



**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

# **«ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ»**

**Σπουδάστρια: ΤΣΕΡΕΠΗ ΑΡΙΟΛΑ**



**Εισηγητής: Δρίτσας Ιωάννης**

**Πάτρα, Μάρτιος 2011**



**T.E.I. OF PATRAS**

**INSTITUTION OF HEALTH AND WELFARE PROFESSIONS**

**DEPARTMENTS OF SOCIAL WORK**

# **«PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL CAUSES OF PSYCHOGENIS ANOREXIA»**

**Student: ARIOLA A. CEREPİ**



Patra, March 2011

**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**

**Σ.Ε.Υ.Π.**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**© Copy write Πάτρα 2011**

**«ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ»**

**ΜΕΤΕΧΟΥΣΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ**

Τσερέπη Αριόλα

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ**

Δρίτσας Ιωάννης

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

**Πάτρα, Μάρτιος 2011**



Το σώμα μας έχει την ιδιότητα να αποθεραπεύεται. Ύψιστη σημασία έχουν οι παράγοντες: Διατροφή, Κίνηση, Περιβάλλον, Τρόπος Ζωής, Τρόπος Σκέψης

Ιπποκράτης

Δεν υπάρχει ανίατοι ασθένεια, αλλά ανίατοι ασθενείς

Ιπποκράτης

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες.....	11
Περίληψη.....	12
Summary.....	14
Εισαγωγή.....	15
Αναγκαιότητα της μελέτης.....	19
Σκοπός της μελέτης.....	20
Ορισμοί όρων.....	21

### ΜΕΡΟΣ Α

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

##### Τύποι και Ερμηνείες της Ψυχογενούς Ανορεξίας

1.1 Ιστορική αναδρομή.....	22
1.2 Τύποι και Ερμηνείες της Ψυχογενούς Ανορεξίας.....	24
1.3 Μορφές ψυχογενούς ανορεξίας.....	27

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

##### Κλινική Εικόνα-Διαγνωστικά Κριτήρια Ψυχογενούς Ανορεξίας

2.1 Κλινική εικόνα.....	29
2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία στην Ελλάδα .....	31

2.3 Διεθνή στατιστικά στοιχεία.....	31
2.4 Πρώιμη Έναρξη-Πρόγνωση-Πορεία.....	34
2.5 Διαγνωστικά κριτήρια .....	35
2.6 Διαφορική διάγνωση .....	36
2.7 Συνοδά συμπτώματα- Συνοδές διαταραχές .....	36
2.8 Επιπλοκές .....	37

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

#### **Παράγοντες πρόκλησης της ψυχογενούς ανορεξίας**

3.1 Γενετικοί παράγοντες.....	40
3.2 Νευροβιολογικοί παράγοντες.....	41
3.3 Εκλυτικοί παράγοντες.....	42
3.4 Ψυχολογικοί παράγοντες- Δυσάρεστα γεγονότα ζωής.....	43
3.5 Οικογενειακοί παράγοντες.....	46
3.6 Κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες.....	49
3.7 Προσωπικότητα.....	50
3.8 Παιδική σεξουαλική κακοποίηση .....	52
3.9 Συναισθηματικές διαταραχές.....	53
3.10 Αθλητικός ανταγωνισμός.....	53

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **Η ψυχική κατάσταση των ασθενών**

4.1 Ειδική ψυχοπαθολογία.....	54
4.2 Κατάθλιψη.....	55
4.3 Ιδεοψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά.....	55
4.4 Νευροψυχολογικά ελλείμματα.....	55
4.5 Διατρεβλωμένη συμπεριφορά απέναντι στη τροφή.....	56
4.6 Απάτες σχετικά με το φαγητό όπως τις αναφέρουν οι ασθενείς.....	57
4.7 Απάτες που οδηγούν στην φαινομενική αύξηση του βάρους.....	57
4.8 Απώλεια βάρους και υποθρεψία.....	58

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **Καθ' ηλικία Ανορεξία**

5.1 Η ανορεξία στο νεογέννητο.....	60
5.2 Η ανορεξία στο παιδί.....	61
5.3 Η ανορεξία στην έφηβη.....	62
5.4 Η ανορεξία στην ενήλικη γυναίκα.....	62
5.5 Οι ανορεκτικές μητέρες ως γονείς.....	62
5.6 Η ψυχογενής ανορεξία στους άντρες.....	63
5.7 Η ανορεξία στον ηλικιωμένο.....	66

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **Η θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας**

6.1 Πρόληψη της ψυχογενούς ανορεξίας.....	67
6.2 Η θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας .....	68
Γνωσιακή-Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, οικογενειακή ψυχοθεραπεία, συστηματική θεραπεία του συγγενικού περιβάλλοντος	
6.3 Θεραπεία σε νοσοκομεία ημέρας.....	73
6.4 Υποχρεωτική θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας.....	74
6.5 Σύγκριση των θεραπευτικών προγραμμάτων εξωτερικής νοσηλείας με την εισαγωγή στο νοσοκομείο.....	75
6.6 Η θεραπεία στα παιδιά.....	77
6.7 Οι ομάδες αυτοβοήθειας.....	79
6.8 Αντιμεταβίβαση στη θεραπεία των ασθενών με διατροφικές διαταραχές.....	80

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

### **Οι ρόλοι των Ειδικών**

7.1 Ο ρόλος του/της κοινωνικού/ή λειτουργού .....	81
7.1.1 Στον/στην ασθενή.....	81
7.1.2 Στην οικογένεια του/της ασθενούς.....	83
7.2 Συμβουλές από έναν κλινικό διαιτολόγο-διατροφολόγο για την αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας.....	83
7.3 Θρεπτικά Συστατικά.....	86



7.4 Η δίαιτα των ασθενών.....	92
-------------------------------	----

## **ΜΕΡΟΣ Β**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

#### **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

2.1 Είδος έρευνας-σκοπός-στόχοι.....	94
2.2 Ερευνητικές υποθέσεις/ερευνητικά ερωτήματα.....	96
2.3 Πληθυσμός-δείγμα.....	97
2.4 Επιλογή εργαλείων έρευνας.....	97
2.5 Τόπος και χρόνος έρευνας.....	98
2.6 Συλλογή δεδομένων.....	98
2.7 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού.....	99
2.8 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.....	99
2.9 Περιρισμοί έρευνας.....	101

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

3.1 Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση.....	102
--	-----

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

4.1 Παρουσίαση αποτελεσμάτων έρευνας/συζήτηση.....	105
--	-----

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

5.1 Συμπεράσματα έρευνας και προτάσεις για μελλοντική πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου της ψυχογενούς ανορεξίας.....	154
--	-----

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>159</b>
--------------------------	------------

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

A. Ερωτηματολόγιο.....	166
------------------------	-----

B. Που μπορούν να απευθυνθούν τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία...	171
--	-----

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η μελέτη αυτή εκπονήθηκε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας μου στο τμήμα κοινωνική εργασία του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας από το Νοέμβρη του 2009 έως τον Φλεβάρη του 2011, υπό την επίβλεψη των καθηγητών κ. Δετοράκη Ιωάννη και κ. Δρίτσα Ιωάννη. Το θέμα της πτυχιακής είναι τα «Ψυχολογικά και Κοινωνικά Αίτια της Ψυχογενούς Ανορεξίας». Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους εισηγητές κ. Δετοράκη Ιωάννη και κ. Δρίτσα Ιωάννη, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν, όπως και για τη συνολική υποστήριξή τους και το αμείωτο ενδιαφέρον καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της μελέτης αυτής.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένειά μου (επίσης τις συμφοιτήτριες του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και Νοσηλευτικής, Περράκη Αικατερίνη, Πιτσικάλη Αλίκη και Βασιλείου Αγγελική), για την αμέριστη συμπαράστασή τους, για την εμπύχωση και για τη συνεχή παρότρυνση, στήριξη και υπομονή που έδειξαν σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Τσερέπη Αριόλα 2011

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία με θέμα Ψυχολογικά και Κοινωνικά Αίτια της Ψυχογενούς Ανορεξίας έχω ασχοληθεί βιβλιογραφικά και ερευνητικά.

Συγκεκριμένα στο θεωρητικό μέρος της μελέτης θα αναφέρω αρχικά στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο την ιστορική αναδρομή της Ψυχογενούς Ανορεξίας, καθώς τους τύπους και τις ερμηνείες τη ψυχολογική και τη κοινωνική, επίσης και τις μορφές της ψυχογενούς ανορεξίας. Στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο καταγράφω το προφίλ της κλινικής εικόνας, τα διαγνωστικά κριτήρια, τη διαφορική διάγνωση, τα συνοδά συμπτώματα-συνοδές διαταραχές, τις επιπλοκές, τα επιδημιολογικά στοιχεία στην Ελλάδα, τα διεθνή στατιστικά στοιχεία και τη πρώιμη έναρξη-πρόγνωση πορεία. Στο 3<sup>ο</sup> και 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο γίνεται λόγος για τους παράγοντες πρόκλησης της ψυχογενούς ανορεξίας, την ειδική ψυχοπαθολογία, την κατάθλιψη, τα Ιδεοψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά, τα νευροψυχολογικά ελλείμματα, τη διαστρεβλωμένη συμπεριφορά των ασθενών απέναντι στη τροφή, τις απάτες τους σχετικά με το φαγητό και την απώλεια βάρους. Στο 5<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναφέρω την ανορεξία στο νεογέννητο, στο παιδί, στην έφηβη, στην ενήλικη γυναίκα, στις μητέρες γονείς, στους άντρες και στον ηλικιωμένο.

Στο 6<sup>ο</sup> και 7<sup>ο</sup> κεφάλαιο του πρώτου μέρους θα επιχειρήσω να παρουσιάσω τη πρόληψη της ψυχογενούς ανορεξίας, τη θεραπεία, τη θεραπεία σε νοσοκομεία ημέρας, την υποχρεωτική θεραπεία, τη σύγκριση των θεραπευτικών προγραμμάτων εξωτερικής νοσηλείας με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, τη θεραπεία στα παιδιά, τις ομάδες αυτοβοήθειας, την αντιμεταβίβαση στη θεραπεία των ασθενών, επίσης τον ρόλο του/της κοινωνικού/ή λειτουργού στον ασθενή και στην οικογένεια, τις συμβουλές του διαιτολόγου-διατροφολόγου, τα θρεπτικά συστατικά και τη δίαιτα των ασθενών.

Τέλος, στο ερευνητικό μέρος θα αναφερθώ στη μεθοδολογία, τα βασικά ερωτήματα και υποθέσεις της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε 300 άτομα. Ως εργαλείο έρευνας χρησιμοποιώ το ερωτηματολόγιο. Με τη χρήση του ερωτηματολογίου υπάρχει η δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου μέρους του πληθυσμού και συλλογής στοιχείων σε μικρό χρονικό διάστημα. Κατόπιν θα προβούμε στην εξαγωγή αποτελεσμάτων, συμπερασμάτων και προτάσεων σχετικά με τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα.

## SUMMARY

The present study on psychological and social causes of anorexia nervosa is a combination of literature and research.

In the theoretical part of this study i will first state in the 1<sup>st</sup> chapter a historical overview of anorexia nervosa, types and the psychological and social interpretation, furthermore the forms of anorexia nervosa. The 2<sup>nd</sup> chapter lists the profile of the clinical picture, diagnostic criteria, differential diagnosis, accompanying symptoms-accompanying disorders, complications, epidemiological statistics in Greece, international statistics and the early start-weather road. The 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> chapters talks about the factors that cause the psychogeniss anorexia, specifically psychopathology, depression, obsessive-compulsive characteristics, neuropsychological deficits, the distorted attitude of patients towards food scams that lead to weight gain, and weight loss. The 5<sup>th</sup> chapter mention anorexia nervosa in the newborn, child, teenager, the adult woman, mother parents, men and elderly.

The 6<sup>th</sup> and 7<sup>th</sup> chapters of part one I will present the prevention of anorexia nervosa, the treatment, the treatment in hospital days, the mandatory treatment, the treatment in children, self-help groups and the counter- treatment of patients also the role of social worker, the advice of dietitian, finally nutrients and the diet of patients are mentioning.

The part of the research refers to the methodology, key symptoms and question in the survey of 300 people. As a research tool is used the questionnaire. The questionnaire gives the opportunity to approach a large proportion of population and to collect information in a short time. Finally, it will be exported the result, conclusion and recommendations on existing research data.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχογενής ανορεξία ή νευρογενής ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέλησή του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ. Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη του σώματός τους ολόκληρου και της εξωτερικής τους σωματικής εικόνας, δεν μπορούν να αναγνωρίσουν σωματικές αισθήσεις συμπεριλαμβανομένου του αισθήματος της πείνας, πιστεύουν ότι το σώμα τους ή διάφορα μέρη του είναι «πολύ παχιά» ακόμα και όταν είναι κάτω από το φυσιολογικό βάρος (Μάνος, 1997). Η ημερήσια ποσότητα θερμίδων για τις γυναίκες κυμαίνεται κανονικά ανάμεσα σε 1800 ως 2500 θερμίδες, ενώ συχνά είναι χαμηλότερη από 300 θερμίδες στις ανορεκτικές (Γεωργαρά, 1987).

Οι μορφές ανορεξίας που εμφανίζονται σε άτομα με ποικίλες ψυχικές δομές και εκφράζουν άنيση βαρύτητα παλινδρομήσεις στα πλαίσια των οποίων η στοματο-διατροφική αποδιοργάνωση εμφανίζεται ως *αντιδραστική ανορεξία*, μετά από κάποιο πένθος ή αποτυχία. *Υστερική ανορεξία*, η οιδιπόδεια φαντασιωσική δραστηριότητα είναι ιδιαίτερα έντονη. Η ασθενής επιδεικνύει την ισχύότητά της, και την χρησιμοποιεί για να εγκαταστήσει σχέσεις κυριάρχησης του περιβάλλοντός της, συμπεριλαμβανομένου και του γιατρού της. Η *Ιδεοψυχαναγκαστική ανορεξία*, είναι μια άλλη μορφή της ανορεξίας με τελετουργίες διατροφής και θερμιδικούς ελέγχους, πολύ δυσπρόσιτη στην ανάμιξη άλλων ατόμων και στη θεραπευτική σχέση, και τέλος, *ανορεξία σε περιπτώσεις μεθοριακών καταστάσεων ή αρχόμενης σχιζοφρένειας* (Lempriere & Feline, 1995).

Επίσης, το DSM-IV διακρίνει δυο τύπους ψυχογενούς ανορεξίας, τον περιοριστικό και τον υπερφαγικό-καθαρτικό τύπο. Τα άτομα τα οποία ανήκουν

στον περιοριστικό τύπο ακολουθούν αυστηρή δίαιτα για να περιορίσουν τη λήψη θερμίδων. Ενώ τα άτομα που ανήκουν στον υπερφαγικό-καθαρτικό τύπο βασίζονται στις συμπεριφορές μεθόδους κάθαρσης του οργανισμού από τις τροφές, επίσης καταναλώνουν σχετικά μικρές ποσότητες φαγητού και αυτοπροκαλούν έμετο πιο συχνά, μερικές φορές μετά από κάθε γεύμα ([www.psychologia.gr](http://www.psychologia.gr)).

Εξίσου, σημαντικό είναι όταν αναφερόμαστε στην κλινική εικόνα της ψυχογενούς ανορεξίας να γνωρίζουμε ότι η ψυχογενής ανορεξία αναπτύσσεται πολύ συχνά σε κορίτσια που έχουν αρκετές ικανότητες και είναι ιδιαίτερα πειθαρχημένα, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνουν εξαιρετικές επιδόσεις τόσο στο σχολείο όσο και σε άλλες δραστηριότητες, όπως ο αθλητισμός, η μουσική και ο χορός. Στα αρχικά στάδια η ασθενής περιορίζει είτε σταδιακά είτε απότομα την πρόσληψη τροφής (Meunier & Alain, 2003). Εκτός από τον περιορισμό της πρόσληψης τροφής, άλλοι τρόποι που χρησιμοποιούνται για να επιτευχθεί η απώλεια του βάρους είναι η πολύωρη γυμναστική, διανύει μεγάλες αποστάσεις για το σχολείο ή τη δουλειά αντί να χρησιμοποιήσει τις δημόσιες συγκοινωνίες (Michael & Gelder & Lopez-Ibor, 2008).

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά του DSM-IV για την ψυχογενή ανορεξία είναι περιλαμβάνουν τον έντονο φόβο του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό Επιπλέον, διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος ή το σχήμα του σώματος του, αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην εκτίμηση του εαυτού ή άρνηση της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού βάρους (Nilsson, 2007).

Η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί μια ασθένεια για την οποία δεν ευθύνεται ένας μεμονωμένος παράγοντας. Τα αίτια της ψυχογενής ανορεξίας είναι μάλλον



πολυπαραγοντικά, ιδιαίτερα τα χαρακτηριστικά της κοινωνίας, ο τρόπος σκέψης του ατόμου αλλά και παράγοντες που σχετίζονται με το ενδοοικογενειακό συναισθηματικό κλίμα μπορεί να συμβάλλουν σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό στην εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας. Φαίνεται ότι οι παράγοντες αυτοί περισσότερο συμπληρώνουν ο ένας τον άλλο παρά αλληλοαποκλείονται.

Οι διατροφικές διαταραχές εκπροσωπούν ένα σημαντικό και αυξανόμενο πρόβλημα στην τρέχουσα νοοτροπία. Η πρόληψη είναι μια κρίσιμη πτυχή για την εξέταση αυτού του είδους προβλήματος. Η εκπαίδευση αποτελεί βασικό παράγοντα της πρόληψης (Blaw & Gullota, 1996). Οι γονείς οι οποίοι ακολουθούν χρόνια δίαιτα, ψυχαναγκαστικές ασκήσεις ή είναι συνεχώς επικεντρωμένοι στο πώς να χάνουν βάρος, είναι πολύ πιθανόν να προβάλλουν λάθος πρότυπα για τα παιδιά τους. Αντιθέτως, οι γονείς πρέπει να μεταφέρουν στα παιδιά μηνύματα όπως για παράδειγμα η αυτοεκτίμηση και η αυτοαντίληψη δεν βασίζονται μόνο στην σωματική εμφάνιση (Kjelas & Bjornstrom & Gotestam, 2004).

Η ψυχογενούς ανορεξία αποτελεί ένα δύσκολο θεραπευτικό εγχείρημα τόσο λόγο της σοβαρότητας της νόσου όσο και λόγο της άρνησης που συχνά συναντάται στους/στις ασθενείς ως προς την αναγνώριση και παραδοχή της ύπαρξης προβλήματος. Η άρνηση αυτή συχνά οδηγεί σε δυσκολία συνεργασίας μεταξύ του ασθενούς και θεραπευτικής ομάδας. Τα αποτελέσματα είναι πολύ καλύτερα εάν η θεραπεία ξεκινήσει νωρίς, πριν η διαταραχή γίνει συνήθεια και τρόπος ζωής. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς που είναι κάτω των 18 ετών και πάσχουν από τη διαταραχή για λιγότερο από 3 χρόνια είναι αυτοί που ανταποκρίνονται καλύτερα στη θεραπευτική παρέμβαση ([www.eatingdisorders.gr](http://www.eatingdisorders.gr)).

Ο ρόλος του/της Κ.Λ μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική εκφόρτιση του ασθενή και στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων αυτών. Η παραδοχή ότι υπάρχει η ασθένεια ,η ερμηνεία και η επεξήγησή της, είναι απαραίτητη με στόχο την ρεαλιστική αντιμετώπισή της, και των επιπτώσεων της στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα του ασθενούς μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του (Καλλινικάκη, 1998).

Ο ρόλος του κλινικού διαιτολόγου στην αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας είναι πολύ σημαντικός. Πρώτος στόχος είναι η διόρθωση της διατροφικής κατάστασης του ασθενούς (αποκατάσταση υποσιτισμού). Πρέπει να βοηθηθεί να αποκτήσει και να διατηρήσει μια φυσιολογική διατροφική κατάσταση (ενήλικας) και μια φυσιολογική ανάπτυξη (έφηβος). Επίσης, στόχος θα πρέπει να είναι η εγκατάσταση φυσιολογικών συμπεριφορών λήψης τροφής, η ανάπτυξη φυσιολογικής στάσης προς την τροφή (όχι φόβος προς την τροφή) και η ανάπτυξη και αναγνώριση κατάλληλων απαντήσεων στα ερεθίσματα πείνας και κορεσμού από τον ασθενή (Kjelas & Bjornstrom & Gotestam, 2004).

Στη συνέχεια στο ερευνητικό μέρος παρουσιάζεται η μεθοδολογία, τα βασικά ερωτήματα και υποθέσεις της έρευνας που πραγματοποιήθηκαν σε 300 άτομα. Ως εργαλείο έρευνας χρησιμοποιείται το ερωτηματολόγιο. Με τη χρήση του ερωτηματολογίου υπάρχει η δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου μέρους του πληθυσμού και συλλογής στοιχείων σε μικρό χρονικό διάστημα. Στη συνέχεια ακολουθούν η εξαγωγή συμπερασμάτων, αποτελεσμάτων και προτάσεων σχετικά με τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα.

## ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η αναγκαιότητα της συγκεκριμένης μελέτης βασίζεται στη διερεύνηση των ψυχολογικών και κοινωνικών αιτιών της ψυχογενούς ανορεξίας. Επιπλέον, βασίζεται στο ποσοστό του δείγματος που έχουν τη τάση εκδήλωσης ψυχογενούς ανορεξίας σε σχέση με την ηλικία, ύψος, βάρος, και φύλο. Ακόμα, στο ποσοστό του δείγματος σε σχέση με τις μεταβλητές ηλικία, ύψος, βάρος, και φύλο που πιθανόν να έχουν παρακολουθήσει στο παρελθόν κάποιο πρόγραμμα θεραπείας της ψυχογενούς ανορεξίας.

Τέλος, το ποσοστό του δείγματος για το εάν χρησιμοποιεί καθαρκτικά, χάπια διαίτης ή οποιαδήποτε άλλη μέθοδο για να ελέγξει το βάρος του.

## ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Βασικός σκοπός της έρευνάς μου είναι να εξετάσω τα ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια της ψυχογενούς ανορεξίας με ειδικότερη αναφορά σε νέους/νέες ηλικίας 16-39 ετών, καθώς η διαταραχή σπάνια εμφανίζεται μετά τα 40.

### Ειδικότεροι στόχοι της έρευνας είναι:

- § Να καταγραφεί τι ποσοστό των γυναικών και των αντρών ανησυχεί με την σκέψη ότι έχουν λίπος στο σώμα τους.
- § Να διερευνηθεί τι ποσοστό του δείγματος σε σχέση με το φύλο μπορεί να χρησιμοποιεί καθαρτικά, χάπια διαίτης ή διουρητικά προκειμένου να ελέγχει το βάρος του.
- § Να διερευνηθεί τι ποσοστό του δείγματος σε σχέση με το φύλο, επιθυμεί να είναι αδύνατο.
- § Να διερευνηθεί εάν οι γυναίκες έχουν τη μεγαλύτερη επιθυμία σε σύγκριση με τους άντρες να έχουν άδειο στομάχι.

## ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Η ψυχογενής ανορεξία ή νευρογενής ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέλησή του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ. Άτομα με τη διαταραχή αυτή λένε ότι «νιώθουν παχιά» όταν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ή ακόμα έχουν απισχανθεί, και αυτό γιατί η απώλεια του βάρους δεν καθησυχάζει τον φόβο τους της παχυσαρκίας. Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη του σώματός τους ολόκληρου και της εξωτερικής τους σωματικής εικόνας, δεν μπορούν να αναγνωρίσουν σωματικές αισθήσεις συμπεριλαμβανομένου του αισθήματος της πείνας, πιστεύουν ότι το σώμα τους ή διάφορα μέρη του είναι «πολύ παχιά» ακόμα και όταν είναι κάτω από το φυσιολογικό βάρος (Μάνος, 1997).

Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνον αργά στη πορεία της νόσου, οι ανορεκτικές υποβάλλονται σε αυστηρή δίαιτα από αδικαιολόγητη ανησυχία για την ανάπτυξη του στήθους της. Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στην ταυτότητα και στην αυτονομία για λόγους που ακόμα δεν γνωρίζουμε. Η ημερήσια ποσότητα θερμίδων για τις γυναίκες κυμαίνεται κανονικά ανάμεσα σε 1800 ως 2500 θερμίδες, ενώ συχνά είναι χαμηλότερη από 300 θερμίδες στις ανορεκτικές. (Γεωργαρά, 1987).

Ένας από τους καλύτερους ορισμούς της ανορεξίας σύμφωνα με την Μπούρα (2004), είναι το αδιέξοδο. Το αδιέξοδο στη ζωή ενός νέου κοριτσιού ταυτίζεται με τον ψυχικό θάνατο και την αδήριτη πραγματικότητα.

## 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η περιγραφή της ψυχογενούς ανορεξίας ξεκίνησε στο δεύτερο μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα αφενός στη Μ. Βρετανία από τον Sir William Withey Gull το 1868, ο οποίος αρχικά την ονόμασε «υστερική απεψία» ενώ αργότερα «νευρογενή ανορεξία», και αφετέρου στη Γαλλία από τον Ernest Charles Laseque το 1873 (Χριστοδούλου & Συνεργάτες, 2004).

Ενώ σύμφωνα με διάφορους συγγραφείς, η ψυχογενής ανορεξία έχει περιγραφεί από τον 17<sup>ο</sup> αιώνα. Κατά καιρούς την θεωρούσαν ως σύνδρομο που συνυπάρχει με άλλες ψυχικές νόσους, σήμερα επικρατεί η άποψη ότι πρόκειται περί αυτόνομου κλινικής οντότητας, υπαγόμενης στις ψυχοσωματικές νόσους (Στεφανίδη και συνεργάτες). Η συστηματική όμως μελέτη της ψυχογενούς ανορεξίας ξεκίνησε συγκεκριμένα μετά το 1950, ενώ η διάκριση της διαταραχής αυτής σε «περιοριστικό» και «καθαριστικό/υπερφαγικό τύπο» έγινε στη δεκαετία του 1980 από τους Casper et al και Garfinkel et al ( Σολδάτος & Λυκουράς, 2006).

Σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλη (1991), η διαταραχή αποδόθηκε σε κάποια κληρονομική ανωμαλία του κεντρικού νευρικού συστήματος, που εμφανίζεται αποκλειστικά σε νεαρές γυναίκες. Ο Μπαμπίνσκι, στενός συνεργάτης του Σαρκώ την ονόμασε παρθενοανορεξία. Γύρω στα τέλη του αιώνα και για τα επόμενα πενήντα χρόνια, η διαταραχή ταυτίστηκε με τη νόσο του Σάιμοντς, που οφείλεται σε μια δυσλειτουργία της υποφύσεως. Το 1951, ο Γερμανός Χένι πρότεινε τον όρο ψυχογενής ανορεξία, που επικράτησε στην Ευρώπη αλλά όχι στην Αμερική, όπου αναφέρεται ακόμα ως ανορεξία νερβόζα.

Υπάρχει ένα ισχυρό επιχείρημα υπέρ της αποδοχής ότι οι περιγραφές των Gull (1874) και Lasegue (1873) εμπεριέχουν τις βασικές έννοιες της ψυχογενούς ανορεξίας. Και οι δυο αναγνώρισαν μια διαταραχή που σχετίζεται με έντονη απίσχνανση και διακοπή της εμμηνορύσεως, ανεξήγητη με βάση τις γνωστές φυσικές αιτίες απώλειας βάρους. Και οι δυο ήταν εξαιρετικά προσεκτικοί ως προς την φύση της ψυχικής διαταραχής. Ο Gull μίλησε για μια νοσηρή ψυχική κατάσταση ή “ψυχική διαστροφή” και υιοθέτησε τον πιο γενικό όρο “ψυχογενής” ανορεξία, ο οποίος διατηρείται μέχρι σήμερα. Ο Lasegue αναφέρθηκε επίσης σε “ψυχική διαστροφή” αλλά ήταν αρκετά τολμηρός ώστε να αποκαλέσει την κατάσταση “υστερική ανορεξία”.

Εξετάζοντας τις διάφορες ιστορικές περιόδους, μπορούμε κάλλιστα να θεωρήσουμε ότι η αντιπροσώπευση των γυναικών στην τέχνη και στα μέσα ενημέρωσης στους δυτικούς πολιτισμούς έχει αλλάξει μέσα στους αιώνες. Ο Rubens το δέκατο έβδομο αιώνα ζωγράφησε την αγαπημένη του γυναίκα παχουλή, αισθησιακή με μια συγκεκριμένη στρογγυλοποιημένη μορφή. Ωστόσο, το σχήμα των γυναικών άλλαξε το δέκατο ένατο αιώνα με τη χρήση των κορσέδων προβάλλοντας το σχήμα της κλεψύδρας. Το 1950, οι γυναίκες ήθελαν να μοιάζουν στη Marilyn Monroe με πολύ καλλίγραμμη φιγούρα της και το μεγάλο στήθος.

Ωστόσο, στα τέλη του 1960 το ιδανικό σχήμα άλλαξε και πάλι με την άφιξη της Twiggy, το σούπερ μοντέλο που δεν έχει σχεδόν καθόλου στήθος. Το ιδανικό σχήμα για τις γυναίκες άλλαξε και πάλι τη δεκαετία του 1980 για να εκλείψει τους ευρείς ώμους και μέσες. Κατά τη διάρκεια της ιστορίας η γυναικεία ομορφιά είχε διαφορετικά μοντέλα, τα οποία μερικά σχετίζονται περισσότερο με άφθονο μέγεθος του σώματος παρά τη λεπτότητα. Στις μέρες μας όμως, οι πλειοψηφία των γυναικών θεωρούν ιδανικά μόνο τα λεπτά

μοντέλα. Συχνά, αυτά τα πολύ αδυνατισμένα μοντέλα χρησιμοποιούνται για να πουλήσουν τα πάντα όπως ρούχα, σαμπουάν, αυτοκίνητα και άλλα αγαθά.

Ενώ η νευρική ανορεξία κάποτε θεωρούνταν σπάνια τώρα έχει γίνει ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας στη δυτική κοινωνία. Ως επί το πλείστον επηρεάζει νέες γυναίκες, και το κεντρικό χαρακτηριστικό της νόσου είναι το ασυνήθιστο χαμηλό βάρος που επιτυγχάνεται μέσα από ακραίους περιορισμούς των θερμίδων. Οι διατροφικές διαταραχές οφείλονται από το συνδυασμό συναισθηματικών, σωματικών και κοινωνιολογικών παραγόντων και ενθαρρύνονται από μια κοινωνία που δίνει μεγάλη έμφαση στην εμφάνιση ως μέτρο της αξίας. Κάποτε πιστευόταν ότι το φαινόμενο της νευρικής ανορεξίας ήταν ένα πρόβλημα περισσότερο των νέων θηλυκών εφήβων, ενώ τώρα παρουσιάζεται στα παιδιά, στους άνδρες και στις ηλικιωμένες γυναίκες (Martin, 2000).

## **1.2 ΤΥΠΟΙ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΕΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ**

Το DSM-IV διακρίνει δυο τύπους ψυχογενούς ανορεξίας, τον περιοριστικό και τον υπερφαγικό-καθαρτικό τύπο. Τα άτομα τα οποία ανήκουν στον περιοριστικό τύπο ακολουθούν αυστηρή δίαιτα για να περιορίσουν τη λήψη θερμίδων. Ενώ τα άτομα που ανήκουν στον υπερφαγικό-καθαρτικό τύπο βασίζονται στις συμπεριφορές μεθόδους κάθαρσης του οργανισμού από τις τροφές, επίσης καταναλώνουν σχετικά μικρές ποσότητες φαγητού και αυτοπροκαλούν εμετό πιο συχνά, μερικές φορές μετά από κάθε γεύμα ([www.psychologia.gr](http://www.psychologia.gr)).

Περίπου το 50% των ατόμων που πληρούν τα κριτήρια για την ανορεξία καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες τροφής. Τα άτομα που ανήκουν στον υπερφαγικό-καθαρτικό τύπο ανορεξίας παρουσιάζουν μια παρορμητική συμπεριφορά για παράδειγμα κλέβουν, κάνουν χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών



σε μεγαλύτερο βαθμό από ό, τι τα άτομα του περιοριστικού τύπου ανορεξίας επίσης οι διαθέσεις τους είναι περισσότερες ευμετάβλητες. Άτομα που τρώνε υπερβολικά και μετά αυτοπροκαλούν εμετό, είτε υποφέρουν από ανορεξία είτε όχι, είναι πιθανό να ήταν παχύσαρκα ως παιδιά και να έχουν ιστορικό παχυσαρκίας στην οικογένειά τους (Durand, 2001).

Σημαντικό να αναφερθεί είναι και το γεγονός ότι στα άτομα το οποία προκαλούν από μονά τους τον εμετό παρατηρείται απώλεια γαστρικού οξέος η οποία οδηγεί σε μεταβολική αλκάλωση και υποκαλιαιμία. Επίσης παρατηρούνται και χαμηλά επίπεδα καλίου ορού τα οποία προκαλούν διαταραχές στην καρδιακή αγωγιμότητα και αρρυθμίες, μυϊκή αδυναμία και δυσλειτουργία των νεφρικών σωληναρίων. Ενώ όσοι κάνουν χρήση διουρητικών οδηγούνται σε χαμηλά επίπεδα νατρίου ορού τα οποία με τη σειρά τους προκαλούν κόπωση και αδυναμία. Τιμές κάτω των 120 mmol/l μπορούν να οδηγήσουν σε κώμα. Η ασθενής δικαιολογεί τη λήψη διουρητικών ως θεραπεία για πρησμένους αστραγάλους ή για το “φούσκωμα” του στομάχου (Meunier & Alain, 2003).

Γιατί μερικές έφηβες έχουν διαταραχές της διατροφής; Έχουν υποστηριχθεί δυο ερμηνείες, αλλά καμία δεν έχει αποδειχθεί οριστικά.

### **Ψυχολογική**

Επειδή το φαγητό είναι ένα βασικό ένστικτο έχει υποτεθεί ότι οι άνθρωποι που πάσχουν από μια διαταραχή της διατροφής έχουν μια αναγνωρίσιμη προσωπικότητα, και είναι πιο ιδεοληπτικοί ή νευρωτικοί από εκείνους που τρώνε κανονικά. Μερικές μελέτες που χρησιμοποίησαν ερωτηματολόγια προσωπικότητας δείχνουν ότι οι γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία είναι πράγματι πιο «νευρωτικές» ή «ιδεοληπτικές» από τις γυναίκες που το βάρος τους «βρίσκεται στα επιθυμητά όρια». Επίσης οι μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες που έχουν χάσει βάρος με δίαιτα και υπερβολική γυμναστική είναι

περισσότερες εσωστρεφείς, αγχώδεις και πιο εξαρτημένες από τις γυναίκες οι οποίες έχουν φυσιολογικό βάρος ή τις γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία που χρησιμοποιούν τον εμετό ή τα καθαρτικά ως μεθόδους για να χάσουν βάρος (Meunier & Alain, 2003)

Τα κύρια προβλήματα σχετικά με την αποδοχή της ψυχολογικής ερμηνείας είναι πρώτον ότι πολλές γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία βρίσκεται μετά από προσεκτικές εξετάσεις ότι έχουν «φυσιολογική» προσωπικότητα, και δεύτερον οι βαθμολογίες προσωπικότητας των φυσιολογικών ανθρώπων και εκείνων που πάσχουν από διαταραχές της διατροφής συμπίπτουν σε σημαντικό βαθμό. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι τα τεστ είναι πολύ πρόχειρα για να αναγνωρίσουν ένα πρόβλημα προσωπικότητας ή ότι η ψυχολογική ερμηνεία είναι αβάσιμη (Treasure, 1997).

Ακόμη, σύμφωνα με τη θεωρία του ελαττώματος της προσωπικότητας μερικές γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία φοβούνται να «μεγαλώσουν» και να ωριμάσουν σωματικά και σεξουαλικά. Αποφεύγοντας το φαγητό, το περίγραμμα του σώματος της γυναίκας γίνεται το περίγραμμα ενός παιδιού προεφηβικής ηλικίας, η περίοδος δεν ξεκινά ή σταματά, μπορεί να αποφύγει τις κοινωνικές εκδηλώσεις που τις προκαλούν αμηχανία, άγχος και μπορεί να αρνηθεί τη σεξουαλικότητα της. Αυτή η εξήγηση μπορεί να ισχύει για μερικές ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις των διαταραχών της διατροφής δεν έχει εφαρμογή (Gérard, 1997).

### **Κοινωνική**

Στη δυτική κουλτούρα η κοινωνία και κυρίως τα μέσα ενημέρωσης προσφέρουν δυο αντικρουόμενα μηνύματα σχετικά με το φαγητό. Το πρώτο μήνυμα είναι ότι μια λεπτή γυναίκα είναι πετυχημένη, ελκυστική, υγιής, ευτυχισμένη σε φόρμα και δημοφιλής. Το να γίνει λεπτή με όλα όσα

συνεπάγεται αυτό, θεωρείται μια κυρία επιδίωξη πολλών γυναικών. Το δεύτερο μήνυμα είναι ότι το φαγητό είναι μια ευχάριστη δραστηριότητα που ικανοποιεί πολλές ανάγκες, εκτός του ότι ανακουφίζει την πείνα, και οι γυναίκες δικαιούνται να ικανοποιούν τις ανάγκες τους. Στα γυναικεία περιοδικά αυτά τα δυο μηνύματα έχουν την τάση να εμφανίζονται ανακατεμένα. (Abraham & Llewellyn, 1990).

Σχεδόν σε κάθε τεύχος τα περιοδικά δημοσιεύουν «συναρπαστικές» νέες δίαιτες που «εγγυώνται απώλεια βάρους με ελάχιστη δυσκολία ή κίνητρα» και αυτές οι δίαιτες ακολουθούνται συχνά από συνταγές και υπέροχες φωτογραφίες λαχταριστών γλυκών και φαγητών με πλούσιες σάλτσες. Είναι δύσκολο να δεις τηλεόραση χωρίς να βρεθείς αντιμέτωπη με μια εναλλαγή από διαφημίσεις για υποκατάστατα διαιτητικά φαγητά και πρόχειρα φαγητά ή κάτι αντίστοιχο. Οι κοινωνικές (συνήθως οικογενειακές) πιέσεις είναι επίσης αντιφατικές: «πρέπει να τρως ότι σου δίνουν οι άλλοι αλλά δεν πρέπει να παχύνεις» Η παροχή φαγητού θεωρείται στην κουλτούρα μας σημείο φροντίδας, και το κοινό φαγητό θεωρείται μια από τις κυρίες κοινωνικές επαφές. Αυτές οι πολιτισμικές επιταγές επιβάλλουν στη μητέρα να εξασφαλίζει άφθονες ποσότητες φαγητού, στην κόρη ή το γιο της (Oakley & Potter, 1997).

### **1.3 ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ**

Μορφές ανορεξίας που εμφανίζονται σε άτομα με ποικίλες ψυχικές δομές και εκφράζουν άνιση βαρύτητα παλινδρομήσεις στα πλαίσια των οποίων η στοματο-διατροφική αποδιοργάνωση εμφανίζεται ως:

**§ Αντιδραστική ανορεξία**, μετά από κάποιο πένθος ή αποτυχία. Η έλλειψη όρεξης είναι σε αυτή την περίπτωση πρωτογενής (δεν πρόκειται

για πάλι εναντίον της πείνας) και εντάσσεται σε ένα σχετικά εμφανές πλαίσιο κατάθλιψης.

- § **Υστερική ανορεξία**, η οιδιπόδεια φαντασιωσική δραστηριότητα είναι ιδιαίτερα έντονη. Η ασθενής επιδεικνύει την ισχύότητά της, και την χρησιμοποιεί για να εγκαταστήσει σχέσεις κυριάρχησης του περιβάλλοντός της, συμπεριλαμβανομένου και του γιατρού της. Οι ανορεκτικές άρρωστες χειρίζονται αυτές τις σχέσεις με εκπληκτική επιδεξιότητα (τεχνάσματα μυθομανία).
- § **Ιδεοψυχαναγκαστική ανορεξία**, με τελετουργίες διατροφής και θερμιδικούς ελέγχους, πολύ δυσπρόσιτη στην ανάμιξη άλλων ατόμων και στη θεραπευτική σχέση.
- § **Ανορεξία σε περιπτώσεις μεθοριακών καταστάσεων ή αρχόμενης σχιζοφρένειας** (Lempriere & Feline, 1995).

