

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ



ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΠΙΜΕΛΗΘΗΚΑΝ ΟΙ:

ΣΤΡΑΒΑΚΟΥ ΜΑΡΙΑ &
ΣΥΜΠΙΚΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

Κος ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ

ΠΑΤΡΑ, 2005

Πρόλογος
Εισαγωγή

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

- 1.1 ορισμός και μορφές ψυχογενούς ανορεξίας
- 1.2 ιστορική αναδρομή
- 1.2 επιδημιολογία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

- 2.1 γενετικοί παράγοντες
- 2.2 βιοχημικοί παράγοντες
- 2.3 προσωπικότητα και ψυχοδυναμικοί παράγοντες
- 2.4 οικογενειακοί παράγοντες
- 2.5 γεγονότα ζωής
- 2.6 κουλτούρα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- 3.1 η συμπτωματική τριάδα του Lasegue
- 3.2 διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς ανορεξίας κατά DSM – IV
- 3.3 διαφορική διάγνωση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

- 4.1 τα παθολογικά σημεία και ευρήματα
- 4.2 συμπτωματολογία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- 5.1 ενδοноσοκομειακή νοσηλεία
- 5.2 ψυχοθεραπεία
- 5.3 φαρμακευτική αντιμετώπιση
- 5.4 συστηματική θεραπεία οικογένειας
- 5.5 συνδιασμός θεραπειών
- 5.6 αποθεραπεία στη νευρική ανορεξία
- 5.7 παράγοντες αποκατάστασης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

- 6.1 ψυχογενής ανορεξία στις γυναίκες
- 6.2 ψυχογενής ανορεξία στους άνδρες
- 6.3 ψυχογενής ανορεξία στα παιδιά
- 6.4 ψυχογενής ανορεξία στα βρέφη
- 6.5 ψυχογενής ανορεξία στους ηλικιωμένους

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 – ΠΡΟΓΝΩΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

- 8.1 η δίαιτα των ασθενών
- 8.2 νοσηλεία
- 8.3 νοσηλευτική διεργασία

Β΄ ΜΕΡΟΣ**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 INTERNET ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

- 1.1 νοσηλευτική πληροφορική
 - 1.1.1 ιστορική αναδρομή
- 1.2 σύντομη εισαγωγή στι internet
 - 1.2.1 πως ξεκίνησε το internet
 - 1.2.2 η εξέλιξη του internet
- 1.3 υπηρεσίες που προσφέρει το internet
- 1.4 internet και επαγγελματα υγείας
 - 1.4.1 internet και ιατρική
- 1.5 λήψη ιατρικών συμβουλών
- 1.6 βιοπληροφορική – μια νέα επιστήμη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

- 2.1 δεοντολογικές προσεγγίσεις της νοσηλευτικής
- 2.2 νοσηλευτικοί κώδικες ηθικά διλήμματα

Γ΄ ΜΕΡΟΣ**ΟΙ ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ****ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΔΙΕΘΝΗΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΜΑΤΡΥΡΙΕΣ
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – ΕΙΚΟΝΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Επίλογος

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναλύσει την ασθένεια της ψυχογενούς ανορεξίας τόσο στις έφηβες κοπέλες όσο και στις ενήλικες γυναίκες αλλά και στους άνδρες των οποίων ο αριθμός προσβολής από την ασθένεια αυξάνεται με αλματώδεις ρυθμούς.

Εκεί όμως που θα επικεντρώσουμε την προσοχή μας είναι στην συμβολή του internet στην διάγνωση, την κατανόηση των συμπτωμάτων και την θεραπεία της ανορεξίας.

Η νευρική ανορεξία ή πιο σωστά η «νευρωτική ανορεξία» είναι μια ψυχική νόσος. Στόχος μας λοιπόν είναι η παρουσίαση του ορισμού, της διάγνωσης, των αιτίων και της θεραπείας της αλλά και των ερευνών και του τρόπου, όπου κάποιος μπορεί να ενημερωθεί για αυτήν μέσω διαδικτύου.

Το internet αποτελεί το πιο σύγχρονο μέσο πληροφόρησης και όπως είναι λογικό εκατομμύρια άνθρωποι στον πλανήτη έχουν πρόσβαση σε αυτό. Ανάμεσα σε αυτούς άνθρωποι που έχουν νοσήσει, νοσούν, νομίζουν ότι νοσούν ή γενικότερα θέλουν να ενημερωθούν για την ψυχογενή ανορεξία για τους ίδιους ή για να βοηθήσουν άλλους συνανθρώπους τους ή απλά να ενημερωθούν.

Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια ασθένεια η οποία μπορεί να οδηγήσει ως τον θάνατο και προσβάλλει κυρίως νέες και νεούς, ενώ η προκατάληψη που δοιμοιουργείται γύρω από αυτή λόγω του ότι είναι μια ψυχική νόσος, είναι μεγάλη. Η πληροφόρηση λοιπόν του πληθυσμού για αυτήν είναι πάρα πολύ σημαντική.

Η εργασία μας λοιπόν απευθύνεται σε όσους θέλουν να ενημερωθούν και είναι μια απόπειρα ενασχόλησης με τον άνθρωπο ψυχοσωματικά. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας καθοδήγησαν και βοήθησαν ώστε να συλλεγούν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες, ώστε να τυπωθεί αυτή η εργασία και να τυπωθεί.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

H

Νευρική Ανορεξία χαρακτηρίζεται από εκούσια και αυτοεπιβαλλόμενη αποχή πρόληψης τροφής, που οφείλεται σε μία ανυποχώρητη επιδίωξη απώλειας βάρους και σε ένα φόβο πάχυνσης, τα οποία οδηγούν σε απίσχνανση.

Χαρακτηρίζεται από έντονη και σοβαρή διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος του ίδιου του ατόμου και από ανυποχώρητη επιδίωξη της λεπτότητας του. Η βασική αυτή διαταραχή, που θα μπορούσε να γίνει κατανοητή ως «παράλογος φόβος του πάχους», οδηγεί το άτομο σε σκόπιμα αυτοεπιβαλλόμενο περιορισμό στην πρόληψη τροφής και επιλογή των τροφών σε ποσότητα και ποιότητα, ώστε να οδηγείται σε απώλεια βάρους και απίσχνανση, η οποία προοδευτικά μπορεί να φθάσει σε κατάσταση λιμοκτονίας. Η διαταραχή αυτή έχει αναγνωριστεί εδώ και πολλές δεκαετίες και έχει περιγραφεί σε διάφορα πρόσωπα με μια εντυπωσιακή ομοιομορφία στην εμφάνισή της. Είναι πολύ περισσότερο συχνή στις γυναίκες παρά στους άνδρες και συνήθως η έναρξη της γίνεται στην εφηβεία. Οι υποθέσεις για τις υποκειμενικές ψυχολογικές διαταραχές σε νεαρές κοπέλες περιλαμβάνουν συγκρούσεις ενδοψυχικές, που σχετίζονται με τη μετάβαση του κοριτσιού προς την ενηλικίωση.

Η αυτοεκτίμηση του ατόμου επηρεάζεται πάρα πολύ από τις αυξομειώσεις του βάρους. Μόλις το βάρος αυξηθεί έστω και ελάχιστα το άτομο αισθάνεται ότι δεν αξίζει, συναίσθημα που του δημιουργεί έντονη δυσφορία. Ταυτόχρονα δεν γίνεται αντιληπτός ο κίνδυνος για την υγεία που υπάρχει λόγω του χαμηλού βάρους σώματος. Ένα άλλο σύμπτωμα που μπορεί να εμφανισθεί είναι η μη εμφάνιση της περιόδου (αμηνόρροια) σε έφηβους, ή η διακοπή της σε ενήλικες. Ορισμένες φορές οι περίοδοι άρνησης λήψης τροφής διακόπτονται από επεισόδια υπερφαγίας, δηλαδή το άτομο τρώει ακατάπαυστα και ανεξέλεγκτα μέσα σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Σύμφωνα με τον A.Crisp (1997) η ονομασία της, Νευρικής Ανορεξία, είναι παραπλανητική, καθόσον δεν πρόκειται για διαταραχή που αφορά πρωταρχικά τη διατροφή, δηλαδή διαταραχή του μεταβολισμού των τροφών, ούτε πρόκειται για ιδιοτροπία των ανθρώπων που θέλουν να είναι λεπτόσωμοι. Αντιθέτως, αποτελεί σοβαρή ψυχοπαθολογική κατάσταση, όπου η αιτία αποτελεί το σύμπτωμα, που οφείλεται σε υποκειμενικές ψυχολογικές και συναισθηματικές δυσκολίες. Εκφράζει δηλαδή ασυνείδητα, έναν τρόπο αντιμετώπισης της ζωής που υιοθετεί το άτομο όταν βρίσκεται μπροστά σε προβλήματα που φαίνονται δύσκολα και δυσεπίλυτα και για τα οποία δε διαθέτει επαρκή προετοιμασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ορισμός και Μορφές

Ο ορισμός της ψυχογενούς ανορεξίας έχει διατυπωθεί από πολλούς χωρίς ουσιαστικές και ποικίλες διαφορές. Παρακάτω θα αναφερθούμε σε απόψεις συγκεκριμένων επιστημόνων για τον όρο και την έννοια της ψυχογενούς ανορεξίας.

Ο ορισμός της Ελευθερίας Βάρσου αναφέρει ότι η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από έντονη και σοβαρή διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος του ίδιου του ατόμου και από ανυποχώρητη επιδίωξη της λεπτότητάς του.

Σύμφωνα με τον καθηγητή πανεπιστημίου Χρήστο Καμίση ο όρος ψυχογενής ή νευρογενής ανορεξία (*anorexia nervosa*) χαρακτηρίζεται από άρνηση λήψης τροφής, καχεξία, ωχρότητα, υποθερμία και συχνά αμηνόρροια ενώ η δραστηριότητα του ασθενούς είναι πλήρης.

Οι Harold J. Kaplan, MD/Benjamin J. Jado, MD και Jack A Grebb, MD στο βιβλίο τους αναφέρουν ότι η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από βαριά διαταραχή της εικόνας που σχηματίζει ο ασθενής για το σώμα του και αδιάκοπη αναζήτηση της ισχύτητας, μέχρι σημείου λιμοκτονίας.

Η M. Selvini ερειδόμενη στις ψυχαναλυτικές θεωρίες της M. Klein εκλαμβάνει την Ψυχογενή Ανορεξία ως μια αμυντική διεργασία ισορροπίας ανάμεσα στη σχιζοπαρanoiική θέση και στη καταθλιπτική θέση, υπογραμμίζει τον διασχιστικό χαρακτήρα της (γενεσιουργό μιας ενδοπροσωπικής παρanoiικής διαταραχής) και τελικά την θεωρεί ως μια μονό-συμπτωματική ψύχωση.

Ο ψυχολόγος Νικόλαος Δοίρανλης δίνει τον εξής ορισμό: «Ψυχογενής ανορεξία: η άνευ όρων αναζήτηση της κομψότητας και μια αυστηρή προσπάθεια διατήρησης ελέγχου όσων αφορά τα τρόφιμα που καταναλώνονται»

Τέλος, ο Νίκος Μάνου τονίζει ότι:

«Η ψυχογενής ανορεξία (ή νευρογενής ανορεξία – *anorexia nervosa*) είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης αστίας στο οποίο το άτομο με τη θέλησή του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ. Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος, έντονος φόβος του ατόμου μήπως γίνει παχύ, διαταραχή στη σωματική εικόνα, σημαντική απώλεια βάρους, και αμηνόρροια στις γυναίκες»

Η ψυχογενής ανορεξία εκδηλώνεται με δύο διαφορετικούς τύπους:

A) Ανορεξία στερητικού τύπου (restricting type):

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

B) Ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου (binge eating type):

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

1.2. Ιστορική Αναδρομή

Αν και πρώτη φορά αναφορά ψυχογενούς ανορεξίας και μάλιστα, περιοριστικού τύπου, θα μπορούσε να αποτελεί η πριγκήπισσα Μαργαρίτα της ουγγαρίας, που έζησε όλη της τη ζωή ακολουθώντας αυστηρή νηστεία (1242-1271).

Ο γενοβέζος ιατροφιλόσοφος Simone Porta, το 1500 (μισή ακριβώς χιλιετία πριν τις μέρες μας!) περιέγραψε για πρώτη φορά περιστατικό ψυχογενούς ανορεξίας, με την έννοια που δίνουμε σήμερα δίνουμε στη νόσο, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ικανά στοιχεία της συμπτωματολογίας της, δεν ανευρίσκει κανείς και στους αρχαίους έλληνες και Λατίνους συγγραφείς, ακόμη και στην «Ιπποκρατική Συλλογή».

Ο άγγλος ιατρός R, Morton, το 1689, στο περί Φθίσεως δίτομο πόνημά του, μελετώντας δυο ανορεκτικούς (ένα κορίτσι και ένα αγόρι), ήταν εκείνος που κατέστησε τελεσίδικα την Ψυχογενή Ανορεξία αυτόνομη νοσολογική οντότητα, με τον τρόπο ακριβώς που την εννοούμε σήμερα, προσδίδοντας της την ονομασία «Phtisi Nervosa». Ενώ το 1689 δημοσίευσε άρθρο που περιελάμβανε την πρώτη αναφορά Ψυχογενούς Ανορεξίας σε άνδρα, που επισυμβαίνει σε αναλογία ένα προς είκοσι σε σχέση με τη γυναικεία και που ακριβώς εξαιτίας της σπανιότητάς της δεν έτυχε προσοχής αν όχι και αποδοχής παρά μόνο στον αιώνα μας.

Τον 19^ο πια αιώνα, ο Dr. Loyiw-Victor Marce από το Παρίσι, περιέγραψε πολλές περιπτώσεις νεαρών κοριτσιών που στην περίοδο της εφηβείας, άρχισαν να εμφανίζουν όλα εκείνα τα συμπτώματα, που στο σύνολό τους αποτελούν την συγκεκριμένη νοσολογική οντότητα.

Το 1873, δυο περιώνυμοι για την εποχή τους ιατροί, ο αγγλος Sir William Gull και ο γάλλος Ernest Charlew Lasegye, κατέγραψαν πλήρως σε – ανεξάρτητες τη μια από την άλλη – δημοσίευση τους, την και σήμερα ισχύουσα συμπτωματολογία της νόσου και ο μιν πρώτος τη βάφτισε ‘Arepisia Histerica’ ο δε δεύτερος ‘Histerical Anorexia’. Ο όρος ψυχογενής ανορεξία (Anorexia Nervosa) επινοήθηκε από τον Huchard το 1883 και ισχύει μέχρι σήμερα.

1.3 Επιδημιολογία

Eνα από τα σημαντικότερα προβλήματα στην μελέτη της επιδημιολογίας των διαταραχών λήψης τροφής, είναι η αλλαγή που έγινε στα διαγνωστικά τους κριτήρια στα τέλη της δεκαετίας του `60. Οι μελέτες στο σύνολό τους, ωστόσο, αποδεικνύουν πως σημειώθηκε αύξηση στην επίπτωση τόσο της ψυχογενούς ανορεξίας, όσο και της ψυχογενούς βουλιμίας, στα τελευταία 50 χρόνια.

Ειδικά για την ψυχογενή ανορεξία, παρουσιάστηκε σταδιακή αύξηση της επίπτωσης της, την περίοδο από το 1931 έως το 1986, σύμφωνα με στοιχεία που ελήφθησαν από τα εθνικά συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών. Για παράδειγμα, μια μελέτη που έγινε στην βορειοανατολική Σκωτία, έδειξε πως μεταξύ του 1965 και του 1991, σημειώθηκε αύξηση κατά έξι φορές.

Η ψυχογενής ανορεξία φαίνεται ότι καθίσταται συχνότερη κατά τις τελευταίες δεκαετίες σε σύγκριση με παλαιότερες, με αυξανόμενες τις αναφορές σε κορίτσια της προεφηβικής ηλικίας και σε άρρενες. Η συνηθέστερη ηλικία έναρξης της νόσου είναι 16-18 ετών, αν και ένα ποσοστό ανορεκτικών εμφανίζουν την έναρξη της νόσου μετά τα 20 έτη. Η ψυχογενή ανορεξία εκτιμάται ότι παρουσιάζεται σήμερα στο 0,5-1% των εφήβων κοριτσιών. Συμβαίνει 10-20 φορές συχνότερα σε γυναίκες παρά σε άνδρες. Οι άτυπες μορφές ανορεκτικών συμπεριφορών, που δεν πληρούν ωστόσο τα κριτήρια για τη διάγνωση, εκτιμάται ότι φθάνουν το 5%. Επίσης παρατηρείται μεγάλη διαφορά στην επικράτηση της νόσου, ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες. Οι έρευνες δείχνουν πως οι διαταραχές λήψης τροφής είναι σπάνια στους άνδρες και μάλιστα η αναλογία των νόσων μεταξύ των δύο φύλων κυμαίνεται από 1:7 έως 1:20.

Επίσης, εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε νεαρές κοπέλες που ασχολούνται με επαγγέλματα που απαιτούν λεπτά σώματα, όπως είναι τα μοντέλα, οι χορεύτριες μπαλέτου, οι αθλήτριες ορισμένων αθλημάτων. Δυστυχώς η ανορεξία δεν είναι ένα φαινόμενο με ιδιαίτερη έξαρση μόνο στους κύκλους των ανθρώπων του θεάματος και της μόδας, οι οποίοι έχουν έναν επιπλέον λόγο να ενδιαφέρονται για την εμφάνισή τους. Πρόκειται για σοβαρή ψυχογενή ασθένεια – ο επιστημονικός όρος είναι anorexia nervosa – η οποία μαζί με άλλες διατροφικές ανωμαλίες πλήττει διεθνώς το 4% των νεαρών κοριτσιών ηλικίας από 13-20 χρόνων, ποσοστό που στα αγόρια της ίδιας ηλικίας πέφτει στο 1% ενώ πάνω από το 6% των περιπτώσεων καταλήγει στο

θάνατο. Το πρόβλημα εμφανίζεται συνήθως κατά την εφηβεία, όπου η εμφάνιση αρχίζει να παίζει σημαντικό ρόλο λόγω του ενδιαφέροντος για το αντίθετο φύλο. Εύκολα όμως μπορεί να διολισθήσει σε ψυχωτικό άγχος για το σωματικό βάρος, γεγονός που οδηγεί στη δημιουργία διαστρεβλωμένης εικόνας του σώματός μας, σε μείωση της αυτοεκτίμησης και στην καταφυγή σε ακραία μέσα αδυνατίσματος που συνοδεύονται με εξαντλητική σωματική άσκηση.¹⁶

Παρατηρούμε επίσης πως υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα στην πραγματική επικράτηση στο μαθητικό και φοιτητικό πληθυσμό και στην επικράτηση της νόσου, όπως αυτή καταγράφεται από τη χρήση ψυχιατρικών υπηρεσιών. Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι πως τα άτομα ηλικίας 14-24 ετών, που αποτελούν την ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση της διαταραχής αυτής, αποφεύγουν την χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, λόγω άγνοιας ή φόβου.

Μεταξύ 15 και 25 τοις εκατό των ασθενών ψυχογενή ανορεξία και κυρίως εκείνες που η συμπεριφορά τους στο φαγητό περιλαμβάνει κρίσεις βουλιμίας, αυτοπροκαλούμενο έμετο και καθαρτικά, εξακολουθούν να έχουν κατά διαστήματα κρίσεις βουλιμίας, και μπορεί να χρειασθούν βοήθεια για να τις ξεπεράσουν.

Ένα άλλο 10 με 20 τοις εκατό των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία εξακολουθούν να πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία και χρειάζονται θεραπεία κατά διαστήματα για πολλά χρόνια. Οι δύο τελευταίες ομάδες ασθενών χρειάζονται την υποστήριξη και τις συμβουλές ενός θεραπευτή κατά διαστήματα για αρκετά χρόνια μετά από επανασίτιση, επειδή τα στρες της ζωής και της ανάπτυξης μπορεί να προκαλέσουν μία υποτροπή.

Θα πρέπει πάντως να επισημανθεί ότι η εξάπλωση της ψυχογενούς ανορεξίας στις βιομηχανικές χώρες κινήθηκε τα τελευταία πενήντα χρόνια με ρυθμούς μιας υπεράνω κάθε πρόβλεψης κατακλυσμικής 'επιδημίας'. Με βάση τις υπάρχουσες πιο πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες εκτιμάται ότι, στις δυτικές πάντοτε κοινωνίες, το 0,5% του γυναικείου πληθυσμού αναμένεται κάποια στιγμή να παρουσιάσει ψυχογενούς ανορεξίας, ενώ το 20%-40%, ανάλογα με τους ερευνητές, των εφήβων, εμφανίζει κάποιου είδους παθολογική συμπεριφορά απέναντι στη διατροφή, η οποία εκτείνεται από μια ιδεοψυχαναγκαστικού τύπου ενασχόληση με αυτήν, μέχρι την προσφυγή σε αυτοπροσκαλούμενους εμέτους ή και την κατάχρηση καθαρτικών φαρμάκων με στόχο την βίαιη απώλεια βάρους.

