχουν διατυπωθεί τρεις κυρίως υποθέσεις :

1. Η πρώτη υπόθεση εστιάζεται στην επίδραση της σεξουαλικής κακοποίησης στην εικόνα σώματος. Το θύμα της κακοποίησης νιώθει συχνά έντονη ντροπή και αποστροφή για το σώμα του, καθώς πιστεύει ότι η προκλητικότητά του προκάλεσε την κακοποίηση. Εκτός όμως από ντροπή ή αποστροφή, το θύμα νιώθει επίσης ότι το σώμα του αποτελεί πηγή ευαλωτότητας, καθώς μπορεί ανά πάσα στιγμή να προκαλέσει την επανάληψη της κακοποίησης. Η ψυχογενής ανορεξία, μέσω της ισχύος που τη συνοδεύει και συνεπώς της εξαφάνισης των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου, «προστατεύει» το θύμα από την επανάληψη της κακοποίησης. Επίσης, στον υπερφαγικό/καθαρτικό τύπο της ψυχογενούς ανορεξίας, οι τελετουργίες καθαρμού (πρόκληση εμέτου, διάρροια από κατάχρηση καθαρτικών) μπορεί να αποτελούν συμβολικά μια επαναληπτική τελετουργία εξαγνισμού του βεβηλωμένου σώματος.
2. Η δεύτερη υπόθεση αναφέρεται στην απώλεια του ελέγχου τόσο του σώματος όσο και του εαυτού, που βιώνει το θύμα της κακοποίησης. Ο περιορισμός της λήψης τροφής και η αντίσταση στις πιέσεις της οικογένειας για να τραφεί, αποτελούν μια – έστω και παθολογική – προσπάθεια της

πάσχουσας από ψυχογενή ανορεξία να επανακτήσει τον έλεγχο του σώματος της και κατά προέκταση του εαυτού της.

3. Η Τρίτη υπόθεση τονίζει την απώλεια της εμπιστοσύνης στις ανθρώπινες σχέσεις, που το θύμα της κακοποίησης βιώνει. Ο θύτης πολλές φορές είναι κάποιο πρόσωπο μέσα στην οικογένεια, το οποίο το θύμα έχει περιβάλει από την αρχή της ζωής της με συναισθήματα αγάπης και εμπιστοσύνης. Η ψυχογενής ανορεξία λειτουργεί ως μια μετάθεση από την άρνηση της πάσχουσας να σχετιστεί στην άρνηση να τραφεί, με αποτέλεσμα η παρουσία της διαταραχής να επιτρέπει στην ασθενή να διατηρεί κάποιες από τις σχέσεις της με άλλους ανθρώπους.

Ερευνητικά δεδομένα

Σε μια από τις πρώτες χρονικά ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας (Connors & Morse, 1993) αναφέρεται ότι περίπου 30% των γυναικών που πάσχουν από διαταραχή πρόσληψης τροφής έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά στην παιδική ηλικία. Είναι ενδιαφέρον ότι στις περισσότερες μελέτες που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση η ψυχογενής ανορεξία περιοριστικού τύπου εμφάνιζε τα χαμηλότερα ποσοστά αναφοράς σεξουαλικής κακοποίησης, ενώ η ψυχογενής ανορεξία υπερφαγικού/καθαρτικού τύπου σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά που ήταν και η ομάδα με την μεγαλύτερη συχνότητα αναφοράς σεξουαλικής κακοποίησης. Οι συγγραφείς της ανασκόπησης συμπεραίνουν ότι, αν και για μια ομάδα πασχόντων υπάρχει άμεση σύνδεση της σεξουαλικής κακοποίησης με την εμφάνιση διαταραχής πρόσληψης τροφής, η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να θεωρηθεί μόνο ως ένας μη ειδικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχής πρόσληψης τροφής.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΥΠΟΣΤΕΙ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η ψυχοθεραπεία της ανορεκτικής ασθενούς που έχει υποστεί σεξουαλική ή άλλης μορφής κακοποίησης θα πρέπει να απευθυνθεί, εκτός από τη διαταραχή πρόσληψης τροφής, και στην κακοποίηση. Η ψυχολογική υποστήριξη του θύματος της κακοποίησης γίνεται σε τρία στάδια. Στο πρώτο στάδιο καταβάλλεται προσπάθεια αποκατάστασης του αισθήματος ασφάλειας του θύματος. Στο δεύτερο στάδιο γίνεται προσπάθεια

να συντεθεί μια ολοκληρωμένη ανάμνηση της κακοποίησης και να υποστηριχθεί το άτομο, έτσι ώστε να μπορέσει να θρηνησει γι' αυτό που υπέστη. Στο τρίτο στάδιο πραγματοποιείται η επανασύνδεση του θύματος με την πραγματικότητα της παρούσας ζωής του.

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Σαφέστατα, οποιαδήποτε μορφή κακοποίησης επηρεάζει ψυχολογικά ένα άτομο. Υπάρχουν σοβαρές μαρτυρίες που δείχνουν ότι η κακοποίηση στρέφει ένα άτομο στη νευρογενή ανορεξία. Επιστημονικές μελέτες επιβεβαίωσαν στο παρελθόν ότι στις οικογένειες παιδιών με ψυχογενή ανορεξία απαντώνται συχνότερα σωματική ή ψυχολογική κακοποίηση όπως και πολλά περιστατικά με σεξουαλική κακοποίηση και περιπτώσεις αιμομιξίας. Βέβαια, οι πιο πρόσφατες μελέτες έρχονται τώρα να το αμφισβητήσουν...



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σ' αυτό το κεφάλαιο θα γίνει αναφορά στο πως τα μέσα μαζικής ενημέρωσης επηρεάζουν τα γυναικεία πρότυπα ομορφιάς και ποια είναι η σχέση μεταξύ των μέσων μαζικής ενημέρωσης και της νευρογενούς ανορεξίας. Τέλος θα αναφερθούν οι πιο δημοφιλείς στις μέρες μας δίαιτες και στο πως αυτές επηρεάζουν το άτομο και το ωθούν στην νευρογενή ανορεξία.

ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ (ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ)

Αρκετές μελέτες τοποθετούν τη ρίζα της προβληματικής σχέσης των γυναικών με το σώμα τους με την «κουλτούρα της λεπτότητας», που περιλαμβάνει την εξιδανίκευση υπερβολικά αδύνατων γυναικείων σωμάτων, την πολιτισμική ταύτιση του αδύνατου σώματος με τη γυναικεία ομορφιά και με τη μεγάλη πληθώρα διαιτητικών τροφών και προϊόντων. Είναι δύσκολο να προσδιορίσουμε με ακρίβεια πότε άρχισε το αδύνατο γυναικείο σώμα να θεωρείται ως ιδανικό. Κάποιες έρευνες έχουν εστιαστεί στα μοντέλα που χρησιμοποιούνται στα κυριότερα γυναικεία περιοδικά και έχουν διαπιστώσει ότι υπήρχαν δύο περίοδοι που έπεσε σημαντικά το βάρος των μοντέλων (όπως μετριέται με τη σχέση ανάμεσα στην περιφέρεια των μηρών και της μέσης) : μια ανάμεσα στα 1909-1929 και πιο πρόσφατα από το 1949-1981. Η Brumberg προσδιορίζει έναν μεγάλο αριθμό πηγών κοινωνικής πίεσης προς τη δίαιτα: βιβλία, περιοδικά, η μόδα στα ρούχα, ταινίες και τηλεόραση με τη σύνδεση ανάμεσα στο αδύνατο σώμα, τη σεξουαλική ελκυστικότητα και την επαγγελματική και κοινωνική επιτυχία και την έμφαση στο αθλητικό σώμα και στη σωματική ευρωστία. Επίσης, το λεπτό γυναικείο σώμα συνδέεται, τόσο πραγματικά όσο και συμβολικά, με τη μείωση της γυναικείας αναπαραγωγικής λειτουργίας.

Έρευνες δείχνουν ότι οι περισσότερες σύγχρονες γυναίκες έχουν έμμονη ενασχόληση με το βάρος του σώματος τους. Για παράδειγμα μια έρευνα από το περιοδικό Glamour στις ΗΠΑ σε 33.000 γυναίκες στη δεκαετία του 1980 βρήκε ότι το 75% των γυναικών αισθανόταν ότι ήταν

υπέρβαρες, αν και το 25% θα θεωρούνταν υπέρβαρο. Τα μέρη του σώματος για τα οποία εξέφραζαν τη μεγαλύτερη δυσαρέσκεια ήταν οι μηροί, η λεκάνη και το στομάχι και οι περισσότερες απάντησαν ότι δεν περνάει κάποια μέρα που να μην σκεφτούν για το βάρος τους (σημείωση πόσο μοιάζει αυτό με τα συμπτώματα της Νευρικής Ανορεξίας).

Ο ρόλος των ΜΜΕ στις στάσεις γύρω από το φαγητό (η έρευνα στα νησιά Fiji): στις αρχές της δεκαετίας του 1990: το να είναι κανείς παχύς θεωρούνταν ότι σημαίνει είτε ότι κάποιος είναι δυνατός, γερός και ικανός να εργαστεί είτε ότι είναι καλός, ότι τον έχουν φροντίσει και ότι είναι γενναιόδωρος, και συνεπώς το παχύ γυναικείο σώμα θεωρούνταν προτιμότερο. Η δίαιτα ήταν κάτι το οποίο θεωρούνταν ως ένδειξη αυτοπαραμέλησης και προσβολή προς την κοινότητα. Κανένας δεν ήξερε κάποιον που να έχει κάποιου τύπου Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Στα τέλη της ίδιας δεκαετίας, και με την εισαγωγή της τηλεόρασης εντωμεταξύ, οι στάσεις απέναντι στο βάρος άλλαξαν σημαντικά και οι νεαρές γυναίκες παρουσίαζαν παρόμοιες διαστρεβλώσεις όσο αφορά τις στάσεις απέναντι στο φαγητό στο Eating Attitudes Test. Από την άλλη πλευρά, στον πολιτισμό μας το λίπος και το πάχος θεωρούνται σχεδόν θέματα ηθικής – ένα αμάρτημα. Γενικά τα χαρακτηριστικά που αποδίδονται στερεοτυπικά στους χοντρούς ανθρώπους είναι ηθικά μεμπτά, όπως π.χ. βλακεία, οκνηρία, αημελησία, έλλειψη θέλησης.

Το μοντέλο μιας μονοδιάστατης αιτιολογίας θεωρείται πολύ απλουστευτικό και έχουν προταθεί τρεις φεμινιστικές υποθέσεις γύρω από πολιτισμικά προσδιορισμένα νοήματα γύρω από το κοινωνικό φύλο, που αφορούν το μέγεθος και το σχήμα του γυναικείου σώματος, τις πρακτικές διατροφής και την ταυτότητα. Κάποιες ψυχοδυναμικά προσανατολισμένες φεμινίστριες εξέτασαν τα θέματα που εγείρονται για τις γυναίκες σε σχέση με το σχήμα και το βάρος του σώματος, τη δίαιτα, τη φροντίδα του εαυτού μέσα από την τροφή και με το ίδιο το φαγητό. Εξέτασαν επίσης την ισχυρά θετική σημασιότητα του αυτοελέγχου και της αυτοσυγκράτησης, που θεωρούνται βασικές αρετές. Εδώ το ελεγχόμενο σώμα συμβολίζει τον έλεγχο του νου επάνω στο κορμί και έτσι συνδέεται με την αίσθηση κάποιας εξουσίας. Το φαγητό συχνά αντιπροσωπεύεται σαν πειρασμός και έτσι το να «ενδώσει» κανείς στο να φάει μπορεί να πάρει διαστάσεις ηθικής διαφθοράς. Αυτού του τύπου οι ιδέες, οι λόγοι, διακρίνονται στο λόγο των ανορεκτικών γυναικών και χρησιμοποιούνται για να κατασκευάσουν τόσο την ταυτότητα τους ως γυναικών και τη σχέση τους με το σώμα.

Μια άλλη υπόθεση συνδέει τις δυσκολίες στην πρόσληψη τροφής με κοινωνικές διαδικασίες που οδηγούν στη λεγόμενη «αντικειμενοποίηση των γυναικών. Εδώ υποστηρίζεται ότι η σύγχρονη δυτική κουλτούρα είναι γεμάτη από σεξουαλοποιημένες απεικονίσεις των γυναικών, και ότι η «ματιά» που βλέπει τις εικόνες αυτές, πολύ συχνά τις αντικειμενοποιεί:

ξεχωρίζει δηλαδή κομμάτια του γυναικείου σώματος ή τη σεξουαλικότητα από το πρόσωπο και ορίζει τη γυναίκα μόνο σε σχέση με αυτή. Αυτό συμβαίνει τόσο στις καθημερινές διαπροσωπικές επαφές όσο και σε εικόνες στα ΜΜΕ. Τα κορίτσια και οι γυναίκες εσωτερικεύουν αυτή τη «ματιά της επιτήρησης» και υιοθετούν μια στάση αυτό-επιτήρησης και αξιολόγησης του εαυτού/σώματος τους, που οδηγεί σε συναισθήματα ντροπής, άγχους και κατάθλιψης, όπως και σε προσπάθειες να γίνουν όπως επιτάσσουν τα πολιτισμικά ιδανικά.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Ανορεξία είναι μια ψυχολογική διαταραχή που προκαλεί τους ανθρώπους που πάσχουν απ' αυτή να εγκαταλείψουν και να έχουν άρνηση για όλα τα τρόφιμα και τα γλυκά, βάζοντας ως ιδανικό και άκρως επιθυμητό στόχο μια πολύ λεπτή σιλουέτα. Για να το επιτύχουν αυτό πολλές φορές παραλείπουν σημαντικά γεύματα της ημέρας ή όταν υποκύπτουν σ' αυτά κάνουν εμετό για να τα αποβάλλει ο οργανισμός τους.

Αυτό βέβαια είναι ένα κοινό πρόβλημα όσων πάσχουσα από νευρική ανορεξία, είτε εφήβων είτε νέων. Το φαινόμενο αυτό έχει πάρει τραγικές διαστάσεις στις μέρες μας με όλο και περισσότερα κρούσματα αυτής της ασθένειας. Γεγονός είναι ότι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης έχουν παίξει σημαντικό ρόλο σε αυτές τις «τραγικές διαστάσεις». Η μουσική, οι ταινίες, οι διαφημίσεις και τα περιοδικά δείχνουν μόνο άτομα με πολύ λεπτό σώμα θεωρώντας τα ως τα μόνα ικανά για τη σωστή διεκπεραίωση οποιαδήποτε εργασίας που «εκτείνεται» στη δημοσιότητα.

Η τηλεόραση συνέχεια διαφημίζει βιβλία με «διάσημες» δίαιτες που υπόσχονται τάχιστα αποτελέσματα σε μικρό χρονικό διάστημα καθώς επίσης και χάπια αδυνατίσματος με εκπληκτικά αποτελέσματα μέχρι το καλοκαίρι!

Γυναικεία περιοδικά μόδας προβάλλουν ρούχα σε πολύ μικρές γυναικείες διαστάσεις θεωρώντας τα ως ιδανικά. Επίσης, προβάλλουν άρθρα για το πώς πρέπει να είναι η τέλεια γυναίκα στην εποχή μας δηλαδή πρέπει να έχει μια καλή καριέρα, έναν ευτυχισμένο γάμο, υγιή παιδιά, μια καλή και ενεργή κοινωνική ζωή και μια πολύ καλή εξωτερική, λεπτή (σχεδόν οστείνη!) εμφάνιση! Σαφώς όλα αυτά για μια γυναίκα είναι ένα βαρύ φορτίο...

Επίσης, κέντρα αδυνατίσματος διαφημίζονται σε τηλεόραση και ραδιόφωνο με άμεσα αποτελέσματα στην εμφάνιση κάθε ενδιαφερόμενου και σε τιμή πολύ προσιτή. Βεβαίως οι μαρτυρίες ατόμων

που είδαν άμεσο αποτέλεσμα στη σιλουέτα τους είναι ως επί το πλείστον γυναίκες. Οι γυναίκες φαίνονται ως τα μόνα που έχουν πρόβλημα αυξομείωσης βάρους και που πρέπει και επιβάλλεται να κάνουν κάτι για τη βελτίωση της γραμμής τους!

Τέλος, η νέα μόδα της εποχής φερμένη από το εξωτερικό είναι οι εκπομπές στην τηλεόραση με μοντέλα που διαγωνίζονται. Μοντέλα πολύ αδύνατα, ψηλά, χωρίς καμπύλες και με τις ιδανικές, στα μάτια των τηλεθεατών, αναλογίες. Πολλές φορές λοιπόν έχει διαπιστωθεί ότι η κριτική επιτροπή του διαγωνισμού «κόβει» κάποιες κοπέλες γιατί όπως λέγεται, έχουν κάποια παραπανίσια κιλά! Αυτό βέβαια ακούγεται απ' το κοινό τραγικό καθώς τα άτομα αυτά που διαγωνίζονται έχουν απίστευτα λεπτές αναλογίες και ο ορισμός της υγείας και της καλής σωματικής κατάστασης κάθε άλλο παρά να χάσουν κιλά τους επιτάσσει.