## 2.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Είναι σημαντικό όταν αναφερόμαστε στην κλινική εικόνα της ψυχογενούς ανορεξίας να γνωρίζουμε ότι η διαταραχή τουλάχιστον αρχικά δεν εκδηλώνεται με απώλεια της όρεξης αλλά με εκούσιο περιορισμό της προσλαμβανόμενης τροφής. Η ψυχογενής ανορεξία αναπτύσσεται πολύ συχνά σε κορίτσια που έχουν αρκετές ικανότητες και είναι ιδιαίτερα πειθαρχημένα, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνουν εξαιρετικές επιδόσεις τόσο στο σχολείο όσο και σε άλλες δραστηριότητες, όπως ο αθλητισμός, η μουσική και ο χορός. Πολλές φορές οι γονείς αιφνιδιάζονται καθώς η κόρη τους ήταν «τέλεια, την καμάρωνες και ποτέ δεν δημιουργούσε προβλήματα» (Meunier & Alain, 2003).

Στα αρχικά στάδια η ασθενής περιορίζει είτε σταδιακά είτε απότομα την πρόσληψη τροφής. Ο περιορισμός γίνεται συνήθως με γνώμονα το ποια τροφή θεωρείται διαιτητική, επομένως και «υγιεινή» και ποια μη διαιτητική άρα «απαγορευμένη». Σε γενικές γραμμές απαγορεύονται τα λίπη και οι υδατάνθρακες. Όταν της ζητείται να εξηγήσει αυτή την περιορισμένη επιλογή τροφών, είναι πιθανό να την υπερασπιστεί η ασθενής λέγοντας ότι θέλει να ακολουθήσει μια “υγιεινή” διατροφή. Αυτό που απομένει είναι μια συχνά στερεότυπη επιλογή λαχανικών και φρούτων. Η ασθενής αρκετά συχνά μετράει με επιμέλεια τις θερμίδες που προσλαμβάνει και προσπαθεί η ημερήσια κατανάλωση να είναι η μικρότερη δυνατή. Η ιδιαίτερη σημασία του σωματικού σχήματος και βάρους για την αποτίμηση της προσωπικής αξίας σε συνδυασμό με τη μειωμένη, λόγω υποσιτισμού, γαστρική κένωση συμμετέχουν στη διαίωνιση της διαταραχής, καθώς η ασθενής λόγω δυσπεψίας και του «φουσκώματος» που νιώθει –περιορίζει τα γεύματά της (Palmer, 2000).

Η ασθενής προτιμά να προετοιμάζει μόνη της το φαγητό της, έτσι ώστε να είναι σίγουρη ότι είναι διαιτητικός ο τρόπος μαγειρέματος του. Κόβει το φαγητό

σε μικρά κομματάκια και πολλές φορές χρειάζεται ιδιαίτερα μεγάλο χρονικό διάστημα για να το καταναλώσει. Κάποιες φορές μασά το φαγητό ώστε να υπάρχει η γευστική απόλαυση και στη συνέχεια το φτύνει, για να μην προσλαμβάνονται θερμίδες. Οι μερίδες είναι συνήθως μικρές, τα γεύματα αραιά και στα μεσοδιαστήματα καταναλώνονται ροφήματα χωρίς θερμίδες ή/και τσίχλες σε μεγάλη ποσότητα. Πολλές φορές διαπιστώνεται υπεραπασχόληση της ασθενούς με τη μαγειρική, χωρίς η ίδια να δοκιμάζει τα φαγητά που ετοιμάζει, ή αποσύρεται στο δωμάτιό της για να το φάει (Zmukler & Darec & Treasure, 1995).

Εκτός από τον περιορισμό της πρόσληψης τροφής, άλλοι τρόποι που χρησιμοποιούνται για να επιτευχθεί η απώλεια του βάρους είναι η πολύωρη γυμναστική, διανύει μεγάλες αποστάσεις για το σχολείο ή τη δουλειά αντί να χρησιμοποιήσει τις δημόσιες συγκοινωνίες. Η ασθενής είναι πιθανό να αποκρύψει το γεγονός ότι παρακολουθεί μαθήματα αεροβικής γυμναστικής. Ένας γονέας μπορεί να αναφέρει ότι η κόρη του τρέχει επί τόπου ή κάνει κάμπεις μόνη της στο δωμάτιό της, κρίνοντας από τον θόρυβο που μπορεί να ακούγεται. Το φορτίο της άσκησης μπορεί να είναι υπερβολικό, με την ασθενή να επιδίδεται σε έντονους περιπάτους ή τρέξιμο ακόμα και όταν τα γόνατα ή οι αστράγαλοί της πονούν λόγω κακώσεων των μαλακών μορίων. Λιγότερη συνηθισμένη είναι η στέρηση του ύπνου με τη λήψη ψυχοδιεγερτικών (π.χ.καφεΐνη, αμφεταμίνες) ή η λήψη θυρεοειδικών ορμονών για την αύξηση της ημερήσιας θερμιδικής κατανάλωσης.

Ο γιατρός έχει τότε τη δυνατότητα να την βολιδοσκοπήσει σχετικά με το “επιθυμητό” βάρος της, ρωτώντας την απλά σε ποια επίπεδα βάρους είναι πρόθυμη να επανέλθει. Η απάντησή της θα αποκαλύψει την αποφασιστικότητά της να διατηρηθεί σε επίπεδα κάτω του ιδανικού βάρους. Το ενδεχόμενο αυτοτραυματισμού θα πρέπει επίσης να διερευνάται, ενώ το δέρμα των καρπών

και των αντιβραχιών θα πρέπει να εξετάζεται για αμυχές ή κοψίματα με κοφτερά αντικείμενα. Συχνά η ανορεκτική παραδέχεται ότι ανακουφίστηκε που σταμάτησε η περίοδός της διότι την έβρισκε ενοχλητική ή δυσάρεστη. (Michael & Gelder & Lopez-Ibor, 2008).

## **2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Ανησυχητική έκταση λαμβάνει πλέον και στη Ελλάδα το πρόβλημα των διατροφικών διαταραχών, οι οποίες αποτελούν μια σοβαρότερη πάθηση η οποία εμφανίζεται κυρίως την περίοδο της εφηβείας. Υπολογίζεται ότι σήμερα ένα εκατομμύριο έφηβοι και νεαροί ενήλικες πάσχουν από κάποια μορφή τους στη χώρα μας, γεγονός που σημαίνει ότι δυο εκατομμύρια οικογένειες βρίσκονται αντιμέτωπες με το πρόβλημα αυτό. Η σοβαρότερη μορφή είναι η νευρική ανορεξία, που είναι και η ψυχική νόσος με το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας 20%. Με βάση έγκυρες επιδημιολογικές έρευνες, στην Ελλάδα νοσεί τη στιγμή αυτή το 6% του πληθυσμού(1% από νευρική ανορεξία), ενώ ένα επιπλέον 7% φέρει μερικώς κάποια χαρακτηριστικά συμπτώματα και από τις δυο νόσους, ανεβάζοντας έτσι το συνολικό ποσοστό των πασχόντων σε περίπου 13%. Στην Ελλάδα, όμως η ενημέρωση γύρω από τις διατροφικές διαταραχές είναι ελλιπής ([www.anasa.gr](http://www.anasa.gr)).

## **2.3 ΔΙΕΘΝΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής συνήθως, πρωτοεμφανίζονται στην εφηβική ηλικία. Περίπου το 0,5-2% των γυναικών πάσχει από νευρογενή ανορεξία. Η ψυχογενής ανορεξία είναι κυρίως πρόβλημα, που αφορά τις γυναίκες καθότι είναι 8-9 φορές συχνότερη από ό,τι στους άνδρες. Τα τελευταία

χρόνια όμως, η διαφορά αυτή φαίνεται να μικραίνει. Ενώ στις ΗΠΑ η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί την 3η συχνότερη νόσο στις έφηβες. Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια από τις πιο επικίνδυνες ψυχιατρικές καταστάσεις αφού το 5-20% περίπου των ασθενών πεθαίνει, λόγω επιπλοκών της ασθένειας. Στην Αμερική, περίπου 10 εκατομμύρια γυναίκες και 1 εκατομμύριο άνδρες δίνουν μάχη ζωής και θανάτου με διαταραχές πρόσληψης τροφής όπως η ανορεξία. Λόγω της μυστικοπάθειας και της ντροπής που συνδέεται με την ανορεξία, πολλά περιστατικά ενδεχομένως δεν αναφέρονται ([www.anasa.gr](http://www.anasa.gr)).

Επιπρόσθετα, πολλά άτομα είναι δυσαρεστημένα με την εικόνα του σώματος τους και ταλανίζονται από υποκλινικές διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές. Για παράδειγμα, έχει αποδειχθεί ότι σε ποσοστό 80% οι Αμερικανίδες γυναίκες είναι δυσαρεστημένες με την εξωτερική τους εμφάνιση (Gordon, 1990). Το ποσοστό θνησιμότητας που σχετίζεται με τη νευρογενή ανορεξία σε γυναίκες ηλικίας 15 έως 24 ετών είναι δώδεκα φορές υψηλότερο από το ποσοστό θνησιμότητας όλων των υπόλοιπων αιτιών θανάτου (Collins, 1991). Ας σημειωθεί ότι το αυξημένο αυτό ποσοστό θνησιμότητας αφορά αποκλειστικά και μόνο τα άτομα με νευρογενή ανορεξία, δίχως αυτό να σημαίνει ότι η νευρογενής ανορεξία αποτελεί τη βασική αιτία θανάτου μεταξύ όλων των γυναικών ηλικίας 15-24 ετών. Η νευρογενής ανορεξία έχει το υψηλότερο ποσοστό πρόωρης θνησιμότητας από όλες τις άλλες ψυχιατρικές ασθένειες (Shisslak & Crago & Estes, 1995). Σε μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που έγινε το 2003, οι Hoek και Van Hoeken διαπίστωσαν ότι: Το 40% των πιο πρόσφατων περιστατικών ανορεξίας απαντάται σε κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών. Από το 1935 έως το 1989, η συχνότητα εκδήλωσης νευρογενούς ανορεξίας σημείωσε σημαντική αύξηση, ιδίως σε γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών. Κάθε δεκαετία μετά το 1930, η συχνότητα εμφάνισης νευρογενούς ανορεξίας σε νεαρές γυναίκες ηλικίας 5-19 ετών σημείωσε αύξηση. Μόλις το



ένα τρίτο των ατόμων με ανορεξία ακολουθούν θεραπευτική αγωγή. Η πλειονότητα των ατόμων με σοβαρές διαταραχές πρόσληψης τροφής δεν τυγχάνουν της δέουσας περίθαλψης.

Τα κορίτσια που κάνουν συχνά δίαιτα είναι 12 φορές πιο επιρρεπή σε επεισόδια υπερφαγίας από τα κορίτσια που δεν κάνουν δίαιτα (Hoek & Van Hoeken, 2003). Τα κορίτσια 1ης – 3ης γυμνασίου θα ήθελαν να είναι πιο λεπτά σε ποσοστό 42% (Hoek, 1995). Το 81% των παιδιών ηλικίας 10 ετών φοβάται μήπως παχύνει (Gustafson-Larson & Terry, 1992). Η μέση Αμερικανίδα γυναίκα έχει ύψος 1,63 m και ζυγίζει 63,5 kg. Το μέσο μοντέλο στην Αμερική έχει ύψος 1,80 m και ζυγίζει 53 kg. Τα περισσότερα μοντέλα είναι πιο λεπτά από το 98% των Αμερικανίδων (Hoek & Van Hoeken, 2003). Το 46% των παιδιών ηλικίας 9-11 ετών “ενίστε” ή “πολύ συχνά” κάνει δίαιτα, ενώ το 82% των οικογενειών τους κάνει επίσης δίαιτα “ενίστε” ή “πολύ συχνά” (Gustafson-Larson & Terry, 1992).

Το 91% των γυναικών που ρωτήθηκαν πρόσφατα σε ένα κολλέγιο απάντησε ότι έχει επιχειρήσει να ελέγξει το βάρος του κάνοντας δίαιτα. Συγκεκριμένα, το 22% εξ αυτών απάντησε ότι κάνει δίαιτα “συχνά” ή “πάντα”. Το 95% όλων των ατόμων που κάνουν δίαιτα ξαναπαίρνει τα χαμένα κιλά σε διάστημα 1-5 ετών (Hoek, 1995). Στο 35% των περιπτώσεων ατόμων που κάνουν δίαιτα σε “φυσιολογικά πλαίσια”, η δίαιτα αποκτά παθολογικές διαστάσεις. Μάλιστα, το 20 με 25% των ατόμων αυτών εκδηλώνουν μερικώς ή πλήρως διατροφικές διαταραχές (Shisslak & Crago, 1995). Το 25% των Αμερικάνων ανδρών και το 45% των Αμερικανίδων βρίσκεται μονίμως σε δίαιτα. Οι Αμερικανοί ξοδεύουν ετησίως πάνω από 40 δισεκατομμύρια δολάρια σε δίαιτες και συναφή προϊόντα. Στις ΗΠΑ οι διατροφικές διαταραχές είναι πιο συχνές από τη νόσο Αλτσχάιμερ, κοστίζουν περισσότερο από τη θεραπεία της σχιζοφρένειας (Hoek & Van Hoeken, 2003).

## 2.4 ΠΡΩΙΜΗ ΕΝΑΡΞΗ -ΠΡΟΓΝΩΣΗ -ΠΟΡΕΙΑ

Η πρώιμη έναρξη αρχίζει λίγο μετά την έναρξη της εφηβείας (περίπου 14 και 18 ετών) πριν από την ολοκλήρωσή της, όπως σηματοδοτείται με την πρώτη περίοδο εμμήνου ρύσεως. Στην αληθή ψυχογενή ανορεξία η νόσος αρχίζει νωρίτερα πριν από τα πρώτα σημεία της εφηβείας. Ως μετεφηβική ανορεξία χαρακτηρίζεται η νόσος που αρχίζει μετά την καθιέρωση της εμμήνου ρύσεως. Η μέση ηλικία έναρξης της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι τα 17 και σπάνια η διαταραχή αρχίζει μετά τα 40.Υπάρχουν πολλές κλινικές ομοιότητες ανάμεσα στη νόσο πρώιμης έναρξης και τις μετεφηβικές περιπτώσεις. Ωστόσο υπάρχουν και δυο σημαντικές διαφορές. Η πρώτη είναι το ενδεχόμενο η πάθηση να επηρεάσει την εφηβική ανάπτυξη του παιδιού. Η δεύτερη αφορά στις επιπτώσεις μιας πρώιμης έναρξης, με θλιβερές συνέπειες για την οικογένεια του παιδιού (Meunier & Alain, 2003).

Η διαχείριση της οικογένειας είναι υψίστης σημασίας, ενώ ο γιατρός πρέπει να είναι προετοιμασμένος για τυχόν αντιδράσεις εκ μέρους των γονέων, οι οποίες μπορούν να βλάψουν το θεραπευτικό πρόγραμμα. Οι κλινικές εκδηλώσεις ποικίλλουν. Συχνά υπάρχουν γεγονότα που επισπεύδουν τη νόσο, όπως απώλεια συγγενικού προσώπου, η μια σωματική νόσος που οδηγεί στην απώλεια βάρους. Η έναρξη πιθανό να είναι ύπουλη, και οι γονείς να μην παρατηρούν τίποτα εκτός από κάποια μη ειδικά σημεία, τα οποία είναι σημαντικά. Σε κάποια φάση οι γονείς παρατηρούν ότι το παιδί τους έχει γίνει λεπτότερο και ότι αποφεύγει το φαγητό. Παρατηρείται αντίσταση στις απόπειρες αναστροφής της απώλειας βάρους. Ακόμα και τα μικρά παιδιά μπορούν να ασχοληθούν με τη θερμιδική αξία των τροφών. Μπορεί να διαπιστωθούν και άλλοι τρόποι ελάττωσης του βάρους, εκτός από την αποφυγή του φαγητού. Το παιδί είναι πιθανό να ασκείται υπερβολικά (τρέξιμο, περίπατοι και ποδηλασία σε μακρινές αποστάσεις). Η προσπάθεια μείωσης της υπερβολικής δραστηριότητας από τους γονείς, μπορεί

να οδηγήσει σε απομονωμένη άσκηση στο υπνοδωμάτιο (Michael & Gelder & Lopez-Ibor, 2008).

Η πορεία της διαταραχής ποικίλλει. Μερικά άτομα αναρρώνουν πλήρως μετά από ένα μοναδικό επεισόδιο, ορισμένα κερδίζουν βάρος και μετά υποτροπιάζουν και ορισμένα παρουσιάζουν μια προοδευτική επιδείνωση που κρατά χρόνια. Σε αρκετά άτομα μπορεί να χρειασθεί νοσηλεία και σ' αυτά τα άτομα που νοσηλεύονται η θνησιμότητα ξεπερνάει το 10% . Ο θάνατος προέρχεται από ασιτία, από αυτοκτονία ή από ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Παράγοντες που υποδηλώνουν κακή πρόγνωση της διαταραχής είναι μεγαλύτερη ηλικία έναρξης, μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου, προηγούμενες ψυχιατρικές νοσηλείες, φτωχή προνοσηρή προσαρμοστικότητα, παρουσία κάποιας διαταραχής της προσωπικότητας (όπως Μετ αιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας) και κακές ενδοοικογενειακές σχέσεις (Μάνος, 1997).

## 2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά του DSM-IV για την ψυχογενή ανορεξία είναι:

- § Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του (π.χ απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους του σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου της ανάπτυξης, που οδηγεί σε βάρος σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο) (Dianne & Jayne, 2007).
- § Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.

§ Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος ή το σχήμα του σώματος του, αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην εκτίμηση του εαυτού ή άρνηση της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού βάρους.

§ Σε γυναίκες μετά την έναρξη της περιόδου, αμηνόρροια δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών (μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοι της έρχονται μόνον μετά χορήγηση ορμονών π.χ οιστρογόνων) (Nilsson, 2007).

## **2.6 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Αν δεν υπάρχουν πληροφορίες για εκούσιο περιορισμό της πρόληψης τροφής, η διαφορική διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας θα γίνει αρχικά από σωματικές παθήσεις που μπορούν να προκαλέσουν ανορεξία ή/και αδικαιολόγητη απώλεια βάρους. Τέτοιες παθήσεις είναι οι όγκοι εγκεφάλου, ο καρκίνος, η φυματίωση, ο υπερθυρεοειδισμός, η νόσος του Addison και διάφορες παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος (π.χ.σύνδρομο δυσαπορρόφησης, νόσος του Crohn). Αν ο κλινικός και παρακλινικός έλεγχος αποκλείσει τα οργανικά αίτια των συμπτωμάτων, στη συνέχεια θα πρέπει να αποκλειστούν άλλες πλην της ψυχογενούς ανορεξίας-ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, οι φοβίες, οι σωματοποιητικές διαταραχές και η σχιζοφρένεια (Σολδάτος & Λυκουράς, 2006).

## **2.7 ΣΥΝΟΛΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ-ΣΥΝΟΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Η μεγάλη ελάττωση του βάρους συχνά συνοδεύεται από καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως καταθλιπτική διάθεση, αγχώδεις διαταραχές, κοινωνική

απόσυρση, αϋπνία, ευερεθιστότητα και ελαττωμένο ενδιαφέρον για το σεξ. Μπορεί ακόμα να αναπτυχθεί πλήρης Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή. Επειδή όμως τα καταθλιπτικά συμπτώματα παρατηρούνται και σε άτομα με ασιτία χωρίς να έχουν ψυχογενή ανορεξία, θα πρέπει η επανεκτίμηση για κατάθλιψη να γίνει όταν αποκατασταθεί το βάρος του ατόμου (Meunier & Alain, 2003).

Ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα είναι συχνά παρόντα, τα περισσότερα συνδέονται με τη λήψη τροφής. Μπορεί και αυτά να προέρχονται από την ασιτία (π.χ. υπάρχουν και σε υποσιτιζόμενα άτομα χωρίς ψυχογενή ανορεξία). Βέβαια η διάγνωση ψυχαναγκαστικών καταναγκαστικών διαταραχών θα μπει μόνον αν οι ψυχαναγκασμοί και καταναγκασμοί δεν σχετίζονται με την τροφή. Τα ανορεκτικά άτομα φοβούνται να φάνε δημόσια. (Μάνος, 1997). Στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας τα άτομα με ψυχαναγκαστικές-καταναγκαστικές διαταραχές, υποφέρουν από δυσάρεστες σκέψεις σχετικά με την αύξηση του βάρους τους και εμφανίζουν τελετουργικές συμπεριφορές, προκειμένου να σταματήσουν αυτές τις σκέψεις (Durand, 2001).

## 2.8 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι ιατρικές επιπλοκές της ψυχογενούς, ανορεξίας σχετίζονται κυρίως με τον υποσιτισμό και είναι ηπιότερες από αυτές που παρατηρούνται σε περιπτώσεις πλήρους διακοπής της σίτισης. Οι συχνότερες επιπλοκές ανά συστήματα είναι:

**Διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών-καρδιαγγειακό**, οι ασθενείς που προκαλούν εμέτους, κάνουν χρήση υπακτικών ουσιών ή λαμβάνουν διουρητικά είναι πιθανό να εμφανίσουν αφυδάτωση και ποικίλες ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Όσον αφορά το καρδιαγγειακό σύστημα έχουμε υπόταση και ορθοστατική υπόταση, βραδυκαρδία και ακροκυάνωση. Από το

ηλεκτροκαρδιογράφημα παρατηρούνται χαμηλά δυναμικά, παράταση του διαστήματος QT και άλλες αρρυθμίες. Περίπου το 80% εμφανίζει χαμηλό ρυθμό της καρδιάς όπως το 25 παλμοί ανά λεπτό, και χαμηλή αρτηριακή πίεση. Επιπλέον ο καρδιακός μυς συχνά αποδυναμώνεται, επειδή το σώμα μπορεί να τη χρησιμοποιεί ως πηγή πρωτεϊνών κατά τη διάρκεια της ασιτίας. Ένα από τα αποτελέσματα αυτών των επιπλοκών είναι ένα ποσοστό θνησιμότητας περίπου 10%. Η καρδιακή ανακοπή έχει ενοχοποιηθεί για αρκετούς από τους αιφνίδιους θανάτους ατόμων που έπασχαν από ψυχογενή ανορεξία (Sue & Sue & Sue, 1997).

**Νευρικό**, από το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) παρατηρούνται δυσκολίες στη συγκέντρωση, τη προσοχή, τη μνήμη, το οργανικό ψυχοσύνδρομο και σπανιότερα επιληπτικές κρίσεις, όπως και εικόνα ψευδοατροφίας του εγκεφάλου με αναστρέψιμη διεύρυνση των κοιλιών. Από το περιφερικό νευρικό σύστημα διαπιστώνεται μυοπάθεια λόγω έλλειψης μαγνησίου, ασβεστίου και φωσφόρου (Sue & Sue & Sue, 1997).

**Ενδοκρινικό**, λόγω της μείωσης του λιπώδους ιστού διακόπτεται ο μεταβολικός κύκλος των οιστρογόνων, με αποτέλεσμα ο ρυθμός έκκρισης των γοναδοτροπινών από την υπόφυση να επιστρέφει στα προεφηβικά επίπεδα και έτσι να εμφανίζεται η αμηνόρροια. Επίσης παρατηρείται μείωση της μάζας του μαστού, μείωση των επιπέδων των ενεργών κλασμάτων των θυρεοειδικών ορμονών και αύξηση των ανενεργών (rT3), αύξηση των επιπέδων της κορτιζόλης, υπογλυκαιμία, υπερχοληστεριναιμία, υποθερμία και τέλος μείωση των επιπέδων της λεπτίνης (Treasure, 1997).

**Πεπτικό**, μείωση της γαστρικής και εντερικής κινητικότητας, με αποτέλεσμα την δυσπεψία και αίσθημα κορεσμού δυσανάλογο με το μέγεθος του γεύματος, καθώς και επίμονη δυσκοιλιότητα (Sue & Sue & Sue, 1997).

**Μυοσκελετικό**, ο περιορισμός της τροφής σε συνδυασμό με τη χαμηλή συγκέντρωση των οιστρογόνων και την υπερκορτιζολαιμία οδηγεί σε μείωση της οστικής μάζας. Οι συνέπειες για τις νεαρές εφήβους είναι η καθυστέρηση της ανάπτυξης των οστών, με αποτέλεσμα αναστολή της αύξησης του ύψους, ενώ για τις ενήλικες γυναίκες η εμφάνιση της πρώιμης οστεοπόρωσης, με συνέπεια αυτόματα κατάγματα, μείωση του ύψους, και χρόνια οσφυαλγία (Sue & Sue & Sue, 1997).

**Δέρμα**, ξηρότητα του δέρματος, υπέρχρωση λόγω υπερκαρωτιναιμίας οφειλόμενη στο μειωμένο ηπατικοκαταβολισμό της καρωτένης και υπερτρίχωση με λεπτές, άχρωμες τρίχες που εμφανίζονται κυρίως στην πλάτη, την κοιλιακή χώρα και τον πήχη (Treasure, 1997).

**Αιμοποιητικό**, λευκοπενία, ήπια αναιμία και θρομβοκυτταροπενία (Sue & Sue & Sue, 1997).

**Νεφρική λειτουργία**, προνεφρική ανεπάρκεια, υποκαλιαμική νεφροπάθεια (Sue & Sue & Sue, 1997).

Απαιτείται τακτικός ηλεκτροκαρδιογραφικός έλεγχος και μέτρηση των ηλεκτρολυτών και των λευκωμάτων, για να αποφευχθεί η επιδείνωση της καρδιαγγειακής λειτουργίας. Όλες οι επιπλοκές που αναφέρθηκαν, με εξαίρεση την οστεοπόρωση, υποχωρούν με την αντιμετώπιση του υποσιτισμού (Sue & Sue & Sue, 1997).

### **3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ**

Η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί μια ασθένεια για την οποία δεν ευθύνεται ένας μεμονωμένος παράγοντας. Τα αίτια της ψυχογενής ανορεξίας είναι μάλλον πολυπαραγοντικά, ιδιαίτερα τα χαρακτηριστικά της κοινωνίας, ο τρόπος σκέψης του ατόμου αλλά και παράγοντες που σχετίζονται με το ενδοοικογενειακό συναισθηματικό κλίμα μπορεί να συμβάλλουν σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό στην εκδήλωση της ψυχογενής ανορεξίας. Φαίνεται ότι οι παράγοντες αυτοί περισσότερο συμπληρώνουν ο ένας τον άλλο παρά αλληλοαποκλείονται (Ευθυμίου & Μαυροειδή & Παυλάτου & Καλαντζή-Αζίζι, 2006).

#### **3.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Σύμφωνα με τους Michael, Gelder, Lopez-Ibor (2008), η μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στα νοσοκομεία Maudsley και το St George στο Λονδίνο αποκάλυψε υψηλότερο ποσοστό ταυτόχρονης ύπαρξης της διαταραχής στους μονοζυγωτικούς σε σχέση με τους διζυγωτικούς διδύμους. Στα 30 ζεύγη διδύμων, τα ποσοστά συμφωνίας ήταν 56% μεταξύ μονοζυγωτικών διδύμων σε σύγκριση με το 7% των διζυγωτικών διδύμων. Οι μελέτες μοριακής γενετικής έχουν εστιαστεί κυρίως στα χρωμοσώματα 1 και 10. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι υπάρχει γενετική προδιάθεση για την ψυχογενή ανορεξία. Επίσης γονιδιακές μελέτες έδειξαν συσχέτιση της ψυχογενούς ανορεξίας με την παρουσία του αλληλίου 1438/A του γονιδίου του 5HT 2<sup>A</sup> υποδοχέα της σεροτονίνης, ενώ υπάρχουν λιγότερες ισχυρές ενδείξεις για το γονίδιο του υποδοχέα 5HT 2C. Μελέτες για γονίδια άλλων νευρομεταβιβαστών, η λειτουργία των οποίων διαταράσσεται στην ανορεξία, όπως η βαζοπρεσίνη, το νευροπεπτίδιο Y και το CRF, δεν είχαν θετικά αποτελέσματα.



Υπάρχουν επίσης ενδείξεις για οικογενειακή συρροή της ψυχογενούς ανορεξίας. Αυτό δεν σημαίνει απαραίτητως ότι η αρχή της διαταραχής είναι γενετική, διότι θα πρέπει να εξετάζονται κοινοί περιβαλλοντικοί παράγοντες. Σε μια σειρά 387 πρώτου βαθμού συγγενών 97 ασθενών με ψυχογενή ανορεξία βρέθηκε ότι η νόσος ήταν παρούσα στο 4.1% των πρώτου βαθμού συγγενών των ανορεκτικών ασθενών, ενώ καμία περίπτωση δεν διαπιστώθηκε μεταξύ των συγγενών των μαρτύρων που ήταν ασθενείς με πρωτογενή μείζονα συναισθηματική διαταραχή ή με διάφορες μη συναισθηματικές παθήσεις. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι η ψυχογενής ανορεξία ήταν οικογενής, με μετάδοση μεταξύ των γενεών. Ήταν περίπου 8 φορές συχνότερη στις γυναίκες συγγενείς πρώτου βαθμού των ανορεκτικών ασθενών σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, ενώ απουσίαζε στους συγγενείς των ασθενών με μείζονα συναισθηματική διαταραχή, υποδεικνύοντας μια ειδικότητα στον κίνδυνο μετάδοσης της ψυχογενούς ανορεξίας και μια απουσία κοινής οικογενούς προδιάθεσης με τις συναισθηματικές διαταραχές (Tasman & Kay & Lieberman, 1997).

### **3.2 ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Τα περισσότερα νευροβιολογικά ευρήματα που αφορούν την ψυχογενής ανορεξία εστιάζονται στο σεροτονινεργικό σύστημα, το οποίο συμμετέχει στη ρύθμιση των συμπεριφορών που σχετίζονται με την πρόληψη τροφής. Μελέτες έδειξαν υπολειτουργία του 5HT 2<sup>A</sup> υποδοχέα και πιθανώς υπερλειτουργία του 5HT 1<sup>A</sup> υποδοχέα προσυναπτικά στον πυρήνα της ραφής. Στην ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου έχει βρεθεί χαμηλή συγκέντρωση στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό ομοβανιλλικού οξέος, που είναι βασικός μεταβολίτης της ντοπαμίνης. Η λειτουργία του ντοπαμινεργικού συστήματος έχει συσχετιστεί με

τη φυσική δραστηριότητα, το σύστημα αμοιβής, αλλά και με την κατάχρηση ουσιών. Μελέτες με τη χρήση νευροαπεικονιστικών τεχνικών (SPECT), που έγιναν σε ασθενείς με έναρξη της διαταραχής πριν από την ηλικία των 15 ετών, έδειξαν ότι το 65%-75% των ασθενών παρουσίαζε μονόπλευρη μείωση της αιματικής ροής στον κροταφικό λοβό και/ή σε άλλες περιοχές του μεταιχμιακού συστήματος. Η μειωμένη λειτουργία του μεταιχμιακού συστήματος, σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές μπορεί να εξηγήσει τη διαταραγμένη εικόνα του σώματος που παρατηρείται στην νευρογενή ανορεξία (Michael & Gelder & Lopez-Ibor, 2008).

### **3.3 ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Οι εκλυτικοί παράγοντες σχετίζονται με το stress και διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας. Στα κορίτσια που εμφανίζουν τη διαταραχή στην έναρξη της εφηβείας παρατηρούνται συχνά φόβοι ωρίμανσης, που εκδηλώνονται με έντονη δυσφορία προς το σώμα και ιδιαίτερα προς τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου τους. Η εμφάνιση της διαταραχής γίνεται στο πλαίσιο μιας αγωνιώδους προσπάθειας του κοριτσιού να επιστρέφει ψυχολογικά και σωματικά στην πρότερη παιδική ηλικία. Κατά την εμμηναρχή η ενεργοποίηση των γονιδίων των οιστρογόνων και κατά προέκταση των ενδοεγκεφαλικών υποδοχέων τους (ιδιαίτερα του  $\beta$ ) έχει συνδεθεί με την ψυχογενή ανορεξία. Επίσης, η αύξηση των εγκεφαλικών οιστρογόνων επηρεάζει και τη μεταγραφή του γονιδίου του 5HT  $2^A$  υποδοχέα της σεροτονίνης, που όπως προαναφέρθηκε σχετίζεται με τη διαταραχή. Τα παραπάνω ίσως εξηγούν γιατί η ανορεξία εμφανίζεται πιο συχνά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο στη ζωή του κοριτσιού. Σε μεγαλύτερη ηλικία οι εκλυτικοί παράγοντες μπορεί να σχετίζονται με την ανεξαρτητοποίηση της

εφήβου ή/και με τον καθορισμό της ταυτότητάς της, καθώς και με συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια (Σολδάτος & Λυκουράς, 2006).

### **3.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ- ΔΥΣΑΡΕΣΤΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ**

Η άρνηση τροφής του παιδιού θεωρείται έκφραση μιας εσωτερικής έντασης ή ανησυχίας και γενικά της έλλειψης στοργής και προστασίας. Πολλές φορές η άρνηση του φαγητού αποτελεί όπλο στον ανταγωνισμό μητέρας παιδιού και κυρίως στην ηλικία του πρώτου παιδικού πείσματος. Χαρακτηριστική είναι η φράση των παιδιών αυτής της ηλικίας: «κι εγώ δεν θα σου φάω». Συχνότερα αντιμετωπίζουν το πρόβλημα νευρικές, υπερπροστατευτικές, αγχώδεις και με έλλειψη αισθήματος σιγουριάς μητέρες, καθώς και όσες δεν θηλάζουν το μωρό. Ο θηλασμός εκτός άλλων βοηθά στην δημιουργία δεσμού μητέρας παιδιού, πράγμα που επιδρά ευεργετικά στην δημιουργία αισθήματος ασφάλειας στο παιδί. Ο δεσμός μπορεί να αναπτυχθεί και με τον τεχνητό θηλασμό αρκεί να μη γίνεται σαν αγγαρεία και κατά τρόπο απρόσωπο. Το παραχαϊδεμένο παιδί πολλές φορές μπορεί να αρνείται το φαγητό για να ασχολούνται συνέχεια μαζί του ή γιατί δεν έμαθε από την αρχή το σωστό τρόπο (Palmer, 2000).

Η απέχθεια του παιδιού για ορισμένα φαγητά έχει ψυχολογικά αίτια. Μπορεί π.χ. να συνδέθηκε σύμφωνα με το μηχανισμό του εξαρτημένου ανακλαστικού με κάποια δυσάρεστα και συνήθως απωθημένα γεγονότα ή με ορισμένα αηδιαστικά αντικείμενα ή να ενεργοποιεί συναισθηματικά το άτομο (π.χ. ένα παιδί δεν έτρωγε σπανάκι γιατί του θύμιζε κόπρανα και κάποιο άλλο κρέας από κοτόπουλο, γιατί υπεραγαπούσε τα πουλιά). Ακόμη αιτία μπορεί να γίνει και η υπεραυστηρή απαίτηση των γονέων για τήρηση των λεγόμενων κάλων τρόπων στο φαγητό. Τέλος, η συχνή αλλαγή των προσώπων που ανέλαβαν την φροντίδα

του παιδιού καθώς και η εισαγωγή τους σε οικοτροφεία συμπεριλαμβάνονται στα αίτια (Πιάνος, 2003).

Το μπαλέτο και το μόντελιγκ είναι ορισμένα από τα επαγγέλματα που προδιαθέτουν ένα άτομο στην ψυχογενή ανορεξία εξαιτίας της ανάγκης να είναι κανείς λεπτή/ος. Ωστόσο δεν είναι γνωστό εάν ένα πρόσωπο που πιθανόν να αναπτύξει νευρική ανορεξία μπορεί να ελκύεται σε αυτά τα επαγγέλματα ή εάν οι απαιτήσεις αυτών των επαγγελμάτων κατά κάποιο τρόπο προκαλούν την επιθυμία να γίνονται υπερβολικά λεπτοί και έτσι επισπεύδουν την ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας. Επίσης, μπορεί να υπάρχει ιστορικό παιδικής σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης, και ιδίως εμφανίζονται στους άντρες (Peate & Yagam, 2006).

Επιπλέον ψυχολογικοί λόγοι μπορεί να είναι: προβλήματα στο σχολείο του παιδιού και γι' αυτό τον λόγο αποφεύγει να πηγαίνει στο σχολείο, επίσης υπάρχει η πιθανότητα να αισθάνεται απογοήτευση, θλίψη, ευερεθιστότητα κλπ. Μπορεί ακόμα, με τον τρόπο αυτό να θέλει να εκβιάσει μια κατάσταση ως προς την τάση των γονέων ή ως προς το είδος του φαγητού. Τέλος, μπορεί το παιδί να είναι κουρασμένο ή ερεθισμένο από τα παιχνίδια. Ενδεχομένως να μην είναι πολύ εύκολη η αποκάλυψη των ψυχογενών παραγόντων (Παπαδημητρίου, 1974).

Η ψυχογενής ανορεξία μπορεί να επισπευσθεί από δυσάρεστα γεγονότα ζωής. Οι αρχικές κλινικές μελέτες βασίζονταν αποκλειστικά στις αναφορές ασθενών ότι ένα δυσάρεστο γεγονός ζωής προηγείτο της εκδήλωσης της πάθησης. Οι αναφορές αυτές ποίκιλλαν ευρέως ως προς την βαρύτητα και περιελάμβαναν τον θάνατο ή τον χωρισμό από ένα στενό συγγενή (π.χ θάνατος παππού, γάμος ενός αδελφού), το διαζύγιο των γονέων, νέο γάμο του πατέρα, κακή σχέση με τους γονείς, δυστυχημένο γάμο, σοβαρή σωματική νόσο, έντονο άγχος ή

αποτυχία στις σχολικές εξετάσεις, είσοδος σε οικοτροφείο (όπου τα άτομα έρχονται αντιμέτωποι με το άγχος του χωρισμού και με την εξάρτηση από το περιβάλλον), η κακοποίηση ασθενούς, αντιπαράθεση με τη σεξουαλική προβληματική είτε αυτή είναι πραγματική και άμεση (πρώτη σεξουαλική σχέση, σεξουαλικός τραυματισμός) είτε συχνότερα, έμμεση και φαντασιωσική (δεσμός μιας αδελφής, συνάντηση με έναν νεαρό, πρώτο πάρτι), ή ακόμα η ύπαρξη περισσότερου φυσιολογικού βάρους το οποίο είναι σχετικά εμφανές προπάντων όταν προκαλεί κοροϊδευτικά σχόλια.

Σοβαρά γεγονότα ζωής και παρατεινόμενα προβλήματα διαπιστώθηκαν στην πλειοψηφία των ασθενών με όψιμη έναρξη της νόσου (μετά τα 25 έτη), ενώ διαπιστώθηκαν σε μια μικρή μόνο μειοψηφία των ασθενών με πρόιμη έναρξη (πριν από τα 25 έτη) ή σε ασθενείς με “χρονίζουσα” πορεία. Η ψυχογενής ανορεξία μπορεί επίσης να επιταθεί από σεξουαλικές εμπειρίες και συγκρούσεις. Σε μια σειρά 31 εφήβων και νεαρών γυναικών παρατηρήθηκε ότι στις 14 η πρώτη σεξουαλική επαφή είχε συμβεί πριν από την εκδήλωση της πάθησης. Τα σεξουαλικά προβλήματα θεωρήθηκαν από 13 ασθενείς ως οι κύριοι παράγοντες επίσπευσης της νόσου 10 από αυτές είχαν βιώσει σεξουαλική επαφή.