Αξιοσημείωτο είναι ότι οι παραπάνω αναφερόμενες παθολογικού τύπου διατροφικές συμπεριφορές παρουσιάζουν μια τάση εκκίνησης από ολοένα μικρότερες ηλικίες (η ηλικία έναρξης τους από το 13^ο με 15^ο έτος κατά τη δεκαετία του 70, έχει ολισθήσει στις μέρες μας στο 10^ο με 12ο) πράγμα που τις καθιστά ακόμη πιο επικίνδυνες για την πρόκληση σοβαρών βιολογικών διαταραχών. Από τους ασχολούμενους με τις διατροφικές διαταραχές στη χώρα μας εκτιμάται ότι, παρά την ανυπαρξία ακόμη μιας συστηματικής επιδημιολογικής μελέτης, όλα τα προαναφερθέντα ποσοστά δεν υφίστανται της ελληνικής πραγματικότητας.

∅ Ηλικία έναρξης και ψυχολογικοί προδιαθεσιακοί παράγοντες

α ανορεκτικά άτομα είναι σχεδόν αποκλειστικά γυναίκες (95%).

ΤΥπολογίζεται ότι 1 στους 250 γυναίκες μεταξύ 12 και 18 ετών μπορεί να εμφανίσει τη διαταραχή. Η ηλικία έναρξης είναι επομένως η εφηβική ηλικία αν και η διαταραχή μπορεί να εμφανισθεί και στη νεαρή ενήλικη ζωή μέχρι τα 30 -σπανιότερα όμως.

∅ Η ψυχογενής ανορεξία είναι δυνητικά θανατηφόρα νόσος:

Η θνησιμότητα κυμαίνεται μεταξύ 5% και 18%. Γι' αυτό και συχνά η νοσηλεία και η υποχρεωτική σίτιση (συχνά με ρινογαστρικό καθετήρα ή παρεντερικά) είναι απαραίτητα για τη σωτηρία του ανορεκτικού ατόμου.¹¹

Ο θάνατος από ψυχογενή ανορεξία γίνεται πρωτοσέλιδο στις εφημερίδες, ιδίως αν το θύμα είναι μία διασημότητα όπως η Κάρεν Κάρπεντερ. Αλλά λιγότερο από 5 τοις εκατό των ασθενών πεθαίνουν από τις επιπτώσεις της αρρώστιας. Σε βραχυπρόθεσμες έρευνες, κυρίως σε γυναίκες εφηβικής ηλικίας, το ποσοστό θνησιμότητας είναι περίπου 2 τοις εκατό. Μακροπρόθεσμες έρευνες που περιλαμβάνουν το 20 τοις εκατό των ατόμων με χρόνια ψυχογενή ανορεξία, δείχνουν ότι 9 τοις εκατό αυτών των ασθενών θα πεθάνουν σε διάστημα ετών. πάντως με μεγαλύτερη επίγνωση της κοινότητας σχετικά με την ψυχογενή ανορεξία ώστε τα θύματα να ζητάνε βοήθεια νωρίτερα κατά τη διάρκεια της αρρώστιας τους, και περισσότερους γιατρούς εκπαιδευμένους στην αντιμετώπιση της αρρώστιας το ποσοστό θνησιμότητας είναι πιθανό να μειωθεί κατά την επόμενη δεκαετία.¹⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Γενετικοί παράγοντες

Ε

εκίνησε τις τελευταίες δεκαετίες μια προσπάθεια για συστηματική διερεύνηση του ρόλου των γενετικών συντελεστών στην αιτιοπαθογένεια της νευρικής ανορεξίας. Η προσπάθεια αυτή βασίζεται σε μελέτες που έγιναν και γίνονται σε οικογένειες ασθενών και μαρτύρων, αλλά και στην ανεύρεση συμφωνίας, ανάμεσα σε ζεύγη διδύμων και στον συνδυασμό τους, με τα νεότερα δεδομένα από τον χώρο της μοριακής βιολογίας.

Ωστόσο, οι περισσότεροι από τους συγγραφείς, ενώ δέχονται την ύπαρξη της γενετικής προδιάθεσης στην εμφάνιση της νόσου συμπληρώνουν πως για να εμφανιστεί αυτή, θα πρέπει να εμπλέκονται και άλλοι παράγοντες, που αθροιστικά θα πυροδοτήσουν την έναρξη της νόσου. Στους παράγοντες αυτούς συγκαταλέγονται ο τύπος προσωπικότητας του ασθενούς, η παρουσία ψυχιατρικής διαταραχής και κυρίως, συναισθηματικής διαταραχής και υποθαλαμική δυσλειτουργία.

Σε μια από τις μεγαλύτερες οικογενειακές μελέτες που έγινε από τον Strober et al το 1990, όπου εξετάστηκαν 387 α΄ βαθμού συγγενείς ανορεκτικών, ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου βρέθηκε να είναι αυξημένος κατά 4%.

Οι μελέτες όμως, που θεωρούνται ότι μπορούν να δείξουν πιο καλά την συσχέτιση ανάμεσα στην εμφάνιση μιας νόσου και την πιθανή κληρονομικότητα, είναι εκείνες που γίνονται σε ζευγάρια διδύμων, μονοζυγωτών(MZ) και διζυγωτικών (ΔΖ).Εάν διαπιστωθεί πως η εκδήλωση μιας ψυχοπαθολογικής διαταραχής είναι πιο συχνή στους μονογενείς διδύμους, όπου το γενετικό υλικό είναι πανομοιότυπο, τότε υπάρχει ισχυρή συμμετοχή γενετικών παραγόντων.

Μια μεγάλη μελέτη που έγινε από τους Treasure και Holland το 1989, περιελάμβανε γυναίκες διδύμους (31 ζεύγη MZ και 28 ζεύγη ΔΖ), από τις οποίες το ένα μέλος να έχει διάγνωση με Δ.Λ.Τ. Διαπιστώθηκε πως για την ψυχογενή ανορεξία, υπήρχε υψηλότερος βαθμός συμφωνίας στην εκδήλωση της στους MZ διδύμους (66%), σε σχέση με τους διζυγωτικούς (0%).

Σχεδόν σε όλες τις έρευνες και με πολύ μικρές εξαιρέσεις, διαπιστώνεται πως η συμβολή των γενετικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια και στην εμφάνιση των διαταραχών λήψης τροφής είναι αδιαμφισβήτητη, καθώς οι MZ δίδυμοι εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας σε σχέση με τους ΔΖ, στην ανορεξία. Ωστόσο, η μη συμμετοχή του γενετικού υλικού κατά 100% συνηγορεί στο ότι και άλλοι παράγοντες, περιβαλλοντικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικοί παίζουν πολύ μεγάλο ρόλο στην εκδήλωση των νόσων.

2.2 Βιοχημικοί παράγοντες

Mε έρευνες διαπιστώθηκε, πως αρκετοί ανορεκτικοί ασθενείς με μειωμένο βάρος, εμφανίζουν επίσης, υψηλά επίπεδα του νευροπεπτιδίου Υ (NPY). Υψηλά παραμένουν τα ποσοστά του NPY, ακόμα και μετά την ανάκτηση του φυσιολογικού σωματικού βάρους, ενώ γίνονται φυσιολογικά με την επανεμφάνιση ης έμμηνου ρύσης, γεγονός που οδηγεί στην σκέψη ότι το συγκεκριμένο πεπτίδιο μπορεί να εμπλέκεται στην παθογένεση της αμηνόρροιας. Η μειωμένη λήψη τροφής στους ανορεκτικούς οδηγεί στην αύξηση του NPY, που ομοιοστατικά προσπαθεί να επαναφέρει την συμπεριφορά λήψης τροφής, στα φυσιολογικά επίπεδα, χωρίς όμως να τα καταφέρνει.

Στην έρευνα της Kaye (1992), βρέθηκε πως χαμηλού βάρους ανορεκτικοί ασθενείς εμφάνιζαν στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, πολύ χαμηλά ποσοστά β-ενδορφίνης, ενώ η δυνοφρίνη βρισκόταν σε φυσιολογικά επίπεδα, σε όλα τα στάδια της ανορεξίας.

Δύο ακόμα νευροπεπτίδια, που όπως φαίνεται η παρουσία τους έχει σημασία, είναι η αντιδιουρητική ορμόνη (ADH) ή βασοπρεσίνη και η ωκυτοκίνη (ΟΧΤ). Η περιφερική δράση της βασοπρεσίνης συνίσταται στην επαναρρόφηση του νερού, στους νεφρούς. Στην ψυχογενή ανορεξία έχει διαπιστωθεί εδώ και 20 χρόνια, πως υπάρχει διαταραχή στην ικανότητα συγκέντρωσης των ούρων, που υποδηλώνει πως υπάρχει κάποια ανωμαλία στην έκκριση της ADH, ενώ μεταγενέστερες μελέτες έδειξαν πως υπάρχουν αυξημένα επίπεδα της ορμόνης στο πλάσμα.

Η απίσχναση συνδέεται άμεσα με την ελάττωση της λήψης τροφής και των θερμίδων, που συνεπάγεται η ανορεξία. Ο περιορισμός των θερμίδων, ειδικά όταν αυξάνουν οι ενεργειακές ανάγκες (κινητική υπερδραστηριότητα), επιβάλλει να χρησιμοποιηθούν τα ενεργειακά αποθέματα του οργανισμού, δηλαδή εγκαθιστά μια κατάσταση καταβολισμού (ουσιαστικά πρόκειται για λιπόλυση, γι' αυτό παρατηρείται αύξηση των ελευθέρων λιπαρών οξέων (AGL) της γλυκερόλης και των κετονικών σωμάτων). Ο μεταβολισμός ρυθμίζεται από τις ορμόνες που εκκρίνει το πάγκρεας και πιο συγκεκριμένα τα νησίδια του Langerhans. Οι ορμόνες αυτές κατά τη διάρκεια της κατάστασης του καταβολισμού, διαταράσσονται. Η ινσουλίνη ελαττώνεται στην ψυχογενή ανορεξία, ενώ το γλυκογόνο είναι μέτρια αυξημένο.

Δευτερογενείς διαταραχές, λόγω της καταβολικής κατάστασης, στην οποία βρίσκεται ο ανορεκτικός, αποτελούν τα μειωμένα ποσοστά των ορμονών του θυρεοειδούς αδένου. Έρευνες έδειξαν πως σε ανορεκτικούς ασθενείς με μειωμένο σωματικό βάρος τα επίπεδα της T_4 βρίσκονται στο κατώτατο φυσιολογικό όριο, ενώ της T_3 είναι πολύ χαμηλά. Μειωμένη είναι η απάντηση της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης TSH. Όταν τα βάρος επανέρχεται στο φυσιολογικό, οι ασθενείς εμφανίζουν σημαντική αύξηση των επιπέδων των T_3 , T_4 και TSH.

Υψηλά επίπεδα αυξητικής ορμόνης (GH) έχουν διαπιστωθεί στους μισούς περίπου από τους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, που βρίσκονται σε στάδιο απίσχνανσης, ενώ τα επίπεδα της φθάνουν στα φυσιολογικά όρια με την σταδιακή αύξηση της λήψης τροφής.

Η χολοκυστοκινίνη εκτός από την διεγερτική της δράση στα παγκρεατικά ένζυμα, μεταφέρει το μήνυμα του κορεσμού (μετά από τροφές πλούσιες σε λίπη και πρωτεΐνες) στον υποθάλαμο, για να διακοπεί η λήψη τροφής και έχει την δυνατότητα να παρατείνει το αίσθημα του κορεσμού, επιβραδύνοντας την γαστρική κένωση. Έρευνες έδειξαν πως οι ασθενείς με ανορεξία, εμφανίζουν πολύ υψηλά ποσοστά χολοκυστοκινίνης στο πλάσμα.

2.3 Προσωπικότητα και ψυχοδυναμικοί παράγοντες

Εχει διατυπωθεί η άποψη, ότι πολλά χαρακτηριστικά στοιχεία, που παρατηρούνται στην εξέλιξη της ψυχογενούς ανορεξίας είναι μάλλον το αποτέλεσμα της εμφάνισης της ασθένειας αυτής η οποία συμβαίνει κατά κύριο λόγο στην εφηβεία, κατά την οποία διαμορφώνεται η προσωπικότητα.

Σύμφωνα με τον Venisse(1987), η υστερική είναι η πιο συχνή δομή υποκειμενικής προσωπικότητας που συναντάμε στους ανορεκτικούς ασθενείς, καθώς αυτή περιλαμβάνει στοιχεία, όπως αυτάρεσκη επίδειξη της ισχύος και έναν ιδιαίτερα αποτελεσματικό και προκλητικό χειρισμό του περιβάλλοντος, στοιχεία που συναντάμε πάντα στα ανορεκτικά άτομα. Άτομα με υστερική δομή προσωπικότητας εμφανίζουν εντονότερη συναισθηματική παλινδρόμηση και ανωριμότητα, αυξημένες ανάγκες περιποίησης και φροντίδας, εξάρτηση, σωματοποίηση του άγχους τους.

Η έκφραση, ωστόσο, της προσωπικότητας, εξαρτάται από την νοσηρότητα. Σύμφωνα με μελέτες, οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία εμφανίζουν μεγάλα ποσοστά μείζονος κατάθλιψης (68%), αγχώδων διαταραχών (65%), ψυχαναγκαστικής /καταναγκαστικής διαταραχής (26%) και κοινωνικής φοβίας (34%).

Ένα από τα καίρια προβλήματα που αντιμετωπίζει ο έφηβος, είναι οι σημαντικές μεταβολές στο σώμα και η ανάγκη ενσωμάτωσης της καινούργιας εικόνας του σώματος στην αναπαράσταση του εαυτού του, διαδικασία, η οποία είναι δύσκολη και μερικές φορές ανεπιτυχής. Η ανάγκη απαρτίωσης ενός σεξουαλικά ώριμου ατόμου στην αναπαράσταση του εαυτού αποτελεί τη βάση της αναπτυξιακής ψυχοσύγκρουσης της εφηβείας, σύμφωνα με τον Lauffer.

Ο έφηβος που εμφανίζει ψυχογενή ανορεξία, ουσιαστικά αποπειράται, σε ένα συμβολικό επίπεδο, να επιτεθεί στο σεξουαλικό του σώμα για να το μετατρέψει σε σώμα ακίνδυνο. Το άγχος, δηλαδή, του σεξουαλικού σώματος αντιμετωπίζεται με την απάλειψη των στοιχείων του φύλου, μέσω της απίσχνανσης.

2.4. Οικογενειακοί παράγοντες

Αρκετοί επιστήμονες έχουν δώσει μεγάλη βαρύτητα και στην διαδικασία μεγαλώματος του παιδιού από τους γονείς του. Σύμφωνα με έρευνες, η ψυχογενής ανορεξία μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της ελλιπούς ενθάρρυνσης, εκ μέρους των γονιών, της αυτονόμησης και της αυτοέκφρασης του παιδιού στην ηλικία που το έχουν ανάγκη, όπως επίσης και της παραμέλησης ή της διαστρέβλωσης, από τους γονείς και κυρίως από τη μητέρα, των συναισθηματικών αναγκών του παιδιού. Η ανασφαλής συναισθηματική πρόσδεση είναι πολύ συχνή σε ανορεκτικά άτομα.

Η Bruch λαμβάνοντας υπόψιν της την θεωρία της συναισθηματικής πρόσδεσης του Bowlby, υποστήριξε πως το ανορεκτικό άτομο, από την νεογνική ηλικία, έχει ανατραφεί από μητέρα, η οποία όχι μόνο δεν αντιλαμβάνονταν τη σημασία των μηνυμάτων που της έστελνε με την έκφραση ή τη συμπεριφορά του, αλλά επέμενε στη δική της λανθασμένη ερμηνεία.

Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν δεν βρέθηκε να σχετίζεται η ανορεξία με το μέγεθος ή την μορφή της οικογένειας, ούτε με τη σειρά γέννησης των παιδιών.

Η προσωπικότητα των γονέων ανορεκτικών ατόμων έχει ένα ειδικό προφίλ: Η μητέρα είναι ψυχρή, άκαμπτη, δυναμική, υπερπροστατευτική, όχι ιδιαίτερα δοτική κυριαρχική και παρεμβατική. Ο πατέρας εμφανίζεται ως αδύναμος, απόμακρος, παρορμητικός και πολλές φορές απών. Γενικά ο πατέρας περιγράφεται ως υποταγμένος και παθητικός.

Η πιο περιεκτική τυπολογία της ψυχοσωματικής οικογένειας παρουσιάστηκε από τον Minuchin και τους συνεργάτες του. Τα τέσσερα χαρακτηριστικά αυτής είναι:

- Η **παγιδευτική εμπλοκή** κατά την οποία, τα όρια μεταξύ των υποσυστημάτων έχουν ασαφοποιηθεί.
- Η **υπερπροστατευτικότητα**
- Η **ακαμψία**, δηλαδή η αδυναμία προσαρμογής σε αλλαγές
- Η **αποφυγή σύγκρουσης**, ολοκλήρωσης μιας διαφωνίας ή επίλυσης μιας κρίσης.

Γεγονότα ζωής

Tεγονότα που σηματοδοτούν απώλειες ή αποχωρισμούς αγαπημένων προσώπων και που θεωρούνται ότι μπορούν να διαταράξουν σημαντικά την προσωπική και οικογενειακή ισορροπία και ομοιόσταση, έχουν αναφερθεί ότι προηγούνται της εμφάνισης της ψυχογενούς ανορεξίας και ειδικά της μορφής που παρουσιάζεται με όψιμη έναρξη, καθώς θεωρείται ότι δημιουργούν ένα υπόβαθρο χρόνιας εσωτερικής έντασης. Το στρεσογόνο γεγονός εκλαμβάνεται από την έφηβη ή την ενήλικη νεαρή γυναίκα ως απειλή για την οντότητά της, τον εσωτερικό, αλλά και τον εξωτερικό της κόσμο και αυτό την οδηγεί αφ' ενός μεν σε μια αυξημένη ενασχόληση με το σώμα της, αφ' ετέρου δε στην πεποίθηση ότι θα αισθάνεται καλύτερα να χάνει βάρος.

Ο θάνατος, ενός αγαπημένου προσώπου είναι ένα γεγονός, που επηρεάζει την δομή και τη δυναμική της οικογένειας, αλλά και του κάθε μέλους της χωριστά.

Τα μεγαλύτερα παιδιά και οι έφηβοι έχουν πολλές φαντασιώσεις και φοβίες για τον θάνατο και το χαμένο πρόσωπο, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν έντονες αντιδράσεις όπως, ενούρηση, αλλάζουν συνήθειες του ύπνου τους και αρνούνται την λήψη τροφής.

Αναμφίβολα και το διαζύγιο ή ο χωρισμός αποτελεί σημαντικό στρεσογόνο γεγονός στη ζωή τόσο των παιδιών και των εφήβων. Παρά την έντονη ανάγκη για ανεξαρτησία, οι έφηβοι χρειάζονται μια ασφαλή οικογενειακή βάση, στην οποία μπορούν να στηριχθούν, διαφορετικά μπορεί να αναπτύξουν προβληματικές συμπεριφορές. Οι έφηβοι όταν ζούν μια τέτοια κατάσταση, μπορεί να κρατήσουν ουδέτερη στάση ή πιο συχνά, να συνάψουν συμμαχία με έναν από τους δύο γονείς ή να χρησιμοποιήσουν την διαταραχή λήψης τροφής, συνήθως την ψυχογενή ανορεξία, ως ένα πολύ αποτελεσματικό εξισοροπιστικό ή εκβιαστικό μέσο για την συγκράτηση μιας επερχόμενης αλλαγής στην οικογενειακή και προσωπική τους ισορροπία.

Από τα ψυχοπιεστικά γεγονότα, εκείνα που έχουν μελετηθεί πιο πολύ και φαίνεται πως παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας, είναι η σεξουαλική και η σωματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία. Σχετικές έρευνες συγκλίνουν στο ότι περίπου το 1/3 των ανορεκτικών έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση.

Έρευνες έχουν γίνει κατά καιρούς και για την σχέση που υπάρχει μεταξύ της μετανάστευσης και της νευρικής ανορεξίας, καθώς αυτή αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα γεγονότα ζωής. Η έκθεση των παιδιών των μεταναστών σε διαφορετικές κουλτούρες και η σύγκρουση που αυτή συνεπάγεται μεταξύ των συνθηκών και των προτύπων των δυο πολιτισμών φαίνεται πως έχει τεράστιο ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής. Τα παιδιά είναι αναγκασμένα να παίζουν το ρόλο του συντονιστή ανάμεσα στις δυο κουλτούρες.