Όλα τα παραπάνω αναφέρθηκαν με σκοπό να φανεί η έμμεση μορφή ψυχολογικής καταπίεσης που ασκούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης στη σύγχρονη έφηβη και γυναίκα και που συχνά την ωθούν στην μονοφαγία ή πολλές φορές στην αφαγία που είναι σύμπτωμα της νευρικής ανορεξίας

«ΔΙΑΣΗΜΕΣ» ΔΙΑΙΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΒΑΛΛΟΥΝ ΤΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΜΟΔΑΣ

Οι πιο «διάσημες» δίαιτες που προβάλλουν τα γυναικεία περιοδικά θεωρώντας τες ως τις πιο αποτελεσματικές για απώλεια βάρους είναι οι εξής :

- i. Δίαιτα Atkins : Τα τελευταία χρόνια αυτή η δίαιτα γνωρίζει νέες δόξες. Είναι η πιο δημοφιλής δίαιτα των διασήμων. Αυτή η δίαιτα απαγορεύει «δια ροπάλου» τους επεξεργασμένους υδατάνθρακες που βρίσκονται σε γλυκά, ζυμαρικά, δημητριακά και πατάτες. Οι πρωτεΐνες αποτελούν το βασικό συστατικό του καθημερινού μενού. Θεωρείται, βάση αυτής της δίαιτας, ότι οι πρωτεϊνούχες τροφές ικανοποιούν καλύτερα το αίσθημα της πείνας. Παρόλο που αυτή η δίαιτα έχει πολλούς οπαδούς, οι πολέμιοι της ωστόσο τονίζουν ότι η λήψη μόνο πρωτεϊνών στερεί από τα κόκαλα ασβέστιο γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες για δημιουργία οστεοπόρωσης. Επίσης προκαλεί πονοκεφάλους, εκνευρισμό, πόνους σε μυς και αρθρώσεις. Επίσης, αυτή η δίαιτα είναι απαγορευτική σε όσους πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια.
- ii. Ομάδα αίματος... στη διατροφή σας : Πρόκειται για τη θεωρία ενός ομοιοπαθητικού γιατρού ο οποίος υποστηρίζει ότι η ομάδα αίματος έχει άμεση σχέση με την ευπάθεια ενός ατόμου σε

διάφορες αρρώστιες. Συνεπώς, εάν κάποιος γνωρίζει τον «τύπο» του αυτό είναι και το κλειδί της σωστής υγείας. Με άλλα λόγια, ανάλογα με τον τύπο αίματος κάθε ανθρώπου υπάρχουν τροφές που είναι «συμβατές» με τον οργανισμό του και άλλες πάλι που είναι ανταγωνιστικές ως προς αυτόν. Συνεπώς, κάθε οργανισμός έχει τροφές «κατάλληλες» γι' αυτόν και τροφές «ακατάλληλες» γι' αυτόν. Τα αρνητικά σχόλια που αναφέρονται σ' αυτήν τη δίαιτα είναι η ανισορροπία του διαιτολογίου που επιφέρεται σε κάθε άνθρωπο. Αυτό έχει πολλές φορές ως συνέπεια να υπάρξουν επικίνδυνες επιπτώσεις στον οργανισμό.

- iii. Δίαιτες express (εξπρές)-Τάχιστες : Γνωστές δίαιτες τέτοιου είδους είναι η δίαιτα της λαχανόσουπας ή του γκρέιπ φρουτ. Είναι δίαιτες χαμηλής θερμιδικής αξίας που υποβάλλουν τον ενδιαφερόμενο σχεδόν σε κατάσταση λιμοκτονίας! Κάποιες απ' τις αρνητικές συνέπειες που αναφέρονται είναι οι εξής : Οδηγεί σε εξάντληση του οργανισμού και σε συχνές ναυτίες. Το συγκεκριμένο μοντέλο δίαιτας, σύμφωνα με διαιτολόγους, μπορεί να επιβραδύνει το μεταβολισμό του σώματος και έτσι να γίνεται με μεγαλύτερη δυσκολία η καύση του λίπους απ' τον οργανισμό.

Όλες οι προαναφερθείσες δίαιτες υπόσχονται τάχιστα αποτελέσματα σε χρόνο ρεκόρ! Όμως όπως διαπιστώνεται, τα αρνητικά στοιχεία αυτών των διαιτών υπερτερούν ξεκάθαρα σε σχέση με τα αποτελέσματα που φέρνουν και που πολλές φορές έχουν αρνητικές συνέπειες στην ίδια την υγεία των ατόμων που την κάνουν. Έτσι λοιπόν διαπιστώνεται για άλλη μια φορά πως τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και συγκεκριμένα ο περιοδικός τύπος, επηρεάζουν αρνητικά τα γυναικεία πρότυπα ομορφιάς και τις γυναικείες διατροφικές συνήθειες και ωθούν άτομα σε μονοφαγία και δυστυχώς πολλές φορές σε αφαγία και κατά συνέπεια σε νευρική ανορεξία.

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Σ' αυτό το κεφάλαιο έγινε μια ιστορική αναδρομή στη σχέση μεταξύ μέσων μαζικής ενημέρωσης και της νευρογενούς ανορεξίας. Έπειτα, παρατέθηκαν οι τρόποι σύμφωνα με τους οποίους τα μέσα μαζικής ενημέρωσης επηρεάζουν άτομα και τα ωθούν στην αφαγία και κατά συνέπεια στην νευρογενή ανορεξία. Τέλος, αναφέρθηκαν οι πιο διάσημες δίαιτες με σκοπό να φανεί πως τα περιοδικά επηρεάζουν ένα άτομο όχι

απλά να αδυνατίσει αλλά να λιμοκτονήσει, να κάνει κακό στην υγεία του και τελικά να στραφεί στη ψυχογενή ανορεξία με ολέθριες συνέπειες, πολλές φορές, στον οργανισμό του!



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο : ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε αυτό το κεφάλαιο διαπραγματευόμαστε την πρόληψη της ψυχογενούς ανορεξίας και την διάγνωση της. Η πρόληψη της ψυχογενούς ανορεξίας χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες: την πρωτογενή πρόληψη, την δευτερογενή πρόληψη και την τριτογενή πρόληψη διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η εκούσια μείωση του σωματικού βάρους, η αμηνόρροια και ο αδικαιολόγητος φόβος πάχυνσης. Υπάρχει και διαφορεική διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας που γίνεται από σωματικές παθήσεις.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η πρόληψη αυτών των νοσημάτων είναι ένα πολύ σημαντικό θέμα προαγωγής της δημόσιας υγείας. Η συχνότητα μεταξύ των νέων είναι υψηλή και συνεχώς αυξάνεται, επηρεάζουν την σωματική και ψυχική υγεία νέων ανθρώπων και αποτελούν δύσκολα περιστατικά με μακροχρόνια πορεία και πολύ υψηλό κόστος αντιμετώπισης. Η αντιμετώπιση απαιτεί την ύπαρξη οργανωμένης μονάδας με ψυχίατρο, παιδίατρο, διαιτολόγο και κοινωνική λειτουργό.

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρωτογενής πρόληψη αποτελεί δύσκολη και πολύπλοκη υπόθεση όπως δύσκολα και πολύπλοκα είναι τα νοσήματα της ψυχογενούς ανορεξίας και των EDNOS (Eating Disorders Non Otherwise Specified) ή των μερικών συνδρόμων που δεν πληρούν πλήρως τα κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας.

Έχουν γίνει κάποιες προσπάθειες πρόληψης με ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Τα παιδιά που συμμετείχαν παρουσίασαν βελτίωση στο τρόπο που αντιμετωπίζουν τα μέσα ενημέρωσης, το πώς αντιλαμβάνονται το σώμα τους και τρόπους για να ελέγχουν το βάρος του σώματος τους.

Τα σχολεία μπορούν να αποτελέσουν τα μέσα για ενημέρωση, εκπαίδευση και μεταφορά των σωστών μηνυμάτων προς τα παιδιά αυτής της τόσο κρίσιμης ηλικίας.

Η Neumark-Sztainer είχε θετική επίδραση σε ένα πρόγραμμα πρόληψης διάρκειας 10 εβδομάδων. Τα παιδιά βοηθήθηκαν ώστε να αποφεύγουν ανθυγιεινούς τρόπους ελέγχου του βάρους σώματος τους και να αποφεύγουν την υπερφαγία.

Τα σχολεία μπορούν να χρησιμεύσουν για σφαιρικά προγράμματα πρόληψης διατροφικών διαταραχών, της παχυσαρκίας, της ανορεξίας, της βουλιμίας κ.α. Μπορεί να γίνει τόσο πρωτοπαθής όσο και δευτεροπαθής πρόληψη. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να ενισχύονται και να συμπληρώνονται από τα μέσα ενημέρωσης, τα έντυπα μέσα, κοινωνικές δραστηριότητες και προγράμματα που να απευθύνονται στο κοινωνικό σύνολο. Ένα τέτοιο πιλοτικό πρόγραμμα το "Free to be Me" εφάρμοσε σε κορίτσια εφηβικής ηλικίας η κα Neumark-Sztainer και είχε πολύ καλή απήχηση στα παιδιά, στους γονείς τους και στην κοινωνία σαν σύνολο.

Η πρωτογενής πρόληψη σε πολλά επίπεδα ατομικό, σχολικό, σε επίπεδο κοινότητας ή δήμου καθώς και σε κοινωνικό επίπεδο αποτελεί αναγκαιότητα για επιτυχία τέτοιων προγραμμάτων.

Η συμμετοχή των σχολείων, εκπαιδευτικών, ιατρών και ιατρικών υπηρεσιών, των μέσων ενημέρωσης, των αθλητικών συλλόγων, της εκκλησίας και άλλων οργανωμένων φορέων πρέπει να είναι ενεργός και να βοηθούν την όλη προσπάθεια.

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Σημαντικό ρόλο στην δευτερογενή πρόληψη (έγκαιρη διάγνωση της νόσου) για καλύτερη έκβαση αυτών των νοσημάτων και γενικότερα των διατροφικών διαταραχών αποτελεί η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ιατρών, διαιτολόγων και των υπηρεσιών υγείας σχετικά με την ψυχογενή ανορεξία, διατροφικές διαταραχές, βλαβερές δίαιτες και παχυσαρκία ώστε να ανιχνεύονται έγκαιρα τα ύποπτα περιστατικά.

ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η τριτογενής πρόληψη στην ψυχογενή ανορεξία έχει την ιδιαιτερότητα ότι περιλαμβάνει όχι μόνο τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες της διαταραχής, αλλά και τις μακροχρόνιες ιατρικές επιπλοκές της. Ο ανορεκτικός ασθενής που θα κατορθώσει να αντιμετωπίσει την διαταραχή κινδυνεύει

να βρεθεί μετά από αρκετά χρόνια διαδρομής στην ψυχογενή ανορεξία με μισοτελειωμένες σπουδές, χωρίς εργασία και με ελάχιστους μακρινούς φίλους. Επίσης, έχει να αντιμετωπίσει την οστεοπόρωση, την υπογονιμότητα, την χρόνια δυσκοιλιότητα και πιθανώς και άλλα ιατρικά προβλήματα που συνοδεύουν τους ανορεκτικούς ασθενείς και μετά την υποχώρηση της διαταραχής. Είναι συνεπώς σημαντικό να συνεχίζεται η ψυχολογική και ιατρική στήριξη του ασθενή και μετά την αποκατάσταση της διατροφής και του βάρους της, καθώς, ιδιαίτερα στις χρόνιες περιπτώσεις, η αποκατάσταση είναι μια μακριά διαδικασία που ξεκινάει μετά την ύφεση της ψυχογενούς ανορεξίας.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Το άτομο με ψυχογενή ανορεξία διστάζει συνήθως να παραδεχθεί πως έχει πρόβλημα. Συχνά ο γονιός ή κάποιος φίλος ανησυχεί και συμβουλεύεται ένα γιατρό. Ο γιατρός θα εξετάσει το άτομο για να εκτιμήσει το βαθμό απώλειας βάρους και να αποκλείσει άλλες καταστάσεις που προκαλούν αυτήν την απώλεια, όπως κάποια διαταραχή ή καρκίνος (American College of Physicians Ιατρική Στον 21ο Αιώνα).

Τα κυριότερα διαγνωστικά κριτήρια για να εκτιμήσεις εάν κάποιο άτομο πάσχει από ψυχογενή ανορεξία είναι:

- Εκούσια μείωση του σωματικού βάρους
- Αμηνόρροια
- Αδικοιολόγητος φόβος πάχυνσης και διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας σώματος

Η προσπάθεια συνεχούς μείωσης του σωματικού βάρους, ή ισχυροέφεση, είναι ένα από τα κεντρικότερα χαρακτηριστικά της ψυχογενούς ανορεξίας. Τα ενδιαφέροντα της ασθενούς σταδιακά περιορίζονται σε έναν και μοναδικό στόχο, που αποκτά κεφαλαιώδη αξία για τη ζωή της, την απώλεια βάρους μέσω του περιορισμού της πρόσληψης τροφής.

Αν και δεν υπάρχουν ενστάσεις ως προς το αν η ισχυροέφεση πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στα διαγνωστικά κριτήρια, έχουν διατυπωθεί αρκετοί προβληματισμοί σχετικά με τον καθορισμό ενός ορίου βάρους κάτω από το οποίο πρέπει να τίθεται η διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας. Δεν υπάρχουν μέχρι στιγμής δημοσιευμένες μελέτες που να υπολογίζουν κάτω από ποιο όριο του δείκτη μάζας σώματος ή κάτω από ποιο ποσοστό απώλειας του αρχικού βάρους η ασθενής κινδυνεύει να εμφανίσει ιατρικές επιπλοκές (Wilfley et al 2007). Το όριο του 85% του ιδανικού βάρους για την ηλικία και το φύλο είναι αυθαίρετο. Από μελέτες που έχουν γίνει φαίνεται ότι γυναίκες που εμφανίζουν μεν συμπτωματολογία

ψυχογενούς ανορεξίας, αλλά έχουν μεγαλύτερο βάρος από αυτό που καθορίζουν τα διαγνωστικά κριτήρια, δεν διαφέρουν στην ψυχοπαθολογία, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την απάντηση στην θεραπεία ή στην οστική πυκνότητα από ανορεκτικές ασθενείς με βάρος μικρότερο του 85% του ιδανικού (Watson & Andersen 2003).

Η αμηνόρροια συμπεριλήφθηκε στα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας κυρίως για ιστορικούς λόγους, καθώς αφενός αναφερόταν στις πρόδρομες περιγραφές της ψυχογενούς ανορεξίας και αφετέρου έως τα μέσα του 20ού αιώνα είχε κυριαρχήσει η υπόθεση ότι η πάθηση οφειλόταν σε κάποια πρωτογενή δυσλειτουργία του υποθαλάμου (Garfinkel 2002, Watson & Andersen 2003).

Το κριτήριο της αμηνόρροιας έχει δεχθεί την ισχυρότερη κριτική καθώς από μελέτες που έχουν γίνει φαίνεται ότι αμηνόρροια μπορεί να εμφανιστεί και με ελάχιστη απώλεια βάρους ή και αντίστροφα, να υπάρχει σημαντική απώλεια βάρους χωρίς να έχει διακοπεί η έμμηνο ρύση (Garfinkel 2002). Η μη ανεύρεση σημαντικών διαφορών μεταξύ ανορεκτικών γυναικών με αμηνόρροια και ανορεκτικών γυναικών που έχουν έμμηνο ρύση (Wilfley et al 2007) οδήγησε ορισμένους συγγραφείς να προτείνουν την κατάργηση του κριτηρίου της αμηνόρροιας (Andersen et al 2001).

Ο αδικαιολόγητος φόβος πάχυνσης και η διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας σώματος, αν και αποτελεί ένα από τα συχνότερα συμπτώματα στις ανορεκτικές ασθενείς, έχει δεχθεί την κριτική ότι εξαρτάται από πολιτισμικούς παράγοντες και ότι περιγράφει κυρίως ασθενείς που ζουν σε χώρες της Δύσης, όπου κυριαρχεί το ιδανικό της σωματικής ισχύτητας. Μελέτες που έχουν γίνει, για παράδειγμα, στην Κίνα έδειξαν ότι οι ανορεκτικές ασθενείς δεν ανέφεραν συχνά αδικαιολόγητο φόβο πάχυνσης (Lee et al 1993).

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η πρόληψη της ψυχογενούς ανορεξίας χωρίζεται σε τρεις φάσεις. Στην πρωτογενή πρόληψη στρεφόμαστε κυρίως στους πολιτισμικούς παράγοντες που προάγουν την εμφάνιση της διαταραχής. Παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται στο χώρο της μόδας και του αθλητισμού στοχεύουν στην μείωση της προβολής υποσιτισμένων ανθρώπων ως προτύπων επιτυχίας και αποδοχής αφού το πρότυπο που επικρατεί στις δυτικές κοινωνίες είναι η ισχύτητα. Η δευτερογενής πρόληψη έχει εστιαστεί κυρίως στις ομάδες υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση ψυχογενούς ανορεξίας, δηλαδή σε νέες γυναίκες, μαθήτριες ή φοιτήτριες και ειδικότερα σε αυτές που κάνουν δίαιτα ή ασκούνται εντατικά. Η

έγκαιρη ανίχνευση της ψυχογενούς ανορεξίας δεν οδηγεί και σε έγκαιρη έναρξη της θεραπείας γιατί πολλές φορές αρνείται η ασθενής να δεχτεί θεραπεία. Η τριτογενής πρόληψη εκτός από τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες της διαταραχής περιλαμβάνει και τις ιατρικές επιπλοκές. Η ασθενής έχει να αντιμετωπίσει την οστεοπόρωση ,την υπογονιμότητα, την δυσκοιλιότητα καθώς και άλλα ιατρικά προβλήματα ακόμα και μετά την υποχώρηση της διαταραχής.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο : ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ **ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ** **ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ** **ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗ** **ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα σημαντικό κεφάλαιο είναι η θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας και τα είδη της. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αποτελούν ένα δύσκολο θεραπευτικό εγχείρημα τόσο λόγω της σοβαρότητας της νόσου όσο και λόγω της άρνησης που συχνά συναντάται στους ασθενείς να αναγνωρίσουν και να παραδεχθούν την ύπαρξη του προβλήματος. Η άρνηση αυτή οδηγεί συχνά σε δυσχέρεια της συνεργασίας μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή και έχουμε καλύτερα αποτελέσματα αν η θεραπεία ξεκινήσει νωρίς, πριν η διαταραχή γίνει τρόπος ζωής.