Επίσης, σε μια σειρά 15 ασθενών η ψυχογενής ανορεξία εκδηλώθηκε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή συχνότερα κατά τη διάρκεια μεταγεννητικής περιόδου, οπότε και συνοδευόταν από κατάθλιψη. Οι παράγοντες κινδύνου περιελάμβαναν αμφιθυμία σχετικά με τη μητρότητα, τη μεγάλη αύξηση του βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, την επιλόχεια κατάθλιψη και το ατομικό ιστορικό ψυχιατρικής νόσου (Gelder & Lopez-Ibor & Andreasen, 2008).

### 3.5 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σύμφωνα με τους Gelder, Lopez-Ibor, Andreasen, (2008), οι οικογένειες των ανορεκτικών πολλές φορές χαρακτηρίζονται σαν φυσιολογικές, πολλές μελέτες απέδειξαν ότι πίσω από αυτήν την πρόσοψη φυσιολογικότητας κρύβεται μια αρκετά παθολογική οικογενειακή οργάνωση. Στις συνεντεύξεις με τον γιατρό η οικογένεια αυτοπεριγράφεται με ευαρέσκεια σαν ιδανική, με τέλεια συνεννόηση ανάμεσα σε όλα τα μέλη της. Η ανόρεκτη κόρη ήταν συχνά παιδί παράδειγμα, που δεν προκάλεσε το παραμικρό πρόβλημα στους γονείς όσον αφορά την εκπαίδευση, την υγεία τη συμπεριφορά και τη διατροφή.

“Τα καλά κορίτσια” είχαν έντονη επιθυμία να ευχαριστήσουν την οικογένειά τους και έφταναν ως το σημείο να αμελούν τις δικιές τους ανάγκες. Η συχνότητα των διαλυμένων οικογενειών στην ψυχογενή ανορεξία θεωρείται αρκετά χαμηλή. Οι οικογένειες αυτές βρέθηκαν να είναι πιο δεμένες, αφιέρωναν τον περισσότερο ελεύθερο χρόνο τους μαζί και είχαν την τάση να συναναστρέφονται λιγότερο με άτομα έξω από τον οικογενειακό κύκλο. Οι ασθενείς θεωρούσαν ότι είχαν ευτυχισμένες σχέσεις μέσα στην οικογένεια ([www.eatingdisorders.gr](http://www.eatingdisorders.gr)). Οι οικογένειες των ανορεκτικών προσπαθούν να παρουσιάσουν μian ανεπίληπτη εικόνα, αυτή η έγνοια της εμφάνισης, της τέλειας εικόνας που παρουσιάζουν στους άλλους, συμβαδίζει με την έλλειψη της αυθεντικής εκφραστικότητας και γενικά των σχέσεών τους με τους άλλους. Η επιθετικότητα, η οργή ακόμα και η σεξουαλικότητα δεν συμπεριλαμβάνονται καθόλου ή ελάχιστα μόνο στο φάσμα της έκφρασης και των σχέσεων των οικογενειών αυτών, αυτό ισχύει και για τις εκδηλώσεις στοργής και τρυφερότητας (τόσο ανάμεσα στο ανδρόγυνο όσο και με τα παιδιά) ([www.stress.gr](http://www.stress.gr)).

Με την άποψη του συγγραφέα Luc Venisse (1987), ότι οι μητέρες συχνά περιγράφονται ως ψυχρές, άκαμπτες και υπερπροστατευτικές, συμφωνεί και ο συγγραφέας Apfeldorfer (1997), οποίος προσθέτει ότι οι μητέρες αυτές απεχθάνονται τις σωματικές επαφές με το παιδί τους και αποφεύγουν τις εκδηλώσεις στοργής. Ακόμη, αγχωμένες στην ιδέα ότι ίσως να μην είναι καλές μητέρες, μπορεί να το παρακάνουν και εύκολα να προβαίνουν σε καταχρήσεις. Στην πραγματικότητα, είναι εύθραυστες γυναίκες, αγχώδεις, ανικανοποίητες, υποτιμημένες, με καταθλιπτικές τάσεις. Μπορεί εύκολα να χρησιμοποιούν το παιδί τους ως ναρκισσιστικό αντικείμενο. Οικειοποιούνται την ομορφιά του παιδιού, τις σχολικές του επιτυχίες, με στόχο την καταξίωση. Το παιδί αρχικά ανταποκρίνεται στις προσδοκίες της μητέρας και οι δυσκολίες θα εμφανιστούν κατά τη περίοδο της εφηβείας, με τις προσπάθειες της αυτονόμησης. Το 75% από τις μητέρες των ανορεκτικών έχουν πάθει κατάθλιψη ή κατέφυγαν στον αλκοολισμό ή υπήρξαν κλεπτομανείς ένα χρόνο πριν την ανορεξία της κόρης τους.

Ο Luc Venisse (1987), επισημαίνει ότι η θέση της ανόρεκτης ανάμεσα στα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας εκτιμάται με διάφορους τρόπους. Η ανόρεκτη μπορεί να είναι μοναχοκόρη, πρωτότοκη κόρη, η δεύτερη ανάμεσα στις αδελφές. Η θέση της δεύτερης εμφανίζεται ως πιο η εκτεθειμένη, καθώς παρατηρείται αντιζηλία με μίαν αδελφή κατά μερικά χρόνια μεγαλύτερη (αντιζηλία που ενδεχόμενα την συντηρεί και η μητέρα), αυτόν τον αδύνατο συναγωνισμό στο επίπεδο της θηλυκότητας, που συχνά συναντούμε στην καθημερινή μας πρακτική. Εντυπωσιακή είναι και η συχνότητα της παρουσίας της μητρικής γιαγιάς κάτω από την οικογενειακή στέγη ή τουλάχιστο στην άμεση γειτονιά. Συχνά επιβάλλει φανερά τη βούλησή της, άλλες φορές μπορεί να δίνει αρχικά την εντύπωση ότι βρίσκεται σε δεύτερη μοίρα, αν η κόρη της

εμφανίζεται ως αρκετά αυταρχική, αλλά η γιαγιά πρόθυμα την υποτιμά σαν ακατάλληλη στο μητρικό της ρόλο απέναντι στην ανόρεκτη.

Ο συγγραφέας Apfeldorfer (1997), αναφέρει τον ρόλο του πατέρα ως ξεθωριασμένη προσωπικότητα, χωρίς κύρος ή πάλι ως έναν πατέρα σωματικά και ηθικά απόντα, προσηλωμένο στο επάγγελμά του, ή για παράδειγμα εξαφανισμένο ή πεθαμένο. Ο ίδιος θέτει τον εαυτό του στο περιθώριο και θεωρείται από τη μητέρα ανάξιος σε ότι αφορά τους ρόλους τους. Επίσης, οι πατέρες παρουσιάζονται σαν «τμήμα ή συμπλήρωμα της μητέρας παρά σαν αντικείμενο μιας γενετήσιας οιδιπόδειας επένδυσης». Στους πατέρες των ανορεκτικών παρατηρείται αυξημένη συχνότητα ψυχιατρικών διαταραχών, κατάθλιψη, τάση για εσωστρέφεια, αλλά και ψυχικά επεισόδια σε νεαρή ηλικία. Απέναντι στην κόρη ο πατέρας έχει έντονη κριτική στάση, και είναι πολύ απαιτητικός όσον αφορά την κοινωνικό-επαγγελματική της επιτυχία. Στο συναισθηματικό επίπεδο, μερικές φορές θα κρατιέται σε απόσταση, η πάλι δεν θα επωμίζεται τον πατρικό ρόλο και θα συμπεριφέρεται σαν δεύτερη μητέρα ή ακόμη δεν θα τη θεωρεί κόρη του και θα επιχειρήσει να την αποπλανήσει.

Ακόμη, και η συγγραφέας Μπούρα (2004), τονίζει ότι οι περισσότερες μελέτες της ανορεξίας κάνουν λόγο για αιμομικτική σχέση ανάμεσα στον πατέρα και την κόρη. Ο φαύλος κύκλος και το αδιέξοδο όπου η ανορεκτική κατατρίβεται, επιδεινώνεται αν το συμβολικό όπου η ανορεκτική καταφεύγει αποτελεί αντικείμενο αιτήματος του πατέρα της, ως χώρος στον οποίο καλείται να μεγαλουργήσει.

Ενώ οι Glen και Gabbard (2006), υποστηρίζουν ότι πολλοί πατέρες ανορεκτικών ασθενών αναζητούν εκείνοι συναισθηματικοί φροντίδα από τις κόρες τους αντί να δίνουν. Και οι δυο γονείς συχνά νιώθουν πολύ



απογοητευμένη από το γάμο τους, κάτι που τους οδηγεί στο να αναζητήσουν συναισθηματική τροφή από την κόρη τους.

### **3.6 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Ιδιαίτερη βαρύτητα στην εμφάνιση και εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας διαδραματίζουν κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες. Η έμφαση των Μ.Μ.Ε στην εξωτερική εμφάνιση και η αναγωγή ενός πολύ αδύνατου γυναικείου σώματος στο ιδανικό δημιουργεί πιέσεις, ιδιαίτερα στις νεαρές και έφηβες κοπέλες να αποκτήσουν σώμα και εμφάνιση ανάλογα με τα προβαλλόμενα πρότυπα ομορφιάς και κομψότητας. Επιπρόσθετα, οι καθημερινές πιέσεις και υποχρεώσεις αυξάνουν το άγχος και την ανησυχία του ατόμου. Πολλοί άνθρωποι στην προσπάθειά τους να επεξεργαστούν τη πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων καταφεύγουν στο φαγητό ή στον αυστηρό έλεγχο της διατροφής ως μέσω ανακούφισης. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η ανασφάλεια μπορεί να αποτελεί μια ακόμη πλευρά της ψυχογενούς ανορεξίας (Ευθυμίου & Μαυροειδή & Παυλάτου & Καλαντζή-Αζίζι, 2006).

Η ψυχογενής ανορεξία παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα στις δυτικού τύπου κοινωνίες, όπου αφενός υπάρχει αφθονία τροφής και αφετέρου το πρότυπο της γυναικείας επιτυχίας επικεντρώνεται στη σωματική εμφάνιση ([www.stress.gr](http://www.stress.gr)). Για να επιτρέψουμε εξαιρέσεις στον κανόνα, όταν η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται σε μη δυτικές χώρες, η πάθηση μπορεί να θεωρηθεί ότι εκδηλώνεται σε πολιτισμούς που διέρχονται γρήγορες πολιτισμικές μεταβολές. Η ψυχογενής ανορεξία είναι επομένως ένα “σύνδρομο πολιτισμικής μεταβολής”, γεγονός που ερμηνεύει την επίπτωσή της στην Ιαπωνία και το Ισραήλ. Η ψυχογενής ανορεξία παραμένει σπάνια στην Ασία, ιδιαίτερα στην Ινδία, στη Μέση Ανατολή (με την εξαίρεση του Ισραήλ) και γενικά στις

υπανάπτυκτες χώρες. Νεαρές γυναίκες μετανάστες που μετακινούνται σε ένα νέο πολιτισμό μπορεί να εμφανίσουν αυξημένο επιπολασμό διαταραχών της πρόσληψης τροφής. Για παράδειγμα άτομα με ψυχογενή ανορεξία βρέθηκαν σε οικογένειες από την Ασία που ζούσαν στη Μεγάλη Βρετανία. Αυτό συνδέθηκε με την έκθεση σε ένα αντικρουόμενο σύνολο κοινωνικό-πολιτισμικών κανόνων, σε σύγκριση με αυτό των γονέων και των προγόνων τους (Gelder & Lopez-Ibor & Andreasen, 2008). Μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και ιδιαίτερα μετά τη δεκαετία του 1970, τα πρότυπα της γυναικείας ομορφιάς απαιτούν το σώμα να είναι ιδιαίτερα ισχνό και καλογυμνασμένο. Η βιομηχανία της μόδας και του θεάματος έχει επανειλημμένα κατηγορηθεί ότι προάγει την παθολογική ισχνότητα ως ιδανική σωματική εικόνα, ευοδώνοντας έτσι την εξάπλωση των διαταραχών πρόσληψης τροφής (Χριστοδούλου & Σολδάτος & Ραμπαβίλας & Αλεβίζος & Κονταξάκης, 2004).

### **3.7 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ**

Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών θεωρήθηκε ότι είχαν “φυσιολογική” προσωπικότητα κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας, πριν την εκδήλωση της νόσου. Ωστόσο υπάρχει μια γενική συμφωνία για μια στενή σχέση ανάμεσα στις ιδεοληπτικές προσωπικότητες και τη μετέπειτα εκδήλωση ψυχογενούς ανορεξίας (Zmulker & Darec & Treasure, 1995).

Τα αποτελέσματα μιας έρευνας έδειξαν ότι οι ανορεκτικές βρέθηκαν να έχουν υψηλά ποσοστά ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής της προσωπικότητας. Έχουν γίνει προσπάθειες διάκρισης των χαρακτηριστικών της προνοσηρής προσωπικότητας και της νόσου, ώστε να προσδιοριστούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που προδιαθέτουν σε ψυχογενή. Γυναίκες που είχαν αναρρώσει από περιοριστική ψυχογενή ανορεξία υποβλήθηκαν σε δοκιμασίες

παρακολούθησης διάρκειας 8 και 12 ετών χρησιμοποιώντας διάφορα όργανα αυτοαναφοράς. Συγκρίθηκαν με δυο ομάδες ελέγχου: φυσιολογικές γυναίκες και τις αδελφές των ανορεκτικών ασθενών που ανάρρωσαν. Οι γυναίκες που είχαν αναρρώσει από την ανορεξία σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες ως προς την αποφυγή κινδύνου και την συμμόρφωση στην εξουσία. Σε σύγκριση με τις αδελφές τους, οι πρώην ασθενείς εμφάνιζαν μεγαλύτερο βαθμό αυτοελέγχου και ελέγχου του παρορμητισμού, αλλά λιγότερη τόλμη και αυθορμητισμό. Σε μια έρευνα που μελετούσε τις στενές σχέσεις ανάμεσα στην ψυχογενή ανορεξία και τα χαρακτηριστικά της ιδεοψυχαναγκαστικής προσωπικότητας, 12 ασθενείς που είχαν αναρρώσει από την ψυχογενή ανορεξία εξετάστηκαν και συγκρίθηκαν με φυσιολογικούς μάρτυρες. Συνέχιζαν να εμφανίζουν ψυχαναγκαστικά στοιχεία στην φάση αποκατάστασης του βάρους, ενώ σημείωσαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στα όργανα (αποφυγή βλάβης και εξάρτηση από την ανταμοιβή).

Τα ανορεκτικά άτομα νιώθουν ότι δεν μπορούν να ασκήσουν έλεγχο στη ζωή τους και καταφεύγουν συχνά στον έλεγχο του σωματικού βάρους και σχήματος, ικανοποιώντας με αυτό τον τρόπο την ανάγκη τους για έλεγχο. Η προνοσηρή προσωπικότητα των ανορεκτικών ασθενών περιοριστικού τύπου χαρακτηρίζεται από καταναγκαστικότητα-τελειοθηρία, εσωστρέφεια και δυσκολία στην έκφραση των συναισθημάτων. Είναι ενδιαφέρον ότι κάποια χαρακτηριστικά της ανορεκτικής προσωπικότητας, όπως η «αποφυγή του ρίσκου» και η «συναισθηματική περίσφιξη», παραμένουν και μετά την ανάρρωση της ασθενούς (Gelder & Lopez-Ibor & Andreasen, 2008). Οι Τσιάντης, Μανωλόπουλος (1988), προσθέτουν ότι τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία χαρακτηρίζονται από υπεροπτική άρνηση να συναναστραφούν με συνομηλίκους και άκαμπτο ισχυρισμό ότι είναι ανεξάρτητοι και δεν χρειάζονται συμπαράσταση, επίβλεψη ή συμβουλές από γονείς, δασκάλους ή φίλους.

Επίσης, τα ανορεκτικά άτομα αισθάνονται κόπωση και γι' αυτό τον λόγο ισχυρίζονται ότι πάσχουν από αδιάγνωστη νόσο (συνήθως ίωση).

### **3.8 ΠΑΙΔΙΚΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ**

Σε μια εμπειριστατωμένη μελέτη των παιδικών σεξουαλικών εμπειριών που αναφέρονταν από γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία, οι συγγραφείς ταξινόμησαν τα γεγονότα ανάλογα με τη σοβαρότητα της σεξουαλικής πράξης και επικεντρώθηκαν στις σεξουαλικές εμπειρίες με κάποιο άτομο τουλάχιστον 5 χρόνια μεγαλύτερο. Βρέθηκαν υψηλά ποσοστά (περίπου στο 1/3) δυσάρεστων σεξουαλικών εμπειριών σε γυναίκες με διαταραχές της πρόσληψης τροφής, ενώ αντίθετα με άλλους ερευνητές δεν βρήκαν ότι η συχνότητα των αναφορών αυτών ήταν μικρότερη στην ψυχογενή ανορεξία από ότι στην ψυχογενή βουλιμία. Επισημάναν ότι η σεξουαλική επαφή με ενήλικο στην παιδική ηλικία μπορεί σε μερικές περιπτώσεις να συμβάλλει σε μεταγενέστερη εκδήλωση της διαταραχής της πρόσληψης τροφής (Palmer, 2000).

Επίσης, μια άλλη μελέτη πάνω στη σχέση ανάμεσα στη σεξουαλική κακοποίηση, τη διαταραγμένη προσωπικότητα και τις διαταραχές στη λήψη τροφής έδειξε ότι 30% των ασθενών που παραπέμφθηκαν σε κλινική έδωσαν ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Παραδόξως, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι στις ασθενείς με διαταραχές της πρόσληψης τροφής δεν μπορούσαν να καταδείξουν μια σαφή αιτιολογική συσχέτιση ανάμεσα στην παιδική σεξουαλική κακοποίηση και τη διαταραχή της προσωπικότητας (Lemma, 1996).

### **3.9 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Οι άνθρωποι με κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, αμφιθυμία και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν διαταραχή της όρεξης. Τα άτομα με ανορεξία είναι συχνά τελειοθηρικά, ενώ εκείνα με βουλιμία έχουν πρόβλημα με τον έλεγχο των πανορμήσεών τους ([www.eatingdisorders.gr](http://www.eatingdisorders.gr)).

### **3.10 ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΣ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ**

Συχνά ακούμε ότι ο αθλητισμός είναι καλός όσο για την σωματική τόσο και για την πνευματική υγεία, εδώ βλέπουμε ότι εάν ο αθλητής βρίσκεται κάτω από μεγάλη καταπίεση και ανταγωνιστικότητα, υπάρχει ο κίνδυνος να καταλήξει να έχει νευρική ανορεξία. Γι' αυτό το λόγο έλεγαν και οι αρχαίοι Έλληνες “παν μέτρον άριστον”, αν και δεν υπήρχε εκείνη την εποχή αυτή η ασθένεια, το χρησιμοποιούσαν για άλλους δικούς τους λόγους ([www.eatingdisorders.gr](http://www.eatingdisorders.gr)).

#### 4.1 ΕΙΔΙΚΗ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Η ασθενής εκφράζει μια ευαισθησία για ορισμένα μέρη του σώματός της, ειδικά για την κοιλιά της, τους μηρούς και τους γοφούς της. Είναι πιθανό όχι μόνο να ισχυρίζεται ότι η παχυσαρκία την κάνει άσχημη, αλλά μπορεί να προσθέσει ότι πρόκειται για μια επαίσχυντη κατάσταση που προδίδει λαιμαργία και κοινωνική αποτυχία. Οι διαστρεβλωμένες αυτές αντιλήψεις αντιπροσωπεύουν κατά κανόνα υπερτιμημένες ιδέες παρά παραληρήματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις η ασθενής μπορεί πράγματι να βρίσκεται σε παραλήρημα, όπως για παράδειγμα μια γυναίκα πίστευε ότι το χαμηλό βάρος της οφειλόταν στα λεπτά οστά και ότι η παχυσαρκία ήταν ακόμα ορατή στην επιφάνεια του σώματός της (Kjelas & Bjornstrom & Gotestam, 2004).

Μελέτες έχουν δείξει ότι όταν ζητείται από πολύ αδύνατους ασθενείς να εκτιμήσουν το μέγεθος του σώματός τους, βλέπουν τον εαυτό τους φαρδύτερο και παχύτερο από τι πράγματι είναι. Από μελέτες ερευνών όσον αφορά την αντίληψη του σώματος προέκυψε το συμπέρασμα ότι οι ανορεκτικές ασθενείς υπερεκτιμούν το μέγεθος του σώματός τους συχνότερα σε σύγκριση με τις υγιείς μάρτυρες. Οι διαταραγμένες αυτές αντιλήψεις συνδέονται συχνά με ένα αρνητικό συναίσθημα, έτσι ώστε η διαταραχή μπορεί να θεωρηθεί ως διαταραχή ‘υποτίμησης του σώματος’.

Ο φόβος πάχυνσης της ασθενούς είναι τόσο συνήθης ώστε να θεωρείται παθογνωμικός για την ψυχογενή ανορεξία. Υπάρχουν ωστόσο εξαιρέσεις. Μερικές φορές μια ασθενής μπορεί να αρνείται αυτές τις διαστρεβλωμένες αντιλήψεις. Μια άλλη εξαίρεση είναι η παρουσία της ψυχογενούς ανορεξίας στις Ανατολικές χώρες, όπου το λεπτό σώμα δεν θαυμάζεται κατά κανόνα (Χονγκ Κονγκ και Ινδία) (Palmer, 2000).

## **4.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Κατάθλιψη με βαρύτητα που ποικίλλει, συμπεριλαμβανομένων των μείζονων καταθλιπτικών διαταραχών, είναι συνήθης. Οι ασθενείς εκφράζουν ενοχές μετά το φαγητό, προσθέτοντας ότι δεν αξίζουν να τρώνε. Σε μια μελέτη βρέθηκε υψηλό ποσοστό κατάθλιψης κατά την προσέλευση της ασθενούς 42%, ενώ το ιστορικό κατάθλιψης στη διάρκεια της ζωής σε μελέτες παρακολούθησης φτάνει μέχρι τα 68% (Palmer, 2000).

## **4.3 ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Οι ασθενείς συχνά τρώνε με ένα τελετουργικό τρόπο, περιορίζοντας για παράδειγμα τη διατροφή σε ένα στενό φάσμα τροφών που η εμπειρία τους λέει ότι είναι “ασφαλείς” επειδή δεν οδηγούν σε αύξηση του βάρους. Υπάρχει ο καταναγκασμός να μετρούν την καθημερινή πρόσληψη θερμίδων. Μια ασθενής απέρριψε συνταγογραφημένες ταμπλέτες βιταμίνης από φόβο μήπως περιέχουν “θερμίδες”. Η συχνότητα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής στην ψυχογενή ανορεξία βρέθηκε να είναι 22% σε μια κλινική σειρά. Σε μελέτες που χρησιμοποιούν δομημένες κλινικές συνεντεύξεις, η συχνότητα κυμαίνεται από 25% έως 70% (Zmukler & Darec & Treasure, 1995).

## **4.4 ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΕΛΛΕΙΜΑΤΑ**

Τα ελλείμματα αυτά σπάνια διαπιστώνονται κλινικά, ενώ μια ασθενής με απίσχνανση μπορεί να επιδιώκει τη συμμετοχή στις μελέτες και να επιτυγχάνει εξαιρετικά υψηλούς βαθμούς στην εξέταση. Από την άλλη η νευροψυχολογική εξέταση έχει αποκαλύψει ελλείμματα στην προσοχή και διαταραχές στη μνήμη και την οπτικοχωρική αντίληψη (Michael & Gelder & Lopez-Ibor, 2008).

#### 4.5 ΔΙΑΣΤΡΕΒΛΩΜΕΝΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΤΡΟΦΗ

Η συμπεριφορά της έφηβης είναι φανερή σε όσους μπορούν να διαπιστώσουν με τα ίδια τους τα μάτια τις απίθανες συνήθειες διατροφής, που προφασίζονται την έλλειψη όρεξης για να δικαιολογήσουν την ελάττωση της τροφικής ανάλωσης. Ο περιορισμός της διατροφής είναι ποσοτικός και ποιοτικός σημαντικός, εξαιτίας της συνήθειας να επιλέγουν την τροφή (αρχικά αποκλείουν τη ζάχαρη, το βούτυρο, κάθε αμυλώδους και στη συνέχεια ακολουθούν μια δίαιτα που περιλαμβάνει φρούτα, χορταρικά και λίγο κρέας), της τάσης να τσιμπολογούν άτακτα και αναρχικά, των προκαταλήψεων σε ότι αφορά την τροφή, το μαγείρεμα, το διαιτολόγιο (οι ανόρεκτες αναπτύσσουν συχνά σε σημαντικό βαθμό μαγειρικές δραστηριότητες για τους άλλους). Υπάρχουν όλες οι διαβαθμίσεις ανάμεσα σ' αυτές τις στοιχειώδεις ανωμαλίες και σε μια μείζονα διαστρέβλωση της διατροφής, με συσσώρευση και κλοπή τροφής (συχνά παρατηρείται κάποια κλεπτομανία στις ανόρεκτες), διαπιστώνονται επίσης και συμπεριφορές βουλιμίας που ακολουθούνται από αυτοπροκαλούμενους εμετούς (Luc- Venisse, 1987).

Ακόμα, πέρα από την αργή και λαθραία κατανάλωση τροφής τα ανορεκτικά άτομα αποδίδουν την κοινωνική πίεση για την αύξηση του βάρους τους (Allison, 1995). Όταν αποκαθιστάται μια ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης μεταξύ θεραπευτεί και ανόρεκτης, οι ίδιες οι ανόρεκτες το παραδέχονται το πόσο βασανιστικό είναι για αυτές να παλεύουν ενάντια στην πείνα, που διεξάγεται πεισματικά, όσο οδυνηρή και αν είναι με τις προσπάθειες που επιβάλλει, αποτελεί αναμφισβήτητα μια πηγή έντονης ικανοποίησης. Ο Luc Venisse (1987), ερμηνεύει την ικανοποίηση αυτή ως την ερωτικοποίηση της αίσθησης της πείνας-αντικείμενο γοητείας ή «οργασμό της πείνας» ενώ οι συγγραφείς Lempriere και Feline (1995), την κατατάσσουν στην κατηγορία της διατροφικής ηδονής.



Επίσης, παρατηρείται τελειομανία η οποία είναι κοινή τόσο στην ανορεκτική όσο και στην οικογένειά της. Η τελειομανία πηγαίνει συχνά με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, η θεωρία είναι ότι το πρόσωπο για τις υποτιθέμενες ελλείψεις προσπαθεί να κάνει τα πάντα τέλεια. Μια θεωρία το πώς ο κύκλος της ασιτίας συνεχίζει, είναι ότι το άτομο βιώνει απόρριψη, πόνο και έλλειψη ελέγχου. Παράγοντες σκέψεις πείθουν το άτομο ότι αν εκείνη/εκείνος κάνει περισσότερα ή καλύτερα τα πράγματα θα βελτιωθούν. Η τελειοθηρική ζωή δημιουργεί στρες στο άτομο και επίσης τον οδηγεί να δραπετεύσει μέσω ακραίων διατροφικών συμπεριφορών. Επίσης, τα ανορεκτικά άτομα χρησιμοποιούν τη διαταραχή για να καθιερώσουν την ανεξαρτησία τους (Meyer & Osborne, 1996).

#### **4.6 ΑΠΑΤΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΦΑΓΗΤΟ ΟΠΩΣ ΤΙΣ ΑΝΑΦΕΡΟΥΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

- § Κρύβουν το φαγητό τους σε πετσέτες.
- § Πετάνε το φαγητό σε βάζα, ντουλάπια ή από το παράθυρο.
- § Κρατάνε το φαγητό στο στόμα τους και το πετάνε όταν καθαρίζουν τα δόντια.
- § Ταΐζουν κρυφά το σκύλο της οικογένειας κάτω από το τραπέζι (Abraham & Llewellyn, 1990).

#### **4.7 ΑΠΑΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΕ ΦΑΙΝΟΜΕΝΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ ΟΠΩΣ ΤΙΣ ΔΙΗΓΟΥΝΤΑΙ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

- § Πίνουν μεγάλες ποσότητες νερού τη νύχτα πριν από το ζύγισμα.
- § Αποφεύγουν να αδειάσουν την κύστη τους πριν να ζυγιστούν.
- § Πίνουν νερό από το μπάνιο ή από το ντους.

- § Φοράνε βαριά κοσμήματα ή βαριά ρούχα (π.χ σιδεράκια του σκί).
- § Ράβουν βάρη στα νυχτικά τους νωρίς το πρωί όταν πρόκειται να ζυγιστούν (Abraham & Llewellyn, 1990).

## 4.8 ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΥΠΟΘΡΕΨΙΑ

### Σωματικό βάρος

Η βαρύτητα της απώλειας βάρους μπορεί να καταγραφεί ως εξής.

1. Ως ποσοστό επί ενός “μέσου” σωματικού βάρους που ανευρίσκονται από πίνακες για φυσιολογικούς πληθυσμούς ανάλογα με την ηλικία και το ύψος (π.χ. οι πίνακες Metropolitan Life Insurance Tablet).

2. Ως ποσοστό ελάττωσης του βάρους της ίδιας της ασθενούς πριν την έναρξη της νόσου.

3. Χρησιμοποιώντας το δείκτη μάζας σώματος του Quetelet (BMI, body mass index)  $BMI = \text{βάρος}(kg)/\text{ύψος}(m)^2$

BMI μεταξύ 20 και 25 θεωρείται φυσιολογικό. BMI 15 ή λιγότερο υποδεικνύει ανάγκη για εισαγωγή στο νοσοκομείο, ενώ BMI μεταξύ 10 και 12 αντιστοιχεί στα χαμηλότερα όρια της ανθρώπινης επιβίωσης.

### Φυσική εξέταση

Η απίσχνανση ποικίλει αλλά μπορεί να είναι εξαιρετικά σοβαρή και να έχει ως αποτέλεσμα αποστεωμένη εμφάνιση της κεφαλής(σαν κρανίο), άκρα σαν καλάμια και επίπεδα στήθη, γλουτούς και κοιλιά. Τα χέρια και τα πόδια είναι ψυχρά και εύκολα γίνονται κυανά το χειμώνα. Το δέρμα είναι ξηρό με πυκνό χνούδι να καλύπτει τα μάγουλα, το ινίο, τα αντιβράχια και τις κνήμες. Ο

καρδιακός ρυθμός είναι βραδύς(50-60 παλμοί/λεπτό) και η πίεση του αίματος χαμηλή (90-60 mmHg) σε ορθοστατική αστάθεια. Κατά τη φυσική εξέταση θα πρέπει να εξετάζεται η μυϊκή ισχύς για την αποκάλυψη μυοπάθειας. (Michael & Gelder & Lopez-Ibor, 2008).

## 5.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΟ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ

Σύμφωνα με τον Luc Venisse (1987), η διαταραχή της διατροφής των νεογέννητων παρουσιάζεται σπάνια και με δυο ειδικές μορφές: α)τη νεογνική ανορεξία β)το μηρυκασμό. Τη νεογνική την αναφέρει με την ελπίδα ότι η επίγνωση της ύπαρξής της μπορεί να συμβάλλει στην ευρύτερη διάγνωση και μελέτη της, και επομένως στη βαθύτερη κατανόησή της. Ο μηρυκασμός είναι συχνότερη διαταραχή, το νεογέννητο όταν είναι μόνο του προξενεί αναγωγή τροφής και αναμάσηση. Κατά τη διάρκεια του μηρυκασμού το νεογέννητο είναι τελείως απορροφημένο στον εαυτό του, παρουσιάζει «κενό βλέμμα και παραμένει σχεδόν ακίνητο». Ο μηρυκασμός παρουσιάζεται με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλλα και ποικίλλει σε βαρύτητα. Γενικά θεωρείται αποτέλεσμα έλλειψης φροντίδας ή στοργής που πιθανόν να οφείλεται σε νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας.

Οι Τσιάντης και Μανωλόπουλος (1988), υποστηρίζουν ότι η διατροφή είναι συνάρτηση της σχέσης – δεσμού μεταξύ μητέρας και νεογνού. Η σχέση αυτή δεν εξαρτάται μόνο από τη μητέρα αλλά και από τις συνθήκες του τοκετού και από το ίδιο το παιδί. Οι πρώτες ώρες μετά τον τοκετό θεωρούνται σημαντικές, για την πορεία της εξέλιξης της σχέσης παιδιού- μητέρας, αλλά και ειδικότερα για τη διατροφή. Αν ο τοκετός είναι τραυματικός, είτε γιατί έγινε νάρκωση στη μητέρα, είτε λόγω ανάγκης εντατικής παρακολούθησης του νεογνού, η πρώτη επαφή μητέρας παιδιού και ο πρώτος θηλασμός αργήσει να γίνει για 12 ή περισσότερες ώρες, τότε κινδυνεύει η εξέλιξη του δεσμού και της διατροφής. Δυστυχώς, ο κίνδυνος απόρριψης εκ μέρους της μητέρας νεογέννητων που έχουν νοσηλευτεί σε ειδικές μονάδες εντατικής παρακολούθησης είναι πολύ κοινός.

Αν τα παιδιά που έχουν απορριφθεί παραμένουν με τις μητέρες τους, τότε ο κίνδυνος να τα κακοποιήσουν είναι μεγάλος. Οι πιθανότητες να διαταραχτεί η σχέση νεογνού-μητέρας και η διατροφή του νεογνού θα είναι μεγάλες εάν το νεογνό εξαιτίας φαρμάκων που χορηγήθηκαν στη μητέρα πριν από τον τοκετό ή επειδή πάσχει από κάποια αρρώστια (π.χ βλάβη του Κ.Ν.Σ ή συγγενή διαμαρτυρία), είναι ληθαργικό, δυσμορφικό ή δεν ανταποκρίνεται στην ανάγκη της μητέρας να αποκτήσει κάποια συναισθηματική επαφή μαζί του. Επίσης, αναπόφευκτη θα είναι οι διαταραχές στις σχέσεις τους και στη διατροφή του νεογνού από τη στιγμή που η μητέρα είναι εξασθενημένη από τον τοκετό, έχει αμφιθυμικά συναισθήματα για το παιδί ή το φύλο του, πάσχει από κατάθλιψη ή για οποιοδήποτε λόγο δεν είναι σε θέση να αντιληφθεί και να αντιδράσει με αρμόζοντα τρόπο στα μηνύματα του παιδιού της (Gelder & Lopez-Ibor & Andreasen, 2008).

Δυστυχώς, οι διαταραχές της διατροφής που αρχίζουν τις πρώτες μέρες της ζωής είναι δυνατόν να ακολουθήσουν μια ήπια χρόνια πορεία και να παρουσιαστούν αργότερα ως μείζονα προβλήματα (Luc Venisse, 1987).

## **5.2 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ**

Σύμφωνα με τον Luc-Venisse (1987), η περίπτωση του παιδιού περιγράφεται συνήθως ως μια προεφηβική μορφή (ανάμεσα στα 8-12 έτη), που διαφέρει ελάχιστα από την κλασική μορφή, παρόλο που τα διαγνωστικά κριτήρια της αμερικάνικης σχολής μοιάζουν να είναι ελάχιστα προσαρμοσμένα ειδικά όσον αφορά την απώλεια βάρους. Η πρόγνωση της παιδικής ανορεξίας είναι μάλλον απαισιόδοξη, κυρίως λόγω της ανάσχεσης της εφηβικής ανάπτυξης.

### **5.3 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΗΝ ΈΦΗΒΗ**

Σύμφωνα με τον Luc Venisse (1987), στην κλασική μορφή της εφηβείας η έναρξη των διαταραχών τοποθετείται κλασικά ανάμεσα στο δωδέκατο και το εικοστό έτος της ηλικίας. Σύμφωνα πάλι με τον ίδιο, άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι οι διαταραχές παρουσιάζονται στην ηλικία των 14½ και των 18 ετών. Το γεγονός αυτό μάλλον αντιστοιχεί σε δυο περιόδους της εφηβείας κατά τις οποίες η εξάρτηση από την οικογένεια αλλάζει βαθύτατα. Οι νεώτερες ανορεκτικές παρουσιάζουν τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου, και υποβάλλονται γρήγορα σε παρακολούθηση και θεραπεία, ενώ οι μεγαλύτερες που εισάγονται στο νοσοκομείο αργότερα, παρουσιάζουν συνήθως συμπτώματα κατάθλιψης, τα οποία χρονολογούνται από παλιά, αλλά σε μικρό βαθμό.

### **5.4 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΑ**

Η πραγματική ανορεξία της ενήλικης παντρεμένης γυναίκας αντιστοιχεί σε μια στιγμή ιδιαίτερα έντονης παλινδρόμησης συχνά σαν αντίδραση σ' ένα συναισθηματικό ή υπαρξιακό κλονισμό (θάνατος κάποιου συγγενή, εγκυμοσύνη). Η ανορεξία αυτή επισημαίνει τη βίαιη αποδιοργάνωση μιας προσαρμοσμένης μέχρι τότε προσωπικότητας έστω και αυτή ήταν εύθραυστη και ελαττωματικά δομημένη. Η πρόγνωση της ανορεξίας στην ενήλικη γυναίκα είναι γενικά άσχημη (Luc-Venisse, 1987).

### **5.5 ΟΙ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ ΩΣ ΓΟΝΕΙΣ**

Μια ασθενής που βελτιώνεται μπορεί να συλλάβει, ακόμα και αν δεν έχει φτάσει σε ικανοποιητικά επίπεδα βάρους και δεν έχει έμμηνο ρύση. Μια μητέρα

μπορεί επίσης να εκδηλώσει τη νόσο αφού έχει γεννήσει παιδιά. Σε μια σειρά οκτώ γυναικών, εννέα από τα 13 παιδιά τους υπέφεραν από στέρηση τροφής με ελαττωμένο βάρος και ύψος για την ηλικία. Οι ανορεκτικές μητέρες δεν είχαν πρόθεση να κακοποιήσουν τα παιδιά τους και στην πραγματικότητα ήταν πολύ στοργικές απέναντί τους. Υιοθετούσαν διάφορους τρόπους ρύθμισης της πρόσληψης τροφής των παιδιών ανάλογα με την ηλικία τους. Έτσι παρέτειναν τον θηλασμό, αραίωναν το γάλα, ελάττωναν την ποσότητα της τροφής που υπήρχε στο σπίτι, περιόριζαν τις ώρες λήψης τροφής στη διάρκεια των γευμάτων, απαγόρευαν την κατανάλωση γλυκών και απέτρεπαν άλλους από το να τους δίνουν φαγητό (Zmukler & Darec & Treasure, 1995).

Η στέρηση των παιδιών οφειλόταν στην παθολογική ανησυχία των ανορεκτικών μητέρων ότι θα αυξηθεί το μέγεθος του σώματος των παιδιών τους. Σημαντικό μέρος της αντιμετώπισης ήταν η αναγνώριση των παιδιών υψηλού κινδύνου μέσω προσεκτικών ερωτήσεων. Θα πρέπει να υιοθετείται μια προσέγγιση εξέτασης ολόκληρης της οικογένειας, με έμφαση στις διατροφικές ανάγκες των παιδιών. Καλό είναι τα παιδιά να παρακολουθούνται ώστε να διασφαλίζεται ότι θα αυξηθεί το βάρος τους και ότι τελικά θα επιτύχουν μια φυσιολογική ανάπτυξη (Gelder & Lopez-Ibor & Andreasen, 2008).

## **5.6 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ**

Σύμφωνα με τους Lemperiere-Feline (1995), η ανδρική ψυχογενή ανορεξία είναι πολύ πιο σπάνια από στις γυναίκες περίπου σε αναλογία ένα προς δέκα, και παρουσιάζεται συνήθως στην εφηβεία και χαρακτηρίζεται από καθυστέρηση του αναστήματος και της ενήβωσης. Πολύ συχνά εμφανίζεται μετά από περίοδο παχυσαρκίας. Το ποσοστό των πρώιμων μορφών, μεταξύ 10 και 14 ετών, είναι σημαντικό. Οι γονείς του ασθενούς παρουσιάζουν ψυχοπαθολογικές διαταραχές

συχνότερα απ' ότι στη γυναικεία ψυχογενή ανορεξία. Η ανδρική ανορεκτική συμπεριφορά συνδέεται με ποικίλες ψυχολογικές δομές. Παράλληλα με τις τυπικές μορφές, οι μηχανισμοί και η εξέλιξη των οποίων μοιάζουν με αυτούς της ανορεξίας της κοπέλας, εμφανίζονται σε σημαντικό ποσοστό και μορφές, οι οποίες εξελίσσονται προς τη σχιζοφρενική διάσχιση. Μερικές φορές η ανορεκτική συμπεριφορά συνοδεύεται από διάφορους άλλους τύπους παθολογικής συμπεριφοράς (βουλιμία, αλκοολισμός, τοξικομανία, παραπρωματικότητα).