Τέλος, έχουν βρεθεί και άλλα γεγονότα ζωής που μπορεί να επηρεάσουν σε μικρότερο βαθμό, όπως η αρρώστια κάποιου μέλους της οικογένειας ή και του ίδιου του ασθενή, η εγκυμοσύνη της μητέρας ή της αδερφής, η απιστία ενός γονέα, μια ερωτική απογοήτευση, ένα οικογενειακό σκάνδαλο, η απόλυση από την εργασία και η ανεργία. Γενικά, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες θεωρούνται ότι εμπλέκονται σε ένα βαθμό, άλλοτε μικρότερο και άλλοτε μεγαλύτερο σε κάθε αρρώστια. Στις περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας φαίνεται ότι παίζουν ένα συντελεστικό αιτιολογικό ρόλο και συμβάλλουν στη γένεση ή την εξέλιξη της νόσου.

2.5. Κουλτούρα

Οι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και στην εξέλιξη της νευρικής ανορεξίας. Η επίδραση της Δυτικής κουλτούρας στον τρόπο ζωής των ανθρώπων και ειδικά των γυναικών, θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες εμφάνισης νευρικής ανορεξίας.

Το σύγχρονο ιδεώδες γυναικείας ομορφιάς, που η Δυτική κουλτούρα καλλιεργεί και συντηρεί με τη βοήθεια των μέσων μαζικής ενημέρωσης, απαιτεί μια λεπτή και απόλυτα γυμνασμένη σιλουέτα.

Τα σύγχρονα με την έρευνα των Wlodarczyk-Bissaga και Dolan (1996) από τότε που επικράτησε ο Δυτικός πολιτισμός στην Πολωνία, περίπου δηλαδή από το 1989, άλλαξε η κοινωνική και η διατροφική συμπεριφορά των νεαρών εφήβων στη χώρα.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ Καυκάσιων, Ασιατών Αφρικανών και Ισπανόφωνων Αμερικανών φοιτητών, έδειξε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά ενασχόλησης με το σωματικό τους βάρος και γενικά με τη σωματική τους εικόνα, παρουσιάζουν οι Καυκάσιοι και οι Ισπανόφωνοι Αμερικανοί. Τη θετικότερη εικόνα για τον εαυτό τους έχουν οι έγχρωμοι φοιτητές, ενώ οι Ασιάτες δείχνουν λιγότερο ενδιαφέρον για την εξωτερική τους εμφάνιση.

Στους Κινέζους για παράδειγμα, η νευρική ανορεξία θεωρείται πολύ σπάνια, κυρίως λόγω των διαφορετικών συνηθειών στη διατροφή και στην κουλτούρα τους.

Μια έρευνα που έγινε πρόσφατα από την McClelland και τον Crisp (2001), συσχέτισε την εμφάνιση νευρογενούς ανορεξίας με τις ανώτατες κοινωνικές τάξεις. Σύμφωνα με την έρευνα, οι έφηβοι που ανήκουν στα υψηλότερα κοινωνικά στρώματα δέχονται μεγαλύτερη πίεση από τους γονείς τους, όσον αφορά στην εξωτερική τους εμφάνιση και περισσότερους περιορισμούς, όσον αφορά στην συμπεριφορά τους.

Ακόμα και θρησκευτικοί παράγοντες, όμως θεωρούνται υπεύθυνοι για την εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας. Πολλοί συγγραφείς όπως ο Bell, ο Rampling και η Bruch, βρήκαν πολλά κοινά στοιχεία ανάμεσα στην νευρική ανορεξία και το ασκητικό ιδεώδες. Η εκούσια αποχή από το φαγητό και τα υλικά αγαθά, αποτελούν στοιχεία

πολλών θρησκευτικών παραδόσεων. Χωρίς αυτό να σημαίνει πως υπάρχουν εμπειρικά δεδομένα για την σύνδεση των θρησκευτικών επιρροών στην εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας, φαίνεται πως υπάρχουν κοινοί ψυχοπαθολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις δύο οντότητες, και ίσως αυτό να σημαίνει ότι υπάρχει ένα υποβόσκον σύστημα κοινής εμφάνισης και εξέλιξης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η πρωτοτυπία και η μεγάλη εξειδίκευση του συνόλου των συμπτωμάτων, στο οποίο τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά κατέχουν προέχουσα θέση, οδήγησαν πολλούς συγγραφείς στο να προτείνουν, τα τελευταία χρόνια, ορισμένα ακριβή διαγνωστικά κριτήρια.

3.1 Η ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΤΡΙΑΔΑ ΤΟΥ LASEGUE

Παραμένει μια αναφισβήτητη κλινική πραγματικότητα και ένα σημαντικό διαγνωστικό σημείο αναφοράς, αλλά είναι πια φανερό ότι δεν επαρκεί για την απόλυτη διάγνωση της ασθένειας, γιατί αυτήν την τριάδα την συναντούμε σε πολλές ασθένειες.

Πρόκειται για τα τρία «Α»:

Η **Ανορεξία** είναι μια συμπεριφορά, συχνά ενακτήρια της νόσου, που εκδηλώνεται με περιορισμό της τροφής και που έχει λίγο πολύ ταχεία και σφαιρική εξέλιξη. Πρόκειται πολύ περισσότερο για μια διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στην τροφή και τη διατροφή, παρά για ανορεξία με τη στενή έννοια της λέξης αφού είναι εκούσια και θεληματική.

Η **Αμμηνόρροια**, μπορεί και αυτή να είναι ενακτήριο σύμπτωμα της ανορεξίας, με μια συχνότητα που ποικίλει σημαντικά. Όταν είναι αρχικό σύμπτωμα, εντάσσεται πολύ καλά στο φάσμα των ενδοκρινολογικών διαταραχών της ωοθήκης (δυσωορηξία), που είναι ψυχογενετικής προέλευσης. Στην αντίθετη περίπτωση, εκδηλώνεται συνήθως μερικούς μήνες μετά την εμφάνιση των δύο άλλων στοιχείων της τριάδας.

Η **Απίσχανση** εμφανίζεται πάντα ως δευτερογενές αποτέλεσμα της ανορεξίας. Εξελίσσεται εξαρτημένη ως προς την κλινική της έκφραση από τις συνηθισμένες ιδιομορφίες του διαιτολογίου αυτών των αρρώστων που διατηρούν για πολύ καιρό τη λήψη πρωτεϊνών, δικαιολογώντας έτσι την τάση να μιλάμε για αδυνάτισμα παρά για απώλεια βάρους.

3.2 Διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας κατά DSM-IV

A.	Άρνηση για τη διατήρηση του σωματικού βάρους πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό επίπεδο για την ηλικία και το ύψος (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί σε διαμόρφωση του σωματικού βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου. Ή, αποτυχία στην επίτευξη της αναμενόμενης αύξησης του βάρους στην περίοδο της ανάπτυξης, με αποτέλεσμα το βάρος να είναι λιγότερο από 85% του αναμενόμενου)
B.	Υπερβολικός φόβος αύξησης βάρους ή φόβος πάχους, παρά το ότι το άτομο

	είναι λιποβαρές.
Γ.	Διαταραχή στον τρόπο που αντιλαμβάνεται το βάρος ή και το σχήμα του σώματος. Αδικοιολόγητη υπερχρησιμοποίηση του σωματικού βάρους ή σχήματος στην αξιολόγηση του εαυτού ή άρνηση της σοβαρότητας του τρέχοντος χαμηλού επιπέδου βάρους.
Δ.	Αμηνόρροια, σε μεταεμμηναρχιακές γυναίκες, για χρονική περίοδο τουλάχιστον, τριών διαδοχικών κύκλων. ⁷

3.3 Διαφορική διάγνωση

Τη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας καθιστά ιδιαίτερα δυσχερή ή άρνηση ασθενούς να συζητήσει για τα συμπτώματα, η μυστικότητα της γύρω από τις τελετουργίες στη συμπεριφορά φαγητού και η γενικότερη αντίστασή της. Μπορεί επομένως να αποδειχθεί δύσκολος ο προσδιορισμός του μηχανισμού απώλειας βάρους και η εκμείευση από τον ασθενή των σκέψεων που αφορούν τις διαταραχές στην εικόνα του σώματος του.

Ο κλινικός πρέπει να αποκλείσει με ασφάλεια την ύπαρξη σωματικής νόσου που μπορεί να είναι υπεύθυνη για την απώλεια βάρους (π.χ. όγκο του εγκεφάλου, καρκίνο, σύνδρομο δυσαπορρόφησης). Απώλεια βάρους και ασυνήθιστες συμπεριφορές φαγητού καθώς και έμετοι μπορεί να συμβαίνουν και στα πλαίσια άλλων ψυχικών διαταραχών. Οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν ορισμένα συμπτώματα κοινά με τη ψυχογενή ανορεξία, όπως καταθλιπτικό συναίσθημα, κλάματα, διαταραχή του ύπνου, σκέψεις αυτοκτονίας. Ωστόσο στην κατάθλιψη, εφόσον υπάρχει απώλεια βάρους, συνυπάρχει σοβαρή διαταραχή της όρεξης, ενώ η ανορεκτική ασθενής ισχυρίζεται ότι έχει φυσιολογική όρεξη και ότι αισθάνεται την πείνα. Η ανησυχία που συνοδεύει την κατάθλιψη είναι διαφορετική από την υπερκινητικότητα της ανορεκτικής ασθενούς, η οποία είναι σκόπιμη και έχει τελετουργικό χαρακτήρα.

Τέλος η οργανική αιτιολογία πρέπει να διερευνηθεί έγκαιρα. Η έρευνα αυτή περιλαμβάνει:

- Μια γενική εξέταση, που θα αποκλείσει το ενδεχόμενο μιας χρόνιας καχεκτικής πάθησης
- Μια ενδοκρινολογική εξέταση
- Μια νευρολογική εξέταση
- Μια ακτινολογική εξέταση, του ανωτέρου πεπτικού συστήματος

Επίσης θα πρέπει να διερευνήσουμε αν ανήκει στις ψυχογενείς ισχνότητες που διαφέρουν από την ψυχογενή ανορεξία όπως είναι:

- Η ανορεξία του μελαγχολικού, που προέρχεται από την αναστολή και το οδυνηρό βίωμα ενοχής του.
- Η άρνηση της τροφής του παραληρούντος ψυχωτικού
- Η ανορεξία υποχονδριακού

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η φαινομενολογία της κύριας ψυχοπαθολογικής διαταραχής της νευρικής ανορεξίας δεν είναι εύκολο να καθορισθεί. Η κλινική εικόνα είναι τόσο πολύπλευρη και πολύπλοκη και παρουσιάζει τέτοιες επεκτάσεις, που σχεδόν δεν αφήνει κανένα σημείο του σώματος, του μυαλού και της ψυχής απρόσβλητο.

Οι σωματικές διαταραχές που παρατηρούνται είναι εμφανείς, καθώς ολόκληρη η εικόνα του μέχρι πρότινος φυσιολογικού ατόμου, αρχίζει σιγά σιγά να μεταβάλλεται. Τα σημεία του υποσιτισμού, εκτός από τη δραματική μείωση του σωματικού βάρους, είναι οι αλλοιώσεις του δέρματος (ξηρότητα και πρόωρη εμφάνιση ρυτίδων) και οι αλλοιώσεις των νυχιών (ραβδωτά ή εύθραυστα νύχια), που κάνουν την εμφάνισή τους γρήγορα. Το δέρμα αποκτά κίτρινο χρώμα, εξαιτίας της υπερκαροτιναιμίας. Η υπερτρίχωση τύπου Lanugo (εμφάνιση χνουδιού σε όλο το σώμα) είναι επίσης συχνή.

Αρκετά μετά αυτά τα πρώτα συμπτώματα, εμφανίζονται και ο αποχρωματισμός και η αποψίλωση των γεννητικών περιοχών και της μασχάλης. Τα δόντια, εξαιτίας των συχνών εμέτων παρουσιάζουν έντονα σημάδια διάβρωσης του σμάλτου, τερηδόνα και περιοδοντίτιδα και χαλάνε εύκολα. Στο σύνολό τους, οι σωματικές αυτές διαταραχές συμβάλλουν στο να προσδίδεται στις άρρωστες, η εντυπωσιακή εμφάνιση της νεαρής γυναίκας, καχεκτικής, με πρησμένα μάτια, ρυτίδες αραιωμένα μαλλιά και χνούδι στο πρόσωπο, που την κάνουν να φαίνεται πρόωρα γερασμένη.

4.1 Τα παθολογικά σημεία και ευρήματα

- **Κυκλοφορικό:** ακροκυάνωση, υπόταση, βραδυκαρδία, υποθερμία. Σε προχωρημένες καταστάσεις: ατροφία της καρδιάς, πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας, μείωση της μυικής μάζας της καρδιάς, αρρυθμία, μυοκαρδιοπάθεια και προβλήματα σύσπασης στον καρδιακό μυ.
- **Αιμοποιητικό:** αναιμία, λευκοπενία, ουδετεροπενία και θρομβοπενία
- **Σκελετικό:** τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων και τα υψηλά επίπεδα της κορτιζόλης εμπλέκονται στην εμφάνιση και την γρήγορη εξέλιξη της οστεοπόρωσης και της κύφωσης. Έφηβες κοπέλες κινδυνεύουν να πάθουν οστεοπενία καθώς και ο κίνδυνος καταγμάτων είναι ορατός, ακόμα και μετά την ανάκτηση του φυσιολογικού βάρους
- **Γαστρεντερικό:** καθυστέρηση στη γαστρική κένωση, δυσφορία, δυσκοιλιότητα, οισοφαγίτιδα, αιματέμεση, υπερτροφία των σιελογόνων αδένων και ειδικά των παρωτίδων και σύνδρομο Mallory-Weiss.

- **Μεταβολικά:** αλκάλωση, υποκαλιαιμία, υποχλωρραιμία, αύξηση αμυλάσης ορού, υπογλυκαιμία, υπερχοληστεριναιμία.
- **Ορμόνες:** μειωμένη T₃, αύξηση αυξητικής ορμόνης, αύξηση κορτιζόλης, μείωση γοναδοτροπινών, μείωση τεστοστερόνης στους άνδρες, ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης.
- **Ουροποιητικό:** σημεία αφυδάτωσης, μείωση του σπειραματικής διήθησης.

4.2 Συμπτωματολογία

Σύμφωνα με τις πλέον πρόσφατες εκδόσεις της Διεθνούς ταξινόμησης νόσων του Π.Ο.Υ. (1993) και του διαγνωστικού εγχειριδίου της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (1994) θα μπορούσε απλουστευμένα να κατηγοριοποιηθεί ως εξής:

- σοβαρή απώλεια βάρους (βάρους <85% Φ.Β.)
- παραμορφωμένη αντίληψη για το βάρος και το σχήμα του σώματος
- υπερβολική σωματική άσκηση
- προκλητοί έμετοι – χρήση καθαρτικών
- κοινωνική απομόνωση – απομάκρυνση από φίλους
- συναισθηματική αστάθεια, ευερεθιστικότητα, κρίσεις θυμού
- δυσκολίες στον ύπνο
- αμηνόρροια (>3 κύκλους) για τις γυναίκες. Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας για τους άνδρες
- φτωχή περιφερική κυκλοφορία
- χνουδωτή τρίχωση του σώματος
- τελειοθηρία και ψυχαναγκαστικότητα
- χαμηλή αυτοεκτίμηση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Η διαταραχή, με τα συμπτώματα και τα σημεία της, η πορεία και η σοβαρότητα της πρέπει να εξηγηθεί στην άρρωστη και την οικογένεια της. Προϋπόθεση αποτελεί η εγκατάσταση θεραπευτικής σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Σ' αυτό το πλαίσιο θα συμφωνηθεί η αποκατάσταση του βάρους.

Η ανορεξία, σύμφωνα με τα όσα έχουν καταγραφεί μέχρι τώρα, είναι τόσο από την ιατρική πλευρά, όσο και από την πλευρά της ψυχοπαθολογίας σύνθετη, σοβαρή και συχνά χρόνια κατάσταση που η θεραπεία της απαιτεί συνεχή προσπάθεια και προσοχή και ένα πλήρες θεραπευτικό πλάνο που να περιλαμβάνει:

- ιατρική και ψυχιατρική αντιμετώπιση
- ατομική ψυχοθεραπεία
- οικογενειακή θεραπεία

Οι στόχοι της θεραπείας λοιπόν είναι :

1. την αποκατάσταση του βάρους στο επίπεδο του βάρους-στόχου
2. την επαναφορά φυσιολογικού τρόπου διατροφής, με ενθάρρυνση του ασθενούς να εξοικειωθεί με μια κανονική και θερμιδικά ισορροπημένη πρόσληψη τροφών
3. τη διάγνωση και τη θεραπεία των ιατρικών επιπλοκών εξαιτίας της αστίας και των συμπεριφορών που την συντηρούν
4. την επισήμανση των αρνήσεων και των δυσλειτουργικών σκέψεων, πίστεων και πεποιθήσεων
5. την παρέμβαση στην οικογένεια με σκοπό τη συνεργασία και την αποφυγή της εμπλοκής
6. την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την ενίσχυση της αυτονομίας, τη διευκόλυνση της διαμόρφωσης ταυτότητας, τη στήριξη της διαδικασίας αυτοεκτίμηση και την αντιμετώπιση του αισθήματος αναξιοσύνης
7. την προληπτική παρέμβαση και εκπαίδευσή για την αποφυγή υποτροπής

5.1 Ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.

Η πρώτη φροντίδα είναι η αποκατάσταση υποσιτισμού και των επιπλοκών του. Η απόφαση για την εισαγωγή της ασθενούς εξαρτάται από τη σωματική της κατάσταση και από την ύπαρξη των συνθηκών εκείνων που θα διασφαλίσουν τη συνεργασία της. Γενικά, αν η απώλεια βάρους είναι μεγαλύτερη από 20% ή αν αυτή έχει συμβεί με ταχύ ρυθμό, χρειάζεται εισαγωγή στο γενικό νοσοκομείο. Το ίδιο συμβαίνει όταν

διαπιστώνονται σοβαρές καρδιακές ή μεταβολικές – ηλεκτρολυτικές διαταραχές ή παράλληλη νοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές.

Τα ενδονοσοκομειακά ψυχιατρικά προγράμματα για ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία περιλαμβάνουν συνδυασμό συμπεριφερολογικών πρακτικών, ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας. Η επιτυχία τους εξαρτάται από τις δεξιότητες του νοσηλευτικού κυρίως προσωπικού, αλλά και γενικότερα από τον υψηλό βαθμό συνεργασίας της ψυχιατρικής ομάδας, ώστε να καλλιεργηθεί η απαραίτητη θεραπευτική συμμαχία με την εξαιρετικά δύσκολη αυτή ασθενή. Απαραίτητο στοιχείο της θεραπευτικής προσπάθειας είναι η συνεργασία, η υποστήριξη και η εμπιστοσύνη των μελών της οικογένειας.

Η νοσηλευτική φροντίδα που απαιτείται για την ψυχογενή ανορεξία περιλαμβάνει χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων (1500-2000 θερμίδες ημερησίως αρχικά, μοιρασμένες σε 5-6 γεύματα), συχνό πρωινό ζύγισμα, συχνή παρακολούθηση των κλινικών και εργαστηριακών δεικτών που αφορούν τις επιπλοκές του υποσιτισμού, αποτροπή των προκλητών εμέτων ή της χρήσης άλλων καθαρκτικών τεχνικών με στενή επίβλεψη μετά τα γεύματα, φαρμακευτική βοήθεια για την αποκατάσταση του ύπνου, αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας με μαλακτικά κοπράνων, καταστολή της υπερκινητικότητας και του άγχους της ασθενούς με ηρεμιστικά – αγχολυτικά.

Τέλος, σημαντική είναι η υποστήριξη και η ενθάρρυνση της ασθενούς να επικεντρώνεται στη συζήτηση των προβλημάτων ζωής και σχέσεων, αντί να περιορίζεται σε θέματα διατροφής και σωματικού βάρους.

5.2 Ψυχοθεραπεία

Tόσο μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Όσο και σε περίπτωση που η κατάσταση της ασθενούς επιτρέπει την εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση, απαραίτητη είναι η εφαρμογή εντατικού ψυχοθεραπευτικού προγράμματος, για τουλάχιστον 1-2 χρόνια.

Η ψυχοθεραπεία θα πρέπει να προσαρμόζεται σύμφωνα με το επίπεδο γνωσιακής συγκρότησης, το στυλ και την πολυπλοκότητα του συγκεκριμένου ασθενή και της οικογενειάς του.

Οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, που χρησιμοποιούνται με επιτυχία σε ασθενείς είναι:

- η συμπεριφορική – γνωσιακή
- η διαπροσωπική
- η ψυχοδυναμική.

Η τελευταία έχει σοβαρές δυσκολίες εφαρμογής σε υποσιτισμένες ασθενείς. Πολύ χρήσιμη είναι επίσης η συμβουλευτική υποστήριξη σε θέματα διατροφής και βάρους από ειδικευμένο διαιτολόγο. Το ίδιο απαραίτητη είναι η συνεργασία και η συμβουλευτική της οικογένειας. Σε περιπτώσεις μάλιστα, εφήβων ασθενών ηλικίας κάτω των 18 ετών, η θεραπεία με την οικογένεια από οικογενειακό θεραπευτή

αποτελεί τη θεραπεία εκλογής.