Τα κυριότερα θεραπευτικά σχήματα είναι: η γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, η ψυχοθεραπεία τύπου Gestalt, η οικογενειακή ψυχοθεραπεία, η ενδονοσοκομειακή ψυχοθεραπεία, μια εναλλακτική μορφή ψυχοθεραπείας η Εικαστική θεραπεία και τέλος η ψυχοεκπαίδευση στην ψυχογενή ανορεξία.

ΕΙΔΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

ΓΝΩΣΙΑΚΗ- ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Με τη χρήση αυτής της μορφής ψυχοθεραπείας ο θεραπευτής στο πρώτο στάδιο θα συνεργαστεί με τον ασθενή για την ανεύρεση ενός γνωσιακά επίκαιρου μοντέλου της ασθένειας του που περιλαμβάνει την κατανόηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ των σκέψεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών. Θα γίνει μια ενημέρωση του ασθενή στις διαδικασίες της γνωσιακής- συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας και τη σημασία της προσωπικής εργασίας του ασθενή στα μεσοδιαστήματα των επισκέψεων. Η συμπεριφορά του ατόμου είναι μια απόκριση σε ένα σύνολο συναισθημάτων, που με τη σειρά του σχετίζεται σε υποκείμενες

αυτόματες και συχνά υποσυνείδητες σκέψεις. Η επεξεργασία των συναισθημάτων που βιώνει ο ασθενής, ως απόρροια της εργασίας του, των σχέσεων του, των επιδόσεων του, της υλοποίησης των στόχων του κ.τ.λ, θα βοηθήσει τελικά στην αποκωδικοποίηση τους. Όταν επέλθει η αναγνώριση αυτών των συναισθημάτων, το άτομο θα μπορεί πλέον να αντιδρά με συνείδηση και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στα ερεθίσματα, στις προκλήσεις και τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, απομακρύνοντας για παράδειγμα την υποτροπή ψυχογενούς ανορεξίας ως προσπάθεια αυτοεπιβεβαίωσης μετά από μια συναισθηματική αποτυχία.

Με αντίστοιχο τρόπο πρέπει να διερευνηθεί ο βαθμός στον οποίο δυσλειτουργικές σκέψεις και γνωσιακές παρερμηνείες παίζουν ρόλο στη συμπεριφορά του ατόμου. Είναι απαραίτητη η ανάληψη πρωτοβουλιών και δραστηριοτήτων από πλευράς ασθενή, ώστε να αποκτά υλικό το οποίο να επεξεργάζεται προκειμένου να εκπαιδευτεί στην αυτο-παρατήρηση των συναισθημάτων του και γενικότερα να εξοικειωθεί με τη λειτουργία του άξονα σκέψη-συναίσθημα-συμπεριφορά. Οι σχέσεις του ατόμου με το άλλο φύλο, με τον κοινωνικό περίγυρο, με την οικογένεια και τους φίλους πρέπει να αποτελέσουν επίσης αντικείμενο επεξεργασίας. Με την πάροδο του χρόνου ένα ευρύτερο μοντέλο θεώρησης του κόσμου μπορεί να κατασκευαστεί, που δεν θα περιλαμβάνει μόνο τις καθημερινές αυτοματοποιημένες σκέψεις που επηρεάζουν τη διάθεση και την συμπεριφορά, αλλά δομικά συστατικά της θεώρησης και ερμηνείας του περιβάλλοντος του ασθενή. Έτσι θα διαχειρίζεται με διαφορετικό τρόπο τις εμπειρίες και τα γεγονότα και θα μεταχειρίζεται διαφορετικές στρατηγικές και αντιρροπιστικούς μηχανισμούς όταν βιώνει δυσάρεστα γεγονότα, σπάζοντας τον φαύλο κύκλο μεταξύ δυσάρεστων συναισθημάτων και υποτροπών της διαταραχής

πρόσληψης τροφής από την οποία πάσχει. Άλλωστε, η επεξεργασία των δομικών στοιχείων της θεώρησης του ασθενή θα τον βοηθήσει να κατανοήσει ότι η ερμηνεία που δίνει στα διάφορα αντίξοα γεγονότα, δεν είναι ξένη προς την ιδέα που ο ίδιος έχει για τον εαυτό του. Αν δηλαδή έχει χαμηλή αυτοπεποίθηση, θα επικεντρώνεται σε εκείνα τα γεγονότα που θα καταδεικνύουν την αποτυχία του και θα επιβεβαιώνει τη χαμηλή γνώμη που έχει για τον εαυτό του.

Φυσικά οι αυτόματες σκέψεις και τα συναισθήματα θα εμφανίζονται και στην αλληλεπίδραση με το θεραπευτή(μεταβίβαση) και αποτελούν πολύτιμο μέσο και ευκαιρία για εξερεύνηση, επεξεργασία και βελτίωση των δυσλειτουργικών αυτομάτων σκέψεων. Η γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία αυξάνει τη συναίσθηση του ατόμου στην επίδραση που έχουν οι δομικές πεποιθήσεις του επί των γνωσιακών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών αποκρίσεων του στα διάφορα ερεθίσματα.

ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο θεραπευτής που θα ασκήσει διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, μπορεί να χωρίσει την προσπάθεια του σε τρία τμήματα. Στο πρώτο τμήμα θα ασχοληθεί με την λήψη πληροφοριών και την ψυχοεκπαίδευση του ασθενή πάνω στην διάγνωση και τη φαρμακευτική αγωγή. Θα επεξεργαστεί το αίσθημα του ασθενή όσον αφορά την αρρώστια του, θα προσεγγίσει το πρόβλημα με διαπροσωπικούς όρους και θα συμφωνήσει με τον ασθενή σε πιο διαπροσωπικό μοτίβο ή προς την επίτευξη ποιου στόχου θα κινηθεί η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη συναισθηματική αντίδραση του ατόμου στις ματαιώσεις, τις απορρίψεις και τους χωρισμούς, στις προσπάθειες ανάμιξης τρίτων στην ατομική του ζωή και τα αποτελέσματα τους.

Στο δεύτερο τμήμα, που αποτελεί και το κύριο τμήμα της θεραπείας, ο θεραπευτής θα ενθαρρύνει τον ασθενή στο να ασχοληθεί εντατικά με τον επιλεγμένο στόχο, θα αναλύσει το διαπροσωπικό πρόβλημα και θα αναζητήσει πιθανές λύσεις. Η χρήση του λόγου με ακρίβεια και η ανάληψη ρόλων έχουν μεγάλη σημασία. Είναι αναγκαίο να εξερευνηθεί και το κομμάτι που αφορά στη διαστροφή των ανθρωπίνων σχέσεων από την επιθυμία του ασθενή ή των τρίτων να εξυπηρετήσουν ίδιες ανάγκες τις οποίες προβάλλουν στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Η εμφάνιση συναισθημάτων οργής, θλίψης, απογοήτευσης πρέπει να αποδίδεται ως αποτέλεσμα διαπροσωπικής συναισθηματικής συναλλαγής. Η ενδεχόμενη παθητική στάση του ατόμου στις ενδεχόμενες αποτυχίες να αξιολογείται, όπως επίσης και οι αδυναμίες έκφρασης των συναισθημάτων οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα αφενός μεν την συσσώρευση

τους ,αφετέρου δε την πιθανή εκτόνωση τους σε συμπεριφορές που επιτείνουν την διαταραχή πρόσληψης τροφής. Η ανάληψη μια πιο ενεργητικής συμπεριφοράς από το άτομο μπορεί να επιτευχθεί, όταν εκπαιδευτεί στην έκφραση των αναγκών του, των φόβων, των συναισθημάτων του στους σημαντικούς “άλλους”. Απαραίτητη είναι φυσικά η αποκάλυψη της σύζευξης μεταξύ της παρουσίας επεισοδίων υποτροπής και αρνητικών συναισθημάτων που δημιουργούνται από την επαφή με τους άλλους και δε

διαχειρίζονται με το σωστό τρόπο όπως το άγχος, η απογοήτευση ,η θλίψη. Τα βήματα που χρειάζεται να γίνουν για την βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και την διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων πρέπει επίσης να αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας και αποτελούν το κυριότερο και πιο ουσιώδες κομμάτι της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης. Καλό είναι ερωτάται ανά διαστήματα ο ασθενής

τι αισθάνεται ότι άλλαξε στη ζωή του και τις σχέσεις του από την αρχή της θεραπείας. Αφενός αυτό αποτελεί μια διαρκή υπενθύμιση που δεν τον αφήνει να εφησυχάζει στα θέματα επεξεργασίας των διαπροσωπικών σχέσεων στη ζωή του και αφετέρου τον εμψυχώνει όταν γίνεται μάρτυρας των βελτιώσεων που έχει επιφέρει στη ζωή του, στην επίτευξη των στόχων κ.τ.λ.

Στο τρίτο τμήμα της θεραπείας πρέπει να γίνεται με αυξανόμενη συχνότητα αναφορά στο τέλος της και την μετέπειτα κατάσταση. Πρέπει να γίνει επεξεργασία τόσο του δυσάρεστου συναισθήματος του αποχωρισμού, όσο και η αναγνώριση της αξίας της θεραπείας στην επίτευξη των στόχων. Πρέπει να συζητηθεί υπό νέο πρίσμα η ανεξαρτησία του ατόμου στην μετέπειτα ζωή, να τονιστεί η ανάγκη για συνεχή εργασία στο διαπροσωπικό τομέα και να μελετηθούν τρόποι με τους οποίους το άτομο θα μπορούσε να αντιμετωπίσει πιθανή υποτροπή. Για την επίτευξη των

παραπάνω στόχων σημαντική είναι η επεξεργασία με τον άρρωστο του “γιατί” θεωρεί ότι βελτιώθηκε. Αποτελεί αφορμή για αξιολόγηση της όλης προσπάθειας και για τη συσχέτιση μεταξύ αιτίου και αιτιατού, ως απόρροια της αντιμετώπισης των δυσχερών καταστάσεων από τον άρρωστο και όχι ως κάτι προδιαγεγραμμένο. Αποτελεί επίσης ευκαιρία για την επεξεργασία και την ανασκόπηση των δυνατοτήτων του ατόμου στο χειρισμό δύσκολων καταστάσεων, τη βελτίωση της αυτοπεποίθησης, τη διαχείριση της αυτοδυναμίας και της ανεξαρτησίας του και την ικανότητα να συνεχίσει την ζωή του χωρίς θεραπεία.

ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ένας τρόπος εφαρμογής ψυχοδυναμικής θεραπείας από πλευράς ψυχοθεραπευτή σε κάποιον ασθενή με διαταραχή πρόσληψης τροφής θα μπορούσε να ξεκινήσει με έναν ανοιχτό διάλογο σχετικό με τον ασθενή και τα προβλήματα του. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να κατανοήσει ο ασθενής ότι η συγκεκριμένη θεραπεία μεταχειρίζεται την από κοινού εξερεύνηση των συναισθημάτων, των σκέψεων, των συμπεριφορών. Το δυσχερέστερο κομμάτι είναι φυσικά αυτό που αφορά φόβους, κίνητρα και επιθυμίες, τα οποία το άτομο μόνο εν μέρει μπορεί να συνειδητοποιήσει. Και αυτή η μορφή ψυχοθεραπείας επικεντρώνεται στο εδώ και τώρα, προκειμένου να καταστήσει σαφέστερο στο ασθενή τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και λειτουργεί.

Είναι σημαντική η παρέμβαση του θεραπευτή όταν το άτομο εξετάζει τα ζητήματα του επιφανειακά, ώστε με τον καιρό να εκπαιδευτεί ο ασθενής στο να αξιολογεί τη συμπεριφορά του όσο γίνεται

αντικειμενικότερα και με τη λιγότερη δυνατή εμπάθεια. Έτσι, μπορεί να ταχτοποιήσει και να μεταφράζει αποτελεσματικά τα συναισθήματα του δίχως να τα παρερμηνεύει, γεγονός που σχετιζόταν με υποτροπές στη διαταραχή του. Άλλωστε η απόκτηση αυτεπίγνωσης αφενός συντελεί στο να διαχειρίζεται καλύτερα το άτομο τα ελλείμματα του και αφετέρου να εκμεταλλεύεται

καλύτερα τις δεξιότητες του και έτσι να αυξάνεται η αυτοπεποίθηση. Μπορεί με αυτόν τον τρόπο να αντικατασταθεί στο πρότυπο του ασθενή το μέτρο της επιτυχίας, όταν συνδέεται π.χ με την κομψή εμφάνιση, από κάποιο κοινωνικό κριτήριο π.χ την εκτίμηση των φίλων. Επεκτείνοντας την επίγνωση των συναισθημάτων του και ενθαρρύνοντας την περιέργεια για τον εαυτό του, στο πλαίσιο μιας μη-κριτικής θεραπευτικής σχέσης, θα επέλθει καλύτερη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων και της εναισθησίας, όσον αφορά την εμφάνιση των τωρινών του προβλημάτων και

δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών. Το άτομο θα οδηγηθεί σε εναλλακτικούς και αποτελεσματικότερους τρόπους διαχείρισης του άγχους, της ανασφάλειας και των αρνητικών συναισθημάτων, οι οποίοι θα είναι αποσυνδεδεμένοι από την πρόσληψη φαγητού ή το διαρκή έλεγχο της αυτοεικόνας.

Η πορεία, αν υπάρχει, συνυπάρχουσας κατάθλιψης θα πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη, όπως επίσης και τα επίπεδα άγχους του ασθενή κατά την διάρκεια των επισκέψεων ,αλλά κυρίως στα μεσοδιαστήματα τους. Επίσης η θεραπεία θα φέρει στην επιφάνεια, αν υπάρχουν, συμπεριφορές αυτοτιμωρίας, συσσωρευμένη οργή, ανάγκη για αποδοχή και συμπαράσταση. Πρωταρχικής σημασίας στη διαχείριση φαινομένων μεταβίβασης αποτελεί η εκτίμηση του χρονικού παράγοντα, όπως επίσης και το τάκτ.

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΥΠΟΥ GESTALT

Ο θεραπευτής που εφαρμόζει την τεχνική Gestalt για την θεραπεία ασθενών με διαταραχή στην πρόσληψη τροφής, μπορεί να τους βοηθήσει στην καλύτερη επεξεργασία των συναισθημάτων τους, ώστε να τα αναγνωρίζουν με επιτυχία. Αυτό μπορεί να συμβεί μέσα από την χρήση του πρώτου ενικού προσώπου, όταν το άτομο εκφράζεται, ώστε να συναισθανθεί την ευθύνη του για τις σκέψεις, την συμπεριφορά, τα συναισθήματά του.

Ο θεραπευτής θα απαγορεύσει στον θεραπευόμενο τη χρήση λέξεων που αποδίδουν παράγοντες τις συμπεριφορές, τα συναισθήματα ή τις πράξεις του, καταδεικνύοντας την απόλυτη ευθύνη του για τις

ανεπάρκειες, τις αποτυχίες, τις ματαιώσεις στις οποίες υπόκειται. Στο ίδιο πλαίσιο κινείται και η αποφυγή της χρήσης τροποποιητικών και διστακτικών στοιχείων στο λόγο, όπως οι λέξεις «λιγάκι», «υποθέτω», «ίσως», «κάπως έτσι», «ενδεχομένως», ώστε το άτομο να βοηθηθεί να αναγνωρίσει, να βιώσει και να εκφράσει τα συναισθήματα του, αποκτώντας επίγνωση και αυτογνωσία. Ταυτόχρονα πραγματοποιείται το πρώτο βήμα για την βελτίωση των σχέσεων με το περιβάλλον του (εργασιακό, η σχέση με μια δεσποτική μητέρα ή γενικά διαπροσωπικό κ.α.), τη μείωση του άγχους και την ταυτοποίηση και διαχωρισμό μεταξύ των συναισθημάτων.