Ο Windgassen (2005), τονίζει το εξής σημαντικό γεγονός, ότι στους ανορεκτικούς άνδρες καθοριστική από ψυχοδυναμική σκοπιά είναι η σύγκρουση μεταξύ του Ιδεώδους Εγώ (αγορίστικου ή άφυλου) και της προϊούσας ανάπτυξης, αλλά και μια ισχυρή προσκόλληση προς τη μητέρα και ταύτιση με το θηλυκό στοιχείο. Η σχετική σπανιότητα της ψυχογενούς ανορεξίας στους άντρες μπορεί να οδηγήσει κάποιον στην υπόθεση ότι η διαταραχή πιθανότητα διαφέρει ανάμεσα στα δυο φύλα ως προς την αιτιολογία, τις κλινικές εκδηλώσεις και την πρόγνωση. Η πρώτη μελέτη που εξέτασε την υπόθεση αυτή σε μια αρκετά μεγάλη σειρά ανδρών ασθενών βρήκε σημαντικές ομοιότητες ανάμεσα στα δυο φύλα ως προς την ηλικία έναρξης και τα ειδικά χαρακτηριστικά της ψυχοπαθολογίας. Για παράδειγμα οι άντρες ασθενείς είχαν την τάση να επιλέγουν μια δίαιτα χαμηλή σε παχυντικές τροφές και να καταφεύγουν σε διάφορα τεχνάσματα για να απαλλάσσονται από το φαγητό όπως πρόκληση εμέτου και χρήση καθαρτικών ουσιών, καθώς και εντατική και σωματική άσκηση. Εκδήλωναν έναν φόβο πάχυνσης και θεωρούσαν τον εαυτό τους υπέρβαρο, ακόμα και αν ήταν λεπτοί. Και άλλοι ερευνητές εντυπωσιάστηκαν από αυτές τις εκπληκτικές ομοιότητες.

Υπάρχουν βασικές διαφορές οι οποίες αναπόφευκτα επηρεάζουν τις εκδηλώσεις της ενδοκρινικής διαταραχής στον άνδρα καθώς και σε μικρότερο



βαθμό, τις εκδηλώσεις της διατροφικής διαταραχής. Η λειτουργία των όρχεων, όπως εκτιμάται με τον προσδιορισμό της τεστοστερόνης στα ούρα, διαταράσσεται στους άνδρες ασθενείς όταν γίνουν πολύ αδύνατοι. Η επαναπρόσληψη τροφής οδηγεί σε μερική τουλάχιστον αποκατάσταση αυτής της ανωμαλίας. Η σύσταση του σώματος στον ώριμο άντρα διαφέρει από εκείνης της γυναίκας, ο άνδρας έχει χαμηλότερα αποθέματα λιπώδους ιστού, οπότε η εξάντληση των πρωτεϊνών επέρχεται ταχύτερα όταν χάνει βάρος. (Lemperiere-Feline, 1995).

Η σχετική ανθεκτικότητα του άνδρα απέναντι στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας παραμένει μυστήριο. Εξάλλου δεν έχει ακόμα ξεκαθαριστεί εάν οι διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα οφείλονται σε βιοϊατρικούς παράγοντες ή ψυχοκοινωνικές διαφορές. Έχει προταθεί ότι οι νεαρές γυναίκες συχνά προβληματίζονται με το “πάχος” τους λόγω της αναπαραγωγικής, βιολογικής και κοινωνικής σημασίας του, ενώ οι νεαροί άντρες ασχολούνται περισσότερο με το μυϊκό τους σύστημα και τη σημασία του για τη δύναμη, τη κυριαρχία και την αρρενωπότητα. Οι διαφορές αυτές συνδέονται με την αυξημένη συχνότητα της δίαιτας στα νεαρά κορίτσια και τη σπανιότητα της στα αγόρια.

Σε μια σειρά ανδρών ασθενών με “ιδιοπαθή” ψυχογενή ανορεξία, οι περισσότεροι ανέφεραν προβλήματα με τη σεξουαλική τους δραστηριότητα. Βίωναν σεξουαλικά άγχη σε σχέση τόσο με ετεροφυλοφιλικές όσο και με ομοφυλοφιλικές συμπεριφορές. Το ένα τέταρτο είχαν ομοφυλοφιλικές επαφές ή παραδέχονταν ομοφυλοφιλικές τάσεις. Σχεδόν όλοι ανακουφίστηκαν από την απώλεια της λίμπιντο μετά την απώλεια του βάρους. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι οι άνδρες με άτυπη συμπεριφορά ως προς το ρόλο του φύλου είχαν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης της ψυχογενούς ανορεξίας στην εφηβεία. Υπάρχουν λίγες μελέτες παρακολούθησης περιπτώσεων της ψυχογενούς ανορεξίας στους

άνδρες. Στην καλύτερη υπάρχουσα μελέτη 27 ασθενείς παρακολουθήθηκαν για τουλάχιστον δυο έτη με μέσο όρο τα οκτώ έτη.

Με βάση τις κατηγορίες των Morgan –Russel για τη τελική κατάληξη, καλό αποτέλεσμα διαπιστώθηκε στο 44%, ενδιάμεσο αποτέλεσμα στο 26% και κακό αποτέλεσμα στο 30%, χωρίς κανένα θάνατο. Μόνο λίγοι προγνωστικοί παράγοντες τακτοποιήθηκαν: διαταραγμένες σχέσεις με ένα γονέα στην παιδική ηλικία οδηγούσαν σε κακή έκβαση, ενώ η ύπαρξη προηγούμενης σεξουαλικής δραστηριότητας σχετιζόταν με καλό αποτέλεσμα. Η έκβαση στους άντρες παρουσίαζε σημαντικές ομοιότητες με την έκβαση στις γυναίκες (Michael & Gelder & Lopez-Ibor, 2008).

## **5.7 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ**

Οι ανορεκτικές συμπεριφορές στους ηλικιωμένους δεν είναι σπάνιες, συχνά μαρτυρούν μια υπονοούμενη επιθυμία «για να ξοφλήσουν», σε άτομα που χωρίς να εμφανίζουν κατάθλιψη, με τη στενή έννοια του όρου, εξαιτίας της απομόνωσής τους, της απώλειας της ταυτότητάς τους και μερικές φορές λόγω πολλών σημαντικών κακουχιών, χάνουν κάθε ελπίδα για το μέλλον τους. Κάποτε κατά την εξέταση διαπιστωνόταν η έναρξη μιας διανοητικής εξασθένησης (Luc-Venisse, 1987).

## 6.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Οι διατροφικές διαταραχές εκπροσωπούν ένα σημαντικό και αυξανόμενο πρόβλημα στην τρέχουσα νοοτροπία. Η πρόληψη είναι μια κρίσιμη πτυχή για την εξέταση αυτού του είδους προβλήματος. Η εκπαίδευση αποτελεί βασικό παράγοντα της πρόληψης (Blaw & Gullotta, 1996).

Οι γονείς οι οποίοι ακολουθούν χρόνια δίαιτα, ψυχαναγκαστικές ασκήσεις ή είναι συνεχώς επικεντρωμένοι στο πώς να χάνουν βάρος, είναι πολύ πιθανόν να προβάλλουν λάθος πρότυπα για τα παιδιά τους. Αντιθέτως, οι γονείς πρέπει να μεταφέρουν στα παιδιά μηνύματα όπως για παράδειγμα η αυτοεκτίμηση και η αυτοαντίληψη δεν βασίζονται μόνο στην σωματική εμφάνιση. Είναι κρίσιμο να διδάξουν τα παιδιά και τους εφήβους ότι το ανθρώπινο σώμα διαφέρει ως προς το σχήμα και το μέγεθος. Η εκπαίδευση όλων των ενηλίκων η οποία παίζει σημαντικό ρόλο στα παιδιά και στους εφήβους όσον αφορά τις υγιεινές διατροφικές συνήθειες είναι ένας από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους πρόληψης διατροφικών διαταραχών (Kjelas & Bjornstrom & Gotestam, 2004).

Επίσης οι γονείς, οι γιατροί και σχολικοί υπάλληλοι πρέπει να κατανοήσουν και να είναι σε θέση να εντοπίζουν αμέσως τα πρώτα σημάδια διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς όπως τη μεγάλη απώλεια βάρους ή διακυμάνσεων, σημαντικών περιορισμών καθημερινών θερμίδων, βασανιστική συζήτηση ή ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές όσον αφορά το βάρος και/ή διατροφικές συμπεριφορές, ή γενικές αλλαγές στην κατάσταση της υγείας ενός προηγουμένως υγιείς εφήβου. Την κατανόηση των πολιτιστικών πιέσεων ότι οι έφηβες πειραματίζονται με το βάρος και την εικόνα του σώματος επιτρέπει στους ενήλικες να συζητήσουν αυτά τα θέματα σε ένα ανοικτό φόρουμ (Palmer, 2000).

Με αυτό τον τρόπο επίσης οι ενήλικες μπορούν να προβάλλουν αποτελεσματικά πρότυπα μέσω των σκέψεων και συμπεριφορών τους γύρω από τα τρόφιμα και το βάρος, τοποθετώντας τα άτομα πιο ικανά να προλαμβάνουν την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών σε μια που να διευκολύνει αυτόν τον στόχο. (Blaw & Gullotta, 1996).

## **6.2 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ**

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αποτελούν ένα δύσκολο θεραπευτικό εγχείρημα τόσο λόγω της σοβαρότητας της νόσου όσο και λόγω της άρνησης που συχνά συναντάται στους/στις ασθενείς ως προς την αναγνώριση και παραδοχή της ύπαρξης προβλήματος. Η άρνηση αυτή συχνά οδηγεί σε δυσκολία συνεργασίας μεταξύ του ασθενούς και θεραπευτικής ομάδας. Τα αποτελέσματα είναι πολύ καλύτερα εάν η θεραπεία ξεκινήσει νωρίς, πριν η διαταραχή γίνει συνήθεια και τρόπος ζωής. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς που είναι κάτω των 18 ετών και πάσχουν από τη διαταραχή για λιγότερο από 3 χρόνια είναι αυτοί που ανταποκρίνονται καλύτερα στη θεραπευτική παρέμβαση. Η υπομονή και η δέσμευση τόσο από τη θεραπευτική ομάδα όσο και από την θεραπευόμενη και την οικογένειά της είναι σημαντικά, διότι τα αποτελέσματα θα έρθουν μετά από μερικούς μήνες και όχι αμέσως ([www.eatingdisorders.gr](http://www.eatingdisorders.gr)).

Οι περισσότεροι ασθενείς θα χρειαστούν να ακολουθήσουν ψυχοθεραπεία. Η μορφή που θα πάρει η θεραπεία αυτή προσαρμόζεται πάντα στις ανάγκες του ατόμου και προσφέρεται από έμπειρο και ειδικευμένο θεραπευτή. Η οικογενειακή θεραπεία και η ψυχοθεραπεία που στηρίζονται σε γνωσιακές και συμπεριφερολογικές αρχές είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Ορισμένοι ασθενείς θα χρειαστούν φαρμακευτική αγωγή με στόχο να αντιμετωπιστούν πιθανόν συνυπάρχουσες καταστάσεις, όπως κατάθλιψη ή άγχος. Υπάρχουν 200

διαφορετικές μορφές ψυχοθεραπείας. Από αυτές τις 200, αναφέρουμε ενδεικτικά τις 4 δημοφιλέστερες (Lock & Le Grande & Agras & Dare, 2005).

Οι θεραπείες οι οποίες μπορούν να παρακολουθήσουν οι ασθενείς είναι οι:

- **Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία**

Η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία βασίζεται στο μοντέλο της αντίστοιχης θεραπείας η οποία δημιουργήθηκε για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Τα χαρακτηριστικά της είναι η περιορισμένη χρονική διάρκεια, αποτελείται από 15-22 συνεδρίες οι οποίες λαμβάνουν χώρα σε μια περίοδο μερικών μηνών, η κάθε συνεδρία διαρκεί μια ώρα. Η θεραπεία είναι αρκετά δομημένη και έχει ως επίκεντρο την επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων που αφορούν τη διαταραχή πρόσληψης τροφής, επίσης η έμφαση της θεραπείας αφορά το παρόν χωρίς να καταφεύγει στο μακρινό παρελθόν. Ο θεραπευτής και η/ο θεραπευόμενη/ος συνεργάζονται προκειμένου να καθορίζουν μια από κοινού κατανόηση προβλημάτων, να αναγνωρίσουν το πώς αυτά τα προβλήματα επηρεάζουν τις σκέψεις, τις συμπεριφορές και τα συναισθήματα της/του ασθενούς. Ο θεραπευτής ρωτά την/τον θεραπευόμενη/νο με σκοπό να συνειδητοποιήσει τις δυσλειτουργικές σκέψεις και συμπεριφορές (Lock & Le Grande & Agras & Dare, 2005).

- **Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία**

Ένα από τα βασικά ζητούμενα της θεραπείας αφορά στην ολοκλήρωση της διαδικασίας τόσο της σωματικής όσο και της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης του/της ασθενούς. Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία είναι μεγάλης διάρκειας και συνήθως

διαρκεί τουλάχιστον δυο χρόνια. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας ο θεραπευτής εστιάζει στην αποδοχή της ταυτότητας του φύλου του/της ασθενούς, στην ενδυνάμωση ως προς την αποδοχή του σώματός του, στην απεμπλοκή του ασθενούς από την οικογένεια και στην ενίσχυσή της αυτονομίας του ασθενούς. Η ψυχοδυναμική θεραπεία πραγματοποιείται σε ατομική βάση ενώ συνιστάται και η παράλληλη θεραπεία του γονέα (Lock & Le Grande & Agrad & Dare, 2005).

- **Οικογενειακή ψυχοθεραπεία**

Οι βασικοί στόχοι της οικογενειακής ψυχοθεραπείας εστιάζονται στην βοήθεια των γονέων να συμπαρασταθούν στο παιδί που νοσεί, στον περιορισμό της επικριτικής στάσεις των γονέων απέναντι στο παιδί που νοσεί, στην ενδυνάμωση του ρόλου του πατέρα απέναντι στον ασθενή και γενικά στην οικογενειακή ζωή, στην βοήθεια των γονέων να υιοθετήσουν μια τρυφερή πλην όμως σταθερή και ενίοτε αυστηρή στάση απέναντι στον/στην ασθενή και τη διατροφή του/της. Επίσης ένας άλλος στόχος είναι και η ενίσχυση της αυτονομίας του/της ασθενούς. Στις θεραπευτικές συνεδρίες της οικογενειακής ψυχοθεραπείας συμμετέχουν όλα τα μέλη της οικογένειας ενώ η διάρκεια της θεραπείας είναι τουλάχιστον ενός έτους ([www.psychologia.gr](http://www.psychologia.gr)).

- **Συστηματική θεραπεία του συγγενικού περιβάλλοντος:**

Οι συγγενείς των ανορεξικών σπάνια μένουν απλοί θεατές της θεραπείας του. Οι πιο πολλοί εμπλέκονται ενεργά σε προσπάθειες να πείσουν, να εξαπατήσουν, να απειλήσουν ή και να ικετέψουν τον

άνθρωπό τους να φάει. Κάποιες φορές αυτές οι απόπειρες μπορεί να φέρουν αποτέλεσμα αλλά συνήθως δυσκολεύουν την κατάσταση του ανορεξικού. Οι οικογενειακοί θεραπευτές βλέπουν την ανορεξία σαν μια κατάσταση που γεννιέται και συντηρείται από το οικογενειακό σύστημα. Υπογραμμίζουν την υπερπροστατευτικότητα, την υπερεμπλοκή και την αποφυγή της σύγκρουσης σαν χαρακτηριστικά των οικογενειών των ανορεξικών ([www.eatingdisorders.gr](http://www.eatingdisorders.gr)).

Εάν κάποια γυναίκα έχει γίνει υπερβολικά λεπτή και έχει διακοπεί η περίοδός της, είναι σημαντικό γι' αυτήν να προσπαθήσει να επανέλθει σε ένα αποδεκτό επίπεδο βάρους. Για να βοηθηθεί στην προσπάθειά της αυτή, και η ίδια και η οικογένειά της θα χρειαστούν πρώτα πληροφορίες. Ποιο είναι το «φυσιολογικό» βάρος γι' αυτή; Πόσες θερμίδες χρειάζεται να παίρνει καθημερινά; Στην ανορεξία, η ασθενής έχει υπερβολικό έλεγχο του πόσο τρώει. Πως μπορεί να το σταματήσει αυτό; Για νεαρά άτομα που εξακολουθούν να ζουν με τους γονείς, είναι μέλημα των γονιών να προσέχουν το φαγητό που καταναλώνεται, τουλάχιστον για κάποιο διάστημα. Αυτό συμπεριλαμβάνει την υποχρέωση να σιγουρεύεται ο γονέας ότι το παιδί λαμβάνει κανονικά γεύματα όπως όλη η υπόλοιπη οικογένεια και ότι παίρνει αρκετές θερμίδες.

Είναι επίσης σημαντικό η οικογένεια να επισκέπτεται τον ψυχίατρο τακτικά και για έλεγχο του βάρους αλλά και για υποστήριξη, καθώς το να έχεις ένα παιδί που αντιμετωπίζει πρόβλημα ανορεξίας στην οικογένεια μπορεί να είναι εξαιρετικά αγχωγόνο. Μόνο εάν αυτά τα απλά βήματα δεν φέρουν αποτελέσματα ή εάν η μείωση του βάρους απειλεί τη ζωή, θα υπάρξει η σκέψη για εισαγωγή σε νοσοκομείο. Η θεραπεία σε εσωτερικούς ασθενείς βασίζεται κατά πολύ στον ίδιο συνδυασμό, δηλαδή του ελέγχου της διαίτας και της συζήτησης, αλλά αυτό γίνεται πλέον σε ένα πιο δομημένο περιβάλλον ([www.stress.gr](http://www.stress.gr)).

Υπάρχουν δύο βασικοί στόχοι στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας. Ο πρώτος είναι να αποκατασταθεί η κατάσταση θρέψης του ατόμου. Στα ανορεκτικά άτομα αυτό σημαίνει να επανέλθει το βάρος στα φυσιολογικά όρια. Ο δεύτερος στόχος είναι να τροποποιηθεί η παθολογική συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ατόμου, ούτως ώστε να κρατηθεί το βάρος σε φυσιολογικά όρια και να ελεγχθούν κατά το δυνατό τα επεισόδια υπερφαγίας, οι προκλητοί εμετοί, η λήψη καθαρτικών και όλες οι άλλες παθολογικές συμπεριφορές. Συνήθως, η θεραπεία γίνεται σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο. Πολλοί ασθενείς, όμως, μπορεί να χρειασθούν νοσηλεία. Ενδείξεις για νοσηλεία είναι σοβαρή απώλεια βάρους (π.χ. πάνω από 30%) και απίσχνανση ή παρουσία υπότασης, υποθερμίας ή ηλεκτρολυτικών διαταραχών, παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού ή ψύχωσης, αποτυχία της εξωνοσοκομειακής θεραπείας (Lock & Le Grande & Agras & Dare, 2005).

Η θεραπευτική προσέγγιση βασικά είναι ένας συνδυασμός θεραπείας συμπεριφοράς και υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας. Ο στόχος της θεραπείας συμπεριφοράς είναι ν' αποκατασταθεί ο φυσιολογικός τρόπος λήψης τροφής. Στο νοσοκομείο, αυτό σημαίνει την εφαρμογή αυστηρού πρωτοκόλλου, ώστε τα ανορεκτικά άτομα να κερδίζουν καθημερινά συγκεκριμένο βάρος (και να ενισχύονται θετικά γι' αυτό, π.χ. με άδεια να τους επισκεφθούν οι συγγενείς τους). Έτσι, οι ασθενείς ζυγίζονται καθημερινά, η πρόσληψη και η απέκκριση των υγρών μετριέται, υπάρχει στενή παρατήρηση (ακόμη και στην τουαλέτα) μέχρι και 2 ώρες μετά τα γεύματα για να αποτραπεί ο προκλητός εμετός (Μπούρα, 2004).

Γενικά, αρχίζουμε με δίαιτα που παρέχει περίπου 500 θερμίδες περισσότερες από αυτές που απαιτούνται για να διατηρηθεί το τωρινό βάρος των ασθενών και αυξάνουμε τις θερμίδες σιγά-σιγά, μοιράζοντας την τροφή σε πολλά μικρά γεύματα (π.χ. έξι την ημέρα). Σε άτομα με μεγάλη ελάττωση βάρους μπορεί να



χρειασθεί σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα, όπως και προσεκτική διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, έχει αποδειχθεί ότι τα αντικαταθλιπτικά (τρικυκλικά, αναστολείς της ΜΑΟ, τραζοδόνη, φλουοξετίνη) μπορούν να ελαττώσουν τη συμπεριφορά της πρόκλησης εμετού, σε άτομα με ψυχογενή ανορεξία. Ακόμα, η κυπροεπταδίνη έχει βοηθήσει ορισμένα άτομα να βάλουν βάρος. Κατά την οξεία φάση, λοιπόν, η θεραπεία συμπεριφοράς και η υποστήριξη του/της ασθενή/ς είναι η προσέγγιση επιλογής συνεπικουρούμενη ενδεχομένως από τη φαρμακευτική αγωγή ([www.stress.gr](http://www.stress.gr)).

Η Μπούρα (2004), επιμένει στην ανάγκη να ακούει ο θεραπευτής προσεκτικά και να ενθαρρύνει τους ασθενείς να κάνουν οι ίδιοι σχόλια και να βγάζουν συμπεράσματα. Να τους αφήνει να καταλάβουν εκείνοι τι τους συμβαίνουν.

### **6.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΗΜΕΡΑΣ**

Υπάρχουν λίγες ελεγχόμενες μελέτες των προγραμμάτων ημέρας. Εξαίρεση αποτελεί η σύγκριση ανάμεσα στη θεραπεία εσωτερικής νοσηλείας και τη θεραπεία ημέρας που πραγματοποιήθηκε στο Εδιμβούργου. Ένα παραδοσιακό πρόγραμμα εσωτερικής νοσηλείας, το οποίο στόχευε αποκλειστικά στην αύξηση του βάρους, συγκρίθηκε με ένα πιο ελαστικό πρόγραμμα ημέρας το οποίο έδινε έμφαση στην ανοιχτή επικοινωνία και την αυτονομία των ασθενών. Το πρόγραμμα ημέρας περιελάμβανε εντατικές ψυχολογικές θεραπείες και εφαρμοζόταν 4 ημέρες κάθε εβδομάδα. Τριάντα δυο ασθενείς που απαιτούσαν εισαγωγή στο νοσοκομείο κατανεμήθηκαν τυχαία στο πρόγραμμα ημέρας ή το πρόγραμμα εσωτερικής νοσηλείας. Αν και δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δυο θεραπευτικές μεθόδους, ο συγγραφέας κατέγραψε

ενδιαφέρουσες τάσεις όπως προέκυπταν με βάση τις κατηγορίες αποτελέσματος που χρησιμοποιούσαν τις κλίμακες των Morgan-Russel.

Το μόνο πλεονέκτημα του προγράμματος εσωτερικής νοσηλείας ήταν μια ελαφρά μεγαλύτερη αύξηση βάρους. Από την άλλη, το πρόγραμμα ημέρας ήταν πιο δημοφιλές στους ασθενείς που προτιμούσαν να συμμετέχουν περισσότερο στον καθορισμό της αύξησης του βάρους. Υπήρχε επίσης μια εντύπωση μεγαλύτερης επιστροφής της προσωπικής αυτονομίας στους ασθενείς ημέρας. Μια κριτική αυτής της μελέτης είναι ότι τα δυο προγράμματα δεν αντιστοιχήθηκαν πλήρως ως προς τα θεραπευτικά δεδομένα και τον ενθουσιασμό των δυο ομάδων (Michael & Gelder & Lopez-Ibor, 2008).

#### **6.4 ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

Η αντιμετώπιση των ασθενών που είναι απρόθυμες να δεχθούν τους βασικούς θεραπευτικούς στόχους προϋποθέτει τη σταδιακή συμμετοχή τους σε μια γνήσια συμμαχία. Ωστόσο παραμένει μια μειοψηφία των ασθενών στις οποίες η στρατηγική αυτή αποτυγχάνει και των οποίων η υγεία τίθεται σε κίνδυνο. Για τις ασθενείς αυτές θα πρέπει να εξεταστεί η επιλογή της υποχρεωτικής θεραπείας. Η υποχρεωτική εισαγωγή στο νοσοκομείο ενδείκνυται όχι μόνο όταν οι ασθενείς απειλούν με αυτοκτονία ή πάσχουν από απειλητική για τη ζωή υποθρεψία, αλλά και όταν δεν απαντούν σε απλούστερα μέτρα όπως η εξωτερική θεραπεία και η φροντίδα ημέρας, η στην περίπτωση αποφυγής κάθε είδους θεραπείας (Palmer, 2000).

Σε περίπτωση νόσου που επιμένει για αρκετές εβδομάδες ή ανάπτυξη σοβαρών φυσικών επιπλοκών (διαταραχή της ισορροπίας ύδατος και ηλεκτρολυτών, υπογλυκαιμία, και μυοπάθεια) θα πρέπει να αποφασίζετε η

υποχρεωτική εισαγωγή αν η ασθενής δεν μπορεί να πεισθεί να αποδεχτεί τη νοσοκομειακή θεραπεία (Zmukler & Darec & Treasure, 1995).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η Νομοθετική Επιτροπή για την Ψυχική Υγεία αναγνώρισε ότι η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί ψυχική διαταραχή σύμφωνα με το πνεύμα του νόμου και ότι σε μερικές ασθενείς η ικανότητά τους για συγκατάθεση μπορεί να επηρεάζεται από τον φόβο της πάχυνσης ή την άρνηση των συνεπειών των πράξεων τους. Η Νομοθετική Επιτροπή της Ψυχικής Υγείας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όταν η υγεία μιας ασθενούς απειλείται σοβαρά από την άρνηση λήψης τροφής τότε μπορεί να κρατηθεί στο νοσοκομείο ώστε να αντιμετωπισθεί η αυτοεπιβαλλόμενη ασιτία. Η επιτροπή δήλωσε ακόμα ότι η ρινογαστρική χορήγηση τροφής είναι μια ιατρική πράξη που αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας της ψυχογενής ανορεξίας, παρόλο που η ρινογαστρική χορήγηση τροφής, σπάνια απαιτείται ακόμα και σε ασθενείς που εισάγονται υποχρεωτικά στο νοσοκομείο (Michael & Gelder & Lopez-Ibor, 2008).

## **6.5 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Μια μελέτη η οποία διεξήχθη στο St George νοσοκομείο του Λονδίνου, είχε ως στόχο την αξιολόγηση των πλεονεκτημάτων διαφορετικών θεραπευτικών προγραμμάτων. Υπήρχαν τρεις ομάδες θεραπείας και μια ομάδα μαρτύρων:

§ Εσωτερική νοσηλεία μέσης διάρκειας 4 μηνών, ακολουθούμενη από 12 συνεδρίες εξωτερικής ψυχοθεραπείας.

§ Εξωτερική θεραπεία με συνδυασμό ατομικής και οικογενειακής θεραπείας διάρκειας 12 συνεδριών που εκτίνονται σε αρκετούς μήνες.

§ Εξωτερική ομαδική θεραπεία αποτελούμενη από δέκα ομαδικές συναντήσεις για τις ασθενείς και δέκα ομαδικές συναντήσεις για τους γονείς χωριστά, σε μηνιαία μεσοδιαστήματα.

§ Μια ομάδα μαρτύρων, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε μια μόνο αλλά λεπτομερή αξιολόγηση.

Οι δυο ομάδες εξωτερικής θεραπείας ακολούθησαν επιπλέον τέσσερις συνεδρίες διαιτητικής συμβουλευτικής. Ενενήντα ασθενείς επιλέχθησαν τυχαία για τη μια ή την άλλη από τις τέσσερις θεραπευτικές επιλογές που προαναφέρθηκαν. Οι ασθενείς μπορούσαν να εγκαταλείψουν την θεραπεία, αν δεν ανταποκρινόταν σε αυτό που ήθελαν, για παράδειγμα από τις 30 ασθενείς στις οποίες προσεφέρθη νοσοκομειακή θεραπεία, 18 άτομα την δέχτηκαν. Από τις 20 ασθενείς που επιλέχθησαν για μια one-off αξιολόγηση, η πλειοψηφία αναζήτησαν θεραπεία αλλού. Η πρόοδος των ασθενών αξιολογούνταν στο τέλος του 1 έτους. Το πλέον σαφές εύρημα ήταν ότι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε οποιαδήποτε από τις τρεις ενεργές θεραπευτικές επιλογές εμφάνισαν μεγαλύτερη βελτίωση σε σχέση με εκείνους που ακολούθησαν τη συνεδρία της one-off αξιολόγησης. Υπήρχαν λιγότερο σαφείς διαφορές μεταξύ των ασθενών στις τρεις διαφορετικές θεραπευτικές ομάδες. Οι νοσοκομειακοί ασθενείς εμφάνιζαν ταχύτερη και μεγαλύτερη αύξηση βάρους προς το τέλος της νοσηλείας τους, όμως στη συνεδρία παρακολούθησης του ενός έτους τα σωματικά βάρη ήταν παρόμοιες και στις τρεις θεραπευτικές ομάδες. Η βελτίωση των ασθενών ως προς την κοινωνικό-οικονομική τους κατάσταση ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα της ατομικής οικογενειακής θεραπείας (Michael & Gelder & Lopez-Ibor, 2008).

## 6.6 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Η θεραπεία στα παιδιά πρέπει να αποβλέπει στην κατανόηση του παιδιού, και ιδίως να αποφεύγονται οι πρόωρες ερμηνείες. Αν ο θεραπευτής ισχυρίζεται ότι αυτός ξέρει καλύτερα από το παιδί πως εκείνο πραγματικά αισθάνεται, τότε επαναλαμβάνει για το παιδί την ίδια εμπειρία που είχε με τους γονείς του. Ο θεραπευτής πρέπει να βοηθήσει το παιδί να αναπτύξει τη δημιουργικότητά του, να εξερευνήσει τον εαυτό του και να βρει προσωπικές λύσεις. Ανάλογα με την ηλικία του παιδιού και τη συνεργασία της οικογένειάς του, η ατομική θεραπεία μπορεί να συμπληρωθεί και με παράλληλη θεραπεία της οικογένειας. Η ενθάρρυνση για κατανόηση και πρωτοβουλία μπορεί να ωφελήσει όχι μόνο την ασθενή αλλά και ολόκληρη την οικογένεια (Lock & Le Grande & Agras & Dare, 2005).

Οι συγγραφείς συνιστούν η επανασίτιση να επιδιώκει αρχικά μικρή αλλά σταθερή ημερήσια αύξηση βάρους η οποία από την πρώτη εβδομάδα και μετά μπορεί να αποβλέπει σε καθημερινή αύξηση 200-400 γραμ, το παιδί φυσικά θα επαναστατήσει και θα υποδείξει την ασυνέπεια του θεραπευτή (δηλαδή από τη μια μεριά μου λέτε ότι πρέπει να βρω μόνος μου λύσεις και από την άλλη με εξαναγκάζετε να τρώω). Σε τέτοιες περιπτώσεις ο θεραπευτής οφείλει να εξηγήσει στο παιδί ότι το θεραπευτικό πρόγραμμα αποτελείται από δύο συνισταμένες :α) την επανασίτιση, για την οποία οι γονείς ή θεραπευτική μονάδα θα επιβάλει τη θέλησή της και β) την ψυχολογική, στην οποία ο ασθενής κρατά τα ηνία, τότε τα παιδιά εκτιμούν την ειλικρίνεια των θεραπειών και δέχονται το θεραπευτικό πρόγραμμα.

Σε περίπτωση που η επανασίτιση χρειάζεται να γίνει σε νοσοκομείο, αν η θεραπευτική ομάδα έχει καλή επικοινωνία και οργάνωση, δεν χρειάζεται να επιβάλει προγράμματα τιμωριών και αμοιβών τα οποία χρησιμοποιούνται σε αρκετά Κέντρα. Πολλές φορές η πανουργία των ανορεκτικών κάνουν

απαραίτητη τη χρήση τέτοιων προγραμμάτων. Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας πρέπει να συμπαρασταθούν στον ασθενή για χρόνια αν χρειαστεί και να επαγρυπνούν για την πρόληψη των επιπλοκών της σωματικής ή ψυχικής υγείας. Η συνηθέστερη επιπλοκή είναι η πρόωρη διακοπή της θεραπείας. Η πρόωρη διακοπή συμβαίνει πιο συχνά σε οικογένειες που εκφράζουν έντονα αρνητικά αισθήματα και των οποίων τα μέλη είναι συναισθηματικά προσκολλημένα και συναισθηματικά εμπλεγμένα (Τσιάντη & Μανωλόπουλος, 1988).

Στις ελαφρές περιπτώσεις αρκεί μια διαφώτιση των γονέων για την αποφυγή ορισμένων σφαλμάτων (π.χ. πίεσης) και η καθησύχασή τους ότι δεν κινδυνεύει η υγεία του παιδιού αν το αφήσουν να φάει όταν πεινάσει. Η αδιαφορία τους κατά κανόνα αφαιρεί από το παιδί το μοναδικό όπλο εκβιασμού. Η συστηματική επίρριψη ευθυνών θα αποφεύγεται στους γονείς. Σε βαριές περιπτώσεις θα χρειαστεί ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση. Η θεραπεία θα πρέπει να στηρίζεται στα αίτια της διαταραχής. Στις περιπτώσεις που το παιδί νιώθει ανασφάλεια, θεωρείται απαραίτητη η δημιουργία στενού δεσμού του παιδιού με την μητέρα. Ιδιαίτερα θα πρέπει να προσεχθεί η ηλικία του πρώτου παιδικού πείσματος και θα πρέπει να μην αντιτάσσουν οι γονείς πείσμα στο παιδικό πείσμα, αλλά να δείχνουν μια σταθερή μεν αλλά ήρεμη και καλόβουλη συμπεριφορά (Lock & Le Grande & Agras & Dare, 2005).

Περισσότερα χάδια ή περισσότερο θερμή συμπεριφορά δε σημαίνει οπωσδήποτε και παροχή αισθήματος ασφάλειας αν και πολλές φορές φέρνουν καλά αποτελέσματα. Μεγαλύτερη σημασία έχει αν πρώτα οι ίδιοι οι γονείς έχουν το αίσθημα ασφάλειας και σιγουριάς. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου για να δώσει η μητέρα το αίσθημα της σιγουριάς στο παιδί, θα πρέπει πρώτα να βοηθηθεί η ίδια με συμβουλές ή ψυχοθεραπεία μεγαλύτερης ή μικρότερης διάρκειας. Στην περίπτωση αυτή η καλύτερη ψυχοθεραπεία του παιδιού είναι αυτή που γίνεται στους γονείς και όχι σ' αυτό. Επίσης τα γεύματα θα γίνονται

σε κανονικές ώρες και δεν θα ασκείται πίεση στο παιδί να φάει ανεπιθύμητα φαγητά ή να βιαστεί στο φαγητό. Το μόνο που θα μπορούσαν ίσως οι γονείς να κάνουν είναι να δημιουργήσουν ευχάριστη οικογενειακή ατμόσφαιρα (Πιάνος, 2003).

## **6.7 ΟΙ ΟΜΑΔΕΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ**

Πολλές γυναίκες που έχουν ένα επεισόδιο διαταραχής της διατροφής μπορεί να βοηθηθούν από τις ομάδες αυτοβοήθειας. Οι ομάδες αυτοβοήθειας είναι οργανωμένες ομάδες και διευθύνονται από υπεύθυνους ανθρώπους. Οι ομάδες αυτοβοήθειας έχουν πολλά πλεονεκτήματα όπως: 1) μπορούν να αλλάξουν τις συνήθειές τους στο φαγητό και έχουν πετύχει και διατηρήσει το στόχο τους στο βάρος. 2) η γυναίκα μπορεί εύκολα να μπει ή να φύγει από την ομάδα (αυτό μπορεί να είναι δύσκολο κατά τη θεραπεία από γιατρό γιατί μπορεί να νιώθει υποχρέωση απέναντί του). 3) η μέθοδος βοηθάει τη γυναίκα να νιώσει πως έχει πετύχει τις αλλαγές στη συμπεριφορά της προς το φαγητό με δικές της προσπάθειες χωρίς να αναλάβει ένας «επαγγελματίας». 4) η γυναίκα δεν μεταβάλλεται σε ασθενή με «αρρώστια» και τέλος τα προγράμματα αυτοβοήθειας είναι φτηνότερα από εκείνα των επαγγελματιών γιατρών.

Οι ομάδες αυτοβοήθειας μπορεί να μην είναι κατάλληλες για να βοηθήσουν γυναίκες που έχουν σοβαρή διαταραχή της διατροφής ή ένα ιατρικό ή ψυχιατρικό πρόβλημα που δημιουργεί επιπλοκές. Οι περισσότερες ομάδες αυτοβοήθειας συνιστούν στις γυναίκες με σοβαρή διαταραχή να ζητήσουν επιπλέον βοήθεια από έναν ειδικό γιατρό (Abraham & Llewellyn, 1990).

## **6.8 ΑΝΤΙΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Οι θεραπευτές αναφέρουν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα προς τους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία απ' ό,τι σε βουλιμικά άτομα. Για τους θεραπευτές τα χρόνια εμπειρίας και το μέγεθος του φόρτου εργασίας ήταν σημαντικές μεταβλητές της αντιμεταβίβασης. Αυτά τα ευρήματα έχουν σημαντικές επιπτώσεις για τους θεραπευτές. Οι θεραπευτές καλό είναι να έχουν την ευκαιρία να επικυρώσουν τα αρνητικά συναισθήματά τους σε απάντηση σε ασθενείς με ανορεξία. Επειδή οι θεραπευτές με λιγότερη εμπειρία είναι πιο πιθανόν να αισθάνονται περισσότερο απογοητευμένοι, θυμωμένοι, φοβισμένοι και ένταση σε απάντηση σε ασθενείς με ανορεξία απ' ό,τι οι θεραπευτές με μεγαλύτερη εμπειρία. Μπορεί να χρειάζονται συστηματική διαβούλευση με έναν επόπτη να τους βοηθήσουν να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά αυτόν τον πληθυσμό ασθενών. Ασθενείς και θεραπευτές επωφελούνται από τη στιγμή που είναι ενήμεροι των συναισθημάτων τους και μαθαίνουν κατάλληλους τρόπους να εκφράζουν και να χειρίζονται την αντιμεταβίβαση (Schowatter & Talbot & Ballenger & Breier & Frances & Meltzer, 1997).



## **7.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ/ΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, ασκεί την Κοινωνική Εργασία, σε υποστηρικτικό-συμβουλευτικό-θεραπευτικό επίπεδο. Ο/η Κ.Λ μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική εκφόρτιση του ασθενή και στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων αυτών. Η παραδοχή ότι υπάρχει η ασθένεια ,η ερμηνεία και η επεξήγησή της, είναι απαραίτητη με στόχο την ρεαλιστική αντιμετώπισή της, και των επιπτώσεων της στην καθημερινή ζωή του ατόμου.

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα του ασθενούς μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Παραδοσιακά ο Κοινωνικός Λειτουργός έρχεται σε επικοινωνία με τον εισερχόμενο άρρωστο και με τους συγγενείς του (εάν υπάρχουν). Ο Κοινωνικός Λειτουργός, προσεγγίζει και βοηθά τον άρρωστο και το περιβάλλον του με διάλογο, με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης. Γενικά, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης. Συλλέγει στοιχεία κοινωνικού ιστορικού για τον ασθενή και την οικογένεια του, που θα χρησιμοποιηθούν στο ιατρικό έργο για τη θεραπεία του ασθενούς ([www.bestrong.org](http://www.bestrong.org)).