5.3 Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες ομάδες ψυχοφαρμάκων και οι υπόλοιπες βιολογικές θεραπείες έχουν σχεδόν όλες δοκιμασθεί στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας, οι μελέτες σύγκρισης της αποτελεσματικότητας δεν έχουν αποδείξει να υπάρχει βέβαιη θεραπευτική δράση, τουλάχιστον ως προς τον πυρήνα της ψυχοπαθολογίας της νόσου. Γι' αυτό και η χορήγηση ψυχοφαρμάκων περιορίζεται σε εμπειρική συμπτωματική χρήση, ανάλογα με τα επιφανειακά συμπτώματα – στόχους. Στην πράξη, συχνά καταφεύγουμε στη χορήγηση αντικαταθλιπτικών για την αντιμετώπιση συνοδών ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων. Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών, σε ασθενείς υποσιτισμένους ή με επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα πρέπει να γίνεται προοδευτικά και με σταδιακά αυξανόμενες δόσεις. Σε περίπτωση διαπίστωσης νοσηρότητας με μείζονα κατάθλιψη, μπορεί να έχει ένδειξη η εφαρμογή ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ECT).

5.4 Συστηματική θεραπεία οικογένειας

Η εμπλοκή της οικογένειας στην αίτιοπαθογένεια της ανορεξίας είναι πολύ μεγάλη. Είναι ορθότερο βέβαια, να θεωρήσουμε την οικογένεια όχι ως αιτία της διαταραχής, αλλά ως το πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτή εκτυλίσσεται και ταυτόχρονα να το χρησιμοποιήσουμε για τη θεραπεία της. Πρόδρομος στη θεραπεία οικογένειας υπήρξε ο N.Ackerman.

Οι θεραπευτές επιδιώκουν την τροποποίηση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων, στάσεων, σχέσεων, συμπεριφορών, η οποία αποτελείται όχι ως άμεσο αποτέλεσμα της διδακτικής ή κατευθυντικής τους παρέμβασης, αλλά ως εσωτερική διεργασία του ίδιου του οικογενειακού συστήματος. Η οικογένεια διατριβώντας με το θεραπευτή, σε κλίμα εμπιστοσύνης, υφίσταται επικοδομητικές μεταβολές με τρόπο και ρυθμό, που η ίδια μόνο αποφασίζει.

Αναζητείται η πιθανή σχέση ανάμεσα στη συμπτωματολογία και στα προβλήματα της οικογένειας, καθώς επίσης και το νόημα που ενδεχομένως έχει το σύμπτωμα στα πλαίσια του οικογενειακού συστήματος.

Σύμφωνα με έρευνες, πολύ καλή πρόγνωση εμφανίζουν οι ασθενείς εκείνοι που αποχωρίζονται την οικογένεια καταγωγής και αυτονομούνται. Έτσι, λοιπόν, ο θεραπευτής συμβουλεύει και ενθαρρύνει να αναπτύξει δραστηριότητες και σχέσεις εκτός οικογένειας.

Συγκριτικές κλινικές έρευνες που έγιναν στο νοσοκομείο Naudslyr έδειξαν ότι η θεραπεία οικογένειας αποτελεί θεραπεία εκλογής στην ανορεξία, όταν ο ασθενής είναι ηλικίας κάτω των 18 ετών και μένει με τους γονείς του. Πρόσφατη έρευνα του

Robin et al (1999) έδειξε πως η οικογενειακή θεραπεία έχει πολύ πιο γρήγορα αποτελέσματα σε σχέση με την οικογενειακή ψυχοθεραπεία, για τους έφηβους ανορεκτικούς. Ωστόσο σύμφωνα με τους ειδικούς για τους ασθενείς που έχουν περάσει τα 18 χρόνια συνιστώνται οι ατομικές ψυχοθεραπείες.

5.5 Συνδυασμός θεραπειών

Σ

την κτηνιατρική σχολή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης μια ομάδα ειδικών έδωσαν σε θηλυκούς χοίρους αμπεροζίδη, νευροληπτική καταπραϋντική ουσία που δρα στους υποδοχείς σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης. Αυτή είχε αγχολυτική επίδραση, με αποτέλεσμα η θνησιμότητα των χοίρων να μειωθεί από το 50% στο 15%.

Στον άνθρωπο όμως; Τα φάρμακα που κυκλοφορούν δεν είναι αποτελεσματικά. Στις ΗΠΑ εδώ και τρία χρόνια βρίσκεται σε εξέλιξη ένα πείραμα με τέσσερις ομάδες ανορεξικών. Η αγωγή της πρώτης ομάδας συνιστάται στην παροχή του αντικαταθληπτικού φλουοξετίνη, ενώ στη δεύτερη η παροχή αντικαταθληπτικού συνοδεύεται με ψυχοθεραπεία. Στην τρίτη ομάδα έκαναν μόνο ψυχοθεραπεία, ενώ στην τέταρτη μόνο διατροφική θεραπεία.

Τα καλύτερα αποτελέσματα έδωσε ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμάκων. Άλλες ουσίες όπως η σετραλίνη και η παροξετίνη δίνουν ακόμα καλύτερα αποτελέσματα από τη φλουοξετίνη. Για την αντιμετώπιση της βουλιμίας παρέχουν αντικαταθληπτικά σε μεγάλες δόσεις, τρεις φορές μεγαλύτερες από εκείνες που δίνουν στην περίπτωση ανορεξίας. Όμως τα καλύτερα αποτελέσματα έδωσε ο συνδυασμός της φαρμακολογικής αγωγής με την ψυχοθεραπεία, η οποία διδάσκει πώς να ξεπερνάμε τις δυσκολίες και τις κρίσεις χωρίς να απέχουμε από το φαγοπότι ή να καταφύγουμε σ' αυτό.

Ανακεφαλαίωση της θεραπείας της ψυχογενούς ανορεξίας¹⁵

- Ηλικία: 18 ετών και άνω
- Όχι σοβαρά άρρωστη κλινικών
- Αποτυχία προηγούμενης νοσοκομειακής θεραπείας
- Ηλικία: κάτω των 18 ετών
- Σοβαρά άρρωστη κατά την κλινική εξέταση
- Αποτυχία εξωνοσοκομειακής θεραπείας
- Η γυναίκα εκφράζει κάποια προτίμηση

----- Αξιολόγηση βιομηχανικής κατάστασης -----

- Συνήθως εξωνοσοκομειακή
- Συνήθως εισαγωγή σε

αντιμετώπιση

- Άλλες υποδείξεις και υποστήριξη για να βοηθηθεί η ασθενής:
- να αυξήσει αργά το βάρος της
- να σταματήσει να χρησιμοποιεί συμπεριφορά απώλειας βάρους
- να μάθει λογικούς τρόπους φαγητού

νοσοκομείο

- Εξασφάλιση προγράμματος για να βοηθηθεί η ασθενείς:
- να αυξάνει το βάρος της κατά 1 κιλό την εβδομάδα
- να σταματήσει τη συμπεριφορά απώλειας βάρους
- να μάθει λογικούς τρόπους φαγητού
- να γυμνάζεται σωστά για το βάρος του σώματός της

Εάν οι παραπάνω στόχοι δεν επιτευχθούν συνήθως γίνεται εισαγωγή στο νοσοκομείο

Σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος εξασφαλίστε:

- υποστηρικτική ψυχοθεραπεία
- βοήθεια για άλλα προβλήματα που θα αντιληφθείτε (συζυγικά, οικογενειακά, ιατρικά)
- βοήθεια για να μάθει λογικούς τρόπους φαγητού κατάλληλους για τον τρόπο ζωής της
- βοήθεια για να αναπτύξει λογικούς τρόπους γυμναστικής



Αργότερα βοηθήστε την ασθενή:

- να σταθεροποιήσει το βάρος της στα επιθυμητά όρια
- να εξακολουθήσει να αποφεύγει τις επικίνδυνες μεθόδους απώλειας βάρους
- να μειώσει την ενασχόλησή της με το βάρος και το φαγητό



Γενικός στόχος είναι να τη βοηθήσετε:

- να ζήσει μια φυσιολογική ζωή
- να μπορέσει να αντιμετωπίσει τη ζωή

5.6 Αποθεραπεία στη Νευρική Ανορεξία

Αντικείμενο ερευνήσαμε ανορεκτικούς ασθενείς για να διαπιστώσουμε τις αιτίες που εννόησαν την αποθεραπεία. Μέθοδος όλες οι γυναίκες που παρουσίασαν διατροφικές διαταραχές υποβλήθηκαν σε εκτεταμένες συνεντεύξεις με ερωτήσεις για τα πιστεύω τους καθώς και τις αιτίες που προκάλεσαν νευρική ανορεξία καθώς και τους παράγοντες που τους οδήγησαν στην αποκατάσταση. Οι απαντήσεις ταξινομήθηκαν με διαφορετικούς συντελεστές.

Αποτελέσματα/από τις πιο κοινές αιτίες ήταν οι διαλυμένες οικογένειες, δίαιτες και έντονο στρες καθώς και συνεχή πίεση. Οι πιο κοινοί παράγοντες που συμβάλλουν στην αποκατάσταση ήταν υποστηρικτικές και οικογενειακές σχέσεις θεραπεία και ωρίμανση ανάρρωση καθορίστηκε από την απουσία διάγνωσης για οποιαδήποτε διατροφική διαταραχή η οποία δεν έχει διευκρινιστεί με βάση τα DSM-III-R κριτήρια μέχρι τη στιγμή της συνέντευξης.

Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε ένα πρόγραμμα διατροφικών διαταραχών στο «Princess Margaret Hospital» το οποίο συμπεριλάμβανε σταθεροποίηση βάρους, μεμονωμένη αλλά και ομαδική ψυχοθεραπεία, οικογενειακά συμβούλια, φαρμακευτική περίθαλψη σε περίπτωση ανάγκης και αποκατάσταση. Ο μέσος όρος για αποκατάσταση περίπου πέντε χρόνια.

5.7 Παράγοντες αποκατάστασης

Επειδή καμιά θεραπεία δεν είναι παγκοσμίως αποδεκτή για τη νευρική ανορεξία θα ήταν χρήσιμο να ερευνήσουμε ποια θεραπευτική εμπειρία παίζει το πιο σημαντικό ρόλο για την προοπτική των ασθενών. Στο δείγμα μας οι σχέσεις έπαιξαν σπουδαίο ρόλο στην αποκατάσταση. Οι ασθενείς παραδέχτηκαν ότι μια σχέση γεμάτη υποστήριξη ήταν η δύναμη που συνέβαλε στην αποκατάσταση.

Πολλοί ασθενείς ισχυρίστηκαν ότι ωρίμασαν μετά από αυτήν τη διαταραχή. Σε πολλές περιπτώσεις μένοντας έγκυος ή επιθυμώντας να ξεκινήσουν μια νέα οικογένεια ενεργοποίησε αυτή τη διαδικασία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ /πολλοί λίγοι μεμονωμένοι ανέφεραν ότι η θεραπεία με φάρμακα έπαιξε σημαντικό ρόλο, στο δείγμα μας μόνο 4 ασθενείς ανέφεραν τα φάρμακα ως παράγοντας αποθεραπείας. Κανένας από αυτούς δεν ισχυρίστηκε ότι η φαρμακευτική αγωγή επηρέασε τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας αλλά παρατήρησαν βελτιώσεις στη διάθεση και την καταπολέμηση της ανησυχίας. Από αυτές τις υποκειμενικές έρευνες δεν υπάρχει κανένα στοιχείο για μια συγκεκριμένη και αποτελεσματική φαρμακολογική θεραπεία για τη νευρική ανορεξία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 Ψυχογενής Ανορεξία στις γυναίκες

H

μόδα και τα ΜΜΕ μας βομβαρδίζουν με εικόνες εξαυλωμένων γυναικών, παρασύροντας τα κορίτσια σε εξαντλητικές δίαιτες που βλάπτουν σοβαρά την υγεία τους και οδηγούν ακόμα και στο θάνατο. Η νευρωτική ανορεξία ως επιδημία πρωτοεμφανίστηκε στο Μεσαίωνα.

«Ωχράν την θέλω και λευκήν ως νεκρικήν σινδόνην». Με αυτούς τους στίχους περιέγραψε πριν από έναν αιώνα ο ρομαντικός ποιητής Αχιλλέας Παράσχος την τέλεια γυναίκα. Σήμερα δε φαίνεται να έχει αλλάξει και πολύ το πρότυπο της γυναικείας ομορφιάς.

Είναι γνωστό ότι ισχνές καλλονές του διεθνούς μόντελινγκ έχουν νοσηλευτεί σε κλινικές, για να καταπολεμήσουν την ψυχογενή τους ανορεξία. Το φαινόμενο, όμως, το οποίο εκδηλώνεται σε έφηβες, τείνει να προσλάβει ανησυχητικές διαστάσεις και στην Ελλάδα. Ο τραγικός θάνατος από ασπία της 20χρονης φοιτήτριας της Ιατρικής από την Λάρισα εγείρει ποικίλα ερωτήματα, ιατρικά και κοινωνικά. Η άτυχη κοπέλα, η οποία έπασχε από χρόνια ψυχογενή ανορεξία (anorexia nervosa) είχε οδηγηθεί σε ασπία και ζύγισε μόνο 25 κιλά. Σύμφωνα με τον ιατροδικαστή κ. Θεόδωρο Βουγιουκλάκη, ο θάνατός της επήλθε από ανακοπή καρδιάς, λόγω ασπίας. Το πρόβλημα της ψυχογενούς ανορεξίας, ανήκει στα επείγοντα περιστατικά της Ψυχιατρικής και σύμφωνα με διεθνή στατιστικά εμφανίζεται περίπου στο 5% των έφηβων κοριτσιών, ενώ σχεδόν στο 10% των περιπτώσεων οδηγεί στο θάνατο. «Δεν πρόκειται για ανορεξία με την έννοια της απουσίας της όρεξης», εξηγεί στην «Κ» ο Καθηγητής Ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών κ. Γιώργος Χριστοδούλου. «Το άτομο συνειδητά δεν καταναλώνει τροφές που έχουν πολλές θερμίδες. Αν συμβεί αυτό, φροντίζει ώστε να αποβληθούν με προκλητό έμετο. Έχει διαταραχή του σωματικού εγώ και διαστρεβλωμένη εικόνα για τον εαυτό του. Ενώ είναι πετσί και κόκαλο, θεωρεί ότι είναι παχύ».

Η Κρίστι Μπρίνκλεϊ εργάζεται ως μοντέλο και είναι ανορεξική, αφού τρέφεται κυρίως με λαχανικά και χυμούς φρούτων. Η Ελ Μακ Φέρσον, άλλο ίνδαλμα των σχεδιαστών μόδας και των εφήβων, τρώει μόνο ένα γεύμα ημερησίως και προσπαθεί να εξιλεωθεί με χίλιους τρόπους από αυτήν την «αμαρτία». Αυτή η υστερία με το αδυνάτισμα ξεκίνησε πριν από περίπου πενήντα χρόνια. Πρώτη διδάσασα η γνωστή Τουίγκι, το φωτομοντέλο -οδοντογλυφίδα, βασίλισσα της πασαρέλας τη δεκαετία του 1960. Η πρώτη όμως διάσημη ανορεξική είχε προηγηθεί κατά μια πενταετία. Δεν ήταν άλλη από την περίφημη ηθοποιό Όντρεϊ Χέπμπορν, η οποία στην ταινία Τίποτα δεν Είναι πιο Ωραίο από την Αγάπη (Breakfast at Tiffany's) καταβροχθίζει με τα μάτια της τα κοσμήματα στις προθήκες του γνωστού νεοϋορκέζικου οίκου Τίφανι.

Καχεκτική και επίπεδη σανίδα, η Χέπμπορν τόσο στην ταινία όσο και στην πραγματική της ζωή τρεφόταν με αέρα.

Ανάλογες περιπτώσεις κάτισχνων γυναικών στο χώρο του κινηματογράφου αποτελούν σήμερα οι ηθοποιοί Κάμερον Ντιάζ και Τζούλια Ρόμπερτς - και οι δύο είναι εξαιρετικά και ανορεκτικές. Μάλιστα οι γάμπες της τελευταίας είναι τόσο αδύνατες, ώστε χρειάστηκε να τις ντουμπλάρουν για τις ανάγκες της επιτυχημένης ταινίας *Pretty Woman*, στην οποία πρωταγωνιστούσε.

Πλήθος επιστήμονες όπως γενετιστές, κτηνίατροι, νευροβιολόγοι, ψυχίατροι, ψυχολόγοι και ενδοκρινολόγοι σκύβουν στο πρόβλημα και προσπαθούν να εξηγήσουν τους λόγους που ωθούν πολλούς νέους - κυρίως κοπέλες - στο να θέτουν σε κίνδυνο την υγεία τους ακολουθώντας δίαιτες αμφίβολης αποτελεσματικότητας. Χάρη στα συμπεράσματά τους έχουν αναπτυχθεί σήμερα μέθοδοι θεραπείας τόσο για την ανορεξία όσο και για τη βουλιμία, με αποτελέσματα καλύτερα απ' ό,τι στο παρελθόν.

Όταν το σώμα έχει καμπύλες και μυς, για να «πέσει» καλά το ρούχο ο σχεδιαστής πρέπει να είναι καλλιτέχνης. Υπάρχει όμως και η άποψη ότι το φυσιολογικό γυναικείο σώμα δεν αρέσει στους σχεδιαστές μόδας, αφού προτιμούν το ανδρικό, γι' αυτό θέλουν τις γυναίκες να μοιάζουν ολοένα και περισσότερο με άντρες. Όποιοι και αν είναι οι λόγοι, γεγονός παραμένει ότι εκατομμύρια κοπέλες ακολουθούν επιβλαβείς δίαιτες προκειμένου να πλησιάσουν όσο γίνεται περισσότερο αυτό πρότυπο. Σε κάποιες απ' αυτές, ιδίως αν έχουν κληρονομική προδιάθεση, η δίαιτα μπορεί να εξελιχθεί σε σοβαρή πάθηση: την ανορεξία.

6.2 Η Ψυχογενής Ανορεξία στους άνδρες

Η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται στους άνδρες δεκαπέντε φορές λιγότερο από όσο στις γυναίκες. Αρχίζει με τον ίδιο τρόπο και η πορεία της είναι παρόμοια. Οι περισσότεροι άντρες με ψυχογενή ανορεξία έχουν μανία με τη γυμναστική και περνούν ατελείωτες ώρες κάνοντας τζόκινγκ, πους-απς και άλλες ασκήσεις. Έχουν εξίσου έμμονη ιδέα με το φαγητό όσο και οι γυναίκες αλλά είναι λιγότερο πιθανό να δείχνουν το ίδιο ενδιαφέρον για το μαγείρεμα και τα βιβλία μαγειρικής. Δεν είναι φανερό γιατί οι άντρες επιδιώκουν τόσο ανελέητα το αδυνάτισμα, γιατί οι έφηβοι έχουν την τάση να είναι μάλλον μυώδεις παρά αδύνατοι. Οι άντρες που παθαίνουν ψυχογενή ανορεξία μπορεί επίσης να τρώνε με βουλιμία.

6.3 Ψυχογενής Ανορεξία στα παιδιά

E

κτός από την ανορεξία που οφείλεται σε οργανικά αίτια υπάρχει και η ανορεξία από ψυχολογικά αίτια. Η ανορεξία αυτή είναι συχνή στα παιδιά. Συνήθως δεν πρόκειται για πραγματική ανορεξία, αλλά για μια άρνηση λήψης της τροφής στην ποσότητα που θέλουν οι γονείς. Καμμιά φορά δημιουργείται στο παιδί πραγματική απέχθεια στο φαγητό, ένα αρνητικό εξαρτημένο αντανακλαστικό, από την μεγάλη επιμονή της μητέρας να φάει το παιδί το φαγητό που θέλει εκείνη. Ωστε η εμφάνιση του φαγητού με την μητέρα να προκαλεί στο παιδί αηδία καμμιά φορά και έμετο. Η ψυχική κατάσταση του ατόμου, μεγάλη στενοχώρια ή μεγάλη χαρά, στρες κ.λ.π επηρεάζουν την όρεξη θετικά ή αρνητικά. Όταν ένα άτομο παρουσιάζει ανορεξία παρατεταμένη πρέπει να εξετάζεται με προσοχή μήπως αυτή οφείλεται σε κανένα οργανικό νόσημα. Κι αν αποκλεισθεί αυτό ερευνάται η ψυχική κατάσταση του παιδιού και οι συνθήκες του περιβάλλοντος στο οποίο ζει (οικογενειακό, σχολικό, κ.λ.π).