Το ίδιο αποτέλεσμα μπορεί να τονιστεί με την χρήση ενεργητικής αντί για παθητικής φωνής. Έτσι, οι θεραπευόμενοι αναλαμβάνουν την ευθύνη για την συμπεριφορά τους και προάγεται η λήψη πρωτοβουλιών. Αν επιτραπεί η χρήση της παθητικής φωνής, συντηρείται στα άτομα η αίσθηση ότι τους ελέγχουν ή ότι τους χειρίζονται ή ότι άλλοι φέρουν την ευθύνη για την συμπεριφορά τους και την κατάσταση τους. Επίσης με το ίδιο σκεπτικό αντικαθίστανται τα ρήματα «πρέπει», «δεν μπορώ», «οφείλω», «χρειάζεται» με φράσεις όπως «επιλέγω να», «θεωρώ ότι χρειάζεται», «διαλέγω να μην» κ.τ.λ. Τα άτομα έτσι έρχονται αντιμέτωπα με τις επιλογές που έχουν κάνει στην ζωή τους, αλλά και τους δίνεται η δυνατότητα να απωθήσουν τις ενδοβολές που έχουν σωρεύσει. Τα πρότυπα της κοινωνίας, οι κανόνες συμπεριφοράς σταθμίζονται, επαναξιολογούνται και οι πράξεις των ασθενών τελικά καθορίζονται από την σκέψη και την επιθυμία τους και όχι από εντυπωμένες συμβουλές, κανόνες ή πρότυπα από άλλους ανθρώπους. Για παράδειγμα, αυτό είναι ιδιαίτερα εποικοδομητικό στην περίπτωση της νευρογενούς ανορεξίας, όπου το άτομο έχει εντυπώσει ένα λανθασμένο τρόπο συμπεριφοράς ο οποίος βασίζεται πάνω σε ένα αλλοιωμένο πρότυπο περί ομορφιάς ή αντίληψης του μέτρου της επιτυχίας ή ακόμα και του τρόπου επανάστασης απέναντι σε μια δεσποτική μητέρα. Άλλωστε, η αντικατάσταση του «θέλω» από το «επιλέγω να» δίνει την δυνατότητα της επιλογής στο άτομο και καταδεικνύει ότι πολλές επιλογές είναι θέμα προτιμήσεων και όχι άμεσης, επιτακτικής ανάγκης.

Επίσης ο θεραπευτής θα πρέπει να φροντίζει να καθοδηγεί τον θεραπευόμενο, ώστε να διατυπώνει με ακρίβεια τις επιθυμίες, τους προβληματισμούς, τα συναισθήματα του, αφού κάτι τέτοιο συμβάλλει στην ορθότερη αποκωδικοποίηση τους. Με τον ίδιο τρόπο θα πρέπει και να χειρίζεται τις απαιτήσεις του, θέτοντας συγκεκριμένα αιτήματα στα άτομα του περιβάλλοντος του, αλλά και στον ίδιο τον θεραπευτή. Θεωρείται αυτονόητο ότι και εδώ ο ψυχοθεραπευτής, όπως και σε όλες τις μορφές ψυχοθεραπείας, δεν διατυπώνει τις ερωτήσεις με τέτοιο τρόπο, αλλά είναι πάντα σε εγρήγορση ώστε ο ασθενής να μην μπαίνει στην διαδικασία εκλογίκευσης των τρόπων συμπεριφοράς του. Η

επεξεργασία των ψυχικών διεργασιών στον ασθενή απεικονίζεται – προσαρμόζεται στο «εδώ και τώρα».

Είναι φυσικά πολύτιμη η επεξεργασία και των στοιχείων που μπορεί να αντλήσει ο θεραπευτής από την εξωλεκτική παρουσία – επικοινωνία του ασθενή. Το κράτημα της αναπνοής, το σφίξιμο των γροθιών, η στάση του σώματος, η ψυχοσωματική γλώσσα πρέπει να παρατηρούνται και να γίνονται αντικείμενο επεξεργασίας από την ομάδα θεραπευτή – θεραπευόμενου. Η εντόπιση άλλωστε πολλών συναισθημάτων μπορεί να συνδέεται με συγκεκριμένα μέρη του σώματος (π.χ. το σφίξιμο στον λαιμό με άγχος, το βάρος στο στήθος με στεναχώρια), οπότε η εξοικείωση μαζί τους μπορεί να συντελέσει στην καλύτερη ταυτοποίηση και επίγνωση των συναισθημάτων από τον ασθενή.

Το ψυχόδραμα μπορεί να ενισχύσει τη δυνατότητα του ασθενή να εξερευνήσει τα συναισθήματα του στις διάφορες περιστάσεις, αφού πρακτικά ζει μια κατάσταση και δεν αρκείται στο να την επεξεργαστεί λεκτικά.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία εφαρμόζεται συχνότερα όταν ο ασθενής με διαταραχή πρόσληψης τροφής είναι μικρότερης ηλικίας ή ζει με τους γονείς του. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία μπορεί να χρησιμεύσει στη συλλογή πληροφοριών για τη νόσο και στον καθορισμό του αντίκτυπου της στην οικογένεια. Μπορεί επίσης να βοηθήσει τα άτομα να ξεπεράσουν τα ενοχικά τους αισθήματα και να βελτιώσει τις επικοινωνιακές δεξιότητες και τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια. Είναι επίσης δυνατός ο σχεδιασμός στρατηγικών για την αντιμετώπιση του προβλήματος από κοινού. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται σε συνδυασμό με κάποια άλλη μορφή ατομικής ψυχοθεραπείας.

ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η ενδονοσοκομειακή θεραπεία ήταν ιδιαίτερα διαδεδομένη ως μέθοδος θεραπείας της ψυχογενούς ανορεξίας κατά την διάρκεια της δεκαετίας του '70 και του '80. Η βελτίωση όμως των γνώσεων μας για την ψυχογενή ανορεξία, σε συνδυασμό με την αύξηση της αποτελεσματικότητας της εξωνοσοκομειακής θεραπείας, οδήγησαν σε

μείωση της ανάγκης για νοσηλεία. Επίσης, η προσπάθεια για περικοπή των εξόδων για την υγεία σε ορισμένες χώρες της Δυτικής Ευρώπης και στις ΗΠΑ οδήγησε σε μείωση του μέσου χρόνου νοσηλείας, γεγονός που είχε αρνητικές συνέπειες στην αποτελεσματικότητα της ενδονοσοκομειακής θεραπείας. Είναι ενδιαφέρον ότι σε μελέτη που έγινε σε πολιτεία των ΗΠΑ βρέθηκε ότι η διάρκεια της νοσηλείας εφήβων για διαταραχή πρόσληψης τροφής δεν εξαρτιόταν από παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία ή η φυλή, αλλά από την ασφαλιστική κατάσταση της ασθενούς (Robergeau et al 2006). Με τα σημερινά δεδομένα, η ενδονοσοκομειακή θεραπεία είναι ο προτεινόμενος τρόπος αντιμετώπισης της ψυχογενούς ανορεξίας μόνο όταν η εξωνοσοκομειακή θεραπεία για διάφορους λόγους δεν μπορεί να γίνει ή έχει δοκιμαστεί και έχει αποτύχει.

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία έχει δημιουργήσει μια σειρά από κριτήρια που καθορίζουν το πότε χρειάζεται να νοσηλευτεί ένας ανορεκτικός ασθενής. Τα κριτήρια έχουν δημιουργηθεί με βάση τη συλλογιστική ότι η νοσηλεία θα πρέπει να αποτελεί την τελευταία επιλογή του κλινικού. Στην κλινική πράξη όμως πέρα από τα κριτήρια, ο ειδικός σε συνεργασία με τον ανορεκτικό ασθενή καλείται να αξιολογήσει την αναγκαιότητα ή μη της ενδονοσοκομειακής θεραπείας. Συνήθως, αυτό γίνεται λαμβάνοντας υπόψη τρεις παραμέτρους στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας (Vandereycken 2003). Η πρώτη παράμετρος αναφέρεται στη διαχείριση επειγουσών συνθηκών, που συνήθως αφορούν είτε στην επιβάρυνση των σωματικών λειτουργιών είτε σε έντονη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά της ασθενούς. Η δεύτερη παράμετρος αφορά στην ανάγκη εντατικότερης θεραπείας λόγω αποτυχίας της εξωνοσοκομειακής αγωγής ή πολλαπλών ψυχιατρικών προβλημάτων, όπως είναι η νοσηρότητα με κατάθλιψη ή η χρονιότητα της ψυχογενούς ανορεξίας. Η τρίτη παράμετρος αφορά στις συνθήκες της ζωής της ασθενούς και συγκεκριμένα στην ακραία κοινωνική απομόνωση και στην αφόρητη οικογενειακή κατάσταση. Η πρόταση για νοσηλεία δεν θα πρέπει σε καμιά περίπτωση να αποτελεί μια «Δαμόκλειο σπάθη» πάνω από το κεφάλι της ασθενούς. Μια τέτοια προοπτική συνήθως προκαλεί έντονο άγχος και είναι γνωστό ότι η ανορεκτική ασθενής είναι πιθανό να αντιμετωπίσει το άγχος της με τον τρόπο που γνωρίζει, δηλαδή περιορίζοντας ακόμα περισσότερο την πρόσληψη τροφής.

Το πρώτο ερώτημα που τίθεται αναφορικά με την ενδονοσοκομειακή θεραπεία αφορά στο καταλληλότερο πλαίσιο για την υλοποίηση της. Παρόλο που δεν έχει αποδειχθεί πλήρως ότι οι εξειδικευμένες μονάδες για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι περισσότερο αποτελεσματικές από τα γενικά ψυχιατρικά τμήματα, οι απόψεις των ειδικών συγκλίνουν ότι για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της

ψυχογενούς ανορεξίας απαιτείται εκπαιδευμένο προσωπικό και ειδικό πρόγραμμα νοσηλείας (Vandereycken 2003).

Τα περισσότερα ενδοноσοκομειακά προγράμματα για την ψυχογενή ανορεξία ακολουθούν μια παρόμοια φιλοσοφία, που έχει επηρεαστεί από τα πρώτα συμπεριφορικού τύπου προγράμματα της δεκαετίας του 1980. Η ασθενής απομονώνεται από το κοινωνικό περιβάλλον και μένει στο νοσοκομείο χωρίς να επικοινωνεί αρχικά με την οικογένεια και τους φίλους της. Το διαιτολόγιο της καθορίζεται αποκλειστικά από τους θεραπευτές. Η ενδοноσοκομειακή θεραπεία στη δεκαετία του 1980 ήταν αρκετά αυστηρή, με πλήρη στέρηση αρχικά της δυνατότητας της ασθενούς για οποιαδήποτε μορφή επικοινωνίας με το εξωτερικό περιβάλλον και παραμονή της για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας στο κρεβάτι. Η αύξηση του βάρους και η αλλαγή στην διατροφική συμπεριφορά «αμειβόταν» με αύξηση των προνομίων, όπως π.χ μια βόλτα ή δυνατότητα για επισκεπτήριο. Τα πρώτα αυτά προγράμματα κατηγορήθηκαν ως ιδιαίτερα αυστηρά και αυταρχικά (Vandereycken 2003). Σταδιακά άρχισαν να αντικαθίστανται από περισσότερο ευέλικτα και ελαστικά θεραπευτικά προγράμματα που μετά από κάποιες μελέτες έδειξαν ότι έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα με τα αυστηρά προγράμματα (Vandereycken 1989, Dalle Grave et al 1993).

Η αξιολόγηση της πορείας της θεραπείας σχεδόν αποκλειστικά από την αύξηση του σωματικού βάρους της ασθενούς, δεν γίνεται μόνο για ιατρικούς λόγους αλλά γιατί η μεταβολή του βάρους αποτελεί έναν ιδιαίτερα ευαίσθητο δείκτη της αλλαγής της ανορεκτικής ψυχοπαθολογίας (Vandereycken 2003). Έχει βρεθεί ότι ασθενείς που το βάρος τους κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους παρουσίαζε πολλές διακυμάνσεις, είχαν χειρότερη μετανοσοκομειακή πορεία από ασθενείς με περισσότερο γραμμική αύξηση του βάρους τους (Lay et al 2000). Οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι το βάρος αυξάνει παράλληλα με την ψυχολογική αλλαγή στην ασθενή και την εγκατάλειψη της ανορεκτικής στάσης. Αυτός είναι ένας από τους λόγους που συστήνεται ο ρυθμός αύξησης του βάρους να μην υπερβαίνει το 1kg την εβδομάδα (Woodside 2002, Fennig et al 2002).

Εκτός όμως από την επανασίτιση και την αντιμετώπιση των ιατρικών επιπλοκών της ψυχογενούς ανορεξίας, τα ενδοноσοκομειακά προγράμματα στοχεύουν επίσης στην αντιμετώπιση της ψυχιατρικής νοσηρότητας, στη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής της ασθενούς, στη στήριξη της οικογένειας, καθώς και στην παροχή εντατικής ψυχοθεραπευτικής βοήθειας (Andersen et al 1997). Ο τύπος της ψυχοθεραπείας συνήθως ποικίλλει ανάλογα με το πρόγραμμα και το αν αυτό απευθύνεται σε ενήλικους ή έφηβους ασθενείς.

Το τελευταίο στάδιο της ενδοноσοκομειακής θεραπείας περιλαμβάνει τη σταδιακή επανένταξη της ανορεκτικής ασθενούς στο κοινωνικό της

περιβάλλον. Η αποκατάσταση του βάρους, από μόνη της, δεν εξασφαλίζει ότι μετά την έξοδο του ατόμου από το νοσοκομείο δεν θα υπάρξει υποτροπή της ψυχοπαθολογίας και ανάγκη επανεισαγωγής του (Vandereycken 2003). Η αποφυγή μιας πιθανής επιδείνωσης της συμπτωματολογίας μετά το εξιτήριο διασφαλίζεται καλύτερα όταν δίνεται στην ασθενή η ευκαιρία, μετά την αποκατάσταση του βάρους-στόχου, να δοκιμάσει τις νεοαποκτηθείσες δεξιότητες της μένοντας για μεγάλο χρονικό διάστημα της ημέρας εκτός νοσοκομείου, ώστε να έχει τη δυνατότητα να φάει σε εξωτερικό χώρο, να έρθει σε επαφή με τους οικείους της και τέλος, να διανυκτερεύσει για ένα ή περισσότερα Σαββατοκύριακα σπίτι της. Παράλληλα με την σταδιακή απομάκρυνση από το νοσοκομείο, η ασθενής και η οικογένεια της εξακολουθούν να έχουν ψυχοθεραπευτική βοήθεια, η οποία συστήνεται να συνεχιστεί τουλάχιστον για ένα έτος μετά το εξιτήριο.

Από τη δεκαετία του 1980 έως σήμερα η συνήθης διάρκεια της νοσηλείας για την ψυχογενή ανορεξία μειώθηκε από περίπου 6 μήνες σε 1 μήνα (Wiseman et al 2001, Castro-Fornieles et al 2007). Αυτό συνέβη κατεξοχήν στις χώρες όπου εφαρμόζεται το μοντέλο διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας. Το εντυπωσιακό είναι ότι αυξήθηκε ο αριθμός των επανεισαγωγών, ποσοστό που φτάνει το 30%, αριθμός που δείχνει ότι η βραχείας διάρκειας νοσηλείες δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές για την ψυχογενή ανορεξία (Wiseman et al 2001). Αν και η τάση είναι η μείωση του χρόνου νοσηλείας, αυτό δεν θα πρέπει να γίνεται σε βάρος της υγείας της ασθενούς. Έχει βρεθεί ότι αν οι ανορεκτικοί ασθενείς εξέλθουν από το νοσοκομείο ενώ είναι ακόμα ελλιποβαρείς, παρουσιάζουν περισσότερα ανορεκτικά συμπτώματα και υπάρχει πιθανότητα να επανανοσηλευθούν (Baran et al 1995).

Η νοσηλεία σε ιδανικές συνθήκες, θα πρέπει να διαρκεί μέχρι την αποκατάσταση του βάρους στα κατώτερα φυσιολογικά επίπεδα. Μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς, που το βάρος τους κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ψυχογενούς ανορεξίας είχε φθάσει σε πολύ χαμηλό επίπεδο, θα χρειαστούν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα νοσηλείας μέχρι την αποκατάσταση της διατροφής και του σωματικού βάρους (Nozoe et al 1995).

Το σημαντικότερο θέμα για τη χρησιμότητα και την αποτελεσματικότητα της ενδονοσοκομειακής θεραπείας είναι η διατήρηση του καλού αποτελέσματος και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Στη διατήρηση του καλού αποτελέσματος φαίνεται να συμβάλλει σημαντικά το βάρος που έχει η ασθενής κατά την έξοδο της από το νοσοκομείο. Η αποκατάσταση του βάρους της ασθενούς εντός του νοσοκομείου φαίνεται να μειώνει σημαντικά την πιθανότητα μείωσης του σωματικού της βάρους μέσα σε ένα έτος από το εξιτήριο της (Lock & Litt 2003). Παράγοντες που έχει βρεθεί ότι αυξάνουν την πιθανότητα

υποτροπής και επανεισαγωγής είναι η διάρκεια νόσου >6 έτη, η ύπαρξη αμηνόρροιας για χρονικό διάστημα >2,5 έτη, ο πολύ χαμηλός δείκτης μάζας σώματος κατά την εισαγωγή της ασθενούς και, τέλος, η απουσία ισχυρού κινήτρου για αλλαγή κατά την έξοδο από το νοσοκομείο (Howard et al 1999, Castro-Fornieles et al 2007).

ΕΙΚΑΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΜΟΡΦΗ)

Η τέχνη ως θεραπευτική διαδικασία του σωματικού και του ψυχικού πόνου χρησιμοποιήθηκε ακόμη και από τις πρωτόγονες φυλές. Η γένεση του όρου «εικαστική θεραπεία» έκανε την εμφάνιση της το 1942 από τον Adrian Hill (Hogan 2001). Η χρήση της εικαστικής θεραπείας έχει αρχίσει ήδη από τα τέλη του 18ου αιώνα.