### **7.1.1 Στον ασθενή:**

Στην προσαρμογή του/της ασθενούς στο νοσοκομείο ο ρόλος του/της Κοινωνικού/ης λειτουργού σχετίζεται τόσο με την προετοιμασία του ατόμου να ενταχτεί και να προσαρμοστεί στο νοσοκομειακό πλαίσιο όσο και να δεχτεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα. Επιδιώκει τη μείωση του άγχους του/της ασθενούς, τη

ρύθμιση γενικότερα των συναισθημάτων του/της. Το άγχος ως προς τα προσωπικά προβλήματα μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή να αναβάλλει ή να αρνηθεί την θεραπεία ή να επιβραδύνει όποια πρόοδο προς ανάρρωση. Επίσης, βοηθάει στην αποδοχή της προτεινόμενης αγωγής, μεριμνά για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του (δικαίωμα προσέγγισης στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειας του ασθενούς/ης, ενημέρωση (πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση θεραπεία προοπτική).

Ο/η κοινωνικός/κή λειτουργός πρέπει να δείχνει τον απόλυτο σεβασμό στην μοναδικότητα του ασθενούς, διαβεβαιώνει τον/την ασθενή για τη διαφύλαξη του απόρρητου, φροντίζει το συμφέρον του ασθενούς και δεν επιτρέπει να γίνει αντικείμενο πειραμάτων. Ακόμη, σέβεται την ιδιωτική ζωή και την αξιοπρέπειά του, καθώς και την ίση μεταχείριση (ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική θέση, θρησκευτικές και πολιτικές πεποιθήσεις), φροντίζει για την αποδοχή των νέων δεδομένων της υγείας του, ενημερώνει και παροτρύνει τον ασθενή στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών της κοινότητας για την κάλυψη μιας σειράς αναγκών του. Η συναισθηματική στήριξη του αρρώστου είναι πολυδιάστατη και πρέπει να ξεκινά πρώτα απ' όλα από μια σωστή εκτίμηση (Καλλινικάκη, 1998).

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί αξιολογούν τα υπάρχοντα κοινωνικά προβλήματα που συνυπάρχουν με τη πάθηση του/της ασθενούς. Σημαντικό βήμα για την προσέγγιση του ασθενούς είναι η καλή επικοινωνία η οποία εξασφαλίζεται μέσω του διαλόγου κυρίως, ενός διαλόγου που αποπνέει σεβασμό στον ασθενή και του παρέχει την απαιτούμενη πληροφόρηση και υποστήριξη ([www.bestrong.org](http://www.bestrong.org)).

### **7.1.2 Στην οικογένεια του/της ασθενούς:**

Δεν νοείται κοινωνική εργασία στον ασθενή χωρίς την προσέγγιση της οικογένειας, με την έννοια της ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης, για την ουσιαστική αντιμετώπιση των ποικίλων προβλημάτων που απορρέουν από την ασθένεια. Η ασθένεια ή η εισαγωγή σε ένα νοσοκομείο ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζει όλη την οικογένεια. Πρώτος στόχος (ειδικά όταν ο ασθενής αντιμετωπίζει πολύ σοβαρό πρόβλημα υγείας), είναι η ανακούφιση της οικογένειας από όλα εκείνα τα συναισθήματα που έχουν δημιουργηθεί στα μέλη από την εμφάνιση της νόσου (σοκ, άγχος, φόβος, πανικός, θυμός, ενοχές, απογοήτευση). Βοηθά την οικογένεια να ανασυντάξει τις δυνάμεις της γύρω από την πραγματικότητα, ώστε να είναι σε θέση να την αντιμετωπίσει. Διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ της οικογένειας και του/της ασθενή/ους. Στηρίζει την οικογένεια και την παροτρύνει να μην εγκαταλείψει τον/την ασθενή αλλά να σταθεί δίπλα του, βοηθώντας στην δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας μεταξύ των μελών της, με ενθαρρυντική στάση προς τα μέλη να εκφράσουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους. Θα πρέπει ο/η Κοινωνικός/κη Λειτουργός να αναγνωρίσει τα υποστηρικτικά συστήματα του ασθενή, τα οποία θα πρέπει να ενισχύονται και να δραστηριοποιούνται προς την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς ([www.bestrong.org](http://www.bestrong.org)).

## **7.2 ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟ-ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ**

Ο ρόλος του κλινικού διαιτολόγου στην αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας είναι πολύ σημαντικός. Πρώτος στόχος είναι η διόρθωση της

διατροφικής κατάστασης του/της ασθενούς (αποκατάσταση υποσιτισμού). Πρέπει να βοηθηθεί να αποκτήσει και να διατηρήσει μια φυσιολογική διατροφική κατάσταση (ενήλικας) και μια φυσιολογική ανάπτυξη (έφηβος). Επίσης, στόχος θα πρέπει να είναι η εγκατάσταση φυσιολογικών συμπεριφορών λήψης τροφής, η ανάπτυξη φυσιολογικής στάσης προς την τροφή (όχι φόβος προς την τροφή) και η ανάπτυξη και αναγνώριση κατάλληλων απαντήσεων στα ερεθίσματα πείνας και κορεσμού από τον ασθενή (Kjelas & Bjornstrom & Gotestam, 2004).

Οι πρακτικές που πρέπει να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη των στόχων είναι η λήψη ενός πλήρους διαιτολογικού ιστορικού από το οποίο θα διερευνηθούν οι στάσεις και οι πεποιθήσεις του/της ασθενούς (αλλά και της οικογένειάς του) ως προς τις τροφές, η εγκατάσταση σχέσης εμπιστοσύνης διαιτολόγου και ασθενούς, έτσι ώστε οι διατροφικές πληροφορίες να είναι ακριβείς και έγκυρες από την πλευρά του ασθενούς αλλά και ο ίδιος ο διαιτολόγος να αποτελεί καλό μοντέλο για ταύτιση του ασθενούς. Δεν επιτρέπεται να συμβιβαστεί ο διαιτολόγος με τις παθολογικές πεποιθήσεις και στάσεις του ασθενούς απέναντι στις τροφές καθώς επίσης απαγορεύεται να γίνει ‘‘παζάρεμα’’ των στόχων της θεραπείας (Meunier, 2003).

Οι υποτιθέμενες γνώσεις των ανορεκτικών είναι επιλεκτικές, προερχόμενες από αμφίβολες πηγές, συνήθως ακραίες και λαθεμένες. Θέματα που πρέπει να συζητούνται με τον ασθενή είναι οι επιπτώσεις της υπερβολικής δίαιτας και του υποσιτισμού στην φυσιολογία και την ψυχολογία του ατόμου, η διατροφική σύνθεση των τροφίμων και ποιες είναι οι ομάδες τροφίμων, ποια πρέπει να είναι η προσαρμογή των διατροφικών αναγκών στις αλλαγές (αύξηση) του βάρους, η ισορροπία μεταξύ ενεργειακής πρόσληψης και σωματικής δραστηριότητας, οι κίνδυνοι για καθαρτικές συμπεριφορές καθώς και κάποιες πρακτικές οδηγίες στο ψώνισμα τροφίμων και στο μαγείρεμα. Όσον αφορά το βάρος, στόχο στους

ενήλικες δεν πρέπει να καθοριστεί ένα συγκεκριμένο βάρος. Ο στόχος θα είναι το βάρος στο οποίο ο ασθενής είναι σωματικά υγιής και το βάρος που μπορεί να διατηρείται με φυσιολογική εξισορροπημένη διατροφή (χωρίς περιορισμούς). Όσον αφορά τα παιδιά ή τους εφήβους, το βάρος στόχος είναι αυτό που διασφαλίζει ανάπτυξη με φυσιολογικό ρυθμό και φυσική και σωματική υγεία. Ο συνιστάμενος ρυθμός αύξησης βάρους είναι 0,5 κιλά / εβδομάδα σε εξωτερικούς ασθενείς και 1-1,5 κιλά / εβδομάδα σε νοσηλευόμενους ασθενείς.

Όσοι έχουν λάβει καθαρτικά, εμετικά υπακτικά και διουρητικά φάρμακα, μπορεί να αυξήσουν γρηγορότερα το βάρος τους μετά από λήψη υγρών, διότι ήταν αφυδατωμένοι. Το ενεργειακό επίπεδο καθορίζεται στις 1200 θερμίδες περίπου στην έναρξη της θεραπείας, ιδιαίτερα σε υπερβολικά υποσιτισμένους. Ακολουθεί σταδιακή αλλά σχετικά σύντομη αύξηση στο επίπεδο των 2200-2500 θερμίδων την ημέρα. Μόλις ο ασθενής φτάσει το στόχο του, καθορίζουμε τις θερμίδες για διατήρηση βάρους, οι οποίες μπορεί να περιοριστούν σε σχέση με αυτές που λάμβανε κατά τη διάρκεια της θεραπείας του. Η σύνθεση του συνισταμένου διαιτολογίου πρέπει να περιέχει μεγάλη ποικιλία φυσιολογικών τροφίμων κατανεμημένα σε 6 γεύματα ( 3 κύρια και 3 τύπου σνακ με φρούτα, γάλα-γιαούρτι πλήρες, χυμούς). Πολύ σημαντικό είναι ότι πρέπει να αποκλείονται τρόφιμα με μειωμένα λιπαρά (τύπου light) καθώς αυτά είναι μη θερμιδογόνα.

Επίσης, ο ασθενής πρέπει να μάθει να επιλέγει τροφές σε γεύματα σε εστιατόρια και κοινωνικές εκδηλώσεις. Σε απειλητικές για τη ζωή περιπτώσεις, συστήνεται η χρήση εντερικής ή και παρεντερικής διατροφής. Ο ασθενής έχει ανάγκη για συνεχή καθοδήγηση περίπου 2-3 χρόνων μετά την επίτευξη βάρους-στόχου ώστε να βοηθηθεί στην προσαρμογή για διατήρηση του βάρους με παράλληλη διατήρηση ισορροπημένης-μη περιοριστικής διατροφής. Συμβουλές

από τους ειδικούς θα πρέπει να δίνονται και στους γονείς-συγγενείς για υποστήριξη των ασθενών (Κάζης, 2008).

### 7.3 ΤΑ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

Ο ανθρώπινος οργανισμός για να διατηρηθεί στη ζωή, να αναπτυχθεί, να αντικαταστήσει τους φθαρμένους ιστούς, να εξασφαλίσει την κανονική λειτουργία των πολύπλοκων συστημάτων του και να παράγει έργο, έχει ανάγκη από θρεπτικά συστατικά.

Υπάρχουν περισσότερα από 50 θρεπτικά συστατικά στη φύση που όμως για μεγαλύτερη ευκολία τα έχουμε κατατάξει σε 5 βασικές κατηγορίες: Πρωτεΐνες (20% των καθημερινών αναγκών), Υδατάνθρακες (50% των καθημερινών αναγκών), Λίπη (30% των καθημερινών αναγκών), Ανόργανα συστατικά (ανόργανα άλατα, ιχνοστοιχεία), Βιταμίνες ([www.foodgrade.gr](http://www.foodgrade.gr)).

Αναλυτικά τα θρεπτικά συστατικά είναι:

**Οι πρωτεΐνες:** οι πρωτεΐνες αποτελούν το βασικό δομικό συστατικό όλων των κυττάρων του σώματός μας. Είναι συστατικό των οστών, των μυών, των οργάνων του σώματος, του δέρματος, των ματιών και των νυχιών μας. Οι πρωτεΐνες είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη των κατεστραμμένων κυττάρων και για τον σχηματισμό νέων κυρίως κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης. Το τρία με πέντε τοις εκατό της συνολικής πρωτεΐνης του σώματός μας αναπλάθεται κάθε μέρα.

**Οι ζωικές πρωτεΐνες:** είναι αυτές που παίρνουμε από τροφές όπως το κρέας, το κοτόπουλο, τα ψάρια, τα αυγά, το τυρί και το γάλα. (οι πρωτεΐνες αυτές είναι καλής ποιότητας γιατί προσφέρουν στον οργανισμό τα απαραίτητα αμινοξέα στις σωστές ποσότητες και αναλογίες).

**Οι φυτικές πρωτεΐνες:** είναι αυτές που παίρνουμε από τροφές όπως, τα φασόλια, οι φακές, ο αρακάς και οι ξηροί καρποί. Οι φυτικές πρωτεΐνες είναι σε γενικές γραμμές χαμηλότερης ποσότητας από ότι οι ζωικές, όμως γενικά μπορούμε να πούμε ότι είναι σωστό να υπάρχουν στο διαιτολόγιό μας τόσο ζωικές όσο και φυτικές πρωτεΐνες ([www.foodgrade.gr](http://www.foodgrade.gr)).

**Οι υδατάνθρακες (σάκχαρα):** οι υδατάνθρακες είναι βασική πηγή ενέργειας για τον άνθρωπο και δίνουν 4 θερμίδες για κάθε γραμμάριο. Είναι επίσης απαραίτητοι για την καλή λειτουργία του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος. Τα πιο γνωστά σάκχαρα είναι η γλυκόζη και φρουκτόζη που βρίσκονται στα φρούτα, στο μέλι και η λακτόζη, δηλαδή το σάκχαρο που βρίσκεται στο γάλα. Όλα τα παραπάνω ανήκουν στους γλυκούς υδατάνθρακες. Από τους πολυσακχαρίτες μας ενδιαφέρει κυρίως το άμυλο. Το άμυλο βρίσκεται στους δημητριακούς καρπούς, στις ρίζες των φυτών και στα όσπρια. Τροφές πλούσιες σε άμυλο: πατάτες, καρότα, φασόλια, μακαρόνια και ψωμί. Παρόλο που η ζάχαρη και το άμυλο, όταν απορροφώνται, προσφέρουν στον οργανισμό ίση ενέργεια, σήμερα πιστεύουμε ότι η πρόσληψη αμύλου είναι προτιμότερη από την πρόσληψη ζάχαρης ([www.foodgrade.gr](http://www.foodgrade.gr)).

**Τα λίπη:** τα λίπη προσφέρουν στον οργανισμό μας υπερδιπλάσιες θερμίδες από ότι οι υδατάνθρακες. Προσφέρουν δηλαδή 9 θερμίδες περίπου σε κάθε γραμμάριο. Αποθηκεύονται στους διάφορους ιστούς και αποτελούν πηγή ενέργειας που χρησιμοποιείται και σε φυσιολογικές καταστάσεις, αλλά περισσότερο σε περιπτώσεις ανάγκης. Ο λιπώδης ιστός, όπου αποθηκεύονται τα λίπη, βοηθά στη στήριξη και την προφύλαξη των διαφόρων οργάνων του σώματός μας. Εξάλλου, το λίπος του σώματος βοηθά στη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος. ([www.foodgrade.gr](http://www.foodgrade.gr)).

**Τα ανόργανα συστατικά (ανόργανα άλατα, ιχνοστοιχεία):** τα ανόργανα άλατα αποτελούν μόνο το 4% των ιστών του ανθρώπινου σώματος, είναι απαραίτητα γιατί ρυθμίζουν πολλές εσωτερικές λειτουργίες του οργανισμού (πηκτικότητα αίματος, ρύθμιση των καύσεων, συμμετοχή στην δημιουργία κατάλληλης οσμωτικής πίεσης στα κύτταρα και τους ιστούς). Επίσης, είναι απαραίτητα για τη διατήρηση της σύστασης των υγρών του σώματος και αποτελούν τμήμα των ενζύμων και πρωτεϊνών του σώματος. Αποτελούν βασικά συστατικά των οστών και δοντιών ([www.foodgrade.gr](http://www.foodgrade.gr)).

**Ο σίδηρος (Fe):** βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό σε συνολική ποσότητα 4-5 γρ. Το κυριότερο συστατικό των ερυθρών αιμοσφαιρίων του αίματος μας είναι η αιμοσφαιρίνη, που είναι απαραίτητη για τη μεταφορά του οξυγόνου σε όλα τα κύτταρα. Ο σίδηρος είναι το κυριότερο συστατικό της αιμοσφαιρίνης. Χωρίς το σίδηρο δεν είναι δυνατόν να γίνει φυσιολογικά η μεταφορά του οξυγόνου στα κύτταρα. Σε κατάσταση καλής υγείας έχουμε αποθέματα σιδήρου στον οργανισμό μας σε όργανα όπως το συκώτι, ο σπλήνας κτλ. Όταν τα αποθέματα αυτά εξαντλούνται, τότε εμφανίζονται διαταραχές. Οι ημερήσιες ανάγκες του ανθρώπου σε σίδηρο είναι αυξημένες στα παιδιά, επειδή αυτά αναπτύσσονται, σ' όλη τη γόνιμη ηλικία των γυναικών, στην εγκυμοσύνη και στο θηλασμό. Τρόφιμα πλούσια σε σίδηρο είναι το κρέας, το συκώτι, οι φακές, τα φασόλια, τα πράσινα λαχανικά, το μαύρο ψωμί κ.ά. ([www.foodgrade.gr](http://www.foodgrade.gr)).

**Το ασβέστιο (Ca):** το ασβέστιο είναι το πιο άφθονο ανόργανο συστατικό στον οργανισμό μας. Βρίσκεται σε μικρές ποσότητες στα περισσότερα κύτταρα, αλλά το 90% του ασβεστίου του οργανισμού μας βρίσκεται στα οστά και στα δόντια. Το ασβέστιο είναι ακόμη απαραίτητο: για την καλή λειτουργία του νευρικού και του μυϊκού μας συστήματος, τη φυσιολογική πήξη του αίματος,



την καλή ορμονική λειτουργία του οργανισμού μας και την καλή λειτουργία της πέψης ([www.foodgrade.gr](http://www.foodgrade.gr)).

**Ο φώσφορος (P):** ο φώσφορος είναι το δεύτερο μετά το ασβέστιο πιο άφθονο ανόργανο συστατικό στον οργανισμό μας. Όπως και το ασβέστιο, είναι βασικό δομικό στοιχείο των οστών, αλλά βρίσκεται επίσης σε μικρές ποσότητες και στα περισσότερα κύτταρα. Το 80% του φωσφόρου στον οργανισμό μας βρίσκεται ενωμένο με το ασβέστιο στα οστά ([www.foodgrade.gr](http://www.foodgrade.gr)).

**Το μαγνήσιο (Mg):** η μεγαλύτερη ποσότητα του μαγνησίου στον οργανισμό μας βρίσκεται στα οστά μαζί με το ασβέστιο και το φώσφορο. Το μαγνήσιο από την άλλη πλευρά, ενεργοποιεί επίσης διάφορα ένζυμα στον οργανισμό μας που είναι απαραίτητα για την παραγωγή ενέργειας. Περιεκτικότητα σε μαγνήσιο στα 100γρ. καταναλώσιμης τροφής ([www.foodgrade.gr](http://www.foodgrade.gr)).

**Το νάτριο-Χλώριο (Na-Cl):** το νάτριο είναι απαραίτητο στον άνθρωπο για την καλή λειτουργία του νευρικού και του μυϊκού συστήματος. Οι ανάγκες του οργανισμού σε χλωριούχο νάτριο (αλάτι) για έναν ενήλικο είναι 4 γραμμάρια περίπου την ημέρα. Την ποσότητα αυτή μπορούμε να την πάρουμε από τα τρόφιμα, χωρίς να χρειάζεται να προσθέσουμε επιπλέον αλάτι στα φαγητά μας όπως συνηθίζουμε να κάνουμε ([www.foodgrade.gr](http://www.foodgrade.gr)).

**Το κάλιο (K):** το κάλιο είναι επίσης απαραίτητο στον άνθρωπο. Το κάλιο βρίσκεται στα ενδοκυτταρικά υγρά (δηλαδή στο χώρο που βρίσκεται μέσα στα κύτταρα). Όπως και για το νάτριο, έλλειψη καλίου μπορεί να εμφανιστεί στον άνθρωπο μόνο όταν έχουμε απώλεια υγρών. Αυτό συμβαίνει σε περιπτώσεις που έχουμε εμετούς και διάρροιες ή μετά από λήψη διουρητικών φαρμάκων. Τροφές πλούσιες σε κάλιο είναι ο καφές, τα όσπρια, τα φρούτα, οι πατάτες, το γάλα κ.ά. ([www.foodgrade.gr](http://www.foodgrade.gr)).

**Τα ιχνοστοιχεία:** εκτός από τα ανόργανα συστατικά που ήδη αναφέραμε, υπάρχει και μία ακόμη ομάδα θρεπτικών συστατικών που ονομάζονται ιχνοστοιχεία και που χρειάζονται στον οργανισμό σε πολύ μικρές ποσότητες (ίχνη). Από τα κυριότερα ιχνοστοιχεία είναι το φθόριο και το ιώδιο ([www.foodgrade.gr](http://www.foodgrade.gr)).

**Το φθόριο:** το φθόριο είναι απαραίτητο στον άνθρωπο για την καλή υγεία των οστών και των δοντιών. Έχει διαπιστωθεί ότι προλαβαίνει τη φθορά των δοντιών. Η καλύτερη πηγή φθορίου είναι το πόσιμο νερό, που όμως η περιεκτικότητά του σε φθόριο ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή. Άλλες καλές πηγές φθορίου στη διαίτά μας είναι το τσάι και τα θαλασσινά ([www.foodgrade.gr](http://www.foodgrade.gr)).

**Το ιώδιο:** το ιώδιο είναι συστατικό της θυροξίνης, της ορμόνης που παράγεται στο θυρεοειδή αδένα. Η θυροξίνη είναι απαραίτητη ορμόνη και συντελεί στη σωματική και πνευματική ανάπτυξη του ανθρώπου. Όταν υπάρχει έλλειψη ιωδίου, παρουσιάζονται παθολογικές καταστάσεις, όπως η βρογχοκήλη. Τροφές πλούσιες σε ιώδιο είναι όλες οι θαλασσινές τροφές, όπως ψάρια, μύδια, καβούρια, πεταλίδες, αχινοί κ.ά. Άλλα ιχνοστοιχεία απαραίτητα για τον άνθρωπο είναι το κοβάλτιο, το μολυβένιο, το αργίλιο, ο ψευδάργυρος, το μαγνήσιο, ο χαλκός και το θείο. Οι ανάγκες μας σ' αυτά τα ιχνοστοιχεία είναι μικρές και έτσι είναι πολύ δύσκολο να λείψουν από τη διατροφή μας ([www.foodgrade.gr](http://www.foodgrade.gr)).

**Οι βιταμίνες:** οι βιταμίνες είναι ρυθμιστές της καλής λειτουργίας του οργανισμού μας. Είναι και αυτές απαραίτητες όπως και τα ανόργανα άλατα σε πολύ μικρές ποσότητες. Χωρίς αυτές ο οργανισμός μας δε θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει κανένα από τα άλλα θρεπτικά συστατικά των τροφίμων ([www.foodgrade.gr](http://www.foodgrade.gr)).

**Η βιταμίνη E (τοκοφερόλη):** η βιταμίνη E βρίσκεται σε όλες τις κυτταρικές μεμβράνες του σώματός μας. Είναι και αυτή απαραίτητη, γιατί βοηθά να διατηρηθεί σταθερή η σύσταση των μεμβρανών αυτών. Η έλλειψη της βιταμίνης E προκαλεί αναιμία. Αυτή η βιταμίνη βρίσκεται σε μια ποικιλία τροφίμων. Οι πλουσιότερες πηγές της όμως είναι τα φυτικά έλαια, η μαργαρίνη, τα αυγά και τα δημητριακά ([www.foodgrade.gr](http://www.foodgrade.gr)).

**Η βιταμίνη C (ασκορβικό οξύ):** ο άνθρωπος, σε αντίθεση με πολλά ζώα, δεν μπορεί να συνθέσει την βιταμίνη C και έτσι πρέπει να την παίρνει αυτούσια από την τροφή του. Η βιταμίνη C είναι απαραίτητη στον άνθρωπο γιατί: συμβάλλει στην καλή κατάσταση των αιμοφόρων αγγείων, προστατεύει τον οργανισμό από τις λοιμώξεις και είναι απαραίτητη για την απορρόφηση του σιδήρου, του ασβεστίου και του φωσφόρου.

Έλλειψη της βιταμίνης C οδηγεί σε αιμορραγίες, γιατί προκαλείται βλάβη στα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων ([www.foodgrade.gr](http://www.foodgrade.gr)).

**Το φυλλικό οξύ:** είναι απαραίτητο για το μεταβολισμό άλλων θρεπτικών συστατικών. Χρησιμεύει στο σχηματισμό των ερυθροκυττάρων. Η έλλειψή του προκαλεί τη μακροκυτταρική αναιμία. Το φυλλικό οξύ είναι πολύ διαδεδομένο κυρίως στις φυτικές αλλά και στις ζωικές τροφές. Τρόφιμα πλούσια σε φυλλικό οξύ είναι τα λαχανικά (κυρίως τα πράσινα λαχανικά), τα εντόσθια (κυρίως το συκώτι), τα όσπρια κ.α. ([www.foodgrade.gr](http://www.foodgrade.gr)).

**Η βιοτίνη:** είναι απαραίτητη για το μεταβολισμό των λιπών. Πολύ μικρές ποσότητες χρειάζονται στην καθημερινή μας διατροφή, γιατί η βιοτίνη παράγεται στο έντερο από τα βακτηρίδια που αποτελούν τμήμα της χλωρίδας του εντέρου. Η έλλειψη της βιοτίνης μπορεί να εμφανιστεί μόνο σε άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες από ωμά ασπράδια αυγών. Τα συμπτώματα της έλλειψης της βιταμίνης αυτής είναι η ανορεξία, οι εμετοί, οι δερματικές και

οι νευρικές διαταραχές. Η βιοτίνη βρίσκεται στα αυγά, στο συκώτι, στο γάλα, στα προϊόντα του γάλακτος, στα λαχανικά κ.α. ([www.foodgrade.gr](http://www.foodgrade.gr)).

#### **7.4 Η ΔΙΑΙΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

Οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία έχουν επίμονη ενασχόληση με το φαγητό. Μαζεύουν, διαβάζουν βιβλία και άρθρα σε περιοδικά που αφορούν το φαγητό, τη δίαιτα και το σωματικό τους βάρος. Συχνά αναλαμβάνουν το μαγείρεμα της οικογένειας. Ξέρουν περισσότερα για τη διατροφή από το ευρύτερο κοινό. Αρκετοί ερευνητές έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που έχουν ψυχογενή ανορεξία αποφεύγουν τους υδατάνθρακες στη διατροφή τους και ότι η χαμηλή πρόσληψη υδατανθράκων είναι το χαρακτηριστικό που διακρίνει το διαιτολόγιο που έχουν διαλέξει για να χάσουν βάρος. Μια έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στο Σίντνεϋ αμφισβητεί το κατά πόσον η «έλλειψη υδατανθράκων» είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα της ψυχογενούς ανορεξίας.

Από την έρευνα αυτή προέκυψαν συμπεράσματα για την καθημερινή πρόσληψη τροφών και το διαιτολόγιο που έτρωγαν οι γυναίκες στο αποκορύφωμα της αρρώστιας τους συγκρίθηκε με εκείνων των «φυσιολογικών» γυναικών της ίδιας ηλικίας. Το διαιτολόγιο μιας ασθενούς με ψυχογενή ανορεξία περιείχε το ένα έκτο της ενέργειας, το ένα έκτο των υδατανθράκων, το ένα τρίτο των πρωτεϊνών και το ένα ένατο του λίπους του διαιτολογίου μιας φυσιολογικής γυναίκας. Όταν υπολογίσθηκε η αναλογία ενέργειας από τους υδατάνθρακες, τις πρωτεΐνες και τα λίπη, η ποσότητα υδατανθράκων ήταν παρόμοια και στις δυο ομάδες.

Αυτό δείχνει ότι οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία μείωναν όλα τα στοιχεία του διαιτολογίου τους για απώλεια βάρους και δεν στερούνταν κατά προτίμηση

τους υδατάνθρακες. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι έχουν καλύτερη γνώση από το μέσο όρο σχετικά με τη διατροφή, αλλά αυτές οι γυναίκες, αν και πήραν μεγαλύτερους βαθμούς σ' ένα τεστ διαιτολογικών γνώσεων σαν ομάδα, εμφάνισαν μεγάλες ατομικές διαφορές (Suzanne & Derek, 1990).

## Μέρος Β

### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

#### 2.1 ΕΙΔΟΣ ΈΡΕΥΝΑΣ-ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

Το είδος της έρευνας που χρησιμοποιείτε στη συγκεκριμένη ερευνητική διαδικασία είναι η ποσοτική. Η ποσοτική έρευνα επηρεάζεται άμεσα από τη θεωρία του θετικισμού, όπου ο ερευνητής προσπαθεί να καταγράψει και να αναλύσει την πραγματικότητα αντικειμενικά, βασίζεται η θεωρία σε ποσοτικά δεδομένα με τη χρήση αυστηρών διαδικασιών. Γενικότερα, την ποσοτική έρευνα θα την χρησιμοποιούσαμε (Σαχίνη- Καρδάση, 2004):

- § Για να αναλύσει αριθμητικές πληροφορίες μέσω στατιστικών διαδικασιών.
- § Δίνει έμφαση στην αντικειμενικότητα κυρίως στη συλλογή και την ανάλυση πληροφοριών.
- § Επιπλέον χρησιμοποιεί δομημένες διαδικασίες και εργαλεία συλλογής πληροφοριών.
- § Επίσης όταν το δείγμα της έρευνας μας είναι αρκετά μεγάλο.

**Βασικός σκοπός της έρευνάς μου είναι να εξετάσω τα ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια της ψυχογενούς ανορεξίας με ειδικότερη αναφορά σε νέους/νέες ηλικίας 16-39 ετών, καθώς σπάνια εμφανίζεται η διαταραχή μετά τα 40.**

**Ειδικότεροι στόχοι της έρευνας είναι:**

- § Να καταγραφεί τι ποσοστό των γυναικών και των αντρών ανησυχεί με την σκέψη ότι έχουν λίπος στο σώμα τους.
- § Να διερευνηθεί τι ποσοστό του δείγματος σε σχέση με το φύλο μπορεί να χρησιμοποιεί καθαρκτικά, χάπια διαίτης ή διουρητικά προκειμένου να ελέγχει το βάρος του.
- § Να διερευνηθεί τι ποσοστό του δείγματος σε σχέση με το φύλο, επιθυμεί να είναι αδύνατο.
- § Να διερευνηθεί εάν οι γυναίκες έχουν τη μεγαλύτερη επιθυμία σε σύγκριση με τους άντρες να έχουν άδειο στομάχι.

## **2.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ/ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ**

Από την κριτική αξιολόγηση θεωριών και την ανασκόπηση διεθνούς βιβλιογραφίας γύρω από τα ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια της ψυχογενούς ανορεξίας πρόεκυψαν οι κύριες υποθέσεις/ερευνητικά ερωτήματα που θα επιχειρηθεί να ερευνηθούν με τη συγκέντρωση του απαραίτητου ερευνητικού υλικού.

### **Οι ερευνητικές υποθέσεις/ερωτήματα είναι:**

- § Συγκριτικά με τους άντρες οι γυναίκες ανησυχούν περισσότερο στη σκέψη ότι έχουν λίπος στο σώμα τους.
- § Το ποσοστό των γυναικών που κάνει χρήση καθαρκτικών, χαπιών διαίτης ή διουρητικών πιθανόν να είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό των αντρών.
- § Το ποσοστό των γυναικών που επιθυμούν να είναι αδύνατες πιθανόν να είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό των αντρών.
- § Το ποσοστό των αντρών που επιθυμούν να έχουν άδειο στομάχι, πιθανόν να είναι μικρότερο από το ποσοστό των γυναικών.



## **2.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ-ΔΕΙΓΜΑ**

Ο πληθυσμός της έρευνας είναι οι γυναίκες και οι άντρες του νομού Αττικής. Συγκεκριμένα το δείγμα μου αποτελείται από 300 άτομα. Προκειμένου να καθοριστεί το δείγμα της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της τυχαίας δειγματοληψίας.

Με τη τυχαία ή βολική δειγματοληψία όπως λέγεται κάποιες φορές επιλέγονται τα πλησιέστερα άτομα για να χρησιμεύουν ως απαντώντες και αυτή η διαδικασία συνεχίζεται μέχρι να αποκτηθεί το απαιτούμενο μέγεθος του δείγματος. Ως απαντώντες σε επισκοπήσεις που βασίζονται στη τυχαία ή βολική δειγματοληψία χρησιμεύουν μαθητές, φοιτητές και άτομα σε τυχαία σημεία του δρόμου (Cohen & Manion, 1994). Η μέθοδος της συγκεκριμένης μελέτης στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας, με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων με βάση κάποια δημογραφική μεταβλητή (Dennis).

## **2.4 ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΈΡΕΥΝΑΣ**

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε το ερευνητικό εργαλείο είναι το ερωτηματολόγιο. Με τη χρήση του ερωτηματολογίου υπάρχει η δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου μέρους του πληθυσμού και συλλογή στοιχείων σε μικρό χρονικό διάστημα. Επίσης μπορεί να γίνει ποσοτικοποίηση και να υπάρξει μία στατιστική ανάλυση των πληροφοριών απ' την συλλογή όπου το κύριο εργαλείο της ποσοτικής έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. (Κυριαζή, 2005).

Σύμφωνα με την Σαχίνη- Καρδάση (2004, σελ 130), το ερωτηματολόγιο έχει τα εξής πλεονεκτήματα:

- § «Παρέχουν τη δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας, η οποία είναι καθοριστική στη λήψη πληροφοριών.
- § Στις απαντήσεις τους δεν υπάρχουν προκαταλήψεις που να αντανakλούν την αντίδραση του υποκειμένου στον ερευνητή, αφού τις απαντήσεις τις συμπληρώνει μόνο του το υποκείμενο.»

## **2.5 ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΈΡΕΥΝΑΣ**

Η συλλογή στοιχείων πραγματοποιήθηκε την περίοδο 20/01/2011 έως 20/02/2011. Τα σημεία όπου και συλλεχθήκαν τα στοιχεία ήταν τα πανεπιστήμιο Αθηνών, ΑΤΕΙ Αθηνών, φροντιστήρια μέσης εκπαίδευσης, και σε τυχαία σημεία του δρόμου.

## **2.6 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου, το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από ερευνητική ομάδα με βάση διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν μετά την επισήμανση σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι, παρά τις δοθείσες εγγυήσεις, ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 3% των ερωτηθέντων με τους οποίους ήρθε σε επαφή ο ερευνητής, αρνήθηκε να συμμετάσχει. Οι λόγοι οι οποίοι συνήθως προβάλλονταν ήταν η αμφιβολία σχετικά με το απόρρητο ή η έλλειψη χρόνου. Εν κατακλείδι, κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, δόθηκαν οι απαραίτητες οδηγίες και διασαφηνίσεις για τυχόν απορίες που εξέφρασαν οι συμμετέχοντες. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 10

λεπτά της ώρας, χωρίς ωστόσο να υπάρχουν χρονικά όρια για την όλη διαδικασία.

## **2.7 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΔΕΛΟΜΕΝΩΝ**

- § Οι συμμετέχοντες στην έρευνα συμμετείχαν ηθελημένα
- § Θα έπρεπε να απαντήσουν σε όλες τις ερωτήσεις.
- § Το δείγμα θα πρέπει να είναι ηλικίας 16-39 ετών, καθώς η διαταραχή της νευρικής ανορεξίας σπάνια εμφανίζεται μετά τα 40.

## **2.8 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ**

Τα θέματα δεοντολογίας στην έρευνα είναι τα ίδια στις ποιοτικές και ποσοτικές μεθόδους και γενικά αποσκοπούν στη διατήρηση της αξιοπρέπειας και της ψυχολογικής ευημερίας των συμμετεχόντων σε όλη τη διαδικασία της έρευνας. Στη συγκεκριμένη έρευνα ακολουθήθηκαν οι κανόνες δεοντολογίας που απορρέουν κυρίως από τον κώδικα δεοντολογίας που θεσπίστηκε αρχικά από την Αμερικάνικη Ψυχολογική Εταιρεία (APA). Ο κώδικας αυτός περιλαμβάνει ένα ιδιαίτερα μεγάλο αριθμό ζητημάτων που αφορούν τη διεξαγωγή της ψυχολογικής έρευνας, αξιολόγησης και καλύπτουν σε σημαντικό βαθμό όλες τις πτυχές των ερευνών σαν τη συγκεκριμένη μελέτη για τα ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια της ψυχογενούς ανορεξίας (Κουλάκογλου, 1998).

**Συγκεκριμένα δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στα εξής σημεία:**

- § Δεν πρέπει να υπάρχει κάποιο ψεύδος

§ Το δικαίωμα απόσυρσης

§ Εχεμύθεια και φύλαξη ερευνητικών δεδομένων

**Επίσης ακολουθήθηκαν οι αρχές δεοντολογίας των κοινωνικών λειτουργών με ιδιαίτερη προσοχή και επικέντρωση στα εξής σημεία:**

§ Ο/η κοινωνικός/ή λειτουργός υποχρεούται να συμπεριφέρεται με τρόπο που αρμόζει στην ιδιότητα και την εργασία του

§ Ο/η κοινωνικός/ή λειτουργός δεν ενεργεί ανειλικρινώς μετερχόμενος απάτη, πλάνη ή παραπληροφόρηση.

§ Ο/η κοινωνικός/ή λειτουργός υποχρεούται να ενεργεί σύμφωνα με τα υψηλότερα κριτήρια επαγγελματικής ακεραιότητας και αμεροληψίας

§ Όταν απασχολείται στην έρευνα υποχρεούται να εξετάζει προσεκτικά τις πιθανές συνέπειές της για την ανθρώπινη φύση.

§ Οφείλει να επιβεβαιώνει την εθελοντική συμμετοχή των συμμετεχόντων στην έρευνα και να διασφαλίζει την ενημέρωσή τους για την έρευνα που πραγματοποιεί χωρίς να επιβάλλει στερήσεις ή κυρώσεις στους αρνούμενους να συμμετάσχουν σ' αυτήν αποδίνοντας τη πρέπουσα προσοχή στο σεβασμό της ιδιωτικής ζωής και αξιοπρέπειας των συμμετεχόντων.

§ Οι πληροφορίες που παρέχουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι εμπιστευτικές και δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για άλλους σκοπούς πλην των σκοπών της έρευνας

§ Συνεισφέρει στη βασική γνώση της κοινωνικής εργασίας και ανταλλάσσει με τους συναδέλφους του τις ερμηνευτικές του γνώσεις και την εμπειρία που αποκτά με την εργασία και την έρευνά του.

Όλα τα παραπάνω στοιχεία ήταν μια ασπίδα προστασίας για όλους τους εμπλεκόμενους στην ερευνητική διαδικασία που επέτρεψε να μην ανακύψουν αντικρουόμενα και αμφίσημα ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας κατά τη διάρκεια της έρευνας (Κουλάκογλου, 1998).