Η θεραπεία της ανορεξίας είναι αιτιολογική. Όταν τα αίτια της είναι καθαρά ψυχολογικά προσπαθούμε να τα διορθώσουμε αδιαφορώντας για το εάν θα φάει το παιδί. Φροντίζου με βέβαια να προσφέρουμε στο παιδί ένα κανονικό διαιτολόγιο και αφήνουμε το παιδί να φάει όσο θέλει και όποτε θέλει. Πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι η λήψη τροφής είναι ακατανίκητη ανάγκη για τον οργανισμό και κανείς δεν μπορεί να την αποφύγει.

6.4 Ψυχογενής Ανορεξία στα βρέφη

O

ι διαταραχές διατροφής αποτελούν πηγή ανησυχίας για τους γονείς και είναι από τις πιο συχνές αιτίες νοσηλείας σε παιδιατρικά τμήματα. Το γεγονός αυτό δεν είναι περίεργο, γιατί ακριβώς η διατροφή είναι ο άξονας γύρω από τον οποίο περιστρέφεται η σχέση μητέρας - παιδιού. Για το ίδιο το βρέφος η διατροφή έχει διπλή λειτουργία: από τη μια, ικανοποιεί την πείνα και την δίψα του και, από την άλλη, του παρέχει στοματική ευχαρίστηση μέσα από τις κινήσεις των χειλιών, της γλώσσας, του ουρανίσκου και του φάρυγγα, ευχαρίστηση η οποία είναι απαραίτητη για τη φυσιολογική ανάπτυξη της λίμπιντο του παιδιού. Η κυριότερη διαταραχή είναι η ανορεξία. Ορισμένα βρέφη δυσκολεύονται από τις πρώτες μέρες της ζωής τους να θηλάσουν. Οι κινήσεις πιπιλίματος και κατάποσης συνδυάζονται άσχημα, με αποτέλεσμα πολλές φορές το παιδί να φτύνει το γάλα. Αυτά τα βρέφη είναι συνήθως ευερέθιστα, μα απότομες κινήσεις των μελών και αντανακλούν μια αίσθηση δυσφορίας. Υπάρχουν, επίσης, παθητικά βρέφη τα οποία εκδηλώνουν αδιαφορία όχι μόνο στην λήψη τροφής αλλά για οτιδήποτε έχει σχέση με τη στοματική ευχαρίστηση.

Δεν βάζουν το δάχτυλο στο στόμα, δεν αναζητούν την πιπίλα, ούτε και το στήθος της μητέρας τους. Είναι σαν να τους λείπει η διάθεση να ευχαριστηθούν και να ζήσουν. Σε ακραίες περιπτώσεις, οι δυσκολίες στη λήψη τροφής μπορεί να οδηγήσουν σε καθυστέρηση της ανάπτυξης. Το ενδεχόμενο ψυχολογικοί λόγοι να ευθύνονται για την καθυστέρηση της ανάπτυξης έχει ήδη μελετηθεί και περιγραφεί ως «σύνδρομο δυστροφίας μη οργανικής αιτιολογίας» σε παιδιά τα οποία, ενώ είναι σωματικά υγιή, αδυνατούν να πάρουν βάρος. Μια άλλη μορφή ανορεξίας της βρεφικής ηλικίας είναι η «ανορεξία της αντίθεσης», που εμφανίζεται κατά την διάρκεια του δεύτερου εξαμήνου της ζωής με τη μορφή της άρνησης της τροφής - κυρίως της στερεάς. Αυτά τα παιδιά έχουν καλή φυσική κατάσταση και φυσιολογική ψυχολογική ανάπτυξη. Η άρνηση τροφής εμφανίζεται σε μια στιγμή την οποία το παιδί αποκτά ορισμένο βαθμό αυτονομίας και προσπαθεί να επιβληθεί μέσα στην σχέση στη μητέρα. Ο αποθλασμός, η προσθήκη νέων τροφών, η αλλαγή διαιτολογίου ή η πίεση να φάει μπορεί να είναι το έναυσμα για αυτήν την συμπεριφορά του παιδιού. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από έντονες συγκρούσεις και καταστάσεις εκνευρισμού, κατά τις οποίες η μητέρα δοκιμάζει τα πάντα για να καταφέρει το παιδί να τελειώσει έστω και ένα γεύμα. Εκείνο αρνείται πεισματικά, σκορπά το φαγητό του στο πάτωμα και παίρνει κάποιο είδος ικανοποίησης αρνούμενο να υποκύψει στα παρακάλια της μητέρας.

Η απλή αυτή αντιδραστική μορφή ανορεξίας υποχωρεί όταν καταλαγιάσει το άγχος της μητέρας, μεταβληθεί η συμπεριφορά της ως προς τη διατροφή και σταματήσει να το πιέζει. Η ανορεξία μπορεί να συνοδεύεται από εμέτους, οι οποίοι αποτελούν αντίδραση στην πίεση που ασκεί η μητέρα την ώρα του φαγητού. Στην συνέχεια, γίνονται τακτικοί και πιθανώς συνεχίζονται για μήνες ή και χρόνια και ενώ η αρχική ανορεξία έχει ξεχαστεί. Άλλοτε, πάλι, παρουσιάζονται ξαφνικά, για παράδειγμα στη διάρκεια ενός χωρισμού από την μητέρα, οπότε αποτελούν έκφραση της απελπισίας του παιδιού και του άγχους του αποχωρισμού. Στην περίπτωση αυτή, ίσως εκφράσουν τάση αυτοκαταστροφής, έτσι το παιδί χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη.

6.5 Ανορεξία στον ηλικιωμένο

Οι ανορεκτικές συμπεριφορές δεν είναι σπάνιες. Συχνά μαρτυρούν μια υπονοούμενη επιθυμία «για να εξοφλήσουν», 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 σωματικών κακουχιών, χάνουν κάθε ελπίδα για το μέλλον τους. Κάποτε, κατά την εξέταση διαπιστώνεται η έναρξη μιας διανοητικής εξασθένησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Πρόγνωση

Tα αποτελέσματα από έγκυρες μελέτες παρακολούθησης νοσηλευθέντων ασθενών, για τουλάχιστον 4 χρόνια μετά την έναρξη της διαταραχής δείχνουν ότι περίπου:

- το 44% των ασθενών είχε καλή έκβαση (το βάρος επανήλθε στο προτεινόμενο βάρος και αποκαταστάθηκε η εμμηνορυσία),
- στο 24% περίπου τα αποτελέσματα ήταν φτωχά (το βάρος ποτέ δεν έφθασε το προτεινόμενο και η έμμηνος ρύση δεν αποκαταστάθηκε ή ήταν σποραδική),
- στο 28% περίπου υπήρχαν ενδιάμεσα αποτελέσματα, και
- λιγότεροι από 5% είχαν πεθάνει (πρώιμη θνησιμότητα).

Η κακή πρόγνωση έχει συσχετιστεί με το πολύ χαμηλό αρχικά βάρος, την παρουσία εμέτων, την αποτυχία ανταπόκρισης σε προηγούμενη θεραπεία, τις διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις και το γάμο.

Η θνησιμότητα, οφειλομένη πρωταρχικά σε καρδιακή προσβολή ή αυτοκτονία (1-5%), αυξήθηκε όσο παρατεινόταν η παρακολούθηση και έφτασε περίπου το 20% μεταξύ ασθενών που παρακολουθούνταν για περισσότερο από 20 χρόνια. Συνήθως κυμαίνεται μεταξύ 4% και 17%. Επιπλέον, περίπου τα 2/3 των ασθενών συνέχισαν να έχουν συνεχή νοσηρή ενασχόληση με το φαγητό και το βάρος, πάνω από 40% είχαν βουλιμικά συμπτώματα και πολλοί είχαν δυσφυμία, κοινωνική φοβία, ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά συμπτώματα και κατάχρηση ουσιών.

Πρέπει να επισημανθεί ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών (25% περίπου) εισέρχεται στη χρόνια μορφή της διαταραχής που συνοδεύεται από σοβαρές ιατρικές επιπλοκές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1 Η δίαιτα των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία

Όπως αναφέραμε νωρίτερα, οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία έχουν επίμονη ενασχόληση με το φαγητό. Μαζεύουν και διαβάζουν βιβλία και άρθρα σε περιοδικά που αφορούν το φαγητό, τη δίαιτα και το σωματικό βάρος. Συχνά αναλαμβάνουν το μαγείρεμα της οικογένειας. Ξέρουν περισσότερα πράγματα 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 να χάσουν βάρος. Μία πρόσφατη έρευνα στο Σίντνεϋ αμφισβητεί το κατά πόσον η «έλλειψη υδατανθράκων» είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα της ψυχογενούς ανορεξίας. Δεκαεπτά ασθενείς που έπασχαν από ψυχογενή ανορεξία επί λιγότερο από 15 ημέρες προσφέρθηκαν εθελοντικά να απαντήσουν στις ερωτήσεις ενός διαιτολόγου δύο φορές: από τις συνεντεύξεις αυτές βγήκαν συμπεράσματα για την καθημερινή πρόσληψη τροφών και το διαιτολόγιο που έτρωγαν οι γυναίκες στο αποκορύφωμα της αρρώστιας τους συγκρίθηκε με εκείνο 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 υπολογίστηκε η αναλογία ενέργειας από τους υδατάνθρακες, τις πρωτεΐνες και τα λίπη, η ποσότητα από τους υδατάνθρακες ήταν παρόμοια και στις δύο 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, σε ένα τεστ διαιτολογικών γνώσεων σαν ομάδα, εμφάνισαν μεγάλες ατομικές διαφορές.

8.2 Νοσηλεία

Το πρώτο που λαμβάνεται υπόψη στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η διόρθωση της κατάστασης θρέψης του αρρώστου, επειδή η αφυδάτωση, η λιμοκτονία και οι διαταραχές ηλεκτρολυτών μπορεί να προκαλέσουν σοβαρό κίνδυνο στην υγεία και, σε της περιπτώσεις, το θάνατο. Η απόφαση για νοσηλεία του αρρώστου βασίζεται στη σωματική του κατάσταση και στο βαθμό της απαιτούμενης δομής που θα εξασφαλίσει τη συνεργασία.

Γενικά, σε αρρώστους με ψυχογενή ανορεξία, που έχουν κάτω απ' το 20% του αναμενόμενου βάρους σε σχέση με το ύψος της, συνιστάται νοσηλεία, ενώ σε αρρώστους με κάτω απ' το 30% του αναμενόμενου βάρους, απαιτείται ψυχιατρική νοσηλεία που κυμαίνεται από 2-6 μήνες.

Τα προγράμματα ψυχιατρικής νοσηλείας για ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία χρησιμοποιούν γενικά ένα συνδυασμό συμπεριφερσιολογικής θεραπευτικής προσέγγισης, ατομικής ψυχοθεραπείας, εκπαίδευσης και θεραπείας οικογένειας και, σε της περιπτώσεις, ψυχοτρόπων σκευασμάτων. Η επιτυχής θεραπεία εξαρτάται από την ικανότητα των μελών του προσωπικού να διατηρήσουν με τον ασθενή μία σταθερή αλλά υποστηρικτική προσέγγιση, συχνά μέσα από συνδυασμό θετικών (έπαινος) και αρνητικών (περιορισμός της άσκησης και της χρήσης υπακτικών) ενισχυτών. Ωστόσο, απαιτείται κάποια ευελιξία στο πρόγραμμα ώστε η θεραπεία να εξατομικεύεται και να ταιριάζει με της ανάγκες και της γνωσιακές ικανότητες του αρρώστου. Τελικά, για να πετύχει η θεραπεία μακροπρόθεσμα θα πρέπει ο άρρωστος να συμμετέχει σ' αυτή εκούσια.

Οι περισσότεροι ασθενείς είναι αδιάφοροι ή και αντιστέκονται στην ψυχιατρική θεραπεία. Της φέρνουν στο ιατρείο χωρίς τη θέλησή της, συγγενείς και φίλοι που αγωνιούν. Σπάνια αποδέχονται της συστάσεις για νοσηλεία χωρίς διαφωνίες και κριτική για το προσφερόμενο πρόγραμμα. Η έμφαση στα οφέλη, της η ανακούφιση απ' την αϋπνία και τα συμπτώματα και σημεία της κατάθλιψης, βοηθούν στο να πείσουν τον άρρωστο να εισαχθεί στο νοσοκομείο οικιοθελώς. Η υποστήριξη και η εμπιστοσύνη των συγγενών στο γιατρό και την θεραπευτική ομάδα είναι ουσιαστικές όταν πρέπει να εκτελεστούν αυστηρές οδηγίες. Οι οικογένειες των αρρώστων πρέπει να προειδοποιούνται ότι ο άρρωστος θα αντισταθεί στη θεραπεία και της πρώτες εβδομάδες της θεραπείας θα επιχειρήσουν της δραματικές εκκλήσεις για υποστήριξη από την οικογένεια, για να αποφύγει το πρόγραμμα νοσηλείας. Μόνο όταν είναι πιθανός ο κίνδυνος θανάτου απ' της επιπλοκές της κακής θρέψης θα πρέπει να εφαρμόζεται αναγκαστική νοσηλεία ή εγκλεισμός.

Σε σπάνιες περιπτώσεις οι άρρωστοι αποδεικνύουν ότι ήταν λάθος τα λεγόμενα του γιατρού για αποτυχία της θεραπείας σε εξωτερικό ιατρείο. Αυτοί μπορεί να αποκτούν ένα συγκεκριμένο βάρος σε κάθε επίσκεψη στο εξωτερικό ιατρείο. Ωστόσο αυτή η συμπεριφορά είναι ασυνήθης και, κατά κανόνα, είναι απαραίτητη μία περίοδος νοσηλείας.

Η γενική αντιμετώπιση των αρρώστων με ψυχογενή ανορεξία στη διάρκεια της προγράμματος νοσηλείας πρέπει να συνεκτιμά τα ακόλουθα: οι άρρωστοι πρέπει να ζυγίζονται κάθε πρωί, αφού προηγουμένως έχει εκκενωθεί η ουροδόχος κύστη. Της θα πρέπει να καταγράφεται η ημερήσια πρόσληψη υγρών της και η αποβολή των ούρων. Εάν παρουσιαστούν έμετοι θα πρέπει να εκτιμώνται οι ηλεκτρολύτες και να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση υποκαλιαιμίας. Επειδή παρατηρείται συχνά αναγωγή τροφής μετά τα γεύματα, το ιατρικό προσωπικό θα πρέπει να είναι σε θέση

να ελέγξει τον έμετο με το να μην επιτρέπει τη χρήση τουαλέτας για τουλάχιστον 2 ώρες μετά τα γεύματα ή με το να υπάρχει συνοδός στο μπάνιο που δεν θα επιτρέψει τον έμετο.

Η δυσκολιότητα υποχωρεί της αρρώστους με ψυχογενή ανορεξία, όταν αρχίσουν να σιτίζονται κανονικά. Χορηγούνται σποραδικά μαλακτικά των κοπράνων, αλλά ποτέ υπακτικά. Εάν εμφανιστεί διάρροια, υποδηλώνει συνήθως ότι ο άρρωστος παίρνει υπακτικά κρυφά. Λόγω της σπάνιας επιπλοκής της διάτασης του στομάχου και της πιθανότητας κυκλοφοριακής υπερφόρτωσης, εάν ο άρρωστος αρχίσει απότομα να λαμβάνει μεγάλες ποσότητες θερμίδων, το προσωπικό θα πρέπει να ξεκινάει με χορήγηση περίπου 500 θερμίδων πάνω απ' το απαιτούμενο για τη συντήρηση του υπάρχοντος βάρους (συνήθως 1.500 – 2.000 θερμίδες την ημέρα). Αυτές οι θερμίδες, καλό είναι να δίνονται σε 6 ισόποσα γεύματα ημερήσια, έτσι ώστε να μη χρειάζεται να παίρνουν οι άρρωστοι μεγάλες ποσότητες τροφής ανά γεύμα. Συνιστάται η χορήγηση υγρών συμπληρωμάτων τροφής, της το Sustagen, επειδή οι ασθενείς μπορεί να γίνονται λιγότερο αγχώδεις μήπως αποκτήσουν σιγά – σιγά βάρος με την αγωγή παρά με το να τρώνε φαγητό.

Μετά την έξοδο των ασθενών απ' το νοσοκομείο, ο κλινικός γιατρός συνήθως θεωρεί απαραίτητο να συνεχίσει κάποιου τύπου εξωνοσοκομειακή επίβλεψη για οποιοδήποτε πρόβλημα συμβεί της ασθενείς και της οικογένειάς της.⁹

Τα 11 σημεία που πρέπει να γνωρίζει της νοσηλεύτης σχετικά με τον ανορεκτικό ασθενή:

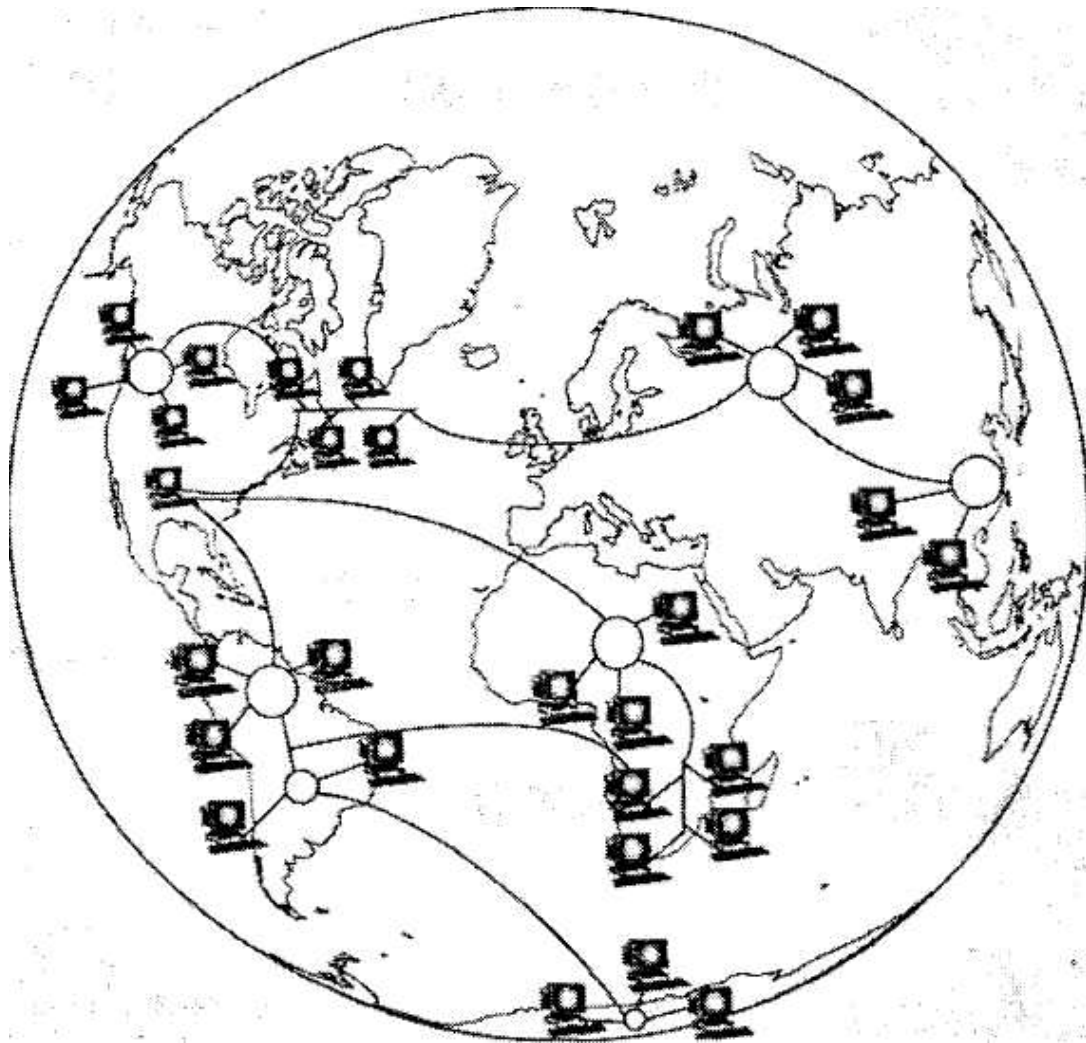
1.	Πίνουν μεγάλες ποσότητες νερού τη νύχτα πριν το ζύγισμα
2.	Αποφεύγουν να αδειάσουν την κύστη τους πριν να ζυγιστούν
3.	Πίνουν νερό από το μπάνιο ή το ντους
4.	Τρώνε πολύ την προηγούμενη νύχτα
5.	Φοράνε βαριά κοσμήματα ή βαριά ρούχα (π.χ. σιδεράκια του σκι)
6.	Ράβουν βάρη στα νυχτικά τους νωρίς το πρωί όταν πρόκειται να ζυγιστούν.
7.	Κρύβουν το φαγητό σε πετσέτες
8.	Αφήνουν την κόρα της φρυγανιάς ή του ψωμιού στο πιάτο και πετάνε το υπόλοιπο
9.	Αφήνουν το φαγητό σε βάζα, ντουλάπια ή το πετάνε από το παράθυρο
10.	Κρατάνε το φαγητό στο στόμα της και το πετάνε όταν καθαρίζουν τα δόντια
11.	Ταΐζουν κρυφά το σκύλο της οικογένειας κάτω από το τραπέζι

8.3 Νοσηλευτική Διεργασία

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή ήταν επιτυχής .Ο ασθενής με τη βοήθεια του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού κατάφερε να ανακαλύψει την αλήθεια. Ύστερα από ολιγοήμερη θεραπεία στο νοσοκομείο και υπό την αυστηρή επίβλεψη στο σπίτι καθώς και με τη συμπαράσταση του οικογενειακού και φιλικού της

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1)Αίσθηση ατόμου ότι είναι παχύ ενώ είναι υπερβολικά αδύνατο	Να μάθει να σέβεται τον εαυτό του	Να εφαρμοστεί ψυχοθεραπεία και να χορηγηθούν αντικαταθλιπτικά	Εφαρμόστηκε ψυχοθεραπεία	Αισθάνεται ικανοποιημένος με την εμφάνισή του
2)Απίσχυανση ατόμου	Να διδαχθεί λογικούς τρόπους σίτισης	Ρύθμιση θερμίδων να δίνονται 6 ισότοπα γεύματα	Ρυθμίσθηκαν οι θερμίδες Δόθηκαν 6 ισότοπα γεύματα	Βελτιώθηκε και προγραμματίστηκε η διατροφή του
3)Αφυδάτωση -διαταραχή ηλεκτρολυτών	Να μάθει σωστούς τρόπους πρόσληψης και αποβολής υγρών	Να χορηγηθούν ισότονα διαλύματα και να καταγράφονται καθημερινά η πρόσληψη και η αποβολή υγρών	Χορηγήθηκαν ισότονα διαλύματα. Καταγράφηκαν τα υγρά	Ενυδατώθηκε ο ασθενής και ρυθμίσθηκαν οι ηλεκτρολύτες του
4)Έντονη εξάτληση, αδυναμία, λιποθυμιά	Να μάθει να γυμνάζεται σωστά	Να διδαχθεί ελαφριές και ξεκούραστες ασκήσεις μικρής διάρκειας	Διδάχθηκε απλές ασκήσεις μικρής διάρκειας	Γυμνάζεται σωστά χωρίς να καταβάλλεται ο οργανισμός του
5)Άρνηση φαγητού Απώλεια βάρους	Αύξηση βάρους αργά και σταθερά	Να αυξηθεί το βάρος κατά ένα κιλό την εβδομάδα	Αυξήθηκε το βάρος κατά ένα κιλό την εβδομάδα	Έμαθε λογικούς τρόπους σίτισης
6)Λευκοπενία Υποκαλιαιμία Υπομαγνησισαία	Αύξηση Κ,Μg	Να χορηγηθεί Κ,Μg	Χορηγήθηκε Κ,Μg	Αυξήθηκαν Κ,Μg

περιβάλλοντος βλέπει το μέλλον γεμάτο αισιοδοξία. Ένα άτομο υγιές και ευτυχισμένο.