Ο ορισμός της εικαστικής θεραπείας, σύμφωνα με τον Αμερικανικό Σύλλογο Εικαστικής Θεραπείας, είναι ο εξής: «Η εικαστική θεραπεία είναι ένα επάγγελμα στην υπηρεσία του ανθρώπου, το οποίο χρησιμοποιεί εικαστικά υλικά, νοερές εικόνες, τη δημιουργική διαδικασία και την απάντηση του πελάτη/θεραπευόμενου στο δημιουργημένο προϊόν ως αντανάκλαση της προσωπικής ανάπτυξης, της ικανότητας, της προσωπικότητας, των ενδιαφερόντων, των ανησυχιών και των συγκρούσεων».

Από τον ορισμό γίνεται αντιληπτό το γεγονός ότι η θεραπευτική διαδικασία της εικαστικής θεραπείας είναι ένα ταξίδι στον εαυτό, όπως άλλωστε και κάθε θεραπευτική διαδικασία, με τη χρήση των εικαστικών υλικών, που θα δώσουν στο εδώ και τώρα μορφή, χρώμα και φόρμα στην εσωτερική πραγματικότητα του καλλιτέχνη-ασθενούς.

Η χρήση της εικαστικής θεραπείας είναι μια εναλλακτική τεχνική, η οποία μπορεί να παρακάμψει την αντίσταση στη θεραπεία λόγω των κατά πλειοψηφία καλλιεργημένων και μορφωμένων ανορεκτικών ασθενών, αλλά ταυτόχρονα μπορεί να πάρει μια πιο κατάλληλη μορφή επικοινωνίας με την προλεκτική-ψυχική- περιοχή, στην οποία έχουν τις ρίζες τους τα προβλήματα των ασθενών. Ο Pickford (1967) υποστηρίζει ότι, μέσω της τέχνης, ο ασθενής μπορεί να βοηθηθεί «να αντιληφθεί στην πραγματικότητα συμβολικά τις ασυνείδητες φαντασιώσεις του και να τις μεταφέρει στη θέα και στον έλεγχο του Εγώ του». Η τέχνη μπορεί εν δυνάμει να επιτρέψει στον ασθενή να εκφράσει αυτό το οποίο αδυνατεί να περιγράψει με τα λόγια.

Μέσα από την δημιουργική δραστηριοποίηση που γίνεται στην εικαστική διαδικασία παρέχεται η δυνατότητα στον ασθενή να διαφοροποιηθεί από το υποκείμενο και η ευελιξία του Εγώ να σχετιστεί με τα γνωστά και άγνωστα κομμάτια του εαυτού (Milner 1990). Με τους

ανορεκτικούς ασθενείς αυτό δεν είναι εύκολο, καθώς το αίσθημα εμπιστοσύνης, ολοκληρωμένης και διαχωρισμένης αίσθησης εαυτού και ανάπτυξης συμβολισμού πολλές φορές δεν υπάρχει ή είναι ελλιπώς αναπτυγμένο.

Η ανάπτυξη της αίσθησης εαυτού είναι μια δυναμική διαδικασία, κατά την οποία κυρίως η μητέρα βιώνεται ως διαφορετική και ξεχωριστή από τον εαυτό. Οι ανορεκτικές ασθενείς δεν έχουν καταφέρει να αναπτύξουν ξεχωριστή αίσθηση εαυτού και όρια εαυτού, με συνέπεια την ύπαρξη ενός σωματικού αισθήματος ότι κάτι λείπει από μέσα ή το αίσθημα κενού και μιας ανάγκης «γεμίσματος του» με εξαρτητικές σχέσεις, ουσίες ή φαγητό (Rabin 2003). Οι ασθενείς με διαταραχή πρόσληψης τροφής, στην αγωνιώδη προσπάθεια τους να γεμίσουν τα εσωτερικά κενά, δημιουργούν μια «μπάρα» προστασίας ως αντιστάθμισμα της αποτυχίας τους να δημιουργήσουν όρια στο Εγώ τους.

Η εικαστική θεραπεία δίνει τη δυνατότητα στους ασθενείς να εκφράσουν και να αποτυπώσουν πλευρές του εαυτού τους ίσως και άγνωστες σε αυτούς και στη συνέχεια, με την ενσυναισθητική κατανόηση του θεραπευτή, να αναδομήσουν την εικόνα εαυτού και των ορίων του. Η γραφική επιφάνεια από μόνη της θέτει όριο στον ασθενή και του δημιουργεί το αίσθημα ασφάλειας. Τα εικαστικά υλικά που βρίσκονται έξω στον πάγκο διαφοροποιούν το έξω από το μέσα και συμβολοποιούν την έννοια αυτή που οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία δεν έχουν αναπτύξει, με αποτέλεσμα να βιώνουν το τρομερό συναίσθημα ότι θα εξαφανιστούν αν αφήσουν πράγματα ή πρόσωπα ή συναισθήματα να «εισβάλλουν» μέσα τους.

Σε βαριές περιπτώσεις, η αίσθηση εαυτού είναι τελείως διασπασμένη λόγω της μη φυσιολογικής ανάπτυξης του εαυτού και των σωματικών του ορίων. Ανάπτυξη ορίων σημαίνει οριοθέτηση, δομή και συγκράτηση του εαυτού, μια κατάσταση δηλαδή που οδηγεί στη διαφοροποίηση και τη γνώση τι είναι και τι δεν είναι εαυτός.

Ένα άλλο σημαντικό θέμα που οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία απεικονίζουν συχνά στα σχέδια τους είναι το αίσθημα της αμφιθυμίας τους. Η αμφιθυμία παρουσιάζεται με αξιολόγηση του έργου των ασθενών ως πολύ καλού ή πολύ κακού, με έντονους διαχωρισμούς εντός του ίδιου έργου, με τη χρήση σκληρών υλικών ή ακόμα και με τη χρήση μαύρου και άσπρου χρώματος.

Είναι σημαντικό για τον θεραπευτή να μπορέσει να αντέξει στις συνεδρίες τα αμφιθυμικά και επιθετικά συναισθήματα του ανορεκτικού ασθενούς, ώστε αυτός να μην αισθανθεί τη θεραπευτική σχέση να ακυρώνεται από τη δική τους «παντοδυναμία» ούτε όμως ότι εγκαταλείπεται από το θεραπευτή. Σίγουρα υπάρχουν καταστροφικά κομμάτια του ασθενούς που αρνούνται τη συνεργασία, αλλά ο θεραπευτής είναι εκεί για να τον βοηθήσει να βηματίσει αργά προς τη

συναισθηματική ανάπτυξη, χρησιμοποιώντας τεχνικές ενθάρρυνσης προς την ευχαρίστηση και τον αυθορμητισμό.

ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η ψυχοεκπαίδευση έχει ως στόχο την παροχή πληροφοριών που αφορούν στις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Η συλλογιστική της ψυχοεκπαίδευσης είναι ότι υπάρχουν πολλές παρανοήσεις ή λάθος πληροφόρηση για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής και ότι η παροχή των απαραίτητων ιατρικών δεδομένων με κατανοητό τρόπο θα βοηθήσει τον ασθενή να τροποποιήσει τις διατροφικές συμπεριφορές του. Η ψυχοεκπαίδευση στις διαταραχές πρόσληψης τροφής απευθύνεται στις ασθενείς, στις οικογένειες τους, καθώς και σε υγιή άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί αναπόσπαστο συστατικό της θεραπευτικής διαδικασίας και ιδιαίτερα στη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία έχει σταδιακά ενσωματωθεί πλήρως στη δομή του θεραπευτικού μοντέλου για την ψυχογενή ανορεξία (Wilson & Fairburn 1993, Garner 1997). Η χρήση της ψυχοεκπαίδευσης στην ατομική ψυχοθεραπεία στηρίζεται σε δύο υποθέσεις. Η πρώτη υπόθεση είναι ότι η παροχή πληροφοριών πάνω σε θέματα που αφορούν στην ανορεκτική συμπτωματολογία θα βοηθήσει τον ασθενή να αντιληφθεί τις εσφαλμένες πεποιθήσεις του και αυτό, με τη σειρά του, θα αυξήσει την κινητοποίηση του για αλλαγή. Η δεύτερη είναι ότι η μεταφορά αυτών των πληροφοριών από τον θεραπευτή μεταφέρει ταυτόχρονα και το μήνυμα ότι ο θεραπευόμενος, σύμφωνα και με την αρχή του συνεργατικού εμπειρισμού της γνωσιακής ψυχοθεραπείας, είναι ένας ισότιμος συνεργάτης και συνεπώς έχει σημαντικό μέρος της ευθύνης της θεραπείας (Garner 1997). Η ψυχοεκπαίδευση του ανορεκτικού ασθενή συνήθως καλύπτει τους εξής τομείς: την πολυπαραγοντική φύση της ψυχογενούς ανορεξίας, το πολιτισμικό της υπόβαθρο, την θεωρία του σημείου ισορροπίας του σωματικού βάρους, τις επιδράσεις του υποσιτισμού στη συμπεριφορά, την αποκατάσταση των διατροφικών συνηθειών, την χρήση καθαρτικών-προκλητών εμετών και διουρητικών για έλεγχο του σωματικού βάρους, το φυσιολογικό βάρος, τις ιατρικές επιπλοκές, και τις τεχνικές πρόληψης των υποτροπών.

Πολλές φορές ο ασθενής έχει διαμορφώσει την άποψη ότι για την εμφάνιση της πάθησης του ευθύνεται μόνο ένας συγκεκριμένος παράγοντας, όπως για παράδειγμα η οικογενειακή κατάσταση ή η ερωτική σχέση του. Είναι σημαντικό για τη θεραπεία του να αντιληφθεί ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι μια ψυχική πάθηση που η αιτιολογία της είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη. Στο πλαίσιο της ψυχοεκπαίδευσης συζητούνται ορισμένοι παράγοντες.

Επίσης συζητείται η αξία που αποδίδει ο δυτικός πολιτισμός στο σχήμα και το βάρος του σώματος ως ένδειξη της αξίας της γυναίκας, καθώς και η δυναμική των τελευταίων δεκαετιών, όπου το ιδανικό σχήμα του γυναικείου σώματος γίνεται όλο και περισσότερο ισχνό. Είναι σημαντικό για τον ασθενή, σε αυτό το σημείο, να αρχίζει να αναγνωρίζει ότι η πίεση που δέχεται η γυναίκα να «συμμορφωθεί» με το προβαλλόμενο, κυρίως από τα περιοδικά μόδας και life-style, ισχνό πρότυπο ομορφιάς είναι σε ορισμένα σημεία υπερβολική, καθώς δημιουργεί ένα στόχο που πολλές φορές είναι αδύνατον να επιτευχθεί.

Ένας από τους συχνότερους φόβους που εκφράζουν οι ανορεκτικές ασθενείς κατά τα πρώτα στάδια της θεραπείας είναι ότι αν επιχειρήσουν να αυξήσουν τη διατροφή τους το σωματικό τους βάρος θα αρχίσει να αυξάνει ανεξέλεγκτα και θα καταλήξουν να γίνουν παχύσαρκες. Είναι σημαντικό να εξηγηθεί ότι ο μεταβολισμός του σώματος μειώνεται όταν η ασθενής μειώνει την πρόσληψη τροφής, ιδίως αν παραλείπει γεύματα, και αυξάνεται όταν τρώει συστηματικά περισσότερο. Ο στόχος είναι να κατανοήσει η ασθενής ότι αυξάνοντας σταδιακά την διατροφή της αυξάνεται και ο μεταβολισμός της, με αποτέλεσμα μετά από λίγες εβδομάδες το βάρος να μην αυξάνεται άλλο. Αυτό γίνεται όταν οι προσλαμβανόμενες θερμίδες είναι γύρω στις 1800-2000 την ημέρα. Συνεπώς η ανορεκτική ασθενής δεν διατρέχει τον κίνδυνο να συνεχίσει να αυξάνεται το βάρος της, αν καταναλώνει σταθερά τις παραπάνω θερμίδες και έχει μέτρια σωματική δραστηριότητα.

Ο υποσιτισμός προκαλεί αλλαγές: (α) στις στάσεις απέναντι στη διατροφή και το φαγητό, όπως η ιδεοληπτική ενασχόληση με την τροφή και η τελετουργική παρασκευή και κατανάλωση της, (β) η πιθανότητα πρόκλησης υπερφαγικών επεισοδίων αν σε κάποιο χρονικό σημείο η ασθενής δεν μπορεί πλέον να διατηρήσει τον περιοριστικό έλεγχο της διατροφής της, (γ) οι συναισθηματικές, γνωσιακές και χαρακτηριολογικές αλλαγές, όπως είναι η ευερεθιστότητα, το καταθλιπτικό συναίσθημα, οι δυσκολίες στην συγκέντρωση και την προσοχή και η πιθανή μείωση της ικανότητας για παρατεταμένη πνευματική εργασία, (δ) οι αλλαγές στη φυσιολογία του σώματος, όπως είναι οι διαταραχές του ύπνου, οι κεφαλαλγίες, η ζάλη, η υπερευαισθησία στους ήχους, η μειωμένη μυϊκή ισχύς, η μειωμένη ανοχή στις χαμηλές θερμοκρασίες και η μειωμένη

αντοχή στην κόπωση,(ε)οι αλλαγές στην κοινωνική και ερωτική ζωή, όπως η προοδευτική απόσυρση και αδιαφορία για κοινωνική δραστηριότητα, η απώλεια της αίσθησης του χιούμορ και της ανάγκης για συντροφικότητα σε συνδυασμό με τη μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας.

Γίνεται ενημέρωση του ασθενούς για τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να διευκολυνθεί η προσπάθεια του για αποκατάσταση των διατροφικών του συνηθειών. Τέτοιοι τρόποι είναι: (α)Ο μηχανισμός τρόπος λήψης τροφής. Ο ασθενής ενθαρρύνεται να τρώει την ποσότητα του φαγητού που έχει συμφωνηθεί να φάει σε συγκεκριμένη ώρα, προσπαθώντας να «μπλοκάρει» σκέψεις σχετικά με το αν τρώει τη «σωστή» ποσότητα ή αν κινδυνεύει να παχύνει. Ο μηχανικός τρόπος λήψης της τροφής συμβάλλει στη μείωση του άγχους, στη μείωση του ιδεομυρηκασμού και της αμφιθυμίας κατά την διάρκεια του γεύματος και, τέλος, στη μείωση της πιθανότητας εγκατάλειψης του τραπέζιου πριν από την ολοκλήρωση του γεύματος. (β) Η κατανομή των γευμάτων μέσα στην ημέρα. (γ) Ο προγραμματισμός της ποσότητας και της ποιότητας των ημερήσιων γευμάτων. (δ) Η αυτοπαρατήρηση, μέσω καταγραφών, των διατροφικών συνηθειών και των συναισθημάτων-σκέψεων που τις συνοδεύουν.

Ο ασθενής επίσης ενημερώνεται για τις ιατρικές επιπλοκές τόσο των εμετών, ιδιαίτερα αν προκαλούνται με χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων, όσο και της κατάχρησης καθαρτικών και διουρητικών. Πληροφορείται επίσης ότι η πρόκληση εμετών αφαιρεί μόνο το 70% περίπου των προσλαμβανόμενων θερμίδων, καθώς και ότι τα καθαρτικά δρουν στο τελικό τμήμα του εντέρου, με αποτέλεσμα η απώλεια κοπράνων να αφορά μόνο σε άπεπτο υπόλειμμα καθώς και σε υγρά και ηλεκτρολύτες, που σε δεύτερο χρόνο ο οργανισμός τείνει να αποκαθιστά. Τέλος, ενημερώνεται ότι με την κατάχρηση διουρητικών το σώμα χάνει μόνο υγρά και όχι λίπος, κέρδος σχεδόν ασήμαντο, ειδικά αν συγκριθεί με τη ζημιά που η κατάχρησή τους προκαλεί στους νεφρούς.

Το φυσιολογικό βάρος του σώματος που είναι ταυτόχρονα και το βάρος-στόχος της θεραπευτικής επανασίτισης, πρέπει να καθορίζεται ως διάστημα εύρους 2-3 kg και όχι ως καθορισμένο σημείο με συγκεκριμένο αριθμό κιλών. Και αυτό γιατί το σωματικό βάρος παρουσιάζει διακυμάνσεις ακόμα και μέσα στην ίδια μέρα ανάλογα με την πρόσληψη και αποβολή υγρών, την κατανάλωση τροφής και τις κενώσεις του εντέρου, καθώς και φυσιολογικές διακυμάνσεις από ημέρα σε ημέρα ή ανάλογα με την εποχή του έτους. Για παράδειγμα, είναι μέσα στην φυσιολογική λειτουργία του σώματος η αύξηση του σωματικού βάρους λόγω κατακράτησης υγρών λίγες μέρες πριν την έμμηνο ρύση ή η αύξηση του βάρους από το φθινόπωρο προς το χειμώνα και η μείωση από την άνοιξη προς το καλοκαίρι. Το εύρος του βάρους-στόχου

καθορίζεται όχι μόνο με βάση πίνακες και το δείκτη μάζας σώματος, αλλά λαμβάνοντας υπόψη το προηγούμενο-πριν από την έναρξη της διαταραχής-σωματικό βάρος του ατόμου και της οικογένειας του. Συνήθως το εύρος του βάρους-στόχου υπολογίζεται ώστε να είναι περίπου 10% λιγότερο από τη μέση τιμή του βάρους που είχε το άτομο πριν από την εμφάνιση της διαταραχής. Καλές ενδεικτικές τιμές σωματικού βάρους είναι αυτές που διασφαλίζουν δείκτη σωματικής μάζας μεταξύ 18,5 και 19,0.