## **2.9 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η στάση του δείγματος ήταν πολύ θετική, γεγονός που βοήθησε την έρευνα να ολοκληρωθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Θα πρέπει εδώ να αναφερθεί ότι κάποιοι δεν ήταν πρόθυμοι να συνεργαστούν. Η έρευνα βέβαια θα μπορούσε να επεκταθεί σε μεγαλύτερο δείγμα και σε άλλες περιοχές της Ελλάδας αλλά δεν υπήρχε η οικονομική και χρονική δυνατότητα για συνεργάτες οι οποίοι θα βοηθούσαν στην εξέταση μεγαλύτερου δείγματος. Επομένως αν και η ευρύτερη εξέταση δείγματος θα αποτελούσε απαραίτητη προϋπόθεση για την διεξαγωγή ακόμη ασφαλέστερων συμπερασμάτων δυστυχώς δεν ήταν δυνατόν να επιτευχθεί κάτι τέτοιο. Παρόλα αυτά έγινε προσπάθεια όσο αυτό ήταν εφικτό να εκπροσωπηθούν μέσω του δείγματος όλες οι παράμετροι και ανεξάρτητοι παράγοντες που είχαν τεθεί κατά το σχεδιασμό της έρευνας ώστε να απαντηθούν οι ερευνητικές υποθέσεις/ερωτήματα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Μετά την συλλογή των δεδομένων οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν, έγινε η εισαγωγή των στοιχείων στον ηλεκτρονικό υπολογιστή με την χρήση του στατιστικού πακέτου του SPSS 17.0 και μετά από κατάλληλη στατιστική επεξεργασία των ποιοτικών μεταβλητών, προσδιορίστηκαν για κάθε ερώτηση οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες που συνδέονται από τα σχετικά διαγράμματα για καλύτερη κατανόηση. Τέλος, αναλύθηκαν οι σχέσεις των απαντήσεων με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων (πίνακες συνάφειας, στατιστική σημαντικότητα, δείκτες συνάφειας) σε κάποιες από τις στατιστικά σημαντικές ερωτήσεις. Σύμφωνα με τον Dennis, η χρήση του SPSS στην έρευνα σήμερα, χρησιμοποιείται ευρέως από ακαδημαϊκά ιδρύματα, ερευνητικά κέντρα κ.λ.π. και οι δραστηριότητες του SPSS αφορούν τις διαδικασίες μετά από την συλλογή των δεδομένων, τα οποία αναλύονται για να βγουν ορισμένα αποτελέσματα. Για να γίνει αυτό ακολουθήθηκε κάποια διαδικασία, η οποία συμπεριλαμβάνει τα παρακάτω στάδια, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στην συγκεκριμένη έρευνα:

1. Κατοχύρωση των δεδομένων.
2. Έλεγχος των δεδομένων.
3. Διενέργεια στατιστικών ελέγχων.
4. Ανάλυση και μελέτη των αποτελεσμάτων (πίνακες συχνοτήτων και πίνακες συνάφειας).
5. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση, κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα, τα δεδομένα

εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές, που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους, ήταν το SPSS 17.00 για Windows 2007.

### **Περιγραφική κατανομή:**

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν, συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

### **Στατιστικές συγκρίσεις:**

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό των ερωτηθέντων. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το chi-square ή  $\chi^2$  (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για την συνέχεια). Η συγκεκριμένη δοκιμασία χρησιμοποιήθηκε γιατί είναι η καταλληλότερη για επεξεργασία δεδομένων από ερωτηματολόγια με ποιοτικές μεταβλητές (Dennis).

Τέλος, αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα, τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από: 1) Μέγεθος του δείγματος και την 2) Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p -

value). Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν, το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο, οδηγεί σε μία πιθανότητα  $p < 0,05$  (Dennis).



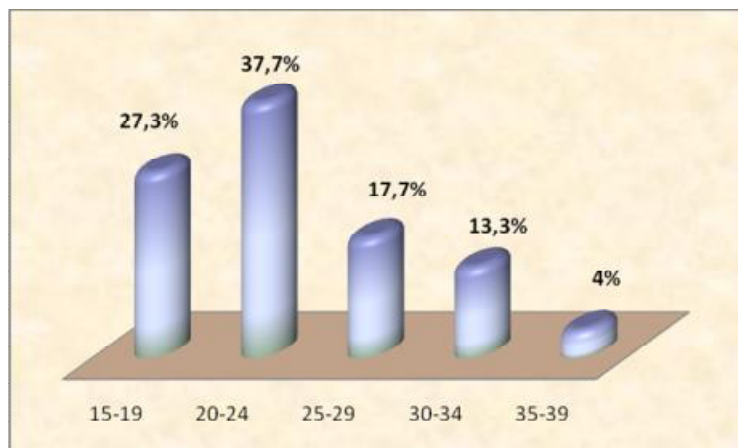
## 4 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ/ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

#### ΗΛΙΚΙΑ

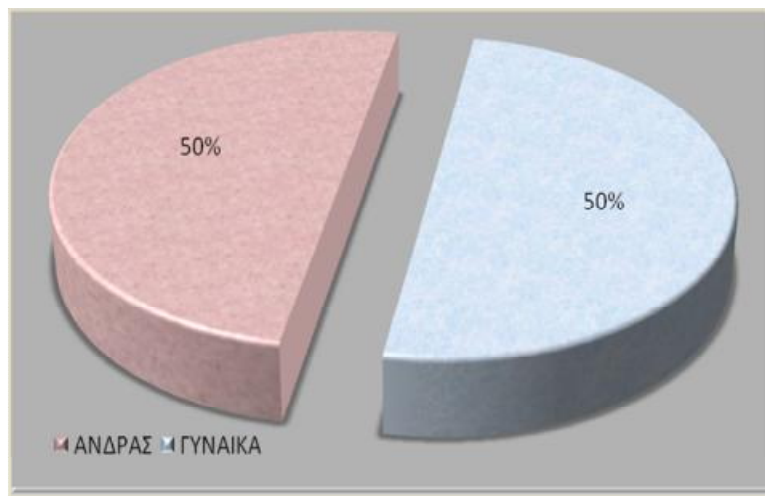


**Σχήμα 1:** Ραβδόγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την Ηλικία. Το μεγαλύτερο ποσοστό (37,7%) είναι 20-24 χρονών.

ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
15-19	82	27,3%
20-24	113	37,7%
25-29	53	17,7%
30-34	40	13,3%
35-39	12	4%
ΣΥΝΟΛΟ	300	100%

Από τα δεδομένα του δείγματος παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των ηλικιών (37,7%) είναι ανάμεσα σε 20-24 χρονών.

### ΦΥΛΟ

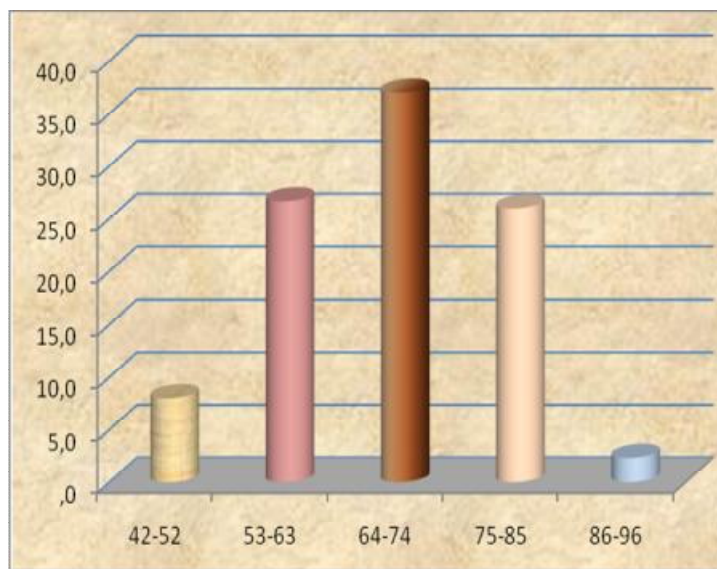


**Σχήμα 2 :** Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς το φύλλο. Το 50% του δείγματος είναι γυναίκες και το 50 % άνδρες.

ΦΥΛΛΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΓΥΝΑΙΚΑ	150	50 %
ΑΝΔΡΑΣ	150	50 %
ΣΥΝΟΛΟ	300	100 %

Από τα 300 άτομα που ερωτήθηκαν τα 150 ήταν άνδρες σε ποσοστό 50% , αντιστοίχως 150 ήταν οι γυναίκες και ποσοστό 50%

### ΒΑΡΟΣ

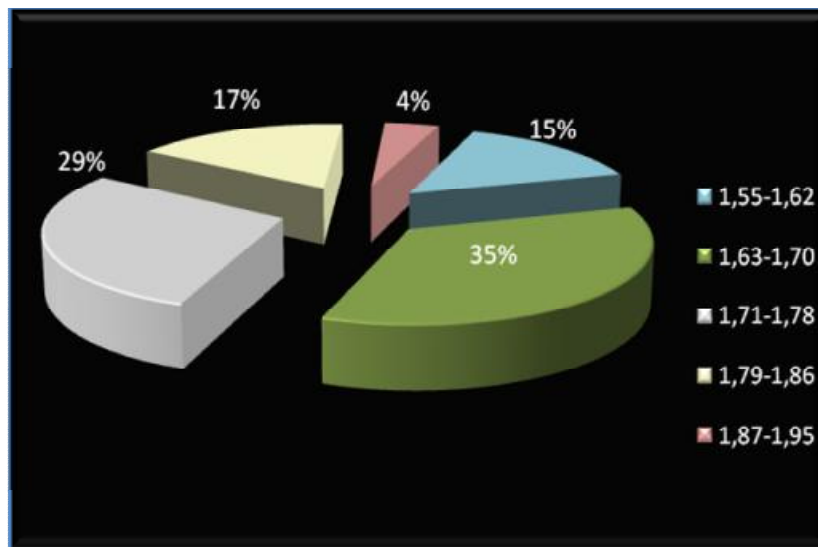


**Σχήμα 3:** Ραβδόγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς το βάρος. Το μεγαλύτερο ποσοστό (26,7%) είναι 53-63 κιλά.

ΒΑΡΟΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
42-52	24	8%
53-63	80	26,7%
64-74	111	37%
75-85	78	26%
86-96	7	2,3%
ΣΥΝΟΛΟ	300	100%

Από τον πίνακα συμπεραίνουμε ότι το 37 % είναι ανάμεσα σε 53-63 κιλά.

### ΥΨΟΣ

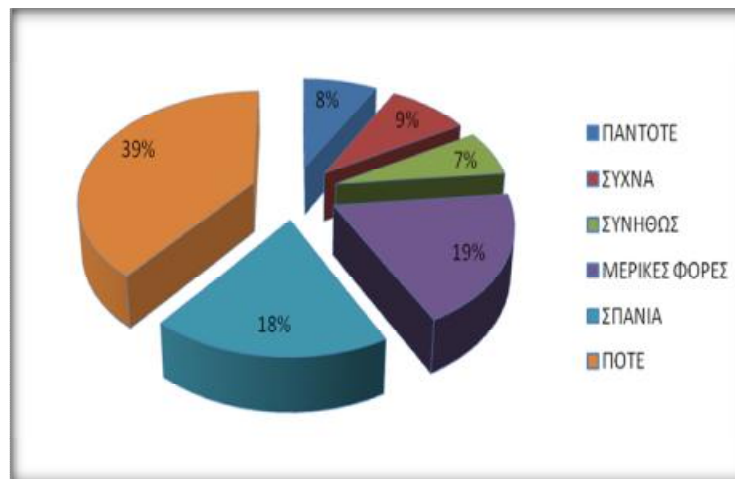


**Σχήμα 4** : Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς το ύψος. Το μεγαλύτερο ποσοστό (35%) είναι 1,63-1,70.

ΥΨΟΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
1,55-1,62	45	15%
1,63-1,70	105	35%
1,71-1,78	86	28,7%
1,79-1,86	51	17%
1,87-1,95	13	4,3%
ΣΥΝΟΛΟ	300	100%

Από τον πίνακα παρατηρούμε ότι το 28,7% είναι ανάμεσα 1,63 – 1,70 μέτρα.

Τρομοκρατούμε όταν πιστεύω ότι είμαι  
υπέρβαρο άτομο;

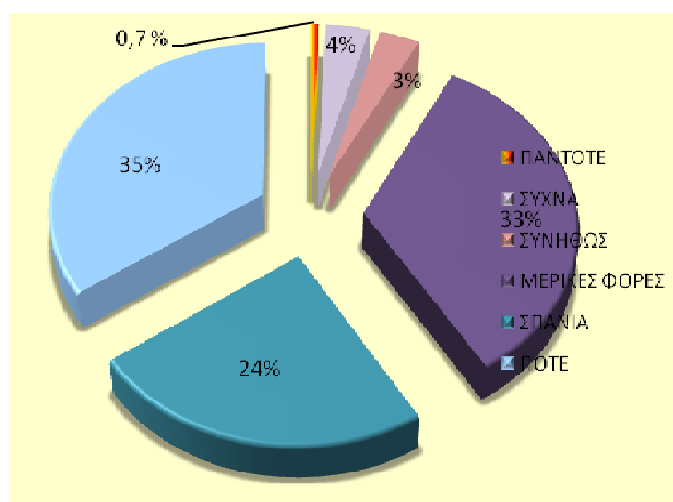


**Σχήμα 5:** Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 300 ατόμων του δείγματος ως την ερώτηση 1 «Τρομοκρατούμε όταν πιστεύω ότι είμαι υπέρβαρο άτομο;». Το μεγαλύτερο ποσοστό (39%) διάλεξε ΠΟΤΕ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 1	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΠΑΝΤΟΤΕ	24	8,0 %
ΣΥΧΝΑ	26	8,7 %
ΣΥΝΗΘΩΣ	20	6,7 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	57	19,0 %
ΣΠΑΝΙΑ	55	18,3 %
ΠΟΤΕ	118	39,3 %
ΣΥΝΟΛΟ	300	100 %

Από τον πίνακα φαίνεται ότι οι περισσότεροι που ερωτήθηκαν δεν τρομοκρατούνται όταν πιστεύουν ότι είναι υπέρβαρα άτομα σε ποσοστό 39.3%. που ερωτήθηκαν δεν τρομοκρατούνται όταν πιστεύουν ότι είναι υπέρβαρα άτομα σε ποσοστό 39.3%

Αποφεύγω να τρώω όταν πεινάω;

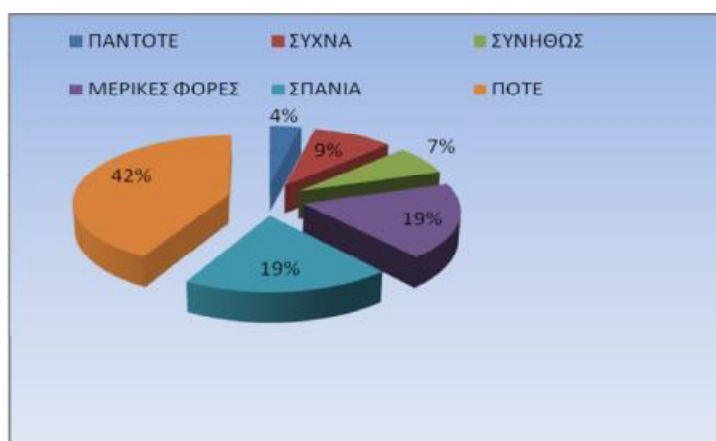


**Σχήμα 6:** Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 2 «Αποφεύγω να τρώω όταν πεινάω;» Το μεγαλύτερο ποσοστό (35%) επέλεξαν ΠΟΤΕ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 2	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΠΑΝΤΟΤΕ	2	0,7 %
ΣΥΧΝΑ	11	3,7 %
ΣΥΝΗΘΩΣ	10	3,3 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	101	33,7 %
ΣΠΑΝΙΑ	72	24,0 %
ΠΟΤΕ	104	34,7 %
ΣΥΝΟΛΟ	300	100 %

Τα δεδομένα του πίνακα μας δείχνουν ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ποτέ δεν αποφεύγουν να τρώνε όταν πεινούν σε ποσοστό 34,7 %

Ανακαλύπτω τον εαυτό μου ανήσυχο με το φαγητό;

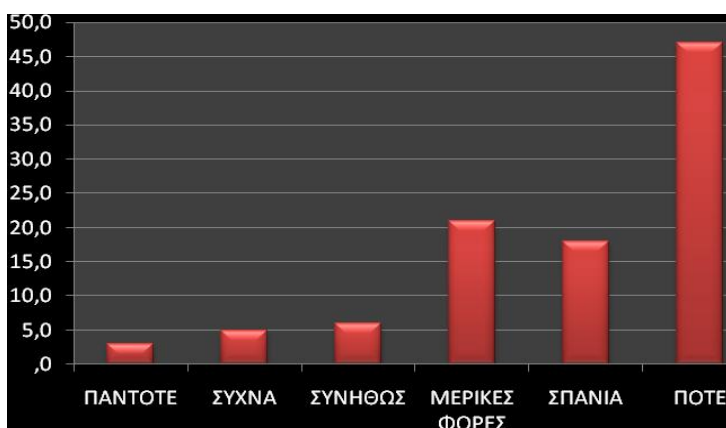


**Σχήμα 7:** Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 3 «Ανακαλύπτω τον εαυτό μου ανήσυχο με το φαγητό;» Το μεγαλύτερο ποσοστό (42%) επέλεξε ΠΟΤΕ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 3	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΠΑΝΤΟΤΕ	11	3,7%
ΣΥΧΝΑ	28	9,3%
ΣΥΝΗΘΩΣ	21	7%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	56	18,7%
ΣΠΑΝΙΑ	58	19,3%
ΠΟΤΕ	126	42%
ΣΥΝΟΛΟ	300	100%

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες ποτέ δεν ανακαλύπτουν ανήσυχο τον εαυτό τους με το φαγητό σε ποσοστό 42%

Συνεχίζεις να τρως δίχως έλεγχο ενώ γνωρίζεις ότι δεν μπορείς να σταματήσεις;



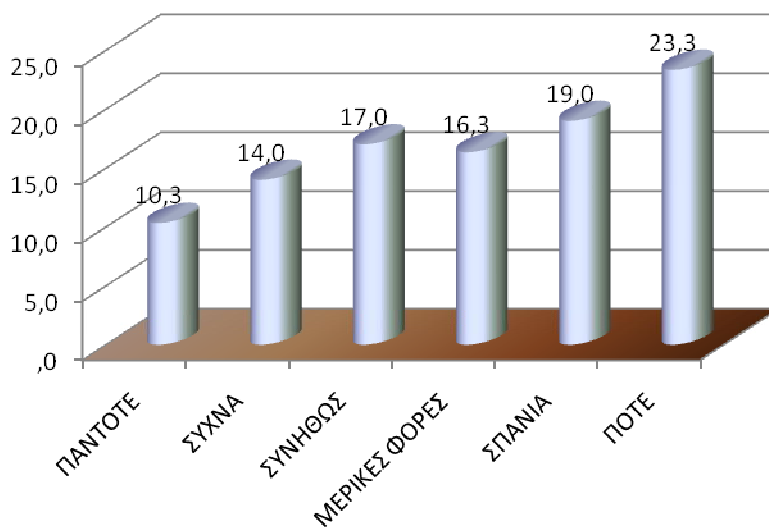
**Σχήμα 8:** Ραβδόγραμμα κατανομής του δείγματος κατανομής των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 4 «Συνεχίζεις να τρως δίχως έλεγχο ενώ γνωρίζεις ότι δεν μπορείς να σταματήσεις;» Το μεγαλύτερο ποσοστό (47%) επέλεξε ΠΟΤΕ.



ΕΡΩΤΗΣΗ 4	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΠΑΝΤΟΤΕ	9	3 %
ΣΥΧΝΑ	15	5 %
ΣΥΝΗΘΩΣ	18	6 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	63	21 %
ΣΠΑΝΙΑ	54	18 %
ΠΟΤΕ	141	47 %
ΣΥΝΟΛΟ	300	100 %

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι η πλειοψηφία ποτέ δεν συνεχίζει να τρώει χωρίς έλεγχο ενώ γνωρίζει ότι δεν μπορεί να σταματήσει σε ποσοστό 47%.

Τεμαχίζω το φαγητό μου σε μικρά κομμάτια;

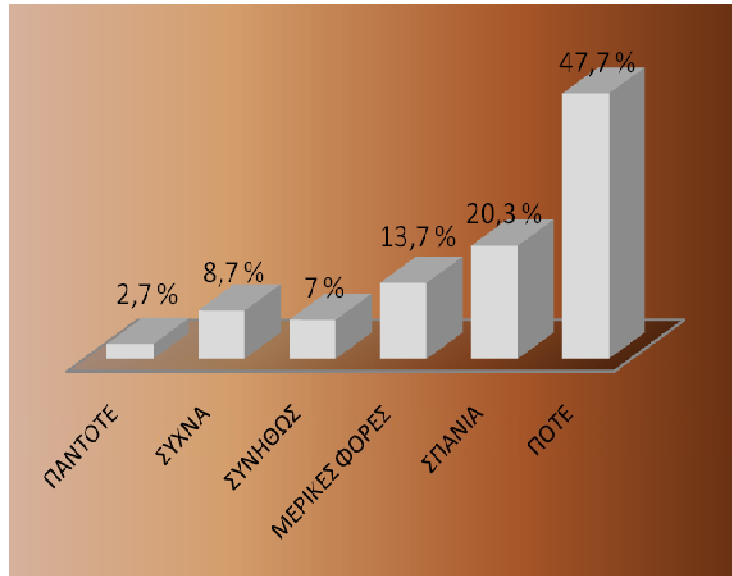


**Σχήμα 9:** Ραβδόγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 5 «Τεμαχίζω το φαγητό μου σε μικρά κομμάτια;» Το μεγαλύτερο ποσοστό (23,3%) επέλεξε ΠΟΤΕ.

<b>ΕΡΩΤΗΣΗ 5</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΑ</b>
ΠΑΝΤΟΤΕ	31	10,3 %
ΣΥΧΝΑ	42	14 %
ΣΥΝΗΘΩΣ	51	17 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	49	16,3 %
ΣΠΑΝΙΑ	57	19 %
ΠΟΤΕ	70	23,3 %
ΣΥΝΟΛΟ	300	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες σε ποσοστό 23,3% απάντησαν ότι ποτέ δεν τεμαχίζουν το φαγητό τους σε μικρά κομμάτια.

Ενημερώνομαι για τις θερμίδες που περιέχει  
το φαγητό που θα φάω;

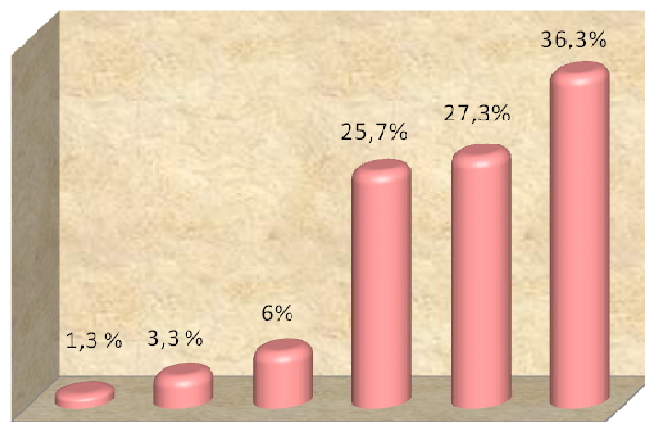


**Σχήμα 10** : Ραβδόγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 6 «Ενημερώνομαι για τις θερμίδες που περιέχει το φαγητό που θα φάω;» Το μεγαλύτερο ποσοστό (47,7%) επέλεξε ΠΟΤΕ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 6	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΠΑΝΤΟΤΕ	8	2,7 %
ΣΥΧΝΑ	26	8,7 %
ΣΥΝΗΘΩΣ	21	7 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	41	13,7 %
ΣΠΑΝΙΑ	61	20,3 %
ΠΟΤΕ	143	47,7 %
ΣΥΝΟΛΟ	300	100 %

Η πλειοψηφία των απαντήσεων σε ποσοστό 47.7% ποτέ δεν ενημερώνονται για τις θερμίδες που περιέχει το φαγητό που θα φάνε.

Συγκεκριμένα αποφεύγω τροφή που περιέχει υψηλούς υδατάνθρακες(π.χ. ψωμί, ρύζι , πατάτες κλπ)

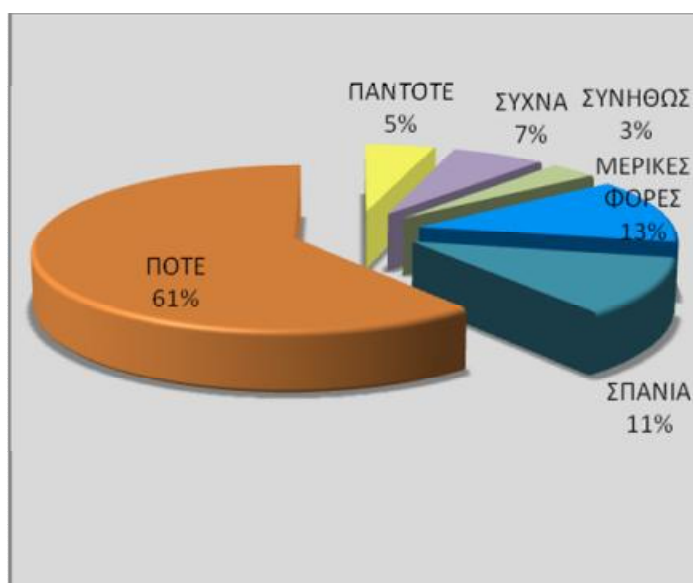


**Σχήμα 11:** Ραβδόγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 7 «Συγκεκριμένα αποφεύγω τροφή που περιέχει υψηλούς υδατάνθρακες (π.χ. ψωμί , ρύζι , πατάτες κλπ) ;. Το μεγαλύτερο ποσοστό (36,3%) επέλεξε ΠΟΤΕ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 7	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΠΑΝΤΟΤΕ	4	1,3%
ΣΥΧΝΑ	10	3,3%
ΣΥΝΗΘΩΣ	18	6%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	77	25,7%
ΣΠΑΝΙΑ	82	27,3%
ΠΟΤΕ	109	36,3%
ΣΥΝΟΛΟ	300	100%

Από τα δεδομένα του πίνακα συμπεραίνουμε ότι οι περισσότεροι σε ποσοστό 36.3% ποτέ δεν αποφεύγουν τροφή που περιέχουν υψηλούς υδατάνθρακες.

Αισθάνομαι ότι τα άλλα άτομα θα προτιμούσαν να με βλέπουν να τρώω περισσότερο φαγητό;

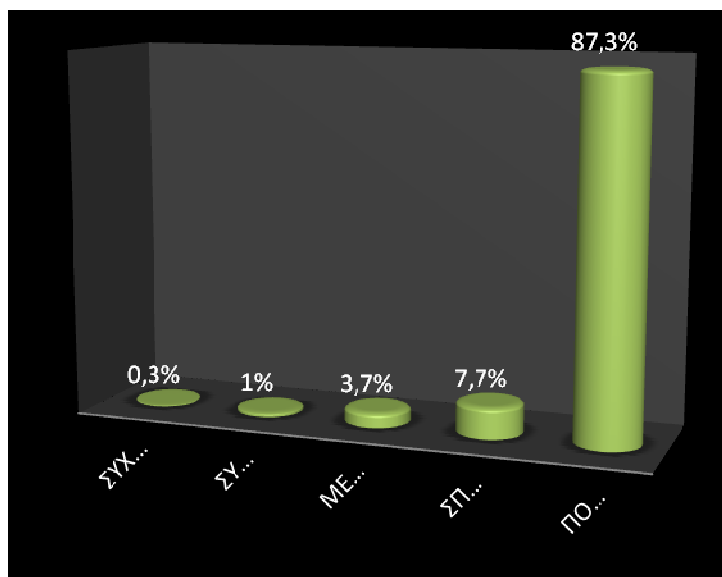


**Σχήμα 12** : Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 8 «Αισθάνομαι ότι άλλα άτομα θα προτιμούσα να με βλέπουν να τρώω περισσότερο φαγητό;» Το μεγαλύτερο ποσοστό (61%) επέλεξε ΠΟΤΕ.

<b>ΕΡΩΤΗΣΗ 8</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΑ</b>
ΠΑΝΤΟΤΕ	15	5%
ΣΥΧΝΑ	20	6,7%
ΣΥΝΗΘΩΣ	10	3,3%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	39	13%
ΣΠΑΝΙΑ	34	11,3%
ΠΟΤΕ	182	60,7%
ΣΥΝΟΛΟ	300	100%

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (61%) ποτέ δεν αισθάνονται ότι άλλα άτομα θα προτιμούσαν να τους βλέπουν να τρώνε περισσότερο φαγητό.

Έχω την τάση να κάνω εμετό μετά το γεύμα;

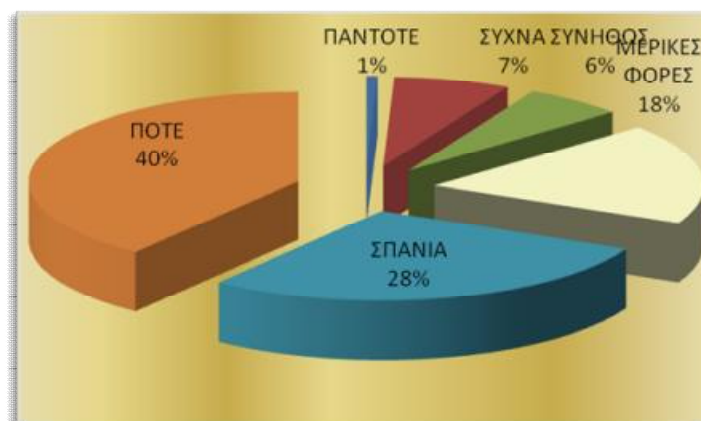


**Σχήμα 13** : Ραβδόγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 9 «Έχω την τάση να κάνω εμετό μετά το γεύμα;» Το μεγαλύτερο ποσοστό (87,3%) επέλεξε ΠΟΤΕ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 9	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΣΥΧΝΑ	1	0,3%
ΣΥΝΗΘΩΣ	3	1%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	11	3,7%
ΣΠΑΝΙΑ	23	7,7%
ΠΟΤΕ	262	87,3%
ΣΥΝΟΛΟ	300	100%

Το 87.3% του δείγματος ποτέ δεν έχουν την τάση να κάνουν εμετό μετά το γεύμα.

Αισθάνομαι υπερβολικά ένοχα με το γεύμα;



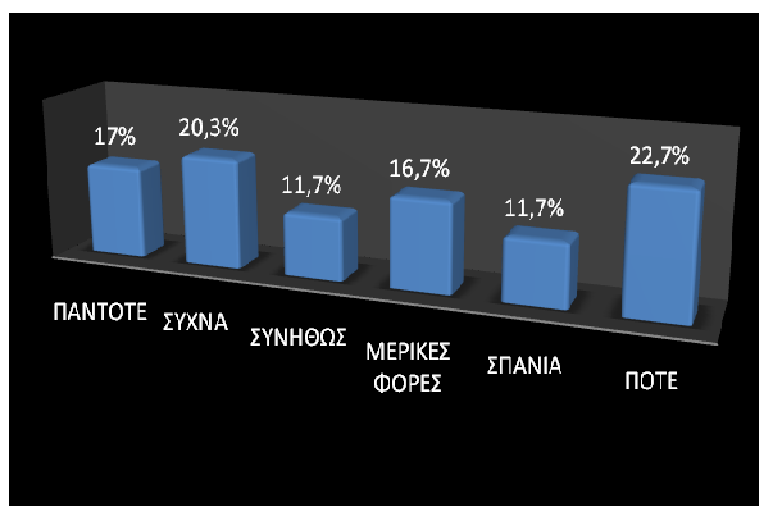
**Σχήμα 14** : Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 10 «Αισθάνομαι υπερβολικά ένοχα με το γεύμα;». Το μεγαλύτερο ποσοστό (40%) επέλεξε ΠΟΤΕ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 10	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΠΑΝΤΟΤΕ	2	0,7%
ΣΥΧΝΑ	21	7%
ΣΥΝΗΘΩΣ	18	6%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	55	18,3%
ΣΠΑΝΙΑ	85	28,3%
ΠΟΤΕ	119	39,7%
ΣΥΝΟΛΟ	300	100%



Ο πίνακας δείχνει ότι το 39.7% του δείγματος ποτέ δεν αισθάνεται υπερβολικά ένοχος μετά το γεύμα.

Κατέχομαι από την επιθυμία να είμαι αδύνατη/ος;

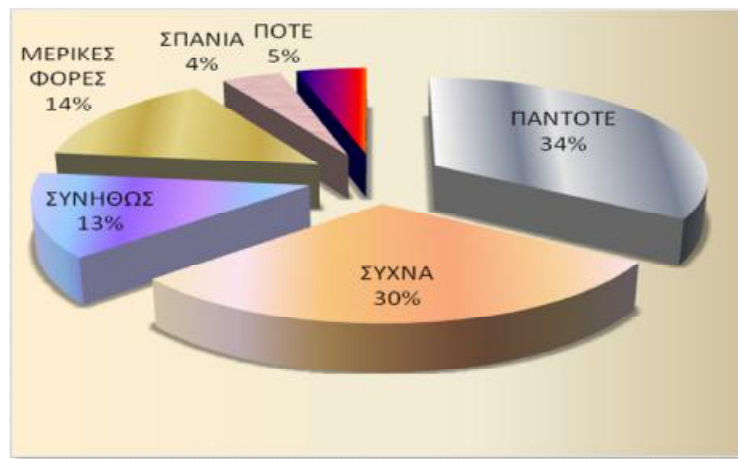


**Σχήμα 15** : Ραβδόγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 11 «Κατέχομαι από την επιθυμία να είμαι αδύνατη/ος ; ». Το μεγαλύτερο ποσοστό (27,7 %) επέλεξε ΠΟΤΕ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 11	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΠΑΝΤΟΤΕ	51	17%
ΣΥΧΝΑ	61	20,3%
ΣΥΝΗΘΩΣ	35	11,7%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	50	16,7%
ΣΠΑΝΙΑ	35	11,7%
ΠΟΤΕ	68	22,7%
ΣΥΝΟΛΟ	300	100%

Οι περισσότεροι (σε ποσοστό 27.7%) ποτέ δεν κατέχονται από την επιθυμία να είναι αδύνατοι.

Σκέφτεσαι ότι μπορείς να κάψεις θερμίδες όταν γυμνάζεσαι ;

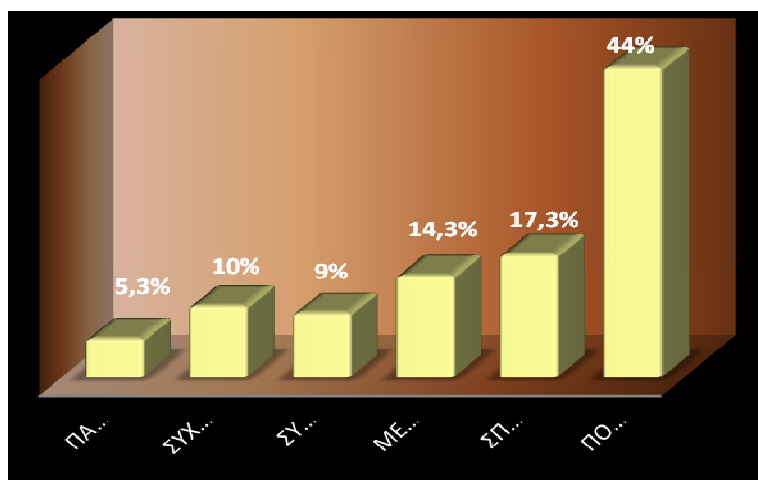


**Σχήμα 16** : Κυκλικό διάγραμμα κατανομής ως προς το δείγμα των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 12 «Σκέφτεσαι ότι μπορείς να καύσεις θερμίδες όταν γυμνάζεσαι;» Το μεγαλύτερο ποσοστό (34 %) επέλεξε ΠΑΝΤΟΤΕ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 12	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΠΑΝΤΟΤΕ	101	33,7%
ΣΥΧΝΑ	90	30%
ΣΥΝΗΘΩΣ	40	13,3%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	43	14,3%
ΣΠΑΝΙΑ	12	4%
ΠΟΤΕ	14	4,7%
ΣΥΝΟΛΟ	300	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (το 33,7 %) πάντοτε πιστεύουν ότι θα κάψουν θερμίδες όταν γυμνάζονται.

Άλλοι άνθρωποι με θεωρούν ότι είμαι πολύ αδύνατη/ος ;

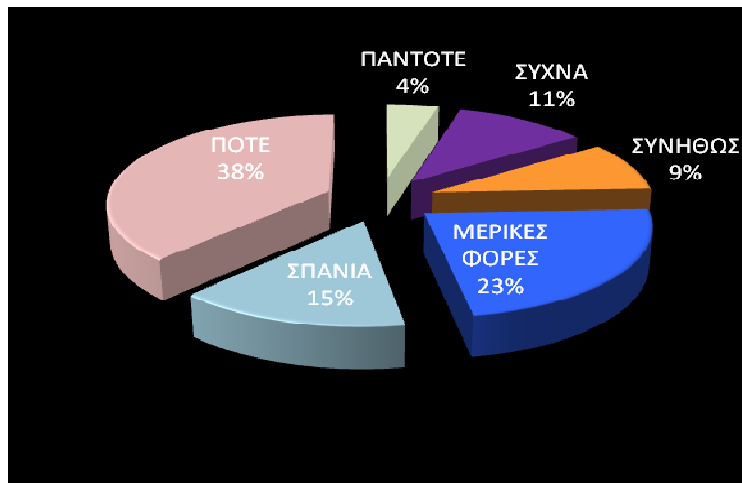


Σχήμα 17 : Ραβδόγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 13 «Άλλοι άνθρωποι με θεωρούν ότι είμαι πολύ αδύνατη/ος;». Το μεγαλύτερο ποσοστό (44%) επέλεξε ΠΟΤΕ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 13	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΠΑΝΤΟΤΕ	16	5,3%
ΣΥΧΝΑ	30	10%
ΣΥΝΗΘΩΣ	27	9%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	43	14,3%
ΣΠΑΝΙΑ	52	17,3%
ΠΟΤΕ	132	44%
ΣΥΝΟΛΟ	300	100%

Σχεδόν τα μισά άτομα του δείγματος δεν πιστεύουν ποτέ ότι οι άλλοι τους θεωρούν αδύνατους.

Ανησυχώ με την σκέψη ότι έχω λίπος στο σώμα μου ;



**Σχήμα 18:** Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 14 «Ανησυχώ με την σκέψη ότι έχω λίπος στο σώμα μου;». Το μεγαλύτερο ποσοστό (38%) επέλεξε ΠΟΤΕ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 14	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΠΑΝΤΟΤΕ	13	4,3%
ΣΥΧΝΑ	33	11%
ΣΥΝΗΘΩΣ	27	9%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	69	23%
ΣΠΑΝΙΑ	44	14,7%
ΠΟΤΕ	114	38%
ΣΥΝΟΛΟ	300	100%

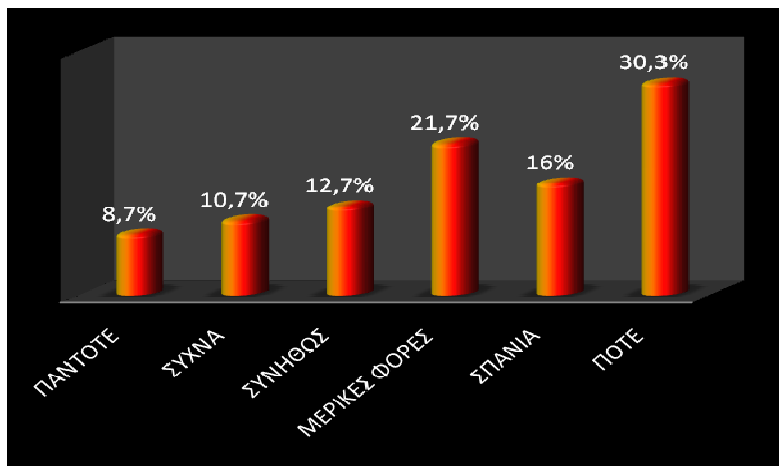
Από

τα

αποτελέσματα

του πίνακα συμπεραίνουμε ότι το 38% ανησυχεί με την σκέψη ότι έχει λίπος στο σώμα του.