INTERNET ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Νοσηλευτική πληροφορική

Νοσηλευτική πληροφορική είναι ο νέος επιστημονικός κλάδος, αντικείμενο μελέτης του οποίου είναι η οργάνωση και επεξεργασία της πληροφορίας προς υποστήριξη της Νοσηλευτικής εκπαίδευσης, Νοσηλευτικής περίθαλψης και έρευνας. Η θεμελιώδης τεχνολογία που πρέπει να χρησιμοποιεί η πληροφορική στην Νοσηλευτική άσκηση των επιμέρους λειτουργιών της είναι ο ηλεκτρονικός υπολογιστής. Θα πρέπει όμως να τονιστεί ότι η Νοσ/κη πληροφορική δεν είναι μόνο Νοσ/κη επιστήμη των αντικειμένων , όπως της γνωστικής και εκπαιδευτικής ψυχολογίας, της αναλυτικής θεωρίας των αποφάσεων , τις στατιστικής ανάλυσης, των μαθηματικών, της βιοφυσικής και άλλων κλάδων που συγκροτούν περισσότερο νοητικές διεργασίες παρά τεχνολογία.

1.1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το 1945 στις ΗΠΑ χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά στα νοσοκομεία οι Η/Υ, στην αρχή σαν υπολογιστικές μηχανές σε εφαρμογές κοστολόγησης μισθοδοσίας και λογιστικών πράξεων .

Διοικητικές Εφαρμογές των Η/Υ έχουν εισαχθεί στον χώρο της υγείας στην δεκαετία του '60. Αυτές τις ακολούθησαν εφαρμογές στα εργαστήρια των Νοσοκομείων και αργότερα για αρχειοθέτηση στοιχείων των νοσηλευόμενων, στοιχεία που αφορούν την διακίνηση υλικών στο νοσοκομείο. Η πραγματική έκρηξη στη χρήση των Η/Υ άρχισε στην δεκαετία του '80. Αυτή τη στιγμή στα περισσότερα νοσηλευτικά ιδρύματα στις ΗΠΑ αλλά και στις χώρες της Ευρώπης έχουν εγκατασταθεί συστήματα Η/Υ ,που εκτελούν πολλές επιστημονικές πράξεις όπως η διάγνωση ,η θεραπεία και η έρευνα.

1.2 ΣΥΝΤΟΜΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ INTERNET

Τα δίκτυα υπολογιστών, (computer networks) είναι ομάδες υπολογιστών οι οποίοι είναι συνδεδεμένοι μεταξύ τους -συνήθως μέσω καλωδίων -έτσι ώστε να μπορούν να επικοινωνούν ο ένας με τον άλλο. Όταν μία ομάδα υπολογιστών είναι συνδεδεμένοι μεταξύ τους σ' ένα δίκτυο, οι χρήστες αυτών των υπολογιστών μπορούν να στέλνουν μηνύματα ο ένας στον άλλο και να μοιράζονται αρχεία και προγράμματα υπολογιστών.

Τα σημερινά δίκτυα υπολογιστών μπορούν να είναι τόσο μικρά, όσο δύο PCS συνδεδεμένα το ένα με το άλλο μέσω ενός καλωδίου σ' ένα γραφείο, ή τόσο μεγάλα, όσο χιλιάδες υπολογιστές διαφορετικών τύπων διεσπαρμένοι σε όλο τον κόσμο και συνδεδεμένοι μεταξύ τους όχι μόνο με καλώδια, αλλά επίσης μέσω τηλεφωνικών γραμμών ή δορυφόρων. Για να δημιουργήσετε ένα πραγματικά μεγάλο δίκτυο, δημιουργείτε αρχικά πολλά μικρά δίκτυα και κατόπιν συνδέετε αυτά τα δίκτυα το ένα με το άλλο, δημιουργώντας ένα διαδίκτυο (inter- network). Στην πραγματικότητα, κάτι ανάλογο είναι και το Internet: Το μεγαλύτερο Διαδίκτυο του κόσμου. Σε σπίτια, εταιρείες, σχολεία και κυβερνητικές υπηρεσίες σε όλο τον κόσμο, εκατομμύρια υπολογιστές όλων των τύπων - PCS, Macintosh, μεγάλα mainframes, κ.α. - είναι συνδεδεμένοι μεταξύ τους σχηματίζοντας δίκτυα, και αυτά τα δίκτυα συνδέονται μεταξύ τους για να σχηματίσουν το Internet. Επειδή τα πάντα είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους, οποιοσδήποτε υπολογιστής στο Internet μπορεί να επικοινωνεί με οποιονδήποτε άλλο υπολογιστή στο Internet

1.2.1 ΠΩΣ ΞΕΚΙΝΗΣΕ ΤΟ INTERNET

Σ

τα τέλη της δεκαετίας του '60, το Υπουργείο Άμυνας των ΗΠΑ (Department of Defense -DoD) συνειδητοποίησε πόσο μεγάλη ήταν η εξάρτηση της Αμερικανικής κυβέρνησης από το εθνικό δίκτυο υπολογιστών της και έθεσε το εξής ερώτημα: "Τι θα συμβεί εάν ένας εχθρός θέσει εκτός λειτουργίας το δίκτυο μας; Μπορούμε να αντιδράσουμε χωρίς πρόσβαση στους υπολογιστές μας;"

Εκείνη την εποχή, εάν ένα από τα δίκτυα ενός διαδικτύου σταματούσε να λειτουργεί, ολόκληρο το διαδίκτυο κατέρρεε. Εάν τα αμυντικά συστήματα υπολογιστών στην Ουάσιγκτον σταματούσαν να λειτουργούν από μία βόμβα, μία διακοπή ρεύματος, έναν δυσαρεστημένο προγραμματιστή, ή οτιδήποτε άλλο, τα αμυντικά συστήματα υπολογιστών στο Κολοράντο ή στην Καλιφόρνια π:χ αντιμετώπιζαν προβλήματα. Ολόκληρο το σύστημα βασιζόταν στο ότι κάθε τμήμα του θα λειτουργούσε σωστά.

Για τον λόγο αυτό, το Υπουργείο Άμυνας των ΗΠΑ σχεδίασε έναν νέο τύπο διαδικτύου. ο οποίος θα μπορούσε να λειτουργεί ακόμη κι όταν καταστρέφονταν ένα τμήμα του. Ο συνδετικός κρίκος ολόκληρου του συστήματος ήταν μία ομάδα κανόνων επικοινωνίας -πρωτοκόλλων - με όνομα TCP/IP. Μιλώντας γενικά, οποιοδήποτε δίκτυο χρησιμοποιεί το πρωτόκολλο TCP/IP, μπορεί να επικοινωνήσει με οποιοδήποτε άλλο δίκτυο χρησιμοποιεί επίσης το πρωτόκολλο TCP/IP. Και εάν ένα τμήμα ενός διαδικτύου το οποίο χρησιμοποιεί το πρωτόκολλο TCP/IP σταματήσει να λειτουργεί, το υπόλοιπο διαδίκτυο μπορεί να συνεχίσει.

1.2.2 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ INTERNET

Το σημαντικότερο στοιχείο της σχεδίασης του Internet είναι το γεγονός ότι είναι ανοικτό σε όλους τους τύπους υπολογιστών. Σε πρακτικό επίπεδο, οποιοσδήποτε υπολογιστής - από ένα φορητό PC έως έναν υπερ - υπολογιστή - μπορεί να εφοδιαστεί με το TCP/IP και συνεπώς μπορεί να συνδεθεί στο Internet, και ακόμη κι όταν ένας υπολογιστής δε χρησιμοποιεί το TCP/IP , μπορεί να προσπελάζει τις πληροφορίες που βρίσκονται στο Internet χρησιμοποιώντας άλλες τεχνολογίες. Το δεύτερο σημαντικό πράγμα για το Internet είναι ότι επιτρέπει τη χρήση μιας μεγάλης ποικιλίας επικοινωνιακών μέσων - τρόποι με τους οποίους επικοινωνούν οι υπολογιστές. Στους "αγωγούς" που διασυνδέουν τα εκατομμύρια υπολογιστών στο Internet περιλαμβάνονται τα καλώδια τα οποία συνδέουν τα μικρά δίκτυα στις επιχειρήσεις, ιδιωτικές γραμμές δεδομένων, τοπικές τηλεφωνικές γραμμές, εθνικά τηλεφωνικά δίκτυα (τα οποία μεταφέρουν σήματα μέσω καλωδίων, μικροκυμάτων και δορυφόρων) και εταιρείες διεθνούς τηλεφωνίας. Αυτή η ευρεία ποικιλία εξοπλισμού και επικοινωνιακών μέσων, σε συνδυασμό με την καθολική διαθεσιμότητα του TCP/IP, έδωσε στο Internet τη δυνατότητα να γίνει πραγματικά παγκόσμιο, περιλαμβάνοντας δεκάδες εκατομμύρια χρηστών σε κάθε ήπειρο (ακόμη και στην Ανταρκτική). Τι σημαίνει αυτό για εσάς; Σημαίνει απλά ότι μπορείτε να συνδεθείτε (online) στο Internet χρησιμοποιώντας την ίδια τηλεφωνική γραμμή με την οποία συνομιλείτε.

1.3 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΤΟ INTERNET

Πολλές και σημαντικές υπηρεσίες παρέχει το Internet. Με τη χρήση αυτών των υπηρεσιών που συνεχώς βελτιώνονται, ενώ νέες προστίθενται, λόγω της τεχνολογικής ανάπτυξης του software και hardware, η ψηφιακή επικοινωνία γίνεται ταχύτερη και φιλικότερη από όσο ήταν πριν.

Οι πιο γνωστές από αυτές είναι:

1) e-mail ή Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο:

Ο κάθε χρήστης του Internet (λ.χ. από την Πάτρα) μπορεί να ανταλλάσσει μηνύματα, αρχεία κειμένου, προγράμματα κ.α. με έναν ή περισσότερους χρήστες ταυτόχρονα, σε οποιοδήποτε μέρος του κόσμου και αν βρίσκονται, χρησιμοποιώντας τη δική του μοναδική διεύθυνση. Η ηλεκτρονική διεύθυνση σχηματίζεται από το όνομα του χρήστη που είναι μοναδικό (λ.χ. niva) και από το όνομα του συστήματος (που παρέχει τη σύνδεση) που και αυτό είναι μοναδικό στο Internet (λ.χ. niva) και από το όνομα του συστήματος (που παρέχει τη σύνδεση) που και αυτό είναι μοναδικό στο

Internet (λ.χ. diavlos.gr).

Από το συνδυασμό αυτών των ονομάτων προκύπτει και η ηλεκτρονική διεύθυνση του κάθε χρήστη του Internet με τη μορφή niva@diavlos.gr. Με τον τρόπο αυτό η διεύθυνση είναι μοναδική και κάθε μήνυμα φτάνει στο συγκεκριμένο χρήστη σε ελάχιστα δευτερόλεπτα. Για τη χρήση του Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου υπάρχουν πολλά προγράμματα που ονομάζονται mailers και διατίθενται από διάφορους κόμβους δωρεάν στο Internet.

2) Υπηρεσία Telnet:

Η υπηρεσία αυτή παρέχει τη δυνατότητα σύνδεσης και χρήσης από τον υπολογιστή μας, μέσω του Internet, απομακρυσμένων υπολογιστών.

3) Υπηρεσία FTP:

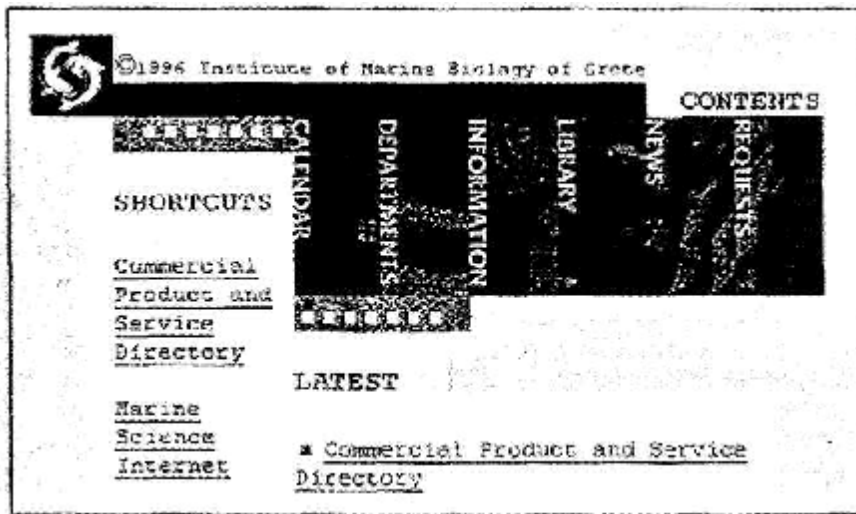
Η υπηρεσία αυτή εξασφαλίζει τη μεταφορά αρχείων από έναν υπολογιστή του Internet σε κάποιον άλλο. σε κάποιον άλλο. Πολλοί υπολογιστές διαθέτουν για τους χρήστες του Internet πλήθος αρχείων που μπορούν να τα μεταφέρουν στον υπολογιστή τους. Η μεταφορά αυτή γίνεται με προγράμματα που μπορεί ο καθένας να προμηθευτεί δωρεάν από το Internet (FTP).

4) Υπηρεσία Usenet:

Η υπηρεσία αυτή επιτρέπει την ηλεκτρονική διάσκεψη πολλών χρηστών στο Internet. Ο κάθε χρήστης μπορεί να διατυπώσει κάποια ερώτηση, να κάνει κάποια ανακοίνωση ή να κοινοποιήσει μια άποψη του, την οποία έχουν δυνατότητα να διαβάσουν όλοι οι χρήστες του Internet και κατόπιν να πάρουν θέση ή να απαντήσουν. Υπάρχουν πάνω από 14.000 ομάδες (groups) που καλύπτουν οποιοδήποτε θέμα μπορεί να φανταστεί κανείς. Βέβαια υπάρχουν και πάρα πολλά groups με ιατρικά θέματα.

5) Υπηρεσία Talk και ICR:

Η πρώτη υπηρεσία επιτρέπει την άμεση και σε πραγματικό χρόνο επικοινωνία δύο χρηστών του Internet, όπου και να βρίσκονται αυτοί, εφόσον επιτευχθεί η σύνδεση μεταξύ τους. Με τον τρόπο αυτό ότι πληκτρολογεί ο ένας εμφανίζεται στην οθόνη του Η/Υ του άλλου.



Με τη δεύτερη υπηρεσία, το ICR έχουμε άμεση και σε πραγματικό χρόνο επικοινωνία πολλών χρηστών του Internet. Όλοι οι χρήστες συνδέονται σε ICR Servers και αφού επιλέξουν το κανάλι που φιλοξενεί το θέμα συζήτησης που τους ενδιαφέρει, ότι πληκτρολογούν μεταφέρεται στις οθόνες όλων των άλλων χρηστών που συμμετέχουν στη συζήτηση.

6) Υπηρεσία Gopher:

Πρόκειται για μια υπηρεσία όπου η πληροφορία παρουσιάζεται με τη χρησιμοποίηση ιεραρχικών επιλογών (μενού) που οδηγούν σε συγκεκριμένες περιοχές πληροφοριών.

7) World Wide Web:

Είναι η υπηρεσία που έφερε «επανάσταση» στο Internet. Λόγω της εμφάνισης της έγινε προσιτό το Internet σε εκατομμύρια ανθρώπους σε ελάχιστο χρονικό διάστημα. Η φιλικότητα της χρήσης της υπηρεσίας αυτής, η χρήση των εικόνων, των video, των ήχων, των κειμένων που όλα μαζί μπορούν να παρουσιαστούν στις οθόνες των Η/Υ του κάθε χρήστη στο Internet, δημιούργησε νέες δυνατότητες. Η χρήση του Hypertext (του υπερ-κειμένου) δημιούργησε τις προϋποθέσεις για αλληλεπίδραση από μακριά, εξασφαλίζοντας έτσι σε ελάχιστα χρονικά διαστήματα την ανθρώπινη συμμετοχή σε διαδικασίες απόκτησης και επεξεργασίας πληροφοριών που μέχρι χθες ήταν δυνατό να πραγματοποιηθούν μόνο με άμεση πρόσβαση.

Η δημιουργία σελίδων αλληλεπίδρασης με multimedia (ήχος, κίνηση, κείμενο κ.α.) που περιέχουν Hypertext (δηλαδή λέξεις κλειδιά που συνδέουν τη σελίδα με άλλες παρόμοιες στο Internet) επέτρεψε την αλματώδη αύξηση των χρηστών και της διακινούμενης πληροφορίας.

Το World Wide Web επεκτείνεται και εμπλουτίζεται συνεχώς με νέους κόμβους (Web Servers) ποικίλης πληροφορίας, με νέα προγράμματα που εξασφαλίζουν την αξιοποίηση κάθε πληροφορίας σε μικρότερο χρόνο και τη φιλικότερη παρουσίαση και διαχείριση της.

Για να χρησιμοποιήσουμε αυτή την υπηρεσία πρέπει να χρησιμοποιήσουμε

προγράμματα τα οποία διατίθενται δωρεάν στο Internet όπως το Netscape, Mosaic κ.α.

Όσον αφορά την Ιατρική, υπάρχουν χιλιάδες κόμβοι σε όλο τον κόσμο, με τη μορφή των Web Servers, που παρέχουν πολλές εξειδικευμένες ιατρικές πληροφορίες και μια δυσκολία που δημιουργείται από τη συνεχιζόμενη αύξηση της ποσότητας των πληροφοριών είναι ο εντοπισμός εκείνων που μας ενδιαφέρουν. Η ανεύρεση τέτοιων πληροφοριών στο World Wide Web γίνεται εύκολη με την ύπαρξη των μηχανών αναζήτησης, που καταγράφουν τα περιεχόμενα των σελίδων του Web. Θέτουμε το ερώτημα και οι μηχανές αυτές μας επιστρέφουν ένα πλήρη κατάλογο με σελίδες που περιέχουν την πληροφορία που ψάχνουμε.