Τέλος ο ασθενής ενημερώνεται για τη μη γραμμική πορεία της βελτίωσης και τονίζεται η αξία - για την επιτυχία της θεραπείας - της απομάκρυνσης της από την δύσκαμπτη τελειοθηρική θέση ότι πρέπει να τα καταφέρνει πάντα. Επίσης, προετοιμάζεται ότι εάν κατά την πορεία της θεραπείας το βάρος της μειωθεί θα πρέπει να συνεχίσει να προσπαθεί να τηρήσει το προγραμματισμένο διαιτολόγιο, καθώς αυτό «σπάει» το φαύλο κύκλο της διαταραχής πρόσληψης τροφής. Ακόμα, τονίζεται ότι είναι περισσότερο σημαντικό να προσπαθήσει να καταλάβει τους λόγους που «δεν τα κατάφερε», παρά να μέμφεται τον εαυτό του για την «αποτυχία» του.

ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΜΕ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ

Τα περισσότερα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα για οικογένειες με ανορεκτικό μέλος λειτουργούν με ομάδες οικογενειών που παρακολουθούν μια προκαθορισμένη σειρά συναντήσεων, με στόχο να δοθούν πληροφορίες στην οικογένεια για την ψυχογενή ανορεξία και τους τρόπους αντιμετώπισης της. Οι συναντήσεις αυτές συνήθως γίνονται χωρίς την παρουσία του ασθενή και δεν έχουν θεραπευτικό χαρακτήρα (Holtkamp et al 2005). Παρόλο τον ενημερωτικό χαρακτήρα της παρέμβασης, η ψυχοεκπαίδευση των οικογενειών σε ομάδες βρέθηκε ότι ήταν το ίδιο αποτελεσματική με την οικογενειακή θεραπεία στη μείωση των ανορεκτικών συμπτωμάτων, ειδικά όταν η έναρξη της ανορεξίας ήταν πρόσφατη και ο ασθενής βρισκόταν στην εφηβεία (Geist et al 2000). Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η ψυχοεκπαίδευση μπορούσε να μειώσει το εκφραζόμενο συναίσθημα (όπως κριτικά σχόλια ή εχθρικότητα) των συγγενών προς τον ασθενή (Uehara et al 2001).

ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΒΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΝΟΣ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Α. Τα απαραίτητα βήματα για τη διαχείριση ενός χρόνιου περιστατικού ψυχογενούς ανορεξίας.

ΤΟ 1ο ΒΗΜΑ

Το πρώτο βήμα στη διαχείριση ενός χρόνιου περιστατικού ψυχογενούς ανορεξίας είναι να καθοριστούν, αν είναι εφικτό, οι λόγοι που οδήγησαν στη χρονιότητα. Οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι (α)η άρνηση της ασθενούς να δεχθεί οποιαδήποτε θεραπευτική βοήθεια,(β)η ελλιπής θεραπευτική βοήθεια, παρόλη την πρόθεση της ασθενούς να δεχθεί θεραπεία για να αντιμετωπίσει την ανορεξία, και (γ)η αποτυχία των θεραπευτικών προσπαθειών, παρόλο που έγιναν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Οι λόγοι για τους οποίους δεν αντιμετωπίστηκε επιτυχώς η ψυχογενής ανορεξία είναι καθοριστικοί για τη διαχείριση ενός χρόνιου περιστατικού . Αναλυτικότερα:

Α. Αν η ασθενής, αρνείται συστηματικά να δεχθεί βοήθεια, τότε η προσπάθεια εστιάζεται στη διευκρίνιση των λόγων της άρνησης της και στη συνέχεια στην αύξηση του κινήτρου για αλλαγή (Vitousek & Watson 1998).Τα τελευταία έτη, το ενδιαφέρον των κλινικών έχει στραφεί στην εφαρμογή για την κινητοποίηση της ασθενούς παρόμοιων τεχνικών με αυτές που χρησιμοποιούνται και στις εξαρτήσεις(Yager 2002).

Σε ακραίες περιπτώσεις άρνησης για θεραπεία και ειδικότερα όταν κινδυνεύει η ζωή της ασθενούς, θα πρέπει να αξιολογείται και η πιθανότητα της ακούσιας νοσηλείας και της ακούσιας σίτισης με εντερικό σωλήνα ή παρεντερική διατροφή.

Β. Αν η ασθενής έχει δεχθεί ελλιπή βοήθεια, όπως από μη εξειδικευμένους θεραπευτές ή για μικρό χρονικό διάστημα, ή ακόμα αν δεν έχει κατορθώσει να έχει ψυχοθεραπευτική βοήθεια παρόλο που θα το επιθυμούσε, για παράδειγμα κατοικούσε σε κάποια απομακρυσμένη περιοχή, τότε η ενδονοσοκομειακή θεραπεία μπορεί να λύσει το πρόβλημα της απόστασης ή να προσφέρει μια περισσότερο συντονισμένη προσπάθεια αντιμετώπισης της ψυχογενούς ανορεξίας. Επίσης, θα πρέπει να διευκρινιστεί αν υπάρχουν και άλλοι λόγοι για τους οποίους δεν υπήρχε μέχρι στιγμής κατάλληλη βοήθεια. Τέτοιοι λόγοι θα μπορούσαν

να είναι η οικονομική αδυναμία της ασθενούς να καλύψει τα έξοδα της εξειδικευμένης ψυχοθεραπείας ή η αρνητική στάση της οικογένειας ή κάποιου μέλους της απέναντι σε οποιαδήποτε θεραπευτική προσπάθεια.

Γ. Αν οι μέχρι τώρα θεραπευτικές προσπάθειες έχουν αποτύχει, ακόμα και αν έχουν γίνει από εξειδικευμένα κέντρα ή θεραπευτές, τότε πολλές φορές επιχειρείται η δοκιμή άλλων θεραπευτικών μεθόδων ή ενδονοσοκομειακής θεραπείας ή ακόμα και η προσθήκη θεραπειών «δεύτερης γραμμής». Για παράδειγμα, θα μπορούσε να επιχειρηθεί η βοήθεια που μπορεί να προσφέρει η φαρμακοθεραπεία ή η ομαδική θεραπεία ή η εικαστική θεραπεία. Σε σπάνιες περιπτώσεις έχουν γίνει προσπάθειες αντιμετώπισης της ψυχογενούς ανορεξίας ακόμα και με ψυχοχειρουργικές μεθόδους (Morgan & Crisp 2000).

ΤΟ 2ο ΒΗΜΑ

Το δεύτερο βήμα στη διαχείριση των χρόνιων περιπτώσεων είναι η διερεύνηση της κατάστασης της υγείας της ασθενούς. Ο στόχος αυτής της διερεύνησης είναι αφενός η αξιολόγηση της ανάγκης για ιατρική στήριξη του οργανισμού της ασθενούς και αφετέρου η αντιμετώπιση πιθανών νοσηρών ψυχικών παθήσεων, όπως είναι η κατάθλιψη ή οι αγχώδεις διαταραχές.

ΤΟ 3ο ΒΗΜΑ

Το τρίτο βήμα αφορά στον καθορισμό των στόχων της παρέμβασης. Είναι σημαντικό οι θεραπευτές να μη διακατέχονται από υπερβολική αισιοδοξία ή απαισιοδοξία, καθώς στην πρώτη περίπτωση θέτουν υπερβολικούς θεραπευτικούς στόχους που η ασθενής δεν μπορεί να επιτύχει, με αποτέλεσμα να αυξάνεται το αίσθημα της αναποτελεσματικότητας και του άγχους, ενώ στη δεύτερη εγκαταλείπεται σταδιακά η ελπίδα για αλλαγή, καθώς ο θεραπευτής είναι από την αρχή πεπεισμένος ότι δεν μπορεί να υπάρξει βελτίωση (Yager 2002).

Οι στόχοι πρέπει να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο ρεαλιστικοί και να τροποποιούνται κατά τη διάρκεια της θεραπείας ανάλογα με την πορεία της. Οι στόχοι της θεραπείας σε χρόνιες περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας πρέπει να τίθενται πάντα σε συνεργασία με την ασθενή, ώστε να γίνονται κατανοητές και σεβαστές οι δυνατότητες, οι αγωνίες και οι επιθυμίες της. Είναι σημαντικό για την επιτυχία της θεραπευτικής προσπάθειας να γίνει κατανοητό ότι, σε χρόνιες και πολλές φορές ανθεκτικές στη θεραπεία περιπτώσεις, η βοήθεια δεν είναι της ίδιας τάξης όπως στις υπόλοιπες περιπτώσεις. Συχνά η βοήθεια που μπορεί να

προσφέρει ο θεραπευτής είναι μόνο η ενεργητική ακρόαση της ασθενούς. Άλλες φορές ο στόχος δεν αφορά στη διατροφή αλλά στη διαχείριση των επαγγελματικών και προσωπικών σχέσεων της ασθενούς ή στη θεραπεία της κατάθλιψης που πιθανώς συνυπάρχει με την ψυχογενή ανορεξία. Άλλοτε ο στόχος μπορεί να μην είναι καν ψυχολογικός αλλά αποκλειστικά η ιατρική στήριξη του ασθενούς. Τέλος, δυστυχώς κάποιες φορές ο ρόλος του θεραπευτή περιορίζεται στην ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς και της οικογένειας της όταν ο υποσιτισμός είναι μη αναστρέψιμος και ο θάνατος αναπόφευκτος.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ – ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Δεν υπάρχει γενικά αποδεκτή γνωσιακή - συμπεριφορική προσέγγιση της νευρογενούς ανορεξίας. Όπως και με την ψυχογενή βουλιμία τα προβλήματα πηγάζουν από την εμμονή με το σωματικό βάρος και την εμφάνιση. Στην νευρογενή ανορεξία όμως η διαταραχή δεν εκλαμβάνεται από τον ασθενή ως πρόβλημα, αλλά ως επίτευγμα. Παρατηρείται έτσι μια κοινότυπη στάση καχυποψίας των ασθενών απέναντι στον θεραπευτή. Είναι δυνατό να αντιμετωπίσουμε την ανορεξία τροποποιώντας τη γνωσιακή- συμπεριφορική προσέγγιση που χρησιμοποιείται στην βουλιμία. Ωστόσο, τρεις βασικές αλλαγές πρέπει να γίνουν:

α) Ενδυνάμωση του κινήτρου του ανορεκτικού. Αναλύσαμε ότι ο ασθενής που πάσχει από ψυχογενή βουλιμία κατά κανόνα έχει συναίσθηση της διαταραχής του, προσφεύγει ο ίδιος για βοήθεια στο θεραπευτή- ιατρό και είναι δυσαρεστημένος με τις πράξεις του. Αντιθέτως, ο ανορεκτικός ασθενής θεωρεί την κατάσταση του αποτέλεσμα και απόδειξη της ισχυρής του θέλησης, της αυτοπειθαρχίας και προσωπική κατάκτηση. Δύσκολα θα προσφύγει στη συμβουλή ειδικού. Ο θεραπευτής θα πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή, να τον καθησυχάσει ότι ο ρόλος του είναι να βοηθήσει αυτόν και όχι να ευχαριστήσει τους συγγενείς και τα άλλα εμπλεκόμενα πρόσωπα. Καλό θα είναι να γίνει νύξη και στις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες αλλά και οφέλη από την αλλαγή αφού συνήθως ο ανορεκτικός ασθενής επικεντρώνεται στο παρόν και δε λαμβάνει υπ' όψιν το μέλλον. Συνήθως είναι καλό να ενθαρρύνεται ο ασθενής να κάνει την δική του έρευνα στα αίτια, τις επιπτώσεις και τα λοιπά χαρακτηριστικά της πάθησης του, αφού αυτό θα τον βοηθήσει να παραδεχθεί ότι πάσχει από ψυχική διαταραχή. Πρέπει επίσης να γίνεται ενημέρωση και για τις ψυχολογικές και φυσιολογικές συνέπειες της ανορεξίας όπως η διάσπαση της προσοχής, οι διαταραχές του ύπνου, η

ευαισθησία στο κρύο κ.τ.λ. Οι περισσότεροι ασθενείς θα αναγνωρίσουν ότι πάσχουν από τέτοια ενοχλήματα και θα είναι πιο πρόθυμοι να συνεργαστούν, όταν συνειδητοποιήσουν- πειστούν ότι είναι απόρροια της ψυχογενούς ανορεξίας.

Καθώς η ψυχοθεραπεία προχωρά, οι ανορεκτικοί ασθενείς αρχίζουν να αναγνωρίζουν την ικανοποίηση και το αίσθημα παντοδυναμίας που αντλούν από την στάση τους. Αντιλαμβάνονται επίσης τον έντονο φόβο μήπως χάσουν τον έλεγχο των παρορμήσεων τους, αφού η ικανότητα παντοδύναμου ελέγχου που διαθέτουν βιώνεται ηδονιστικά.

β) Αποκατάσταση του φυσιολογικού βάρους. Τις περισσότερες φορές είναι δυνατό να επιτευχθεί σε εξωτερική βάση. Η σταδιακή αύξηση του βάρους πρέπει να επιτυγχάνεται με ρυθμό 0,5- 1 kgr την εβδομάδα έως τουλάχιστον την επίτευξη BMI 19. Συστήνονται πολυενεργειακές τροφές, οι οποίες σταδιακά αποσύρονται με την επίτευξη του σωστού σωματικού βάρους. Κατόπιν ο ασθενής αντιμετωπίζεται όπως και ο βουλιμικός, δηλαδή επικεντρωνόμαστε στη διατήρηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών.

γ) Συμμετοχή της οικογένειας. Η γνωσιακή- συμπεριφορική ψυχοθεραπεία έχει σχεδιαστεί για ενήλικες ασθενείς. Ασθενείς 16 ετών και άνω επίσης ανταποκρίνονται καλά στη θεραπεία. Στα απλούστερα περιστατικά αρκεί μια σύντομη ενημέρωση της οικογένειας στο πως μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να ακολουθήσει το θεραπευτικό πρόγραμμα. Στα πιο περίπλοκα περιστατικά είναι απαραίτητο να αντιμετωπίζονται ξεχωριστά οι συνθήκες που συντείνουν στην εμφάνιση ή καθυστερούν την αποδρομή της διαταραχής.(Τζαβάρας,2008)

Πολλές συμπληρωματικές μέθοδοι μπορούν να επιστρατευτούν για την επεξεργασία διαπροσωπικών προβλημάτων. Η χαμηλή αυτοπεποίθηση συνοδεύει συχνά τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία. Μπορεί να ενδυναμωθεί με τεχνικές που ενθαρρύνουν τη στοχοθεσία και την υλοποίηση μικρών στόχων. Μπορεί επίσης να επιφέρει θετικά αποτελέσματα και μια προσπάθεια αλλαγής του τρόπου αντιμετώπισης των ανθρωπίνων σχέσεων, όπως και η αναγνώριση και αποδοχή των ανθρωπίνων συναισθημάτων.

Υπάρχουν πολλά είδη ψυχοθεραπείας, από τα οποία μπορεί να επιλέξει ο ασθενής σε συνεργασία με τον θεραπευτή του. Νεότερες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, σε αντίθεση με ό,τι κάποιος θα πίστευε, οι ασθενείς πηγαίνουν καλύτερα με το είδος της ψυχοθεραπείας που αξιοποιεί το δυνατό σημείο κάθε ασθενή και όχι με κριτήριο τον τομέα στον οποίο υστερούν. Έτσι, ένας ασθενής θα βελτιωθεί περισσότερο από την γνωσιακή ψυχοθεραπεία όταν η γνωσιακή του λειτουργία είναι ανεμπόδιστη και ένας άλλος από τη διαπροσωπική όταν χαρακτηρίζεται από καλή κοινωνική προσαρμογή.(Τζαβάρας,2008)

Το Θεωρητικό πλαίσιο της Γνωσιακής - Συμπεριφοριστικής Θεραπείας Οικογένειας

Αρχές:

1. Το πρόβλημα του παιδιού δεν είναι πλέον πρόβλημα του ίδιου του παιδιού, αλλά πρόβλημα όλης της οικογένειας

(Συστημική αρχή)

2. Οι αντιδράσεις του ατόμου (γονέων, παιδιού κ.α.) - εκφραζόμενες ως συναισθηματικές ή ως εξωτερικευμένες συμπεριφορές - στα διάφορα γεγονότα της ζωής, διαμορφώνονται περισσότερο από τις ερμηνείες που δίνει το άτομο σ' αυτά, παρά από τα αντικειμενικά παρατηρήσιμα χαρακτηριστικά των γεγονότων κάθε αυτών.

(Γνωσιακή αρχή)

3. Η συμπεριφορά των μελών της οικογένειας (π.χ. το πρόβλημα του παιδιού) θεωρείται ως «γεγονός ζωής» (life event) που ερμηνεύεται και αξιολογείται από όλα τα μέλη της οικογένειας.