Παίρνει περισσότερο χρόνο από τους άλλους να φάω το φαγητό μου ;

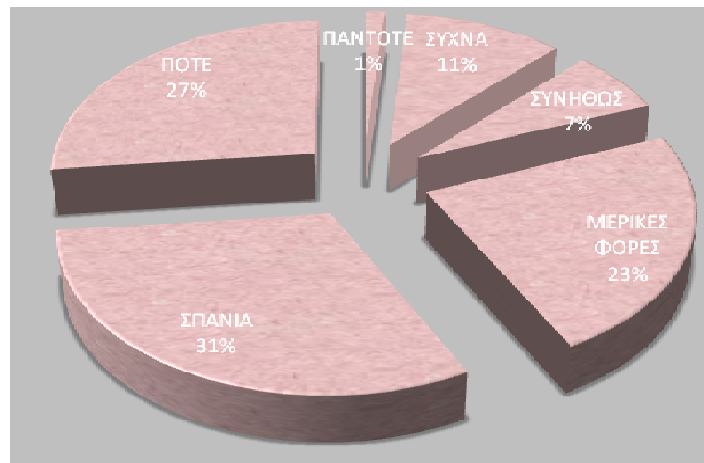


**Σχήμα 19:** Ραβδόγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 15 «Παίρνει περισσότερο χρόνο από τους άλλους να φάω το φαγητό μου;» Το μεγαλύτερο ποσοστό (30,3%) επέλεξε ΠΟΤΕ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 15	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΠΑΝΤΟΤΕ	26	8,7%
ΣΥΧΝΑ	32	10,7%
ΣΥΝΗΘΩΣ	38	12,7%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	65	21,7%
ΣΠΑΝΙΑ	48	16%
ΠΟΤΕ	91	30,3%
ΣΥΝΟΛΟ	300	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 30.3% ποτέ δεν τους παίρνει περισσότερο χρόνο από τους άλλους να φάνε το φαγητό τους.

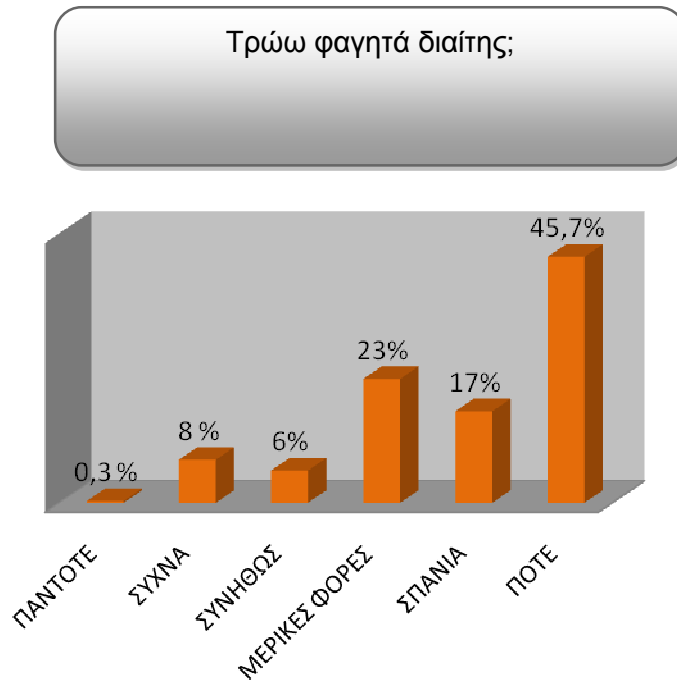
Αποφεύγω φαγητά που περιέχουν ζάχαρη;



**Σχήμα 20** : Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση16 «Αποφεύγω φαγητά που περιέχουν ζάχαρη;» Το μεγαλύτερο ποσοστό (31%) επέλεξε ΣΠΑΝΙΑ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 16	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΠΑΝΤΟΤΕ	4	1,3%
ΣΥΧΝΑ	33	11%
ΣΥΝΗΘΩΣ	20	6,7%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	70	23,3%
ΣΠΑΝΙΑ	93	31%
ΠΟΤΕ	80	26,7%
ΣΥΝΟΛΟ	300	100%

Τα δεδομένα μας έδειξαν ότι το 31% του δείγματος σπάνια αποφεύγει φαγητά που περιέχουν ζάχαρη.

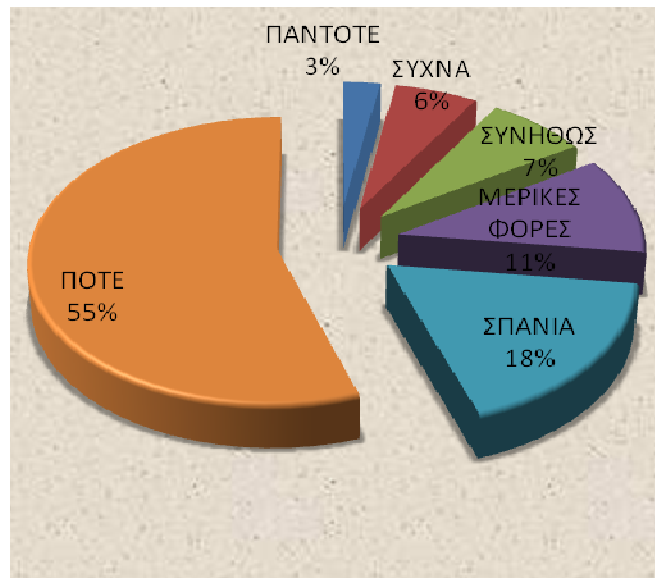


**Σχήμα 21** : Ραβδόγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 17 «Τρώω φαγητά διαίτης;» . Το μεγαλύτερο ποσοστό (45,7%) επέλεξε ΠΟΤΕ.

<b>ΕΡΩΤΗΣΗ 17</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΑ</b>
ΠΑΝΤΟΤΕ	1	0,3%
ΣΥΧΝΑ	24	8,0 %
ΣΥΝΗΘΩΣ	18	6,0 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	69	23,0 %
ΣΠΑΝΙΑ	51	17 %
ΠΟΤΕ	137	45,7 %
ΣΥΝΟΛΟ	300	100 %

Σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες ποτέ δεν τρώνε φαγητά διαίτης.

Αισθάνεσαι ότι το φαγητό ελέγχει την ζωή σου;



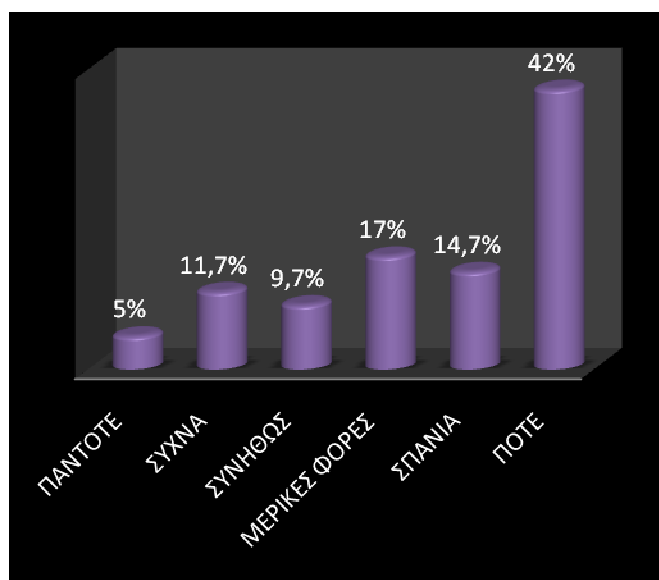
**Σχήμα 22** : Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 18 « Αισθάνεσαι ότι το φαγητό ελέγχει την ζωή σου;». Το μεγαλύτερο ποσοστό (55%) επέλεξε ΠΟΤΕ.



ΕΡΩΤΗΣΗ 18	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΠΑΝΤΟΤΕ	8	2,7%
ΣΥΧΝΑ	18	6%
ΣΥΝΗΘΩΣ	22	7,3%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	33	11%
ΣΠΑΝΙΑ	53	17,7%
ΠΟΤΕ	166	55,3%
ΣΥΝΟΛΟ	300	100%

Από τον πίνακα παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι (55.3%) ποτέ δεν αισθάνονται ότι το φαγητό ελέγχει την ζωή τους.

Επιδεικνύεις αυτοέλεγχο γύρω από το φαγητό;

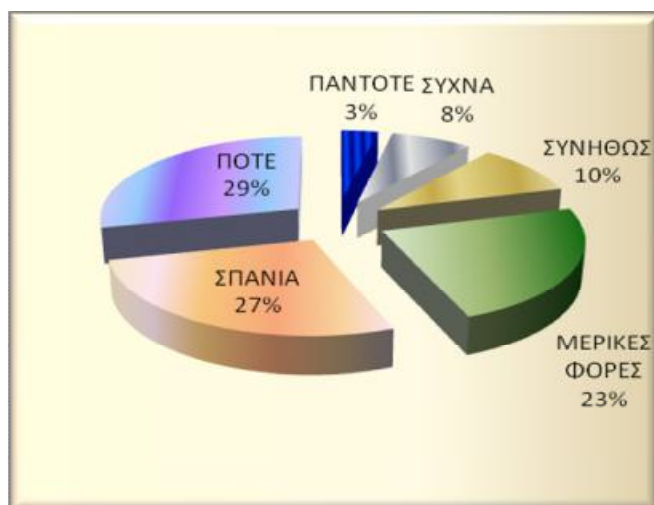


**Σχήμα 23** : Ραβδόγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 19 « Επιδεικνύεις αυτοέλεγχο γύρω από το φαγητό;». Το μεγαλύτερο ποσοστό (42%) επέλεξε ΠΟΤΕ.

<b>ΕΡΩΤΗΣΗ 19</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΑ</b>
ΠΑΝΤΟΤΕ	15	5%
ΣΥΧΝΑ	35	11,7%
ΣΥΝΗΘΩΣ	29	9,7%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	51	17%
ΣΠΑΝΙΑ	44	14,7%
ΠΟΤΕ	126	42%
ΣΥΝΟΛΟ	300	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων υποστηρίζει ότι ποτέ δεν επιδεικνύουν αυτοέλεγχο γύρω από το φαγητό.

Αισθάνομαι ότι οι άλλοι με πιέζουν για φαγητό;

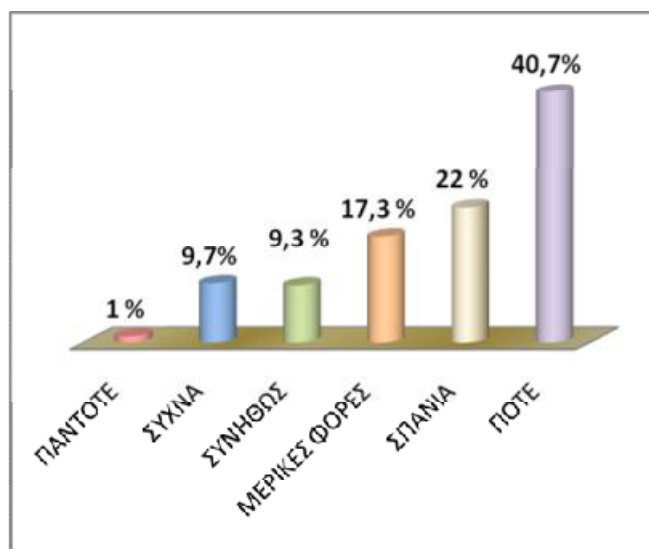


**Σχήμα 24** : Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 20 « Αισθάνομαι ότι οι άλλοι με πιέζουν για φαγητό;». Το μεγαλύτερο ποσοστό (29%) επέλεξε ΠΟΤΕ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 20	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΠΑΝΤΟΤΕ	10	3,3 %
ΣΥΧΝΑ	22	7,3 %
ΣΥΝΗΘΩΣ	30	10 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	70	23,3 %
ΣΠΑΝΙΑ	82	27,3 %
ΠΟΤΕ	86	28,7 %
ΣΥΝΟΛΟ	300	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (29%) ποτέ δεν αισθάνονται ότι οι άλλοι τους πιέζουν για το φαγητό.

Δίνω πολύ χρόνο να σκέπτομαι για φαγητό ;

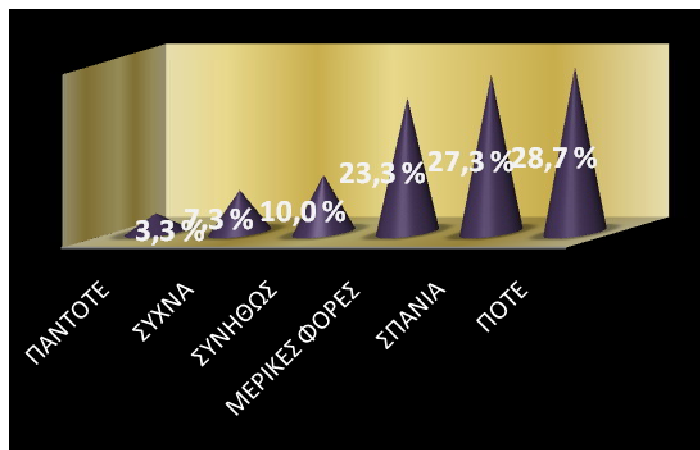


**Σχήμα 25** : Ραβδόγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 21 «Δίνω πολύ χρόνο να σκέπτομαι για φαγητό;». Το μεγαλύτερο ποσοστό (40,7%) επέλεξε ΠΟΤΕ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 21	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΠΑΝΤΟΤΕ	3	1 %
ΣΥΧΝΑ	29	9,7 %
ΣΥΝΗΘΩΣ	28	9,3 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	52	17,3 %
ΣΠΑΝΙΑ	66	22 %
ΠΟΤΕ	122	40,7 %
ΣΥΝΟΛΟ	300	100 %

Σχεδόν οι μισοί ερωτηθέντες (40,7%) ποτέ δεν δίνουν πολύ χρόνο να σκέφτονται για το φαγητό.

Αισθάνομαι άβολα μετά την κατανάλωση  
γλυκών ;

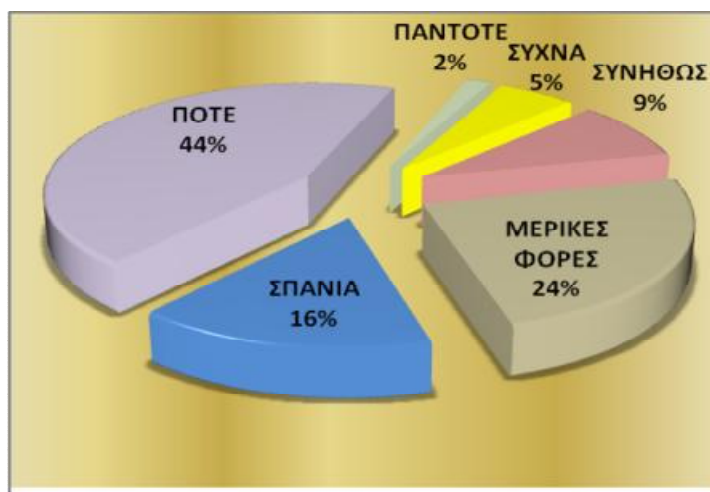


**Σχήμα 26** : Ραβδόγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 22 «Αισθάνομαι άβολα μετά την κατανάλωση γλυκών;». Το μεγαλύτερο ποσοστό (28,7%) επέλεξε ΠΟΤΕ.

<b>ΕΡΩΤΗΣΗ 22</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΑ</b>
ΠΑΝΤΟΤΕ	10	3,3 %
ΣΥΧΝΑ	22	7,3 %
ΣΥΝΗΘΩΣ	30	10 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	70	23,3 %
ΣΠΑΝΙΑ	82	27,3 %
ΠΟΤΕ	86	28,7 %
ΣΥΝΟΛΟ	300	100 %

Από τον πίνακα φαίνεται ότι το 28,7 % ποτέ δεν αισθάνεται άβολα με την κατανάλωση γλυκών.

Δεσμεύομαι να έχω διαιτητική συμπεριφορά

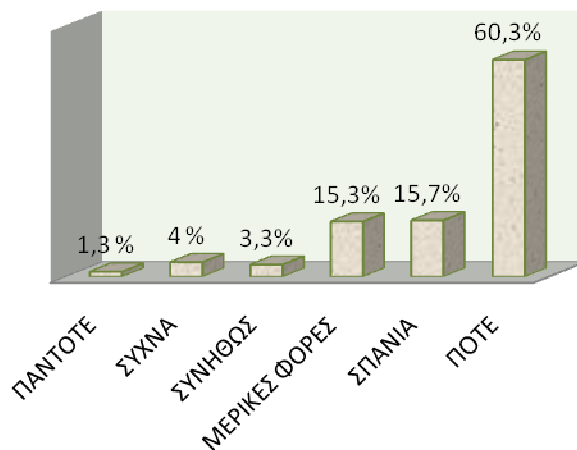


**Σχήμα 27** : Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 23 «Δεσμεύομαι να έχω διαιτητική συμπεριφορά;». Το μεγαλύτερο ποσοστό (44%) επέλεξε ΠΟΤΕ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 23	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΠΑΝΤΟΤΕ	5	1,7%
ΣΥΧΝΑ	16	5,3%
ΣΥΝΗΘΩΣ	26	8,7 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	73	24,3 %
ΣΠΑΝΙΑ	48	16 %
ΠΟΤΕ	132	44 %
ΣΥΝΟΛΟ	300	100 %

Από τα δεδομένα του πίνακα συμπεραίνουμε ότι το 44% ποτέ δεν δεσμεύεται να έχει διαιτητική συμπεριφορά.

Μου αρέσει το στομάχι μου να είναι άδειο ;

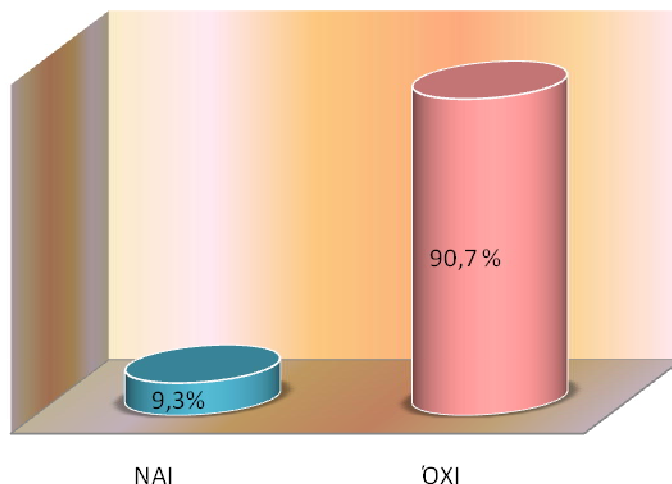


**Σχήμα 28** : Ραβδόγραμμα της κατανομής των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 24 « Μου άρεσε το στομάχι μου να είναι άδειο;». Το μεγαλύτερο ποσοστό (60,3%) επέλεξε ΠΟΤΕ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 24	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΠΑΝΤΟΤΕ	4	1,3%
ΣΥΧΝΑ	12	4 %
ΣΥΝΗΘΩΣ	10	3,3 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	46	15,3 %
ΣΠΑΝΙΑ	47	15,7%
ΠΟΤΕ	181	60,3%
ΣΥΝΟΛΟ	300	100 %

Πάνω από τους μισούς (60,3%) ποτέ δεν τους αρέσει να έχουν άδειο στομάχι.

Χρησιμοποιείς καθαρτικά χάπια διαίτης ή διουρητικά για να ελέγξεις το βάρος ή την σιλουέτα σου;



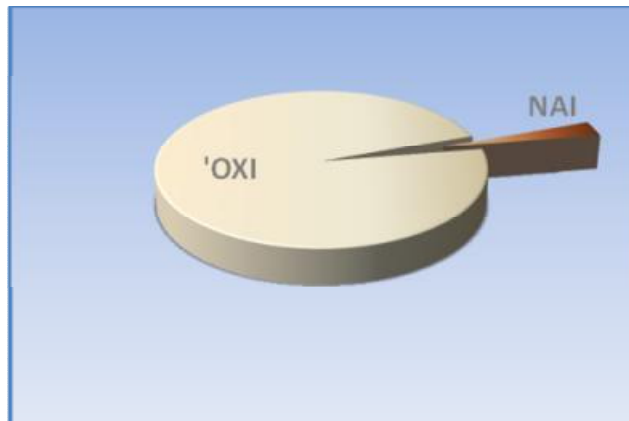
**Σχήμα 29** : Ραβδόγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 25 « Χρησιμοποιείς καθαρτικά χάπια διαίτης ή διουρητικά για να ελέγξεις το βάρος ή την σιλουέτα σου ;». Το μεγαλύτερο ποσοστό (90,7%) επέλεξε ΟΧΙ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 25	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΝΑΙ	28	9,3 %
ΌΧΙ	272	90,7%
ΣΥΝΟΛΟ	300	100%

Σχεδόν κανένας δεν χρησιμοποιεί καθαρτικά χάπια διαίτης ή διουρητικά για να ελέγξει το βάρος ή την σιλουέτα του.



Έχεις ποτέ θεραπευτεί για νευρική  
ανορεξία;



**Σχήμα 30** : Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής του δείγματος των 300 ατόμων ως προς την ερώτηση 26 « Έχεις ποτέ θεραπευτεί για νευρική ανορεξία;». Το μεγαλύτερο ποσοστό (97%) επέλεξε ΟΧΙ.

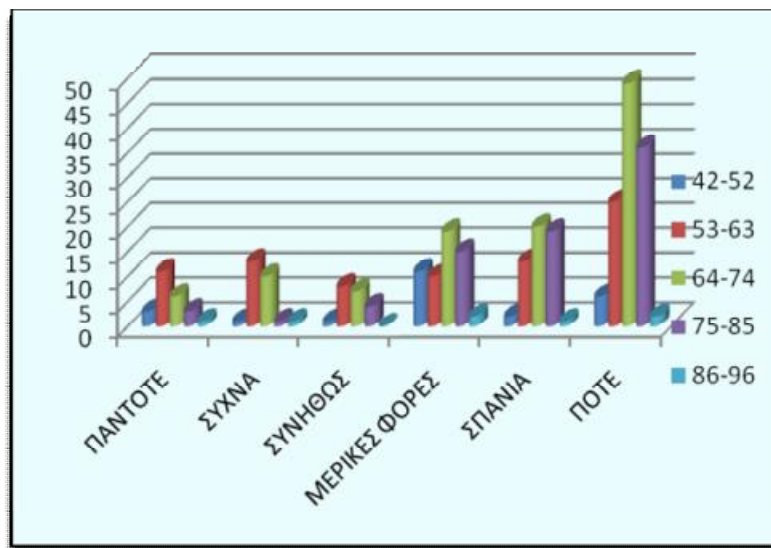
<b>ΕΡΩΤΗΣΗ 26</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΑ</b>
ΝΑΙ	9	3%
ΟΧΙ	291	97%
ΣΥΝΟΛΟ	300	100%

Το 97% των ερωτηθέντων του δείγματος ποτέ δεν έχει θεραπευτεί για νευρική ανορεξία.

## 1.ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΥΠΟΟΜΑΔΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των στατιστικών συγκρίσεων (με τη βοήθεια του στατιστικού κριτηρίου  $\chi^2$ ) μεταξύ υποομάδων του δείγματος οι οποίες δημιουργήθηκαν με βάση τα δημογραφικά τους στατιστικά (ανεξάρτητες μεταβλητές), σε συγκεκριμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (αυτές που συγκριτικά με τις ανεξάρτητες μεταβλητές, εμφανίζουν στατιστική σημαντικότητα).

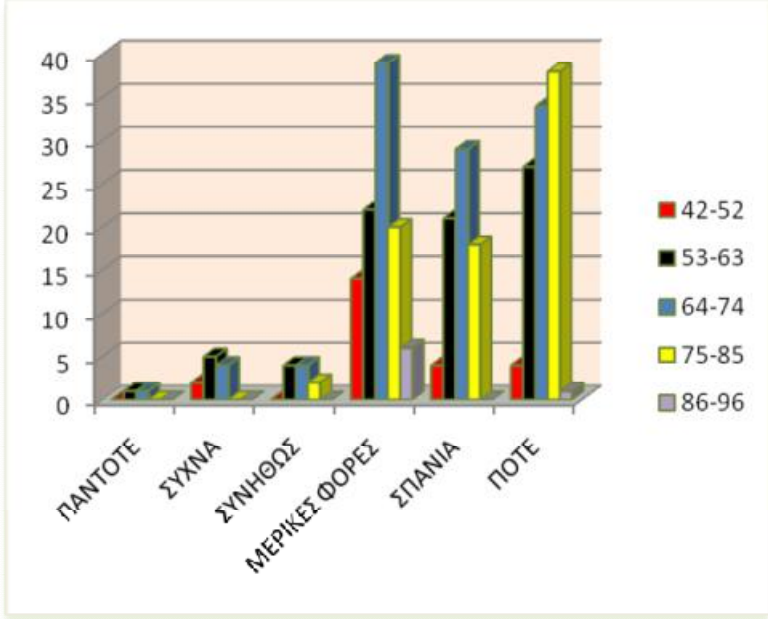
Τρομοκρατείται το άτομο όταν πιστεύει ότι είναι υπέρβαρο σε σχέση με το βάρος του;



		ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΟΥΜΕ ΟΤΑΝ ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΕΙΜΑΙ ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ						
		ΠΑΝΤΟΤΕ	ΣΥΧΝΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΒΑΡΟΣ</b>	42- 52	3	1	1	11	2	6	24
	53- 63	11	13	8	10	13	25	80
	64- 74	6	10	7	19	20	49	111
	75- 85	3	1	4	15	19	36	78
	86- 96	1	1	0	2	1	2	7
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		24	26	20	57	55	118	300

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται από το δημογραφικό στοιχείο του Βάρους. Παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία του δείγματος δεν τρομοκρατείται και κυρίως όσοι είναι ανάμεσα στα 64 με 74 κιλά, ενώ στην μειοψηφία η οποία τρομοκρατείται όταν πιστεύει ότι είναι υπέρβαρη, μεγαλύτερη εμφάνιση συναντούμε στα κιλά 53 με 63.

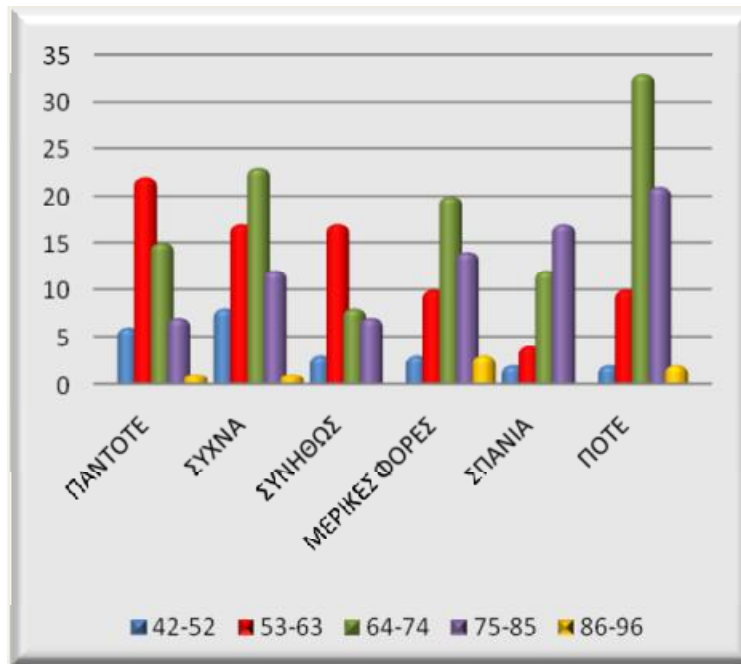
Αποφεύγουν οι ερωτηθέντες να τρώνε όταν πεινάνε σε σχέση με το Βάρος ;



		ΑΠΟΦΕΥΓΩ ΝΑ ΤΡΩΩ ΟΤΑΝ ΠΕΙΝΑΩ						
		ΠΑΝΤΟΤΕ	ΣΥΧΝΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΒΑΡΟΣ</b>	42-52	0	2	0	14	4	4	24
	53-63	1	5	4	22	21	27	80
	64-74	1	4	4	39	29	34	111
	75-85	0	0	2	20	18	38	78
	86-96	0	0	0	6	0	1	7
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		2	11	10	101	72	104	300

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται από το δημογραφικό στοιχείο του Βάρους. Παρατηρούμε ότι δύσκολα κανείς αποφεύγει να τρώει όταν πεινάει , κυρίως μόνο η κατηγορία των 64-74 κιλών κρατάει κάποιες αντιστάσεις μερικές φορές αποφεύγοντας το φαγητό.

Η επιθυμία του ατόμου να είναι αδύνατο σε σχέση με το βάρος του;

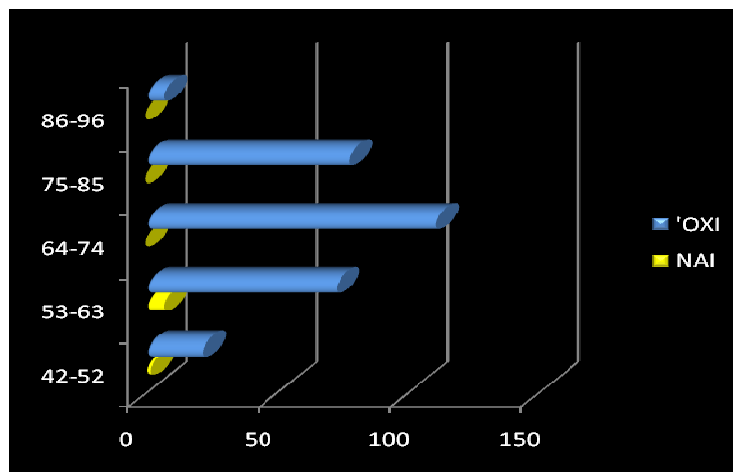


**ΚΑΤΕΧΟΜΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΝΑ ΕΙΜΑΙ  
ΑΔΥΝΑΤΗ/ΟΣ**

		ΠΑΝΤΟΤΕ	ΣΥΧΝΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΒΑΡΟΣ</b>	42- 52	6	8	3	3	2	2	24
	53- 63	22	17	17	10	4	10	80
	64- 74	15	23	8	20	12	33	111
	75- 85	7	12	7	14	17	21	78
	86- 96	1	1	0	3	0	2	7
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		51	61	35	50	35	68	300

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται από το δημογραφικό στοιχείο του Βάρους. Παρατηρούμε ότι αυτοί που επιθυμούν να είναι αδύνατοι είναι κατά βάση η κατηγορία των 53-63 κιλών , ενώ η πλειοψηφία της κατηγορία των 64-74 κιλών δεν κατέχεται ιδιαίτερα από την επιθυμία να είναι αδύνατη.

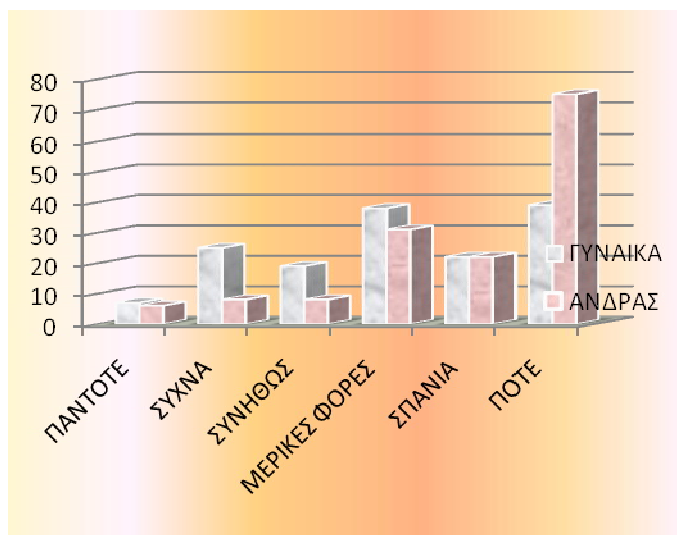
Έχουν θεραπευτεί τα άτομα από νευρική ανορεξία σε σχέση με το βάρος τους;



		ΕΧΕΙΣ ΠΟΤΕ ΘΕΡΑΠΕΥΤΕΙ ΓΙΑ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΒΑΡΟΣ	42-52	2	22	24
	53-63	7	73	80
	64-74	0	111	111
	75-85	0	78	78
	86-96	0	7	7
ΣΥΝΟΛΟ		9	291	300

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται από το δημογραφικό στοιχείο του Βάρους. Παρατηρούμε ότι από τους ελάχιστους που έχουν θεραπευτεί για νευρική ανορεξία ανήκουν κυρίως στην κατηγορία των 53-63 κιλών.

Πόσο ανησυχούν οι γυναίκες και οι άνδρες με την σκέψη ότι έχουν λίπος στο σώμα τους;



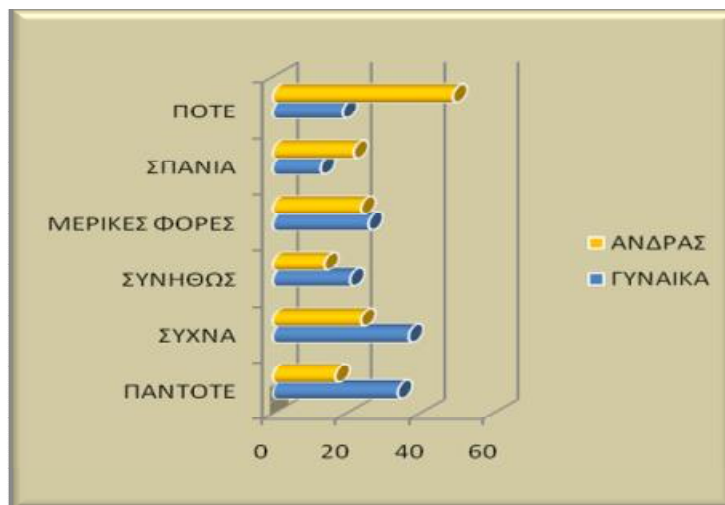
		<b>ΑΝΗΣΥΧΩ ΜΕ ΤΗ ΣΚΕΨΗ ΟΤΙ ΕΧΩ ΛΙΠΟΣ ΣΤΟ ΣΩΜΑ ΜΟΥ</b>						
		ΠΑΝΤΟΤΕ	ΣΥΧΝΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΦΥΛΟ</b>	ΓΥΝΑΙΚΑ	7	25	19	38	22	39	150
	ΑΝΔΡΑΣ	6	8	8	31	22	75	150
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		13	33	27	69	44	114	300

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται από το δημογραφικό στοιχείο του Φύλου. Παρατηρούμε



στους άνδρες να είναι κάπως πιο έντονη «η ανησυχία τους με τη σκέψη ότι έχουν λίπος στο σώμα τους», σε σχέση με τις γυναίκες.

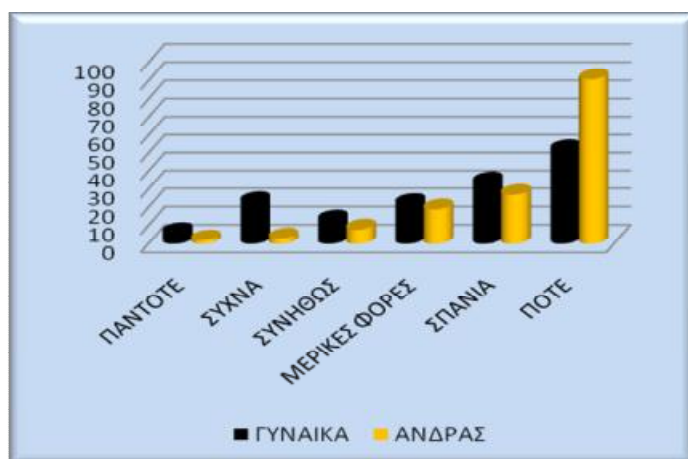
Κατέχονται τα άτομα από την επιθυμία να είναι αδύνατα σε σχέση με το φύλο τους;



		ΚΑΤΕΧΟΜΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΝΑ ΕΙΜΑΙ ΑΔΥΝΑΤΗ/ΟΣ						
		ΠΑΝΤΟΤΕ	ΣΥΧΝΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΦΥΛΟ</b>	ΓΥΝΑΙΚΑ	34	37	21	26	13	19	150
	ΑΝΔΡΑΣ	17	24	14	24	22	49	150
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		51	61	35	50	35	68	300

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται από το δημογραφικό στοιχείο του Φύλου. Παρατηρούμε ότι οι γυναίκες διακατέχονται πιο πολύ από την επιθυμία να είναι αδύνατες σε σχέση με τους άνδρες οι οποίοι κατά βάση δεν εμφανίζουν μεγάλη επιθυμία να είναι αδύνατοι.

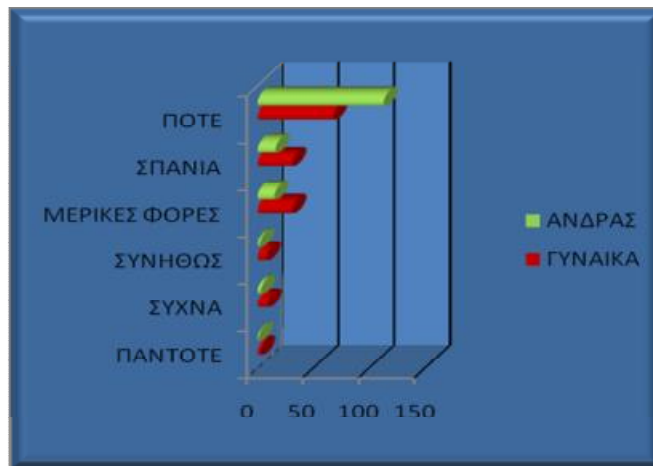
Ενημερώνονται τα άτομα για τις θερμίδες που περιέχει το φαγητό σε σχέση με το φύλο τους;



		ΕΝΗΜΕΡΩΝΟΜΑΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΘΕΡΜΙΔΕΣ ΠΟΥ ΠΕΡΙΕΧΕΙ ΤΟ ΦΑΓΗΤΟ						
		ΠΑΝΤΟΤΕ	ΣΥΧΝΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΦΥΛΟ</b>	ΓΥΝΑΙΚΑ	6	23	13	22	34	52	150
	ΑΝΔΡΑΣ	2	3	8	19	27	91	150
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		8	26	21	41	61	143	300

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται από το δημογραφικό στοιχείο του Φύλου. Παρατηρούμε ότι οι άνδρες ενημερώνονται λιγότερο από τις γυναίκες για τις θερμίδες που περιέχει το φαγητό, αλλά γενικότερα κανείς από τους δύο δεν δείχνει ενδιαφέρον να ενημερωθεί.

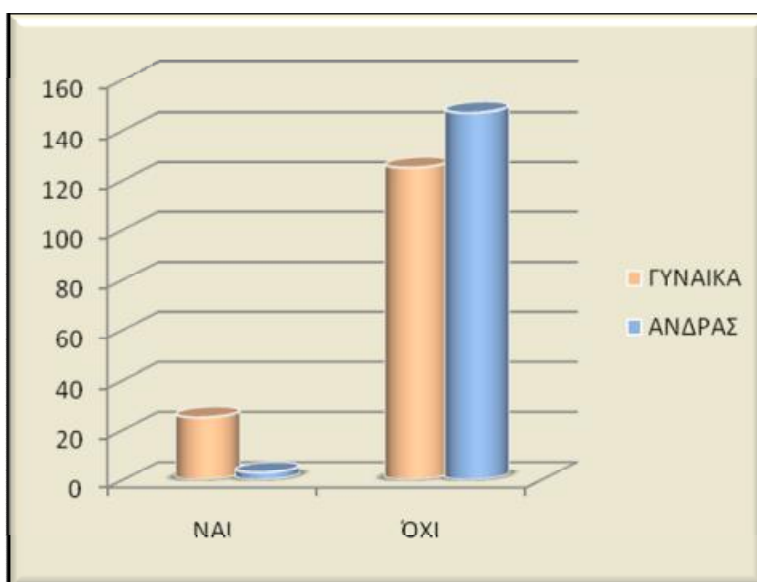
Πόσο αρέσει στα άτομα να έχουν άδειο το στομάχι τους σε σχέση με το φύλο τους;



		ΜΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΤΟ ΣΤΟΜΑΧΙ ΜΟΥ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΑΔΕΙΟ						
		ΠΑΝΤΟΤΕ	ΣΥΧΝΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΦΥΛΟ</b>	ΓΥΝΑΙΚΑ	3	9	8	31	31	68	150
	ΑΝΔΡΑΣ	1	3	2	15	16	113	150
ΣΥΝΟΛΟ		4	12	10	46	47	181	300

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται από το δημογραφικό στοιχείο του Φύλου. Παρατηρούμε ότι ούτε στους άνδρες, ούτε στις γυναίκες αρέσει να έχουν άδειο στομάχι, αλλά στους άνδρες αυτό είναι πιο εμφανές .