8) Videoconferencing:

Είναι πειραματική υπηρεσία που υπάρχει στο Internet και είναι ελάχιστα διαδεδομένη. Επιτρέπει τη δυνατότητα επικοινωνίας μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων που βρίσκονται σε απόσταση μεταξύ τους με τέτοιο τρόπο ώστε να υπάρχει οπτική και ακουστική επαφή. Για την υλοποίηση μιας τέτοιας σύνδεσης μέσα από ένα απλό τηλεφωνικό δίκτυο (με όλα τα μειονεκτήματα που αυτό συνεπάγεται) απαιτούνται ειδικά προγράμματα και κατάλληλος εξοπλισμός (κάμερα, κάρτα ήχου, μικρόφωνο).

1.4 INTERNET ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, το Internet δημιουργήθηκε πριν 25 περίπου χρόνια, για να καλύψει τις ανάγκες των ερευνητών που δούλευαν στην αμυντική βιομηχανία των Ηνωμένων Πολιτειών. Σταδιακά, ξεπέρασε τα όρια της αμυντικής βιομηχανίας και εξελίχθηκε σ' ένα πραγματικά γενικό δίκτυο κι ένα πολύτιμο εργαλείο για όλους τους τομείς της ακαδημαϊκής έρευνας. Συνεχίζει να εξελίσσεται, ξεπερνώντας πλέον και τα όρια του ακαδημαϊκού κόσμου, για να προσφέρει ταυτόχρονα πρόσβαση σε πληροφορίες κι ένα γρήγορο, φθηνό τρόπο επικοινωνίας για το ευρύ κοινό. Θα είναι η προσεχής δημόσια υπηρεσία.

Το Internet είναι το μεγαλύτερο δίκτυο υπολογιστών στον κόσμο, αλλά δεν υπάρχει απλός τρόπος για να χαρακτηρίσουμε το μέγεθος του. Υπολογίζεται ότι 1.2 εκατομμύρια υπολογιστές ήταν συνδεδεμένοι με το Internet στις αρχές του 1993. Όμως, το Internet δε μετράει τις συμμετοχές των υπολογιστών ή των χρηστών. Το Internet αποτελείται από δίκτυα. Σήμερα, περισσότερα από 12000 τοπικά δίκτυα είναι συνδεδεμένα μ' αυτό, και ο ρυθμός ανάπτυξης του αυξάνει σταθερά. Το Μάιο του 1993, περισσότερα από 1 000 νέα δίκτυα συνδέθηκαν στο Internet. Από την άλλη, η ανάπτυξη του δεν οφείλεται μόνο στα νέα δίκτυα. Το κοινό του επεκτείνεται με κάθε νέο υπολογιστή η χρήση που προστίθεται στα δίκτυα που το απαρτίζουν .

1.4.1 INTERNET ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ

Tο Παγκόσμιο διαδίκτυο Ηλεκτρονικών Υπολογιστών, γνωστό ως Internet ανοίγει νέους ορίζοντες στην πρόσκτηση επιστημονικής γνώσης, αλλά και μεταφέρει την ευθύνη της επιλογής στον ίδιο το χρήστη. Παράλληλα, το Internet προσφέρει ένα νέο εργαλείο με μεγάλες προοπτικές αξιοποίησης στον τομέα της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης.

Με το ψηφιακό αυτό δίκτυο μεταφέρονται σε χρόνο μηδέν σε όλο τον κόσμο πληροφορίες που δεν έχουν μόνο το χαρακτήρα κειμένου και σταθερής εικόνας, αλλά επεκτείνονται σε μορφές που δεν μπορούν να αναπαρασταθούν σε έντυπα, όπως η κινητή εικόνα - video ή η φωνή και γενικά, ο ήχος. Επιπλέον, η σημερινή τεχνολογία κάνει προσιτές μέσω του Internet νέες υπηρεσίες όπως η videoconference, το video – text κ.α.

Το Internet, το οποίο απλώνεται σε περισσότερες από 90 χώρες της Υψηλίου δεν είναι πια άγνωστο όπως μερικά χρόνια πριν. Σήμερα οι τεράστιες ποσότητες της ψηφιακής πληροφορίας που διακινούνται στο Internet, αφορούν όλες τις ανθρώπινες δραστηριότητες και όλα τα επαγγέλματα. Η Ιατρική πληροφορία, η πληροφορία που αφορά κάθε τομέα της Ιατρικής, που αφορά τον κάθε ιατρό κάθε ειδικότητας, τον κάθε λειτουργό υγείας, τα διαφορετικά Συστήματα Υγείας, διακινείται μέσα από το Internet σε ελάχιστο χρόνο και σε οποιοδήποτε σημείο της υψηλίου. Η ύπαρξη και η ραγδαία ανάπτυξη του Internet με τις προσφερόμενες υπηρεσίες, δημιουργούν μια νέα κατάσταση στον τρόπο και τις μορφές επικοινωνίας μεταξύ των μελών της Παγκόσμιας Ιατρικής κοινότητας, που ανατρέπει τα σημερινά δεδομένα. Το Internet εμφανίζεται σαν «εργαλείο στα χέρια κάθε ιατρού» και επιδρά στη διαμόρφωση νέων συνθηκών απόκτησης και επεξεργασίας εξειδικευμένης επιστημονικής γνώσης, προσιτής στον κάθε ενδιαφερόμενο. Οι συνθήκες επιτρέπουν την ταχεία ποιοτική αναβάθμιση της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης, Ενημέρωσης και Επικοινωνίας, με ό,τι αυτό συνεπάγεται. Για πρώτη φορά αναπτύσσονται προβληματισμοί για προοπτικές αξιοποίησης του Internet από τον Ιατρικό κόσμο, ενώ σκεπτικισμός και επιφυλάξεις έχουν διατυπωθεί για την αποτελεσματικότητά του. Στο Internet υπάρχουν πληροφορίες λιγότερο ή περισσότερο εξειδικευμένες που έχουν σχέση με όλες τις Ιατρικές ειδικότητες και είναι διεσπαρμένες σε κόμβους (Web Servers) σε όλο τον κόσμο. Οι πληροφορίες αυτές έχουν μερικά σημαντικά χαρακτηριστικά. Είναι πληροφορίες που παράγονται από κέντρα, ομάδες ή ακόμα και μεμονωμένους επιστήμονες και είναι έγκυρες και χρήσιμες. Συνήθως είναι πληροφορίες που δημοσιοποιούνται άμεσα και επώνυμα, γεγονός που εξασφαλίζει την εγκυρότητα τους. Οι πληροφορίες αυτές απευθύνονται σε ιατρούς διαφόρων

ειδικότητων και είναι δυνατό να είναι εξειδικευμένες. Διατίθενται ελεύθερα και χωρίς ιδιαίτερο κόστος στον κάθε ενδιαφερόμενο ιατρό. Είναι πολύμορφες πληροφορίες, με τη μορφή επιστημονικών κειμένων, φωτογραφιών, ήχου και video που έχουν ψηφιοποιηθεί και μπορούν εύκολα να μεταφερθούν από την πηγή σε κάθε μέρος του πλανήτη. Οι χρήσιμες αυτές πληροφορίες διατίθενται στο Internet μέσω των υπηρεσιών του και κυρίως του World Wide Web. Βέβαια υπάρχουν και πληροφορίες που απευθύνονται σε απλούς χρήστες του Internet και είναι προσιτές και κατανοητές μια και τις περισσότερες φορές διατίθενται από επιστήμονες και αφορούν συγκεκριμένα θέματα υγείας, πρώτες βοήθειες κ.α.

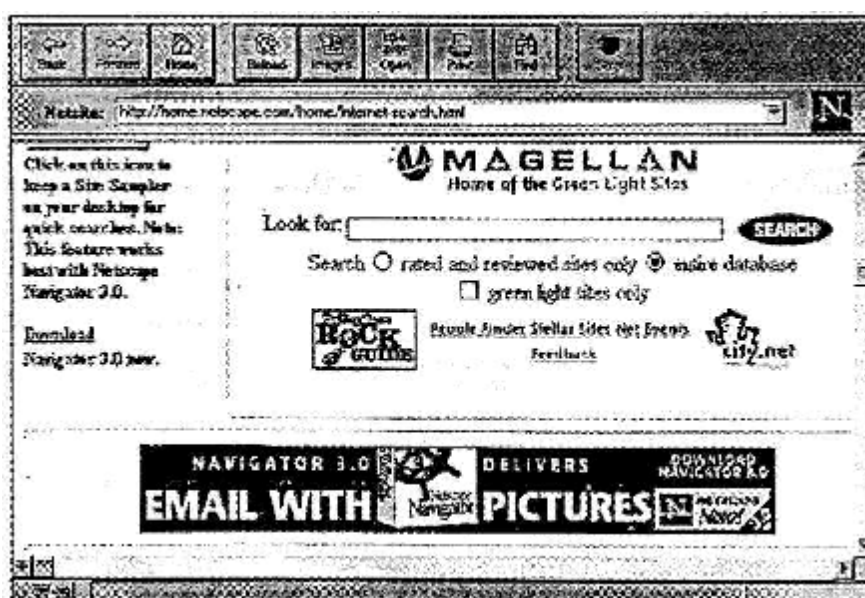
Αυτά τα χαρακτηριστικά των πληροφοριών, με την ολοένα αυξανόμενη ανάπτυξη του Internet και το προσιτό κόστος του εξοπλισμού και της εύκολης σύνδεσης του Η/Υ με τον provider, έχουν μεταβάλλει τη δυνατότητα της διακίνησης της Ιατρικής πληροφορίας, σε σύγκριση με τους κλασσικούς τρόπους μεταφοράς και διάδοσης. Ολοένα και περισσότεροι ιατροί χρησιμοποιούν το Internet. Όλοι πια έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στην εξειδικευμένη Ιατρική πληροφορία, χωρίς διακρίσεις και απαγορεύσεις που οφείλονται στο χρόνο και στο χώρο. Ο γιατρός του Αγροτικού Ιατρείου σε μια ακριτική περιοχή έχει την ίδια δυνατότητα πρόσβασης στην Ιατρική πληροφορία με τον Νοσοκομειακό ή Πανεπιστημιακό Ιατρό, γεγονός που μέχρι σήμερα τουλάχιστον ήταν εξαιρετικά δύσκολο. Ένα Κέντρο Παραγωγής Ιατρικής πληροφορίας, λ.χ. ένα εργαστήριο ή μια κλινική ενός νοσοκομείου ή ένας μεμονωμένος ιατρός ακόμα, μπορεί να παρουσιάσει το επιστημονικό του έργο στην Παγκόσμια Ιατρική κοινότητα και να δεχτεί τις παρατηρήσεις και τις κριτικές της. Μέσα από το Internet γνωστοποιείται ισότιμα και κρίνεται η δουλειά όλων των επιστημονικών κέντρων, ενώ εμφανίζονται ολοένα και περισσότερα κέντρα παροχής Ιατρικών πληροφοριών, στα οποία εύκολα και γρήγορα μπορεί να φτάσει ο κάθε ιατρός. Έτσι, μέσα από μια συνεχή ψηφιακή διακίνηση ιατρικής πληροφορίας, αναβαθμίζεται η δια βίου εκπαίδευση των ιατρών, η εξειδικευμένη πληροφορία συμβάλλει στον εμπλουτισμό της παγκόσμιας γνώσης και βέβαια αξιοποιείται από όλους. Μπορούμε να ισχυριστούμε ότι δίπλα στις κλασσικές μεθόδους της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης (έντυπη ενημέρωση, χρήση σύγχρονων οπτικοαουστικών μέσων, συναντήσεων σε τοπικό επίπεδο, ημερίδων, συμποσίων, συνεδρίων κ.α.) των ιατρών, το Internet αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο που αν αξιοποιηθεί κατάλληλα (με τις υπάρχουσες υλικοτεχνικές δυνατότητες) μπορεί να αποδώσει πλούσιους καρπούς. Πρόσφατα έγινε στο Internet το Πρώτο Ελληνικό Ιατρικό Συνέδριο με γενικό τίτλο "Παθήσεις και Κακώσεις του Χεριού", που υπήρξε και το πρώτο συνέδριο που εξολοκλήρου- διεξήχθη στον κυβερνοχώρο. Η ορθοπαιδική οικογένεια πήρε την πρωτοβουλία να χρησιμοποιήσει αυτή τη μορφή επικοινωνίας και επιστημονικής ενημέρωσης, για πρώτη φορά στην Ελλάδα και μάλιστα αυτή η πρωτοβουλία ξεκίνησε από τη Βόρεια Ελλάδα, από τη Θεσσαλονίκη. Για την ιστορία και μόνο αναφέρουμε την Ορθοπαιδική Κλινική του Β' Νοσοκομείου

ΙΚΑ Θεσσαλονίκης που είχε την ευθύνη και το συντονισμό του τριμήνου αυτού του συνεδρίου. Στο συνέδριο αυτό οι σύνεδροι (και μπορούμε να πούμε ότι δεν ήταν λίγοι, πάνω από 400 άτομα) παρακολούθησαν τις διαλέξεις των εισηγητών και διάβασαν τις εργασίες από το σπίτι τους ή από τους χώρους εργασίας τους. Η εμπειρία που αποκτήθηκε υπήρξε θετική και σίγουρα ενθαρρύνει και άλλους ιατρούς να τη μιμηθούν και να τη βελτιώσουν.

Η δυνατότητα αξιοποίησης των multimedia στο Internet και η αλληλεπίδραση με τις σελίδες του World Wide Web (WWW) από το χρήστη, δημιουργεί νέες δυνατότητες στην εκπαίδευση από μακριά. Είναι μια μορφή τηλεματικής μέσα από το Internet, που μπορεί να συνδέσει για εκπαιδευτικούς λόγους (εκπαίδευση ειδικευομένων) τα επιστημονικά κέντρα (Νοσοκομείο, Πανεπιστήμιο) με ιατρούς σε απομακρυσμένα σημεία της υφηλίου. Μέσα από τις προηγούμενες αναφορές διακρίνεται καθαρά η παγκοσμιότητα και η αμεσότητα, η φιλικότητα, η ευκολία πρόσβασης και χρήσης αυτού του είδους της ψηφιακής επικοινωνίας, που μαζί με το χαμηλό κόστος της, την κάνει ολοένα και πιο δημοφιλή στον Ιατρικό κόσμο της χώρας μας.

Το Internet απλά αποτελεί το μέσο που δίνει τη δυνατότητα να συνδεθούν μεταξύ τους τα δίκτυα των Ηλεκτρονικών Υπολογιστών σε όλο τον κόσμο. Το κάθε δίκτυο Η/Υ, όπου και να βρίσκεται, στο Νοσοκομείο, το Πανεπιστήμιο, στους χώρους εργασίας μπορεί να συνδεθεί μέσω του Internet, με άλλα δίκτυα σε οποιοδήποτε μέρος της υφηλίου. Με τον τρόπο αυτό ο κάθε χρήστης του τοπικού δικτύου έχει τη δυνατότητα πρόσβασης σε άλλα δίκτυα.

Σήμερα υπάρχουν και λειτουργούν δίκτυα Η/Υ σε ιατρικές Σχολές, σε νοσοκομεία, στη χώρα μας και το εξωτερικό, που συνδέουν μεταξύ τους Η/Υ



οι οποίοι βρίσκονται σε εργαστήρια, σε τμήματα, σε κλινικές διάσπαρτα σε διαφορετικούς χώρους, στο ίδιο κτίριο ή την ίδια περιοχή. Αυτά τα τοπικά δίκτυα Η/Υ σε άλλα σημεία της υφηλίου, μέσω του Internet και των υπηρεσιών που αυτό

προσφέρει.

Πάνω από 10.000.000 Η/Υ είναι συνδεδεμένοι στο Internet, σύμφωνα με έρευνες που πρόσφατα έχουν γίνει (Ιανουάριος 1996), ενώ ο αριθμός των ατόμων που χρησιμοποιούν το Internet είναι περίπου 60.000.000 με 65.000.000. Οι αριθμοί αυτοί μεταβάλλονται με γρήγορους ρυθμούς από τρίμηνο σε τρίμηνο μια και η τάση που καταγράφεται είναι η ραγδαία αύξηση των χρηστών και των μηχανημάτων. Η ίδια εικόνα σημειώνεται και για τη χώρα μας. Υπολογίζεται ότι πάνω από 1.000 ιατροί που διαθέτουν Η/Υ σήμερα κάνουν χρήση του Internet.

1.5 ΛΗΨΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ

Σ

το Internet μπορεί να ενημερωθεί κανείς για όποιο θέμα θέλει. Είναι ένα θαυμάσιο μέρος για να μάθετε περισσότερα για κάθε ιατρικό θέμα που σας απασχολεί. Είναι ενημερωμένο από εξειδικευμένους επιστήμονες για όλες τις ασθένειες, τα συμπτώματά τους, τις επιπλοκές που μπορεί να δημιουργήσουν, τους τρόπους θεραπείας και άλλα θέματα που θα απασχολούσαν τον ενδιαφερόμενο. Επίσης υπάρχουν σελίδες που πίσω από αυτές βρίσκονται ιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι και άλλοι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι απαντούν και ενημερώνουν τον χρήστη για όποιο ιατρικό πρόβλημα έχει. Κάποιες από αυτές τις σελίδες είναι :

1. Care

Μία ενδιαφέρουσα τοποθεσία είναι η Care, στην οποία μπορείτε να βρείτε πολλές ιατρικές πληροφορίες, καταλόγους ιατρών και φαρμακείων, καθώς και να υποβάλλετε ερωτήσεις για θέματα υγείας τα οποία σας απασχολούν (Εικόνα 1).

Διεύθυνση: www.care.gr .



Το Care είναι ένα καλό σημείο εκκίνησης για ιατρικές ερωτήσεις αλλά και συμβουλές.

2. Health (Υγεία) - Health Newsletters (Δελτία Τύπου για την Υγεία)

Μια συλλογή δελτίων τύπου που καλύπτουν ιατρικά θέματα, την ιατρική έρευνα, και διάφορες ασθένειες και τις προτεινόμενες θεραπευτικές αγωγές.

Διαδρομή: [/pub/newsletters/Health/](http://pub/newsletters/Health/)

3. Health Sciences Libraries Consortium, HSLC (Ένωση Βιβλιοθηκών Επιστημών Υγείας)

Η βάση δεδομένων λογισμικού εκμάθησης με τη βοήθεια υπολογιστή (Computer Based Learning Software Database) της αμερικανικής Ένωσης Βιβλιοθηκών

Επιστημών Υγείας (Health Sciences Libraries Consortium, HSLC ξεκίνησε το 1987 και περιέχει λίστες προγραμμάτων για PC και Macintosh τα οποία χρησιμοποιούνται στα εκπαιδευτικά ιδρύματα που αφορούν επαγγέλματα υγείας. Αυτό το έργο ενισχύεται και χρηματοδοτείται από την ομάδα Εργασίας Εκπαίδευσης του Αμερικανικού Συνδέσμου Πληροφορικής Ιατρικής (American medical Informatics Association's Education Working Group), ενώ έχουν προστεθεί σ' αυτό και καταχωρήσεις από το τμήμα Λογισμικού Εκπαίδευσης Επιστημών Υγείας (Software for Health Sciences Education) του Πανεπιστημίου του Michigan (το οποίο υποστηρίζεται από τη φαρμακευτική εταιρεία Sandoz Pharmaceuticals).

Τρόπος πρόσβασης :Telnet: shrwywhslc.org

Ταυτότητα χρήστη: cblf;;

4. National Institute of Health (Αμερικανικό Εθνικό Ίδρυμα Υγείας)

Ανακοινώσεις, πληροφορίες, για ερευνητές, μια βάση δεδομένων μοριακής βιολογίας, βιβλιοθήκες και λογοτεχνικοί πόροι, ο τηλεφωνικός κατάλογος του ιδρύματος, και άλλα πολλά

Διεύθυνση: infopath.ucsd.eduWt:

Επιλέξτε: The World ή Mist Special. ή Federal Gov.

5. Software and Information for the Handicapped

(Λογισμικό και Πληροφορίες για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες)

Αυτή η θέση FTP περιέχει πολλούς καταλόγους με πληροφοριακά αρχεία που ενδιαφέρουν τα άτομα με ειδικές ανάγκες.

Τρόπος πρόσβασης : Anonymous FTP: handicap.shel.isc-br.comI

5. Typing Injuries (Τραύματα Δακτυλογράφησης)

Όλες οι πληροφορίες για τα τραύματα που παρουσιάζονται σε όσους πληκτρολογούν και για τις λύσεις τους είναι τώρα διαθέσιμες και στο Internet; Περιλαμβάνεται ένας μακρύς κατάλογος εναλλακτικών πλήκτρων και ορισμένες σχετικές εικόνες gif.