(Γνωσιακή - συστημική αρχή)

(Πηγή: Χαρίλα,2000)

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η θεραπευτική προσπάθεια για την ψυχογενή ανορεξία έχει εστιαστεί κυρίως στις ψυχολογικού τύπου θεραπείες, καθώς μελέτες έχουν δείξει ότι εμφανίζουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα συγκριτικά με την φαρμακοθεραπεία. Επιπλέον, και οι ίδιοι οι ασθενείς βρίσκουν τις ψυχολογικές θεραπείες περισσότερο βοηθητικές και υποστηρικτικές συγκριτικά με ιατρικές παρεμβάσεις που στοχεύουν αποκλειστικά στην αύξηση του σωματικού βάρους. Χρειάζεται υπομονή και δέσμευση τόσο από τον θεραπευτή όσο και από τον θεραπευόμενο διότι τα αποτελέσματα θα έρθουν μετά από μερικούς μήνες. Η μορφή της θεραπείας προσαρμόζεται πάντα στις ανάγκες του ατόμου και προσφέρεται από έμπειρους ειδικευμένους θεραπευτές. Σημαντική είναι και η συμβολή του διατροφολόγου. Σε λίγες μόνο περιπτώσεις, στις

οποίες κινδυνεύει άμεσα η υγεία του ατόμου και όλες οι άλλες θεραπείες έχουν αποτύχει, συνιστάται η εισαγωγή σε νοσοκομείο, στο οποίο θα πρέπει να υπάρχει μονάδα εξειδικευμένη σε θέματα διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Με τη χρήση της γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας ο θεραπευτής θα συνεργαστεί με τον ασθενή στην ανεύρεση ενός γνωσιακά επίκαιρου μοντέλου της ασθένειας που θα περιλαμβάνει την κατανόηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ των σκέψεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών. Είναι απαραίτητη η λήψη πρωτοβουλιών και δραστηριοτήτων εκ μέρους του ασθενή και ακόμα διερευνείται ο βαθμός στον οποίο δυσλειτουργικές σκέψεις παίζουν ρόλο στην συμπεριφορά του ατόμου. Στην διαπροσωπική ψυχοθεραπεία ο θεραπευτής θα ασχοληθεί με τη λήψη πληροφοριών και την ψυχοεκπαίδευση του ασθενή πάνω στην διάγνωση και την φαρμακευτική του αγωγή, θα τον ενθαρρύνει να ασχοληθεί εντατικά με τον επιλεγμένο στόχο και να αναζητήσει πιθανές λύσεις και τέλος να επεξεργαστούν το δυσάρεστο συναίσθημα του αποχωρισμού και να συζητηθεί η ανεξαρτησία του ατόμου στην μετέπειτα ζωή και να μελετηθούν τρόποι με τους οποίους το άτομο θα αντιμετωπίσει πιθανή υποτροπή. Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία ξεκινάει με έναν ανοιχτό διάλογο σχετικό με τον ασθενή και τα προβλήματα του, θα διερευνηθούν φόβοι και επιθυμίες και κίνητρα που μόνο εν μέρει μπορεί να κατανοήσει. Αυτή η μορφή ψυχοθεραπείας επικεντρώνεται στο εδώ και τώρα για να καταλάβει ο ασθενής πως σκέφτεται και λειτουργεί. Ο θεραπευτής που εφαρμόζει την τεχνική Gestalt για ανορεκτικά άτομα τους βοηθάει να αναγνωρίσουν και να επεξεργαστούν τα συναισθήματα τους και τους απαγορεύει να αποδίδουν σε εξωτερικούς παράγοντες τις συμπεριφορές και τα συναισθήματα τους.

Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία χρησιμεύει για την συλλογή πληροφοριών, βοηθάει να ξεπεραστούν ενοχές, να βελτιωθεί η επικοινωνία και οι σχέσεις της οικογένειας. Η ενδονοσοκομειακή θεραπεία είναι ο προτεινόμενος τρόπος αντιμετώπισης της ψυχογενούς ανορεξίας μόνο όταν η εξωνοσοκομειακή θεραπεία για διάφορους λόγους δεν μπορεί να γίνει ή έχει δοκιμαστεί και έχει αποτύχει. Οι ασθενείς ενημερώνονται για τις παραμέτρους της θεραπείας, έχουν συμφωνήσει να νοσηλευθούν και έχουν προετοιμαστεί πριν γίνει η εισαγωγή στο νοσοκομείο με επισκέψεις στο χώρο νοσηλείας και με συζητήσεις με τον θεραπευτή και τις θεραπευόμενες. Επίσης διακρίνουμε μια εναλλακτική μορφή ψυχοθεραπείας που είναι η εικαστική. Η χρήση της τέχνης κάνει ζωντανή την εικόνα, η οποία δίνει πληροφορίες και διευκολύνει την ικανότητα του συμβολισμού. Ο ασθενής θα πρέπει να έχει υποστήριξη για να αντέξει τις σκέψεις και τα συναισθήματα που δημιουργούνται από την θέαση και την επεξεργασία της εικόνας. Επίσης, αναφέρουμε την

ψυχοεκπαίδευση ως μια σημαντική θεραπεία προσέγγισης στην ψυχογενή ανορεξία. Η ψυχοεκπαίδευση έχει ως στόχο την ενημέρωση και πληροφόρηση τόσο των ασθενών και των οικογενειών τους, όσο και σε υγιή άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

Τέλος, αναφέρεται στο κεφάλαιο αυτό ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού-θεραπευτή στην ψυχογενή ανορεξία που είναι πρώτον να ενδυναμώσει το κίνητρο του ανορεκτικού ασθενή. Θα πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή, να συζητήσει τις βραχυπρόθεσμες και τις μακροπρόθεσμες συνέπειες και τα οφέλη από την αλλαγή και να ενθαρρύνεται να κάνει την δική του έρευνα στα αίτια και τις επιπτώσεις της πάθησης του ώστε να αποδεχθεί την πάθηση του. Να ενημερώνεται ο ασθενής από τον θεραπευτή για τις ψυχολογικές και φυσιολογικές συνέπειες της ανορεξίας. Δεύτερον να αποκαταστήσει το φυσιολογικό βάρος του ασθενή και να τον βοηθήσει να επικεντρώνεται στη διατήρηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών. Και τρίτον, η συμμετοχή της οικογένειας. Να την ενημερώσει για την ασθένεια, να την βοηθήσει να έχει μια καλή επικοινωνία και συνεργασία με τον ασθενή καθώς και να ενημερωθεί η οικογένεια πως να αντιμετωπίσει αυτή την κατάσταση και να βοηθήσει τον ασθενή.

Επίσης, αναφέρονται τα απαραίτητα βήματα που χρειάζονται για την διαχείριση ενός χρόνιου περιστατικού που είναι τρία. Στο πρώτο καθορίζονται οι λόγοι που οδήγησαν στη χρονιότητα. Οι σημαντικότεροι είναι : α) η άρνηση της ασθενούς να δεχθεί κάποια βοήθεια, β) η ελλιπής θεραπευτική βοήθεια, παρόλη την πρόθεση της ασθενούς να δεχθεί θεραπεία και γ)η αποτυχία των θεραπευτικών προσπαθειών. Το δεύτερο βήμα είναι η διερεύνηση της κατάστασης της υγείας της ασθενούς, αν υπάρχει ανάγκη για ιατρική στήριξη. Και το τρίτο βήμα αφορά στον καθορισμό των στόχων της παρέμβασης. Οι στόχοι πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο ρεαλιστικοί και να τροποποιούνται κατά την διάρκεια της θεραπείας. Και στις χρόνιες περιπτώσεις οι στόχοι της θεραπείας πρέπει τίθενται πάντα σε συνεργασία με τον ασθενή, ώστε να γίνονται κατανοητές και σεβαστές οι δυνατότητες, οι αγωνίες και οι επιθυμίες του.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο : ΕΠΙΛΟΓΟΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η ψυχογενής ανορεξία καθώς και άλλες διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν αυξηθεί σε συχνότητα τις τελευταίες δεκαετίες. Η θνησιμότητα που επιφέρουν ή η μείωση στο επίπεδο της ζωής των ασθενών, έγιναν η αιτία να αποτελούν αντικείμενο ενεργής έρευνας και μελετών, τόσο στο τομέα της ψυχανάλυσης και της ψυχοφαρμακολογίας, όσο και στην ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Είναι δυστυχώς γεγονός ότι λίγοι ασθενείς καταφέρνουν να επιλύσουν το πρόβλημα τους δια παντός και χωρίς υποτροπές, ωστόσο τα καλύτερα αποτελέσματα αναμένονται στους ασθενείς που συνδυάζουν φαρμακευτική αγωγή με ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Όπως με όλα τα ψυχιατρικά νοσήματα σημαντικό ρόλο παίζει η οικογένεια, γιατί ενώ θέλουν να βοηθήσουν δεν ξέρουν πως να φερθούν ή τι να κάνουν. Η υποστήριξη της οικογένειας και του συγγενικού περιβάλλοντος του ανορεκτικού ασθενούς βοηθάει στην αντιμετώπιση της διαταραχής.

Η γνωσιακή-συμπεριφορική και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία εμφανίζονται να υπερτερούν έναντι των άλλων μορφών, αν και αυτό βεβαίως εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κάθε ασθενή. Το είδος της ψυχοθεραπείας για κάθε ασθενή καθορίζεται από την επιθυμία του ασθενή, τη σύσταση του θεραπευτή-κοινωνικού λειτουργού και τις δεξιότητες τις οποίες κάθε μία από αυτές εκμεταλλεύεται. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι ο πρώτος που θα κληθεί να αντιμετωπίσει τον πάσχων ασθενή και να δώσει συμβουλές και κατευθύνσεις προς το συγγενικό περιβάλλον και τον ασθενή.

Χωρίς αμφιβολία τα τελευταία χρόνια παρατηρείται και στη χώρα μας μια συνεχής αύξηση της ζήτησης κλινικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση ασθενών με ψυχογενή ανορεξία και άλλες διαταραχές πρόσληψης τροφής καθώς και αύξηση της ανάγκης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για εμπλουτισμό της επιστημονικής τους ενημέρωσης και μελέτης.

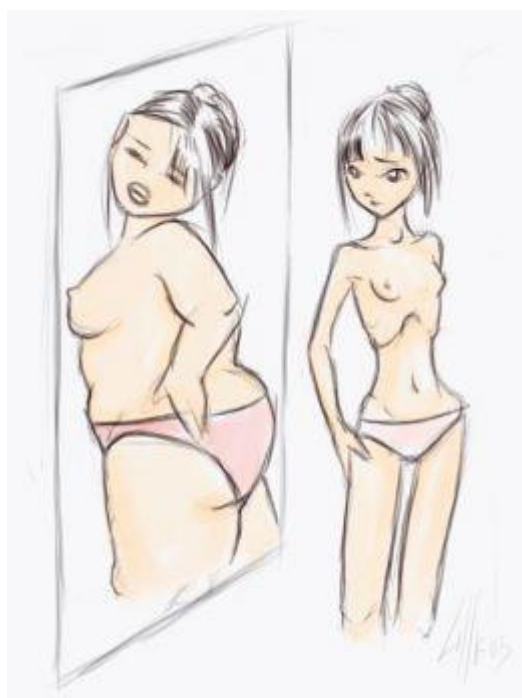
Ας ελπίσουμε ότι τα προσεχή χρόνια θα μπορέσει να εξαλειφθεί ή έστω να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικότερα η διατροφική αυτή «μάστιγα». Αυτό φυσικά για να μπορέσει να επιτευχθεί θα χρειαστεί να γίνουν κάποια σημαντικά και σταθερά βήματα.

Από την μελέτη που διεκπεραιώσαμε, καταλήξαμε στο συμπέρασμα πως η ενδεδειγμένη μελέτη ενός διατροφικού προβλήματος, η εξονυχιστική έρευνά του καθώς επίσης και η ενημέρωση του κοινού όπως για παράδειγμα με ημερίδες ή επιμορφωτικά σεμινάρια στα σχολεία και στα εκπαιδευτικά ιδρύματα, θα ήταν μια καλή αρχική λύση.

Έπειτα ένα άλλο βήμα είναι η εξειδίκευση του θεραπευτικού προσωπικού, το οποίο μόνο έτσι θα μπορέσει να αντιμετωπίσει πιο

άμεσα το διατροφικό αυτό πρόβλημα. Η στελέχωση σε πάγιες θέσεις κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων και διατροφολόγων θα ήταν επίσης μια ακόμα αποτελεσματικότερη λύση.

Ίσως αυτά μπορούν να θεωρηθούν κάποια σημαντικά βήματα για την αντιμετώπιση αυτής της ψυχογενούς νόσου. Γιατί δυστυχώς, όσο οι εποχές αλλάζουν και τα πολιτικά, οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα γιγαντώνονται, τόσο τα νευρογενή και ψυχογενή προβλήματα των ανθρώπων αυξάνονται δραματικά!



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γονιδάκης Φ.- Βάρσου Ε. Ψυχογενής ανορεξία: Αυτοφυλακισμένες κοπέλες και το μονοπάτι προς την έξοδο. Εκδόσεις Βήτα, 2008
- Μάνος Νίκος. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Αναθεωρημένη έκδοση Θεσσαλονίκης, 1997
- Τζαβάρας Διονύσιος, phd. Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Ανορεξία-Βουλμία- Υπερφαγία- Παχυσαρκία. Εκδοτική Σειρά Mediforce Ιατρική, 2008
- Μπούρα, Μίνα. Τρώει τίποτα : Επεξεργασία - ανορεξία / Μίνα Μπούρα. – Εκδοσεις : Εξάντας, 2004.
- Μωρόγιαννης Φώτης, Διαταραχές διατροφής και Ψυχοπαθολογία, Διδακτορική διατριβή, 2002
- Χαρίλα Ντιάνα, Η Συμβολή της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Ψυχοθεραπείας στην Ψυχογενή Ανορεξία, 2002

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Agras S, Hammer L, Mc Nichols F. A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. International Journal of Eating Disorders, 1999
- Andersen A, Bowers W, Evans K. Inpatient treatment of anorexia nervosa. In: Garner P, Garfinkel P (eds) Handbook of treatment of eating disorders. New York, Guilford Press, 1997
- Bale P, Doust J, Dawson D. Gymnasts, distance, runners, anorexic: body composition and menstrual status. The Journal of Sports Medical and Physical Fitness, 1996

- Baran SA, Weltzin TE, Kaye WH. Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 1995
- Beck D, Casper R, Andersen A. Truly late onset of eating disorders: a study of 11 cases averaging 60 years of age at presentation. *International Journal of Eating Disorders*, 1996
- Birmingham CL, Su J, Hlynsky JA, The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2005
- Birmingham CL, Beumont P. Medical management of eating disorders. Cambridge University Press, 2004
- Brewerton TD, Stollefson EJ, Hibbs N, Hodges EL, Cochrane CE. Comparison of eating disorder patients with and without compulsive exercising. *International Journal of Eating Disorders, Psychological Medicine*, 1994
- Brinch M, Isager T, Tolstrup K. Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering of 50 women. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 1988
- Bulik C, Sullivan P, Fear J, Pickering A, Dawn A, Mc Cullen M. Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa. A controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999
- Bulik C, Sullivan P, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P, Pedersen N. Prevalence, heritability and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 2006
- Bulik C, Reba L, Siega-Riz AM, Reighorn-Kjennerud T. Anorexia nervosa: Definition, epidemiology and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders*, 2005
- Carmichael MW, Shaw G, Schaffer D, Laurent C, Selvin S. Dieting behaviors and risk of neural tube defects. *American Journal of Epidemiology*, 2003

- Carpenter MW, Sady SP, Hoegsberg B, Sady MA, Haydan B, Cullinae GM. Fetal heart rate response to maternal exertion. JAMA, 1988
- Castro-Fornieles J, Casula V, Saura B, Martinez E, Lazaro L, Vila M, Plana M, Toro J. Predictors of weight maintenance after hospital discharge in adolescent anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 2007
- Cnattingius S, Hultman C, Dahl M, Sparen P. Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls. Archives of General Psychiatry, 1999
- Crago M, Shisslak C, Estes L. Eating disturbances among American minority groups. International Journal of Eating Disorders, 1996
- Currin L, Schimdt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorders incidence. British Journal of Psychiatry, 2005
- Dalle Grave R, Bartocci C, Todisco P, Pantano M, Bosello O. Inpatient treatment for anorexia nervosa: a lenient approach. European Eating Disorders Review, 1993
- Dancyger I, Fornari V, scionti L, Wisotsky W, Sunday S. Do daughters with eating disorders agree with their parents perception of family functioning? Comprehensive Psychiatry, 2005
- Davis C, Kennedy SH, Ravelski E, Dione M. The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. Psychological Medicine, 1994
- Ekeus C, Lindberg L, Linblad F, Hjern A. Birth outcomes and pregnancy complications in women with history of anorexia nervosa. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2006
- Emanuelli F, Ostuzzi R, Cuzzolaro M, Baggio F, Lask B, Waller G. Family functioning in adolescent anorexia nervosa: a comparison of family members perceptions. Eating Weight Disorders, 2004