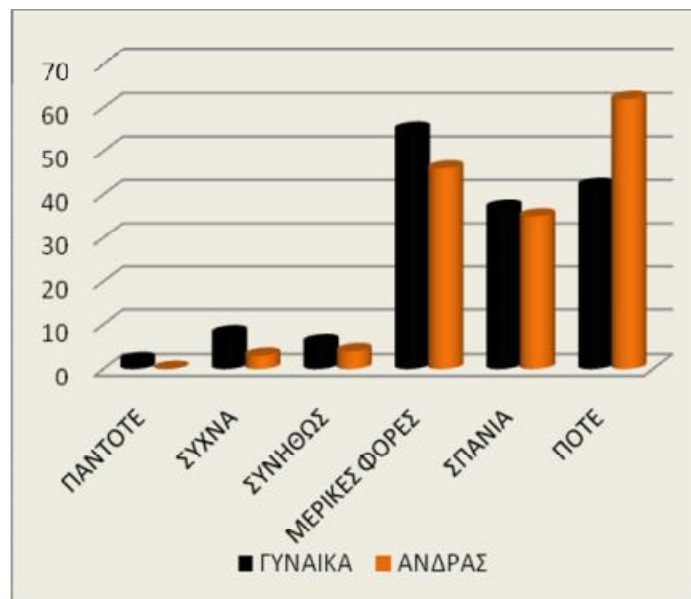
Χρησιμοποιούν τα άτομα καθαρτικά υλικά χάπια διαίτης ή διουρητικά για να ελέγξουν το βάρος τους σε σχέση με το φύλο τους ;



		<b>ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΣ ΚΑΘΑΡΚΤΙΚΑ, ΧΑΠΙΑ ΔΙΑΙΤΗΣ Ή ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΝΑ ΕΛΕΓΞΕΙΣ ΤΟ ΒΑΡΟΣ</b>		
		ΝΑΙ	ΌΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΦΥΛΟ</b>	ΓΥΝΑΙΚΑ	25	125	150
	ΑΝΔΡΑΣ	3	147	150
ΣΥΝΟΛΟ		28	272	300

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται από το δημογραφικό στοιχείο του Φύλου. Παρατηρούμε ότι κανένα από τα δύο φύλα δε τα χρησιμοποιεί συχνά, ενώ οι άνδρες εμφανίζονται να τα χρησιμοποιούν σε μικρότερη κλίμακα σε σχέση με τις γυναίκες.

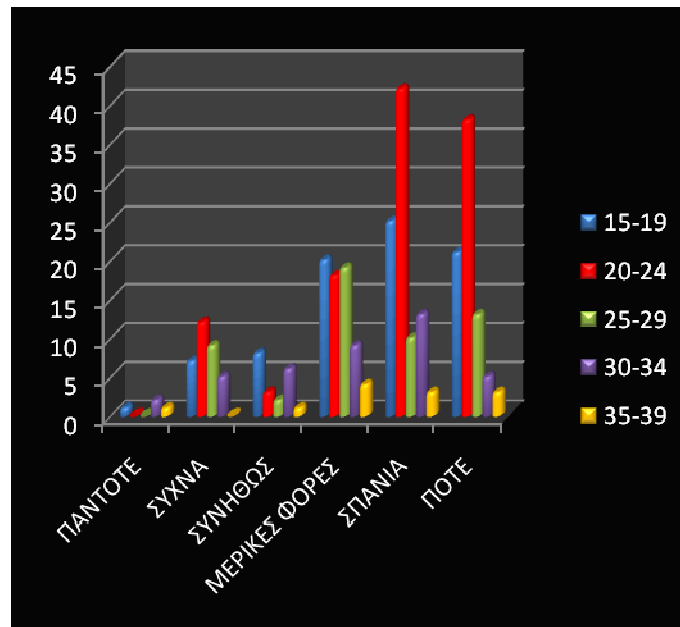
Αποφεύγουν οι ερωτηθέντες να τρώνε όταν πεινάνε σε σχέση με το φύλο τους;



		ΑΠΟΦΕΥΓΩ ΝΑ ΤΡΩΩ ΟΤΑΝ ΠΕΙΝΑΩ						
		ΠΑΝΤΟΤΕ	ΣΥΧΝΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΦΥΛΟ</b>	ΓΥΝΑΙΚΑ	2	8	6	55	37	42	150
	ΑΝΔΡΑΣ	0	3	4	46	35	62	150
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		2	11	10	101	72	104	300

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται από το δημογραφικό στοιχείο του Φύλου. Παρατηρούμε ότι ούτε οι άνδρες ούτε οι γυναίκες αποφεύγουν να τρώνε όταν πεινάνε , ειδικά οι άνδρες δείχνουν μεγαλύτερη τάση να τρώνε όταν πεινάνε.

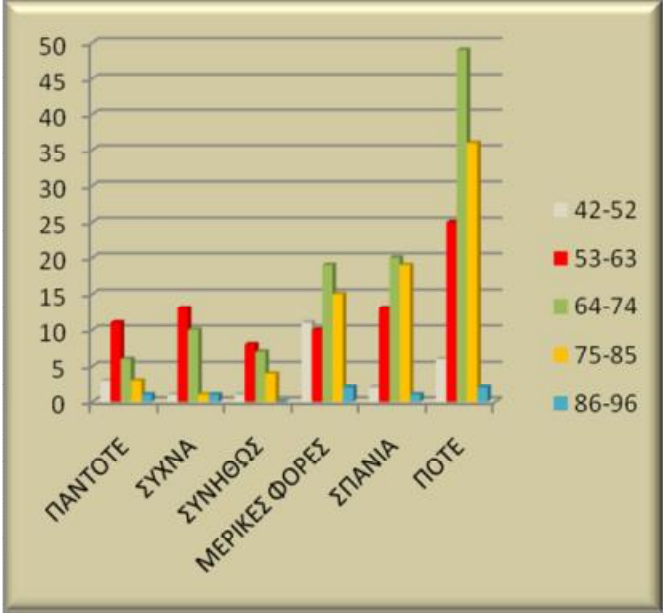
Αποφεύγουν οι ερωτηθέντες φαγητά που έχουν ζάχαρη σε σχέση με την ηλικία τους;



		ΑΠΟΦΕΥΓΩ ΦΑΓΗΤΑ ΠΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΥΝ ΖΑΧΑΡΗ						
		ΠΑΝΤΟΤΕ	ΣΥΧΝΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	15-19	1	7	8	20	25	21	82
	20-24	0	12	3	18	42	38	113
	25-29	0	9	2	19	10	13	53
	30-34	2	5	6	9	13	5	40
	35-39	1	0	1	4	3	3	12
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		4	33	20	70	93	80	300

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται από το δημογραφικό στοιχείο της Ηλικίας. Παρατηρούμε ότι οι ερωτηθέντες δεν έχουν την τάση να αποφεύγουν φαγητά που περιέχουν ζάχαρη και κυρίως οι ηλικίες 20-24 χρονών.

Πόσο τρομοκρατούνται τα άτομα όταν πιστεύουν ότι είναι υπέρβαρα σε σχέση με το βάρος τους





		<b>ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΟΥΜΕ ΟΤΑΝ ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΕΙΜΑΙ ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ</b>						
		ΠΑΝΤΟ ΤΕ	ΣΥΧ ΝΑ	ΣΥΝΗΘ ΩΣ	ΜΕΡΙΚ ΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝ ΙΑ	ΠΟΤ Ε	ΣΥΝΟ ΛΟ
<b>ΒΑΡ ΟΣ</b>	42 - 52	3	1	1	11	2	6	24
	53 - 63	11	13	8	10	13	25	80
	64 - 74	6	10	7	19	20	49	111
	75 - 85	3	1	4	15	19	36	78
	86 - 96	1	1	0	2	1	2	7
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		24	26	20	57	55	118	300

Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση επηρεάζονται από το δημογραφικό στοιχείο του Βάρους. Παρατηρούμε ότι οι ερωτηθέντες του δείγματος δεν τρομοκρατούνται ιδιαίτερα από την ιδέα ότι μπορεί να είναι υπέρβαροι , ενώ στις ηλικίες των 64-74 αυτό είναι πιο εμφανές .

## **5.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ**

Η συγκεκριμένη πτυχιακή μελέτη με θέμα τα ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια της ψυχογενούς ανορεξίας αναφέρεται αρχικά στο θεωρητικό μέρος της στον ορισμό της ψυχογενούς ανορεξίας, καθώς τις μορφές και τους τύπους της, επίσης και τις ερμηνείες τη ψυχολογική και τη κοινωνική. Ακόμη, γίνεται λόγος για την κλινική εικόνα, τα διαγνωστικά κριτήρια, τη διαφορική διάγνωση, τα συνοδά συμπτώματα-συνοδές διαταραχές, τις επιλοκές, τα επιδημιολογικά στοιχεία στην Ελλάδα, τα διεθνή στατιστικά στοιχεία και τη πρόιμη έναρξη-πρόγνωση πορεία.

Επιπλέον γίνεται αναφορά για τους παράγοντες πρόκλησης της ψυχογενούς ανορεξίας, τη ψυχική κατάσταση των ασθενών, τη διαστρεβλωμένη συμπεριφορά των ασθενών απέναντι στη τροφή, τις απάτες τους, την απώλεια βάρους και τη πρόληψη της ψυχογενούς ανορεξίας. Στα τελευταία κεφάλαια του θεωρητικού μέρους προστέθηκαν ακόμη η ανορεξία στο νεογέννητο, στο παιδί, στην έφηβη, στην ενήλικη γυναίκα, στις μητέρες γονείς, στους άντρες και στον ηλικιωμένο. Ακόμη γίνεται αναφορά στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας, στη θεραπεία σε νοσοκομεία ημέρας, στην υποχρεωτική θεραπεία, τη σύγκριση των θεραπευτικών προγραμμάτων εξωτερικής νοσηλείας με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, τη θεραπεία στα παιδιά, στις ομάδες αυτοβοήθειας, στην αντιμεταβίβαση στη θεραπεία των ασθενών, επίσης στον ρόλο του/της κοινωνικού/ή λειτουργού με τον ασθενή και την οικογένεια, στις συμβουλές του διαιτολόγου-διατροφολόγου, στα θρεπτικά συστατικά και στη δίαιτα των ασθενών.

Στη συνέχεια στο ερευνητικό μέρος παρουσιάζεται η μεθοδολογία, τα βασικά ερωτήματα/υποθέσεις της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε 300

άτομα. Ως εργαλείο έρευνας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο. Με τη χρήση του ερωτηματολογίου υπάρχει η δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου μέρους του πληθυσμού και συλλογής στοιχείων σε μικρό χρονικό διάστημα. Κατόπιν θα προβούμε στην εξαγωγή αποτελεσμάτων, συμπερασμάτων και προτάσεων σχετικά με τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα.

Η ανάπτυξη του θέματος στο κύριο κορμό πράγματι υποστηρίζει και οδηγεί στα περισσότερα συμπεράσματα της έρευνας. Όπως η βιβλιογραφική μελέτη έτσι και τα αποτελέσματα της έρευνας η οποία στηρίχτηκε σε τέσσερις μεταβλητές το φύλο, την ηλικία, το βάρος, και το ύψος, έδειξαν ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης ψυχογενούς ανορεξίας και αυτό παρατηρείται στη συγκριτική ανάλυση όπου στις γυναίκες αρέσει να έχουν άδειο στομάχι. Επίσης, παρατηρούμε ότι οι γυναίκες διακατέχονται πιο πολύ από την επιθυμία να είναι αδύνατες σε σχέση με τους άνδρες οι οποίοι κατά βάση δεν εμφανίζουν μεγάλη επιθυμία να είναι αδύνατοι. Επιπλέον, κανένα από τα δύο φύλα δεν κάνει συχνή χρήση καθαρτικών, χαπιών διαίτης, ή διουρητικών παρόλα αυτά οι γυναίκες είναι εκείνες οι οποίες χρησιμοποιούν τα παραπάνω σε μεγαλύτερη κλίμακα σε σχέση με τους άνδρες. Ακόμη, και αν τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι άνδρες εμφανίζονται περισσότερο ανήσυχοι σε σχέση με τις γυναίκες, όσον αφορά στη σκέψη ότι μπορεί να έχουν αύξηση λίπους στο σώμα τους, το γεγονός αυτό δεν υποστηρίζεται στο κύριο μέρος της βιβλιογραφικής μελέτης.

### **Τα κυριότερα ευρήματα της έρευνας είναι:**

1. Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι η απάντηση στην ερώτηση «μου αρέσει το στομάχι μου να είναι άδειο» επηρεάζεται από το δημογραφικό

στοιχείο του Φύλου. Παρατηρούμε ότι ούτε στους άνδρες , ούτε στις γυναίκες αρέσει να έχουν άδειο στομάχι , αλλά στους άνδρες αυτό είναι πιο εμφανές .

2. Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι η απάντηση στην ερώτηση «κατέχομαι από την επιθυμία να είμαι αδύνατη/ος» επηρεάζεται από το δημογραφικό στοιχείο του Φύλου. Παρατηρούμε ότι οι γυναίκες διακατέχονται πιο πολύ από την επιθυμία να είναι αδύνατες σε σχέση με τους άνδρες οι οποίοι κατά βάση δεν εμφανίζουν μεγάλη επιθυμία να είναι αδύνατοι.

3. Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι η απάντηση στην ερώτηση «χρησιμοποιείς καθαρκτικά, χάπια διαίτης ή διουρητικά ;» επηρεάζονται από το δημογραφικό στοιχείο του Φύλου. Παρατηρούμε ότι κανένα από τα δύο φύλα δε τα χρησιμοποιεί συχνά , ενώ οι άνδρες εμφανίζονται να τα χρησιμοποιούν σε μικρότερη κλίμακα σε σχέση με τις γυναίκες.

4. Η συγκριτική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι η απάντηση στην ερώτηση «ανησυχώ στη σκέψη ότι έχω λίπος στο σώμα μου» επηρεάζεται από το δημογραφικό στοιχείο του Φύλου. Παρατηρούμε ότι οι άνδρες είναι κάπως πιο ανήσυχοι στην σκέψη ότι μπορεί να έχουν λίπος στο σώμα τους σε σχέση με τις γυναίκες, οι οποίες δεν δείχνουν ιδιαίτερη ανησυχία .

Αξίζει να αναφερθεί ότι η πτυχιακή εργασία αποτελεί ένα θέμα για το οποίο καμία άλλη πτυχιακή μελέτη δεν έχει εκπονηθεί. Βέβαια, έχουν πραγματοποιηθεί άλλες συναφές μελέτες με το θέμα της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας στο Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης το 2008 και το 2010 από φοιτήτριες του τμήματος κοινωνικής εργασίας, με θέμα «Διατροφικές συνήθειες και άλλες συμπεριφορές υγείας των φοιτητών σε Ελλάδα και Κύπρο», από το τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας με θέμα «Κατάθλιψη και ανορεξία σε γυναίκες ηλικίας 18-30 ετών», και από φοιτήτριες του τμήματος νοσηλευτικής με θέμα «Διατροφή των Εφήβων και Νευρογενής Ανορεξία».

Τέλος, μια αντίστοιχη εργασία πραγματοποιήθηκε στην Πάτρα το 2009 από φοιτήτριες του τμήματος της κοινωνικής εργασίας με θέμα «Οι παρεμβάσεις της κοινωνικής εργασίας στην ανορεξία»

**Συγκεκριμένα οι πιθανές προτάσεις για μελλοντική πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου της ψυχογενούς ανορεξίας μπορούν να επικεντρωθούν στα εξής βασικά σημεία:**

§ Τα ΜΜΕ ενισχύουν την έφεση προς τη λεπτότητα και από εκεί και πέρα η πιθανότητα για την ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας μπορεί να είναι πολύ ισχυρή. Αυτό από μόνο του θα μπορούσε να είναι μια προσπάθεια για την πρωτογενή πρόληψη της ψυχογενούς ανορεξίας. Πώς όμως μπορεί να γίνει αυτή η παρέμβαση; Θα μπορούσε να γίνει μια προσπάθεια να πειστούν σημαντικοί άνθρωποι των ΜΜΕ, π.χ γυναίκες εκδότριες μεγάλων περιοδικών μόδας, να εντάξουν στα περιοδικά τους ένα ευρύ φάσμα από τα γυναικεία σώματα και να περιλαμβάνουν γυναίκες όλων των κατηγοριών. Το κρίσιμο μήνυμα που θα δοθεί μέσα από μια τέτοια προσέγγιση δεν θα είναι ότι το λεπτό σώμα είναι κακό, αλλά ότι υπάρχει στην κοινωνία ένα ευρύ φάσμα γυναικείων σωμάτων και διάφοροι τύποι γυναικών και ενίοτε ακόμη και επιθυμητοί. Το συνοδό μήνυμα είναι ότι ενισχύουμε την αξία της υποκειμενικότητας και της αποδοχής του εαυτού σε αντίθεση με την καταναγκαστική πίεση να συμμορφωθούμε σε ένα ιδεώδες λεπτό σώμα.

§ Μια δεύτερη πιθανότητα είναι να χρησιμοποιήσουμε προγράμματα εκπαίδευσης υγείας στα σχολεία. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να προτείνουν στους μαθητές οδηγίες στο πώς θα δέχονται και θα επεξεργάζονται κριτικά τα μηνύματα τα οποία προκύπτουν από τα γυναικεία περιοδικά και πώς θα αντιστέκονται σε αυτά που τους προτείνουν.

**§** Τέλος, καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη της ψυχογενούς ανορεξίας μπορούν να παίξουν και οι γονείς. Εάν οι γονείς είναι ικανοί να ακολουθήσουν αυτές τις 8 συμβουλές, τα παιδιά τους θα έχουν μικρό κίνδυνο για να αναπτύξουν ψυχογενή ανορεξία.

1. Αποφεύγετε αυστηρά τη σεξουαλική προσβολή και κακοποίηση των παιδιών σας.
2. Μη δίνετε υπερβολική σημασία στις τροφές και το φαγητό.
3. Μη δίνετε υπερβολικό ενδιαφέρον στο βάρος και στο σχήμα του σώματος των παιδιών σας.
4. Μη έχετε υπερβολικές ή ανέφικτες απαιτήσεις από τα παιδιά σας.
5. Μη επιζητάτε μια άριστη συμπεριφορά από το παιδί σας συνεχώς.
6. Να αναγνωρίζετε και να ανταμείβετε τα επιτεύγματα των παιδιών σας, στο παρόν και να αποφεύγετε να δίνετε έμφαση στα αναμενόμενα μεγάλα επιτεύγματα στο μέλλον.
7. Ενισχύστε την αυτονομία του παιδιού σας.
8. Ενθαρρύνετε το παιδί σας να γίνει κοινωνικό και να σχετίζεται με άλλα παιδιά.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία απαιτεί ειδικά κέντρα, όπως τα Κέντρα Ημέρας, τα Κέντρα Εξειδικευμένης Φροντίδας και τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και έμπειρο προσωπικό. Η νοσηλεία να γίνεται εκουσίως (κατά τον δυνατόν) και η αναγκαστική νοσηλεία να αποφεύγεται. Λόγω της μεγάλης διάρκειας της απαιτούμενης ψυχοθεραπείας και του υπερβολικού κόστους η οργάνωση δομών του δημοσίου τομέα, στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης είναι απαραίτητη.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική Βιβλιογραφία

- § Γεωργαρά, Α. Κ., (1987). *Συνοπτική Ψυχιατρική*, Αθήνα, Πασχαλίδης.
- § Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Α., Παυλάτου, Ε., Καλαντζή-Αζίζι, Α.(2006). *Πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας*, Ελληνικά γράμματα.
- § Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ., (2003). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*, Αθήνα, Γιώργος Δαρδάνος.
- § Καλλινικάκη, Θ., (1998). *Κοινωνική Εργασία' Εισαγωγή Στη Θεωρία Και Την Πρακτική Της Κοινωνικής Εργασίας*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- § Καρδάση- Σαχίνη Α., (2004). *Μεθοδολογία έρευνας- εφαρμογές στο χώρο της Υγείας*, Αθήνα, Βήτα
- § Κουλάκογλου,Κ.,(1998). *Ψυχομετρία και Ψυχολογική Αξιολόγηση*, Αθήνα, Παπαζήση.
- § Κυριαζή Ν., (2005). *Η κοινωνιολογική έρευνα*, Αθήνα, Ελληνικά γράμματα
- § Μάνου, Ν., (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη, Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών.
- § Μαντάς Ν., Ντάνος Αν., (1993). *Μεθοδολογία εκπόνησης πτυχιακών εργασιών*, Αθήνα, Σύγχρονη εκδοτική
- § Μπούρα, Μ., (2004). *Τρώει Τίποτα Ψυχανάλυση-Ανορεξία*, Αθήνα , Εξάντας.
- § Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας Γενεύη, (Χ.Χ.). *Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστήμιο Αθηνών Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Οι Ψυχικές Διαταραχές Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα*, Αθήνα, Βήτα.
- § Παπαδημητρίου, Γ.Ν., (1974). *Σύγχρονη Ψυχιατρική*, Αθήνα, Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος.

- § Πιάνος, Κ. Χ., (2003). *Ψυχοκοινωνικές Διαταραχές Και Αντιμετώπισή Τους*, Περιστέρι, Ελλην.
- § Σολδάτος, Κ., Λυκουράς, Λ., (2006). *Σύγγραμμα ψυχιατρικής*, Αθήνα, Βήτα.
- § Σολδάτος, Κ., Κονταξάκης, Β. Π., Αλεβίζος, Β. Η., Ραμπαβίλας, Α.Δ., Χριστοδούλου, Γ. Ν., (2004). *Ψυχιατρική*, Αθήνα, Βήτα.
- § Στεφανίδης & Συνεργάτες, *Θέματα Ψυχιατρικής*, Αθήνα.
- § Τσιάντης, Γ., Μανωλόπουλος, Σ., (1988). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, Αθήνα, Καστανιώτη.
- § Χαρτοκόλλης, Π., (1991). *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*, Πάτρα, Θεμέλιο.
- § Χριστοδούλου, Γ.Ν., & Συνεργάτες, (2004). *Ψυχιατρική*, Αθήνα, Βήτα.

### **Μεταφρασμένη Βιβλιογραφία**

- § Abraham, S., Llewellyn-J., (1990). *Η Αλήθεια για τις Διαταραχές της Διατροφής*, Αθήνα, Χατζηνικολή.
- § Barlow, D., (2001). *Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια Συνθετική Βιοψυχοκοινωνική Πρόσεγγιση*, Αθήνα, Ελλην.
- § Dennis, H.D., (X.X.). *Στατιστική με το SPSS 13*, Κλειδαριθμός.
- § Flament, M., Jeamment, P., (2006). *Η Βουλιμία Πραγματικότητα και Προοπτικές*, Αθήνα, Παρισιανου.
- § Gelder, M.G., Lopez-Ibor, J.J., Andreasen, N. (2008). *Σύγχρονη Ψυχιατρική*, Αθήνα, Πασχαλίδης.
- § Gérard, A., (1997). *Ανορεξία, Βουλιμία, Παχυσαρκία*, Αθήνα, Π. Τραύλος-Ε.Κωσταράκη.
- § Glen, O., Gabbard, M.D., (2006). *Η ψυχοδυναμική ψυχιατρική στην Κλινική Πράξη*, Αθήνα, Βήτα.
- § Guthrie, E., Lewis, S.H., (2005). *Ψυχιατρική*, Αθήνα, Παρισιάνου.



- § Lemperiere, T., Fèline, A., (1995). *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων' στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής*, Αθήνα, Παπαζήση,
- § Lock, J., LeGrande, D., Agras, W. S., & Dare, C. (2005). *Εγχειρίδιο Θεραπείας για την ψυχογενή ανορεξία*, Πατάκη.
- § Luc-Venisse, J., (1987). *Η ψυχογενής ανορεξία*, Αθήνα, Χατζηνικολή
- § Meunier, V., Alain., (2003). *Στο Λαβύρινθο της Ανορεξίας*, Θυμάρι.
- § Tölle, W., (2005). *Ψυχιατρική*, Αθήνα, Παρισιάνου.

### **Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία**

- § Allison, D.B., (1995). *Handbook Of Assessment Methods For Eating Behavior And Weight Related Problems*, London, Sage.
- § Blaw, G. M., Gullotta, T. P., (1996). *Adolescent Dysfunctional Behavior' Causes Interventions And Prevention*, America, Sage.
- § Bruno, F. J., (1993). *Psychological Symptoms*, Canada, John Wiley & Sons.
- § Carson, R. C., Butcher, J. N., Mineka, S., (1998). *Abnormal Psychology And Modern Life*, Usa, Longman.
- § Collins, M.E, (1991). «Body figure perceptions and preferences among pre-adolescent children», *International Journal of Eating Disorders*, 199-208.
- § Dianne, M. Jayne, A., (2007). *Prevalence and Utility of DSM-IV: Eating Disorder, Diagnostic Criteria*.
- § Gordon, R.A, (1990). *Anorexia and Bulimia: Anatomy of a Social Epidemic*, New York, Blackwell.

- § Gustafson-Larson, A.M., & Terry, R.D, (1992). «Weight-related behaviors and concerns of fourth-grade children», *Journal of American Dietetic Association*, 818-822.
- § Haw Kins, P.J., Nestoros, J.N., (1997). *Psychotherapy new perspectives on theory practice and research*, Αθήνα, Ελληνικά γράμματα.
- § Haenen, H. A., Denboer, J. A., Willner, P., (2002). *Biological Psychiatry*, England, John Wiley & Sons.
- § Hoek, H.W, (1995). *The distribution of eating disorders*, In K.D. Brownell & C.G. Fairburn.
- § Hoek, H.W., & Van Hoeken, D. (2003). «Review of the prevalence and incidence of eating disorders», *International Journal of Eating Disorders*, 383-387.
- § Hulmes, D. S., (1997). *Abnormal Psychology*, Usa, Longman.
- § Karin, N., (2007). *Recovery from Adolescent Onset Anorexia Nervosa*, Sweden, Umea.
- § Kaslow, F.W., Magnavita, J.J., (2002). *Comprehensive hand book of psychotherapy*, Canada, John Wiley & Sons INC.
- § Kjelas, E.,Bjornstrom, C.,Gotestam,Gunnar.,(2004). «Prevalence of Eating Disorders in Female and Male Eating Behaviours», *Eating Behavior*,13-16.
- § Lemma, A., (1996). *Introduction to psychopathology*, London, Sage.
- § Martin, J. E., (2000). *Eating disorders' food*, London, Whurr.
- § Meyer, R.G., Osborne, Y.H., (1996). *Case Studies In Abnormal Behavior*, Massachusetts, Allan & Bacon.
- § Oakley, L. D., Potter, C., (1997). *Psychiatric Primary Care*, America, Mosby.
- § Peate, I., Yagam, S. C., (2006). *Caring For Adults With Mental Health Problems*, England, John Wiley & Sons.

- § Palmer, B.,(2000). *Helping people with Eating Disorders*, Willey.
- § Rose, N., (1994). *Essential Psychiatry*, London, Blackwell Science.
- § Schowatter, J. E., Talbott, J. A., Ballenger, J.C., Breier, A., Frances, R.J., Meltzer, H., (1997). *Yearbook Psychiatry And Applied Mental Health*, Usa, Mosby.
- § Sue,D., Sue,D., Sue,S., (1997). *Understanding Abnormal Behavior*, Boston, Houghton Mifflin.
- § Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J. A., (1997). *Psychiatry*, Usa, Saunders Company.
- § Treasure, J., (1997). *Anorexia Nervosa' a survival guide for suffers and those caring for someone with an eating disorder*, England, Wiley.
- § Shisslak, C.M., Crago, M., & Estes, L.S. (1995). «The spectrum of eating disturbances», *International Journal of Eating Disorders*, 209-212.
- § Zmukler, G. S.,Darec, Treasure,J.,(1995). *Handbook of Eating Disorders Theory,Treatment, Research*

### **Ηλεκτρονική Βιβλιογραφία**

- § Ανάσα Στην Καταπολέμηση Των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, (21/1/2010). Ανάκτηση Από Την Ιστοσελίδα <http://www.anasa.com.gr/therapy.htm>.
- § Διαταραχές Στην Πρόσληψη Τροφής, Ανάκτηση Από Την Ιστοσελίδα <http://www.psychologia.gr/disorders.diatartrof.htm>. Ανάκτηση στις 16/1/2010.
- § Κάζης Α. Συμβουλές Από Έναν Κλινικό Διαιτολόγο-Διατροφολόγο Για Την Αντιμετώπιση Της Ψυχογενούς Ανορεξία, (10/8/2008). Ανάκτηση από την

Ιστοσελίδα <http://www.mednutrition.gr/content/view/950/160/>. Ανάκτηση  
Στις 10/1/2010.

§ *Περί ανορεξίας*, (16/7/2010). Ανάκτηση από την ιστοσελίδα  
<http://www.eatingdisorders.gr/content/view/5/26>.

§ Ψυχιατρικό τμήμα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,  
*Ψυχογενής Ανορεξία και Βουλμία*. Ανάκτηση από την ιστοσελίδα  
<http://www.stress.gr/disorder.ph?id=22>. Ανάκτηση στις 16/1/2010.

§ Ο Ρόλος Του Κοινωνικού Λειτουργού Στη Διάγνωση-Θεραπεία.  
Ανάκτηση από την ιστοσελίδα  
<http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/psych> .Ανάκτηση στις  
[16/10/2010](http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/psych).

§ Θρεπτικά Συστατικά Τροφίμων. Ανάκτηση από την ιστοσελίδα  
<http://www.foodgrade.gr/food-science/food-science-articles/53-nutrients>.  
[Ανάκτηση στις 20/2/2011](http://www.foodgrade.gr/food-science/food-science-articles/53-nutrients).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ηλικία.....

Βάρος.....

Φύλο.....

Ύψος.....

Παρακαλώ επιλέξτε μια απάντηση που θεωρείται ότι είναι η πιο ακριβής, μαρκάροντας με ένα (τικ).

1. Τρομοκρατούμε όταν πιστεύω ότι είμαι υπέρβαρο άτομο

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

2. Αποφεύγω να τρώω όταν πεινάω

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

3. Ανακαλύπτω τον εαυτό μου ανήσυχο με το φαγητό

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

4. Συνεχίζεις να τρως δίχως έλεγχο ενώ γνωρίζεις ότι δεν μπορείς να σταματήσεις;

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

5. Τεμαχίζω το φαγητό μου σε μικρά κομμάτια

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

6. Ενημερώνομαι για τις θερμίδες που περιέχει το φαγητό που θα φάω

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

7. Συγκεκριμένα αποφεύγω τροφές που περιέχουν υψηλούς υδατάνθρακες  
(π.χ. ψωμί, ρύζι, πατάτες, κλπ)

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

8. Αισθάνομαι ότι τα άλλα άτομα θα προτιμούσαν να με βλέπουν να τρώω  
περισσότερο

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

9. Έχω την τάση να κάνω εμετό μετά το γεύμα

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

10. Αισθάνομαι υπερβολικά ένοχα μετά το γεύμα

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

11. Κατέχομαι από την επιθυμία να είμαι αδύνατος/η

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

12. Σκάφτεσαι ότι μπορείς να κάψεις θερμίδες όταν γυμνάζεσαι ;

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

13. Άλλοι άνθρωποι με θεωρούν πολύ αδύνατο/η

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

14. Ανησυχώ με τη σκέψη ότι έχω λίπος στο σώμα μου

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

15. Παίρνει περισσότερο χρόνο από τους άλλους να φάω το φαγητό μου

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

16. Αποφεύγω φαγητά που περιέχουν ζάχαρη

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

17. Τρώτε φαγητά διαίτης;

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ



18. Αισθάνεσαι ότι το φαγητό ελέγχει τη ζωή σου;

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

19. Επιδεικνύεις αυτοέλεγχο γύρω από το φαγητό;

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

20. Αισθάνομαι ότι οι άλλοι με πιέζουν για φαγητό

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

21. Δίνω πολύ χρόνο να σκέφτομαι το φαγητό

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

22. Αισθάνομαι άβολα μετά τη κατανάλωση γλυκών

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

23. Δεσμεύομαι να έχω διαιτητική συμπεριφορά

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

24. Μου αρέσει το στομάχι μου να είναι άδειο

Πάντοτε  Συχνά  Σπάνια

Συνήθως  Μερικές φορές  Ποτέ

25.Χρησιμοποιείς καθαρκτικά, χάπια διαίτης ή διουρητικά για να ελέγξεις τη σιλουέτα σου;

Ναι

Όχι

26.Έχεις ποτέ θεραπευτεί για νευρογενής ανορεξία;

Ναι

Όχι

Ευχαριστώ πολύ για τη συμμετοχή σας.

Επιμέλεια: Δρ.Δετοράκης Ι. κ' Βανταράκης Α.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

### Που μπορούν να απευθυνθούν άτομα με ψυχογενή ανορεξία

1. Στη Μονάδα Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ.) της Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, του Νοσοκομείου Παίδων «Π. & Α. Κυριακού». (Διευθυντής: Καθηγητής Δημήτριος Καφετζής, Επιστημονική Υπεύθυνη: Άρτεμις Τσίτσικα, παιδίατρος), που δέχεται παιδιά, εφήβους (11-19ετών), αλλά και νέους φοιτητές. **Διεύθυνση:** Μεσογείων 24, βοσόροφος. **Τηλέφωνο για ραντεβού:** 210-77.10.824 (10.00-14.00). **Η διαδικασία αντιμετώπισης:** Τα παιδιά βλέπει πρώτα ένας εξειδικευμένος παιδίατρος (γίνονται ειδικές εξετάσεις) και επίσης εκτιμώνται από παιδοψυχίατρο και διατροφολόγο. Ο στόχος είναι να μπορέσει το παιδί, πηγαίνοντας στη μονάδα περίπου μία φορά την εβδομάδα, να εκπαιδευτεί στοιχειωδώς ώστε να επιτύχει το στόχο, που είναι να έχει ένα φυσιολογικό βάρος για το ύψος, την ηλικία και το φύλο του, να διορθώσει τις διατροφικές συνήθειες, να αισθανθεί καλύτερα ψυχολογικά και να αποκτήσει καλύτερη εικόνα του σώματος. Παράλληλα, οι γονείς ακολουθούν ένα ειδικό πρόγραμμα οικογένειας. Επίσης, στη Μ.Ε.Υ. γίνεται εκπαίδευση για την εφηβική ιατρική, αλλά και για τις διατροφικές διαταραχές σε νέους ειδικευόμενους γιατρούς και φοιτητές.

2. Κέντρο Εφήβων της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία», που δέχεται παιδιά από 11-12 έως 18-19ετών. **Διεύθυνση:** Θηβών 3 και Μικράς Ασίας, Γουδί. **Τηλέφωνα για ραντεβού:** 210-77.95.762, 210-74.67.454. **Η διαδικασία αντιμετώπισης:** Στην αρχή γίνεται έλεγχος από τον παιδίατρο και αξιολόγηση από τον ψυχολόγο, ενώ σχεδιάζεται και ένα θεραπευτικό πλάνο με στόχο να φτάσει το παιδί στο επιθυμητό βάρος. Το παιδί συναντά περίπου μία φορά την

εβδομάδα τον ψυχοθεραπευτή για την απαραίτητη ψυχοθεραπεία, αλλά και τους υπόλοιπους ειδικούς για να αξιολογούν την πορεία της υγείας του και να το κατευθύνουν. Επίσης, υπάρχει και πρόγραμμα υποστήριξης και ενημέρωσης των οικογενειών των παιδιών που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα.

3. Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική στο Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», που δέχεται παιδιά και εφήβους (από περιοχές της Αθήνας και της επαρχίας που καλύπτει το τμήμα) μέχρι 14 ετών στο νοσοκομείο και μέχρι 18 σε παράρτημα της κλινικής. **Διεύθυνση:** Θηβών 3 και Μικράς Ασίας, Γουδί. **Τηλέφωνο για ραντεβού:** 210-77.57.496 (καθημερινά 09.30-13.30). **Η διαδικασία αντιμετώπισης:** Αφού ληφθούν τηλεφωνικά ή στη διάρκεια μιας πρώτης επίσκεψης κάποια στοιχεία, δίνεται ένα ραντεβού στην οικογένεια για να αξιολογηθεί το παιδί ή ο έφηβος. Στη συνέχεια, αν χρειάζεται νοσηλεία (και εφόσον υπάρχει διαθέσιμο κρεβάτι), εισάγεται στη Μονάδα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας της Κλινικής (ή, αν πρόκειται για επείγον περιστατικό, σε κάποια άλλη κλινική του νοσοκομείου). Σε διαφορετική περίπτωση, το παιδί ή ο έφηβος παρακολουθείται στα εξωτερικά ιατρεία, σε συχνότητα που καθορίζεται από τις ανάγκες του. Παράλληλα, και σε κάθε περίπτωση, είναι απαραίτητη και η συνεργασία με τους γονείς.

4. Μονάδα Διαταραχών Διατροφής στο «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο. Πρόκειται για ένα εξωτερικό ιατρείο που δέχεται ενηλίκους που υποφέρουν από κάποια διατροφική διαταραχή. **Διεύθυνση:** Βασιλίσσης Σοφίας 72, Αθήνα. **Τηλέφωνο για ραντεβού:** 210-72.89.250, κάθε Τετάρτη 9.00-1.00 (κ. Λεμπέση). **Η διαδικασία αντιμετώπισης:** Στο τηλέφωνο γίνεται η πρώτη επαφή με τον άνθρωπο που έχει το πρόβλημα, ώστε να κριθεί αν πληροί τις προϋποθέσεις για να αντιμετωπιστεί στα εξωτερικά ιατρεία του «Αιγινήτειου» Νοσοκομείου. Στη συνέχεια, κλείνεται ένα πρώτο ραντεβού και ο θεραπευόμενος ξεκινάει

ψυχοθεραπεία μία φορά την εβδομάδα περίπου (κατά μέσο όρο εξετάζονται 30 άτομα το χρόνο και συνεχίζουν να κάνουν θεραπεία για περίπου 1-2 χρόνια). Επίσης, στα εξωτερικά ιατρεία του «Αιγινήτειου» Νοσοκομείου υπάρχει η δυνατότητα, για τις οικογένειες των ασθενών, να ακολουθήσουν ειδική υποστηρικτική θεραπεία. Η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία του «Αιγινήτειου» Νοσοκομείου, όπου νοσηλεύονται (για 6 μήνες κατά μέσο όρο) ενήλικα άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχογενή ανορεξία και επιθυμούν να νοσηλευτούν για να ακολουθήσουν πρόγραμμα εντατικής ψυχοθεραπείας και επανασίτισης. Αυτών των ανθρώπων, όμως, δεν θα πρέπει να κινδυνεύει άμεσα η ζωή τους, γιατί σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει πρώτα να μπου σε ένα γενικό νοσοκομείο, να υποστηριχτούν «παθολογικά» και όταν σταθεροποιηθεί η κατάστασή τους, να μεταφερθούν αν το επιθυμούν στο «Αιγινήτειο».

5. Μονάδα Οικογενειακής Θεραπείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. (Διευθυντής: Φώτης Κωτσίδας, ψυχίατρος-ψυχοθεραπευτής), που δέχεται ανθρώπους κάθε ηλικίας (εφήβους και ενηλίκους). **Διεύθυνση:** Ελλανίκου3, Παγκράτι. **Τηλέφωνο για ραντεβού:** 21072.32.213. **Η διαδικασία αντιμετώπισης:** Στη μονάδα γίνονται συνεδρίες ψυχοθεραπείας (ατομικές ή οικογενειακές, ανάλογα με τις ανάγκες του θεραπευόμενου) περίπου μία φορά την εβδομάδα.

6. Μη κερδοσκοπική εταιρεία καταπολέμησης διατροφικών διαταραχών «Ανάσα». **Διεύθυνση:** Λεωφόρος Συγγρού 36-38, Τ.Κ. 117-42 Αθήνα. **Τηλέφωνο:** 210-92.34.904, [email: anasa2007@mail.gr](mailto:anasa2007@mail.gr), [site: www.anasa.gr](http://www.anasa.gr). Εκεί δίνονται συμβουλές και οδηγίες για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών.