- Fenning S, Roe D. Physical recovery in anorexia nervosa: is this the sole purpose of a child and adolescent medical psychiatric unit? *General hospital Psychiatry*, 1999
- Fichter M, Quadflieg N. Six-year course and outcome of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1999
- Fichter M, Quadflieg N. Long term stability of eating disorder diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, 2007 (In press)
- Fornari V, Wlodarczyk-Bisaga K, Matthews M, Sandberg D, Mandel FS, Katz JL. Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 1999
- Forsberg S, Lock J. The relationship between perfectionism, eating disorders and athletes: a review *Minerva Physician*, 2006
- Franko D, Walton B. Pregnancy and eating disorders: a review and clinical implications. *International Journal of Eating Disorders*, 1993
- Garfinkel P. Classification and diagnosis of eating disorders. In: Fairburn C, Brownell K (eds) *Eating Disorders and obesity*. New York, London, Guilford Press, 2002
- Garner D. Psychoeducational principles in treatment. In: Garner D, Garfinkel P (eds) *Handbook of treatment of eating disorders*. New York, Guilford Press, 1997
- Geist R, Heinman M, Stephens D, Davis R, Katzman DK. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2000
- Gowers SG, North CD, Byram V, Weaver AB. Life events precipitants of adolescent anorexia nervosa. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1996

- Gowers S, Crisp A, Joughin N. Premenarcheal anorexia nervosa. *Journal of Psychiatry*, 1991
- Herpetz-Dahlmann B, Muller B, Herpetz S, Heussen N, Hebebrand J, Remschmidt H. Prospective 10-year follow up in adolescent anorexia nervosa: course, outcome, psychiatric comorbidity and psychological adaptation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2001
- Herpetz-Dahlmann B, Wewetzer C, Schulz E, Remschmidt H. Course and outcome in adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1996
- Hobart J, Smucker D. The female athlete triad. *American Family Physician*, 2006
- Hodes M, Timini S, Robinson P. Children of mothers with eating disorders: a preliminary study. *European Eating Disorders Review*, 1997
- Hoek H, Bartelds A, Bosveld J, van de Graaf Y, Limpens V, Maiwald M, Spaaij C. Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1995
- Hoek H. Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 1993
- Hoek H, Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2003
- Hoek H. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 2006
- Hoepfner S. The critical shapes of body image: the role of culture and family in the product of eating disorder. *Journal of Marriage and the Family*, 2000
- Hogan S. *Healing arts*. London, Jessica Kingsley, 2001
- Holtkamp K, Herpetz-Dahlmann B, Vloet T, Hagenah U. Group psychoeducation for parents of adolescents with eating disorders: the Aachen Program Eating Disorders, 2005

- Horesh N, Apter A, Lepkigker E, Rtzoni G, Weizmann R, Tyano S. Life events and severe anorexia nervosa in adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 1995
- Howard W, Evans K, Howard CV, Bowers W, Andersen A. Predictors of success or failure of transition to day hospital treatment for inpatients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 1999
- Hulley AJ, Hill AJ. Eating disorders and health in elite women distance runners. *International Journal of Eating Disorders*, 2001
- Iacopino L, Siani V, Melchiorri G, Orlandi C, De Luna A, Cervelli V, Andreoli A. Body composition differences in adolescent female athletes and anorexic patients. *Acta Diabetologica*, 2003
- James D. Eating disorders, fertility and pregnancy: relationships and complications. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 2001
- Katzman M, Lee S. Beyond body image: the intergration of feminist and transcultural theories in the understanding of self-starvation. *International Journal of Eating Disorders*, 1997
- Kazis K, Iglesias E. The female athlete triad. *Adolescence Medicine*, 2003
- Keski-Rahkonen A, Hoek H, Susser E, Linna M, Sihvola E, Raevuorei A, Bulik C. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, 2007
- Kuboki T, Nomura S, Ide M, Suematsu H, Araki S. Epidemiological data on anorexia nervosa in Japan. *Psychiatry Research*, 1996
- Kurtzman FD, Yager J, Landsverk J, Wiesmeier E, Bodurka DC. Eating disorders among selected female student populations at UCLA. *Journal of the American Dietetic Association*, 1989

- Lapotre L, Marccoux V, Guttman HA. Characteristics of families of women with restrictive anorexia nervosa compared with families of normal probands. *Encephale*, 2001
- Laseque S. On hysterical anorexia. *Medical Times and Gazette*, 1873
- Lay B, Jennen-Steinmetz C, Reinhard I, Schimdt MH. Characteristics of inpatient weight gain in adolescent anorexia nervosa: relation to speed of relapse and readmission. *European Eating Disorders Review*, 2002
- Lee S, HO TP, Hsu LK. Fat Phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong-Kong. *Psychological Medicine*, 1993
- Lee S. Self-starvation in context: towards a culturally sensitive understanding of anorexia nervosa. *Social Science and Medicine*, 1995
- Lock J, Litt I. What predicts maintenance of weight for adolescents medically hospitalized for anorexia nervosa? *Eating Disorders*, 2003
- Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurtland LT. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in the Rochester, Minn: a population based study. *American Journal of Psychiatry*, 1991
- Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of western and non-western countries. *Medscape General Medicine*, 2004
- Micali N, Simonoff E, Treasure J. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 2007
- Milner M. Όταν δεν μπορείς να ζωγραφίσεις. Εμπόδια στη δημιουργικότητα. *Ελληνικά Γράμματα*. Αθήνα, 1998
- Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge Massachusetts, Harvard University Press, 1978

- North C, Gowers S, Byram V. Family functioning in adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 1995
- Nozoe SI, Soejima Y, Yiohioka M, Naruo T, Masuda A, Nagai N, Tanaka H. Clinical features with anorexia nervosa: assessment of factors influencing the duration of in-patient treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 1995
- Pike KM, Rodin J. Mothers daughters and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 1991
- Rabin M. Art therapy and eating disorders. The self as significant form. New York, Columbia University Press, 2003
- Ringer F, Crittenden P. Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 2007
- Robergeau K, Joseph J, Silber T. Hospitalization of children and adolescents for eating disorders in the state of New York. *Journal of Adolescent Health*, 2006
- Russell G, Treasure J, Eisler I. Mothers with anorexia nervosa who underfeed their children: their recognition and management. *Psychological Medicine*, 1998
- Salbach H, Klinkowski N, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Korte A. Body image and attitudinal aspects of eating disorders in rhythmic gymnasts. *Psychopathology*, 2007
- Schimdt U. Aetiology of eating disorders in the 21th century. New answers to old questions. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2003
- Selvini-Palazzoli M. Self-starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach in anorexia nervosa. London, Chausser, 1974
- Simpson KJ. Anorexia nervosa and culture. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 2002

- Steiger H, Puentes-Neuman G, Leung FY. Personality and Family features of adolescent girls with eating symptoms: evidence from restrictor/binger differences in a nonclinical population. *Behavior*, 1991
- Steiger H, Stotaland S, Trottier J, Ghadirian AM. Familial eating concerns and psychopathological traits: casual implications of transgenerational effects. *International Journal of Eating Disorders*, 1996
- Stein A. Eating disorders and childrearing. In: Fairburn C, Brownell K(eds) *Eating disorders and obesity*. The Guilford Press, London, 2002
- Steinhansen H. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 2002
- Strober M. The significance of anorexia nervosa in Juvenile: an exploration of possible etiological factors. *International Journal of Eating Disorders*, 1981
- Sullivan PF. Mortality in aborexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 1995
- Sundgot-Borgen J. Prevalence of eating disorders in elite female athletes. *International Journal of Sport and Nutrition*, 1993
- Sundgot-Borgen J. Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medical Science in Sports and Exercise*, 1994
- Sundgot-Borgen J, Torstveit MK. Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than the general population. *Clinical Journal of Sports Medicine*, 2004
- Sundgot-Borgen L. Eating disorders, energy intake, training volume and menstrual function in high-level modern rhythmic gymnasts. *International Journal of Sport and Nutrition*, 1996
- Thinemann M, Steiner H. Family enviroment of eating disorders and depressed adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 1993

- Toro J, Salamero M, Martinez E. Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994
- Tsai G. Eating disorders in the Far East. *Eating Weight Disorders*, 2000
- Uehara T, Kawashima Y, Goto M, Tasaki S, Someya T. Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 2001
- Vandereycken W. The place of behavior therapy in the inpatient treatment programs of anorexia nervosa. *British Review of Anorexia Nervosa*, 1989
- Vandereycken W. The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa: questions to be answered. *International Journal of Eating Disorders*, 2003
- Van-Wezel-Meijler G, Wit J. The offsprings of mothers with anorexia nervosa: a high risk group for under nutrition and stunting? *European Journal of Pediatrics*, 1989
- Ward WA, Ramsay R, Turnbull S, Benedettini M, Treasure J. Attachment patterns in eating disorders: past in the present. *International Journal of Eating Disorders*, 2000
- Watson TL, Andersen AE. A critical examination of the amenorrhea and weight criteria of diagnosing anorexia nervosa. *Acta Psychiatry Scandinavica*, 2003
- Weight LM, Noakes TD. Is running an analog of anorexia? A survey of the incidence of eating disorders in female distance runners. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1987
- Wilfley DE, BISHOP ME, Wilson GT, Agras WS. Classification of eating disorders: Towards DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 2007(In Press)
- Wilson GT, Fairburn CG. Cognitive treatment for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993

- Winston A, Webster P. Inpatient treatment. In: Treasure J, Schimdt U, van Furth E (eds) Hanbook of eating disorders, London, J Wiley and sons Ltd, 2003
- Wiseman C, Sunday S, Klapper F, Harris W, Halmi K. Changing patterns of hospitalization in eating disorders patients. International Journal of Eating Disorders, 2001
- Wolfe B. Reproductive health in women with eating disorders. Journal of Obstetrics, Gynaecology and Neonatal Nursing, 2005
- Woodside B. Inpatient treatment and medical management of anorexia nervosa. In: Fairburn C, Brownell K(eds)Eating Disorders and obesity. London, Guilford Press, 2002
- Wodside DB, Shekter-Wolfson L. Parenting by patients with anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 1990
- Yates A, Leeney K, Shisslak C. Running an analogue of anorexia? New England Journal of Medicine, 1983
- Yeager KK, Agostini R, Nattiv A, Drinkwater B. The female athlete triad: disordered eating, amenorrhea, and osteoporosis. Medicine and Science in Sports and Exercise, 1993
- Zipfel S, Lowe B, Reas D, Deter HC, Herzog W. Long-term prognosis in 21-year follow up study. Lancet, 2000

ΠΗΓΕΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ

- www.medlook.net..../anorexia.asp
- www.medlook.net.cy/category.asp
- www.anew.gr/article.php.aid
- lockheart.blogspot.com/blogpost.20.html
- www.klinikilyrakoy.gr/neurikianorexia.html

- www.iatronet.gr/article.asp
- www.myself.gr/anorexia
- www.dietup.gr/index.php
- www.youthheart.gr/index.php
- www.healthierworld.gr
- www.in2life.gr/article.asp
- www.vita.equalis.gr
- archive.enet.gr/online/online.obj
- www.b-eating.gr/index.php

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

ΤΙ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΚΑΝΩ ΣΑΝ ΦΙΛΟΣ Ή ΓΟΝΕΑΣ

Αν υποψιάζεστε ότι ένας φίλος, το παιδί ή ένας συγγενής πάσχει από κάποια διαταραχή τροφής οι επόμενες συμβουλές ίσως φανούν χρήσιμες:

1. Μάθετε σχετικά με τις διαταραχές διατροφής. Διαβάστε άρθρα, βιβλία και πληροφορίες. Κατανοήστε, ότι το να είναι κάποιος αδύνατος δεν σημαίνει ομορφιά και υγεία.
2. Να είστε ειλικρινής απέναντι στο άτομο για το οποίο ανησυχείτε του συνήθειες.
3. Μοιραστείτε τους προβληματισμούς σας και το ενδιαφέρον σας για αυτό. Να είστε ζεστοί και όχι κριτικοί. Είναι πολύ καλύτερο να πείτε ήρεμα και με ειλικρίνεια: «ανησυχώ για το βάρος σου και όχι επικριτικά: «κοίτα πως έχεις γίνει...».
4. Μιλήστε με κάποιον ειδικό. Μην αφήσετε τον εαυτό σας να βλέπει τον άνθρωπό σας σαν πρόβλημα διατροφής και μόνο.
5. Όλοι οι άνθρωποι έχουν ικανότητες και αρετές. Τονίστε τις! Το χρειάζονται πολύ περισσότερο από εμάς.

Τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας

ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΣΗΜΑΔΙΑ ΣΤΙΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

- 1 Έχουν δείκτη μάζας σώματος κάτω από 18,5
- 2 Θεωρούν ότι το σώμα τους είναι παχύ ενώ είναι λεπτό (διαστρεβλωμένη σωματική αντίληψη)
- 3 Περιορίζουν ή αποκλείουν κάθε είδος τροφής
- 4 Φοβούνται διαρκώς ότι θα πάρουν βάρος
- 5 Προκαλούν εμετό ή χρησιμοποιούν διουρητικά για να χάσουν κιλά
- 6 Παρουσιάζουν διακοπή της περιόδου
- 7 Σε κάποιες περιπτώσεις γυμνάζονται υπερβολικά



▶ ΠΩΣ ΕΚΔΗΛΩΝΕΤΑΙ ΣΤΟ ΣΩΜΑ

- Χαμηλό σωματικό βάρος
- Λέπτυνση των τριχών
- Ξηρό δέρμα
- Εύθραυστα νύχια
- Συρρικνωμένα στήθη
- Ακανόνιστη περίοδος ή παύση περιόδου
- Συνεχές αίσθημα ψύχους
- Χαμηλή πίεση
- Λιγότεροι από 60 καρδιακοί παλμοί το λεπτό
- Σχετική απουσία πόνου
- Μοβ χρώμα δέρματος στα άκρα, λόγω κακής κυκλοφορίας του αίματος
- Πρησμένα πόδια και χέρια
- Κιτρινοπορτοκαλί χρώμα στο δέρμα και κυρίως στις παλάμες

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΘΟΥΝ ΟΙ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

1. «Ανάσα». Αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία για την καταπολέμηση των διατροφικών διαταραχών.

Η Ανάσα είναι η πρώτη μη κερδοσκοπική εταιρεία στην Ελλάδα που δημιουργήθηκε με στόχο την ενημέρωση, πρόληψη και υποστήριξη των ανθρώπων που πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής. Ξεκίνησε με πρωτοβουλία της Ζέτα Δούκα που έχει βιώσει την ασθένεια.

Στόχοι της Ανάσα είναι:

- Η ενημέρωση και αφύπνιση του κοινού για την ύπαρξη και τις διαστάσεις των διατροφικών διαταραχών.
- Η προσφορά ολοκληρωμένων υπηρεσιών ενημέρωσης και στήριξης των ασθενών.
- Η δημιουργία και η εκτέλεση προγραμμάτων πρόληψης στο ευρύ κοινό.
- Η ενημέρωση και υποστήριξη των οικογενειών και του περιβάλλοντος των ασθενών.
- Η υποστήριξη των ερευνητικών προγραμμάτων στην Ελλάδα.
- Η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας και υποστήριξης.

Η Ανάσα δίνει την ευκαιρία στους πάσχοντες και στους οικείους τους να αναγνωρίσουν, να αποδεχθούν και να απενοχοποιήσουν τις παθήσεις που σχετίζονται με τη διατροφή. Επίσης από την 1/10/2008 λειτουργεί Κέντρο Ημέρας Ανάσα παρέχοντας εντελώς δωρεάν υπηρεσίες θεραπείας και συμβουλευτικής υποστήριξης των πασχόντων και των οικογενειών τους από μια πολυκλαδική ομάδα επαγγελματιών υγείας. Το Κέντρο Ημέρας λειτουργεί σαν πολυδύναμη μονάδα ημερήσιας φροντίδας για τους ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής με σκοπό την διάγνωση, τη θεραπευτική διαδικασία, την κοινωνική ένταξη ή επανένταξη και λειτουργική αυτονόμηση των μελών του και την στήριξη τους. Για τους παραπάνω λόγους έχει αναπτυχθεί Εξωτερικό Ιατρείο. Το Κέντρο Ημέρας δέχεται παραπομπές ασθενών(παιδιών, εφήβων και ενηλίκων)από διάφορους φορείς (π.χ σχολικοί, νοσοκομειακοί) καθώς και από τους ίδιους τους ασθενείς ή τις οικογένειες τους.

2. Α' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ. Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Η Α'Ψυχιατρική Κλινική του ΕΚΠΑ διατηρεί εξωτερικό ιατρείο για διάγνωση και παρακολούθηση ενήλικων ασθενών που πάσχουν από διαταραχή πρόσληψης τροφής, μονάδα τριών κλινών για εκούσια νοσηλεία και αντιμετώπιση σοβαρότερων περιπτώσεων, έχοντας αναπτύξει εξειδικευμένο ενδονοσοκομειακό πρόγραμμα καθώς και ομαδικό ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα για οικογένειες με πάσχων μέλος. Επίσης σε συνεργασία με το ιατρείο Οικογένειας της Α'Ψυχιατρικής Κλινικής παρέχεται συστημικού τύπου ψυχοθεραπεία σε οικογένειες με μέλος που πάσχει από διαταραχή πρόσληψης τροφής.

Η Α'Ψυχιατρική Κλινική σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Έρευνας της Συμπεριφοράς διοργανώνει διετές εκπαιδευτικό σεμινάριο για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής που απευθύνεται σε ψυχιάτρους και ψυχολόγους με εκπαίδευση στη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία.

3. Παιδοψυχιατρική Κλινική. Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία»

4. Τμήμα Ψυχιατρικής Εφήβων και Νέων.Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ.Γεννηματάς»

5. Μονάδα Εφηβικής Υγείας(ΜΕΥ). Β' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ. Νοσοκομείο Παίδων «Π.& Α. Κυριακού»