Τρόπος πρόσβασης: Anonymous FTP: soda.berkeley.eduI

Διαδρομή: /Pub/typingcoijnjury/*/

7. Medicine (Ιατρική)

(ΕΘΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ)

Περιέχει συζητήσεις σχετικά με την τεχνολογία στην ιατρική εκπαίδευση, όπως και συνδιασκέψεις σχετικά με επεξεργασία- ψηφιακών εικόνων, εκπαίδευση με την βοήθεια υπολογιστών, έρευνα γύρω από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και την

διαλογική (interactive) τεχνολογία. Επίσης, μία συλλογή προγραμμάτων shareware γύρω από την ιατρική.

Προσπέλαση: telnet.et etnet.nlm.nih.gov

Όνομα Σύνδεσης: etnet

8. Epilepsy conversations(ΣΥΖΗΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΛΗΨΙΑ)

Το Conversational Hypertext Access Technology (CHAT) είναι ένα σύστημα βάσης δεδομένων που σας επιτρέπει να θέτετε ερωτήσεις τις οποίες απαντά βάσει των πληροφοριών που διαθέτει, σ' αυτή την περίπτωση, για την επιληψία. Έχουν αρχίσει να εμφανίζονται και άλλοι CHAT servers στο Internet.

Προσπέλαση: telnet debra.dgbt.doc.ca

Όνομα Σύνδεσης: chat

9. Medline

Μία βάση δεδομένων που διαχειρίζεται η Food and Drug Administration (υπηρεσία τροφίμων και φαρμάκων).

Προσπέλαση: telnet library.umdnhj.edu

Όνομα Σύνδεσης: library

1.6 ΒΙΟ-ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΜΙΑ ΝΕΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

*A*ν και δεν μπορεί ακόμα κανείς να αποκρυσταλλώσει ένα καταλυτικό ορισμό για αυτή τη νέα επιστήμη, σε γενικές γραμμές η Βιοπληροφορική ορίζεται ως: "Η συστηματική ανάπτυξη και εφαρμογή υπολογιστικών συστημάτων και τεχνικών επίλυσης προβλημάτων ανάλυσης δεδομένων που αποκτώνται από πειράματα, τυποποιήσεις, αναζήτηση βάσεων δεδομένων και χρήση επιστημονικών οργάνων σχετικά με τη βιολογία."

Πολλές φορές ο όρος βιοπληροφορική χρησιμοποιείται εναλλάξ με τον όρο Υπολογιστική βιολογία. Η υπολογιστική βιολογία ορίζεται σαν τη συστηματική ανάπτυξη και εφαρμογή υπολογιστικών συστημάτων και τεχνικών επίλυσης που βασίζονται σε πρότυπα βιολογικών φαινομένων.

Με τη ραγδαία εξέλιξη των επιστήμων και κυρίως της πληροφορικής, πολλές παραδοσιακές επιστήμες άρχισαν να εκμεταλλεύονται με το καλύτερο τρόπο τις δυνατότητες της πληροφορικής. Έτσι η βιολογία και ειδικότερα η μοριακή βιολογία άρχισε να αποκαλύπτει δυνατότητες και μυστικά που χωρίς τη συμβολή της πληροφορικής θα ήταν αδύνατο να αποκαλυφθούν.

Για παράδειγμα, η χρήση των προγραμμάτων Η/Υ μας έχει δώσει τη δυνατότητα σύγκρισης διαφορετικών αλυσίδων DNA και αλυσίδων πρωτεϊνών, αναζήτηση περιοχών κωδικοποίησης του DNA, χαρτογράφησης του ανθρώπινου DNA κ.α. Από

την άλλη πλευρά, τα τελευταία χρόνια με την εμφάνιση και εμπορευματοποίηση πολλών εφαρμογών τεχνητής νοημοσύνης γίνεται κατανοητό από τους επιστήμονες πληροφορικής ότι είναι δυνατή η εφαρμογή μεθόδων της μοριακής βιολογίας στους υπολογιστές.

Υπάρχουν τομείς της μοριακής βιολογίας, όπως το DNA, όπου μπορούν να δώσουν πολλές απαντήσεις στα καυτά προβλήματα της πληροφορικής όπως η ταχύτητα και η ακρίβεια στη διάγνωση αποτελεσμάτων από ένα υπολογιστή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Δεοντολογικές προσεγγίσεις της νοσηλευτικής .

Οι πεποιθήσεις γύρω από τη συμπεριφορά των Νοσηλευτριών, κωδικοποιήθηκαν σαν «Κώδικες Δεοντολογίας» , κατά την δεκαετία του 1950 από Διεθνείς και Εθνικούς Νοσηλευτικούς Οργανισμούς., Οι κώδικες σημαδεύουν την αρχή της συστηματικής ανάπτυξης των Νοσηλευτικών καθηκόντων και υποχρεώσεων, σαν αντικείμενο μελέτης από την ίδια τη Νοσηλευτική επιστήμη. Σκοπό έχουν να καθοδηγήσουν τις αποφάσεις και προσδιορίζουν το περιεχόμενο των Νοσηλευτικών πράξεων. Ακόμη, παρέχουν ένα πρότυπο για τη λήψη αποφάσεων οι οποίες αφορούν ηθικούς κανόνες και αρχές συμπεριφοράς στον επαγγελματικό, επιστημονικό τομέα . Συνοπτικά οι ηθικοδεοντολογικοί κανόνες της Νοσηλευτικής αποτελούνται από αρχές, κανόνες συμπεριφοράς και ενέργειες ιδιαίτερα προσαρμοσμένες στις απαιτήσεις της Νοσηλευτικής επιστήμης³⁶ .

2.3 Νοσηλευτικοί κώδικες - ηθικά διλήμματα

Η ύπαρξη και δημιουργία του κώδικα είναι βασικό χαρακτηριστικό κάθε επιστημονικού επαγγέλματος. Επιπλέον παρέχει τρόπους για τον επαγγελματικό αυτοέλεγχο,. Δείχνει την αποδοχή της επαγγελματικής ευθύνης και την εμπιστοσύνη με την οποία περιβάλλεται το επάγγελμα από την κοινωνία. Ο Νοσηλευτικός Κώδικας αναφέρεται με σαφήνεια στις ευθύνες της Νοσηλεύτριας σαν πρόσωπο με επιστημονική κατάρτιση.

Συγκεκριμένα, οι Νοσηλευτικοί κώδικες σκοπό έχουν να:

- βοηθήσουν τις Νοσηλεύτριες / τές να αναπτύξουν την ικανότητα ολοκλήρωσης ηθικοδεοντολογικού συλλογισμού κατά την πρακτική τους
- προσδιορίσουν το ρόλο της Νοσηλευτικής αποστολής και των ασκούντων αυτή σε οποιοδήποτε τομέα υγείας
- προσδιορίσουν τον Νοσηλευτικό ρόλο στη συμμετοχή της διαδικασίας των αποφάσεων γύρω από άτομα με ειδικές ανάγκες υγείας
- αναπτύξουν την καταγραφή και αναφορά μηχανισμών, ώστε να διαβεβαιωθούν οι Νοσηλεύτριες/τές ότι ενεργούν όπως απαιτούν οι κανόνες και οι αρχές δεοντολογίας.

Οι πρώτοι εθνικοί κώδικες Νοσηλευτικής υιοθετήθηκαν το 1949 στη Λιβηρία, και το 1950 στην Αμερική. Ήταν 10 Ιουλίου 1953, όταν στη συνάντηση του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτικής (ICN) που συνήλθε στον Σάο Πάολο της Βραζιλία το

Ανώτατο Συμβούλιο ψήφισε τον πρώτο Διεθνή Κώδικα Νοσηλευτικής. Μεταγενέστερα, τον Ιούνιο του 1965, αναθεωρήθηκε από το Ανώτατο Συμβούλιο και πάλι στη συνάντηση της Φραγκφούρτης στη Δ. Γερμανία. Ο νέος κώδικας που ισχύει έως σήμερα, προτάθηκε από την Υπηρεσία της Επιστημονικής Επιτροπής του ICN και υιοθετήθηκε στη συνάντηση του Συμβουλίου των Εθνικών Αντιπροσώπων του ICN τον Μάιο του 1973 στο Συνέδριο του Μεξικού.

ΜΕΡΟΣ 3^ο

Σε αυτό το σημείο της εργασίας μας παραθέτουμε μια σειρά από ελληνικές ιστοσελίδες και χρήσιμα links μέσα από τα οποία μπορεί ο καθένας να αντλήσει παντός είδους πληροφορίες για το θέμα της ψυχογενούς ανορεξίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

www.cc.uoa.gr,sfk,milhste,diatrofi,html

[Ερωτήσεις](#)

Απαντήσεις


[Άμεση
Βοήθεια](#)

[Πώς θα κανονίσω
συνάντηση](#)







ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ


Για να δείτε ολόκληρο το μήνυμα και την απάντηση πατήστε στο σύμβολο  που θα βρείτε στο τέλος κάθε μηνύματος.

Θέλουμε τη γνώμη σας. Για να συμπληρώσετε ένα ερωτηματολόγιο που θα μας βοηθήσει να κάνουμε καλύτερη την Υπηρεσία Τηλεσυμβουλευτικής, πατήστε [εδώ](#).

Διευκρίνηση:

Παρότι οι πληροφορίες που περιέχονται στις απαντήσεις προσφέρονται από ειδικούς ψυχικής υγείας, σε καμία περίπτωση δεν αποτελούν επίσημη διάγνωση ή γνωμάτευση, σε καμία περίπτωση δεν αποσκοπούν στην παροχή ολοκληρωμένων συμβουλευτικών ή ψυχοθεραπευτικών υπηρεσιών και σε καμία περίπτωση δεν υποκαθιστούν την προσωπική επαφή με έναν ειδικό ψυχικής υγείας.

edo kai 5 xronia pasxo apo anore3ia k voulimia (enala3). Eftixos ton telefteo kairo exo antilifthi oti exo provlima k etsi parakoloutho psixologiki voithia mazi me Prozac. Parola afta e3akoloutho na vlep0 to fagito san ena extrho k ton eafto m ton xirotero apo olous ... Mpori kapios pragmatika na 3efigi apo aftin tin kolasi k na min me kinigai mia zoi? [#1427] ... 

το πρόβλημα μου είναι τα κιλά μου, είμαι 21 χ κ έχω βάρος 79 κλ νιωθω αρκετα αβολα με το σωμα μου. εχετε κατι να μου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

www.focusmag.gr.doc

Αναλυτική παρουσίαση άρθρου

Η νευρική ανορεξία πλήττει και τους άντρες;

Πέμπτη 20 Ιανουαρίου 2005 11:32 [Σχόλια: 7, Hits: 1]

Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα, ένας στους πενήντα χιλιάδες άντρες πάσχει από ανορεξία.

Ο αριθμός αυτός, που αφορά σε ηλικίες από 18 έως 28 χρονών, δείχνει ότι το φαινόμενο βρίσκεται σε άνοδο. Έχει, μάλιστα, υπερδιπλασιαστεί τα τελευταία είκοσι χρόνια. Η νευρική ανορεξία οφείλεται στη νευρωτική εμμονή ν' αποκτήσει κάποιος ή να διατηρήσει μια λεπτή σιλουέτα. Η επιδίωξη αυτή οδηγεί στην παθολογική αποστροφή τής τροφής που εξαντλεί τον οργανισμό, οδηγώντας ακόμα και στο θάνατο. Το γεγονός ότι αυτή η διαταραχή ήταν κυρίως γυναικεία υπόθεση οδήγησε σε καθυστερημένη διάγνωση στους άντρες. Τα άτομα αυτά πηγαίνουν σε ειδικά ιατρεία μόνο όταν διαπιστώσουν ότι έχουν γκρίζο δέρμα, υπόταση και ιλίγγους από την αδυναμία, καθώς και εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα. Σύμφωνα με μια έρευνα του πανεπιστημίου του Μίσιγκαν, αυτή η παθολογική κατάσταση εμφανίζεται συνήθως σε άντρες με έντονη αθλητική δραστηριότητα, που απαιτεί τον αυστηρό έλεγχο του σωματικού βάρους. Όμως η προσπάθειά τους ν' αποκτήσουν "τέλειο" σώμα γίνεται με τέτοια μανία, που ξεπερνά το αρχικό μύθος και αθλητικό πρότυπο. Η περίοδος που οι έφηβοι, αγόρια και κορίτσια, εκδηλώνουν νευρική ανορεξία (ο σωστός όρος είναι νευρωτική ανορεξία) είναι συνήθως η εφηβική - περίοδος που το άτομο συγκροτεί την προσωπική του ταυτότητα και εικόνα.



Απαντήσεις
Ειδικών

ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥ Σ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Γράψτε μία ή περισσότερες λέξεις κλειδιά

Αναζήτηση

[Google](#)

Επιμέλεια: Πέτρος Σκαπινάκης, Λέκτορας Ψυχιατρικής
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Γρηγόρης Μιχάλης, Ψυχολόγος-Παιδαγωγός, κάτοχος
μεταπτυχιακού διπλώματος στην Κοινωνική Ψυχιατρική
- Παιδοψυχιατρική

Πρώτη έκδοση: 26 Feb 2004. Τελευταία ενημέρωση: 02
Jun 2004.

Ερώτηση(εις):

Ποιες είναι οι μορφές της ψυχογενούς ανορεξίας;

Απάντηση:

Υπάρχουν 2 τύποι Ψυχογενούς Ανορεξίας

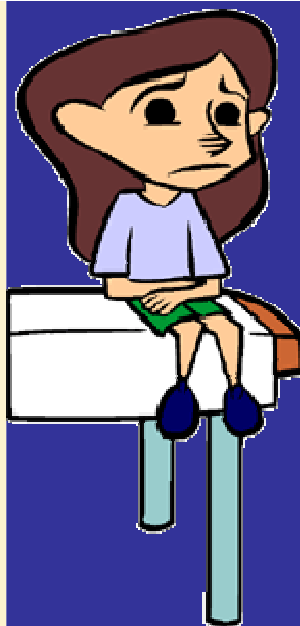
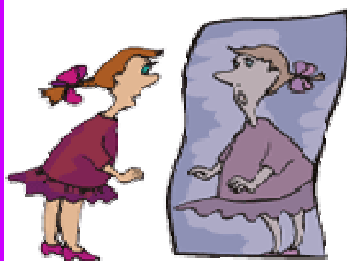
ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ: Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας το άτομο δεν έχει εκδηλώσει συμπεριφορά υπερ-φαγίας ή αποβολής φαγητού (π.χ. αυτό-πρόκληση εμετού ή κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή κλυσμάτων)

ΥΠΕΡΦΑΓΙΚΟΣ/ΚΑΘΑΡΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ: Κατά τη διάρκεια επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας, το άτομο έχει εκδηλώσει συμπεριφορά υπερφαγίας ή αποβολής φαγητού (π.χ. αυτό-πρόκληση εμετού ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή κλυσμάτων)

Προσοχή: Τα κείμενα που περιλαμβάνονται σ' αυτή την ιστοσελίδα παρέχονται μόνο για πληροφόρηση. Το υλικό σε καμία περίπτωση δεν αποσκοπεί να αντικαταστήσει την επαγγελματική ιατρική φροντίδα που προσφέρει ένας ειδικός. Το υλικό αυτής της ιστοσελίδας δεν μπορεί και δεν πρέπει να χρησιμοποιηθεί σαν βάση για διάγνωση ή επιλογή θεραπείας. Εάν βρείτε κάτι που πρέπει να διορθωθεί παρακαλώ [πατήστε εδώ](#).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

www.medlook.net/kid.doc



ΝΕΥΡΙΚΗ Η ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ

Αποκλείεται να μην έχετε ξανακούσει για την α-λέξη αυτή την ακούμε συνεχώς να συνδέεται με μοντέλα ανά το παγκόσμιο, τραγουδιστές και άλλους ανορεξία δεν βρίσκεται μόνο στον κόσμο των "όχι κοντά μας που μπορεί να την συναντήσουμε και ανορεξία είναι μια ασθένεια που δεν προκαλεί το ανθρώπινο μυαλό! Η ολοκληρωμένη ονομασία της γυναίκες και κορίτσια νεαρής ηλικίας, τα οποία πραγματικότητα είτε όχι. Αναπτύσσουν μια αποσταμάτητα με την προσδοκία να φτάσουν το "ιδανικό" που είναι ιδανικό για τις ίδιες, ανάλογα με το συνεχίζουν τις δίαιτες μέχρι που φτάνουν στο και καθόλου έτσι ώστε να θέτουν σε κίνδυνο την ίδια τους τη ζωή! Γιατί δεν βλέπουν στον καθρέφτη αυτό που τους δείχνει πραγματικά, ότι είναι "γεματούλες" γιατί δεν μπορούν να αποδεχτούν τον εαυτό τους όπως είναι στο πραγματικά φυσιολογικό τους βάρος και όχι να λιμοκτονήσουν; απαντή να καθοδηγεί το σώμα προς την αυτοκαταστροφή; Αυτό που επηρεάζει περισσότερο ο συσχετισμός του "λεπτού" με το "ωραίο". Τα μοντέλα που υποτίθεται ότι λεπτά έτσι ώστε να χαρακτηρίζεται κανείς όμορφος μόνο όταν είναι λεπτό ορθάνοιχτα θα καταλάβουμε πως δεν είναι τίποτα άλλο παρά "κινούμενα κ αθλητισμό, μπαλέτο, πατινάζ έχουν την τάση να χάνουν βάρος αφού ξέρουν πιστεύουν πως χάνοντας βάρος μπορούν να γίνουν ακόμη πιο τέλειοι. Τι γίνεται από αυτή την ψυχική ασθένεια αρχίζουν να μισούν το φαγητό, αρνούνται βρίσκοντας διάφορες δικαιολογίες και εξασκούνται συνεχώς με πολύ έντονη ακόμη και εκείνα τα λίγα που έφαγαν. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το σώμα να λειτουργεί κανονικά.

Γι' αυτό και τα άτομα που πάσχουν από ανορεξία έχουν συχνά πονοκέφαλο, η πίεση του αίματος χαμηλώνει, τα νύχια αδυνατούν και ραγίζουν εύκολα. Τα στάδια αρχίζουν να παθαίνουν βλάβες οι νεφροί, το συκώτι και η καρδιά! Φανταστείτε λοιπόν να αδυνατίσουμε τόσο πολύ το σώμα μας ώστε να αρχίσουμε λεπτοί αλλά καταφέραμε να φτάσουμε το "πρότυπο ομορφιάς" μας χωρίς να Εκτός όμως από αυτό, επειδή τα άτομα αυτά ξέρουν πως ο τρόπος σκέψης νιώθουν τύψεις με αποτέλεσμα όχι μόνο να μην επανέρχονται πίσω σε φυσική κατάθλιψη και να απομακρύνονται από την οικογένεια και τους φίλους τους. Το πιο σημαντικό είναι ότι 20% των ατόμων που πάσχουν από ανορεξία δεν μπορούν να έχουν αδυνατίσει τόσο πολύ το σώμα τους ώστε να μην μπορεί πια να λειτουργήσει. Τι κάνουμε αν πιστεύουμε πως βρισκόμαστε σε μια κατάσταση επικίνδυνη; Το πρώτο και πιο σημαντικό βήμα είναι να αναγνωρίσουμε πως κάτι δεν πάει καλά γονείς μας και να ζητήσουμε επαγγελματική βοήθεια.

Το να επανέλθει κάποιος από κατάσταση ανορεξίας πίσω σε μια φυσιολογική κατάσταση είναι "mission impossible" (αποστολή αδύνατη)!

Πώς θα αποφύγουμε την ανορεξία;

Το καλύτερο είναι να αποδεχτείτε τον εαυτό σας ακριβώς όπως είναι. Δεν υπάρχει τόσο ανιαρός θα ήταν ο κόσμος εάν είχαμε όλοι το ιδανικό σώμα και τα ιδανικά χαρακτηριστικά. Είναι αλήθεια πως τα άτομα που έχουν το φυσιολογικό βάρος για το σώμα τους παρά τα άτομα που είναι παχύσαρκα (και εδώ δεν μιλούμε για 1-2 κιλάκια παραπάνω!) αλλά όχι και να λιμοκτονήσουμε για να είμαστε... υγιείς. Αν οι φίλοι σας έχουν ως θέμα συζήτησης το πώς θα χάσουν βάρος ή αν ίσως έχετε ή νομίζουν πως έχετε, προσπαθήστε πολύ απλά να αποφύγετε να συζητήσετε με άτομα που έχουν πιο... ενδιαφέροντα θέματα συζήτησεων!

Αν γνωρίζετε κάποιον που έχει ανορεξία, δεν υπάρχει λόγος να τον απορρίψετε. Αν υπάρχει περίπτωση να "κολλήσετε". Αντίθετα, αυτό που χρειάζονται περισσότερο την ασθένεια, είναι η υποστήριξη των φίλων και της οικογένειας.



Προσπαθήστε να μιλήσετε με το άτομο αυτό, ή ακόμη καλύτερα να το αφήσετε να σας μιλήσει, να του δώσετε έξυπνες συμβουλές.

Με το να βοηθήσετε κάποιον άλλο με υποστήριξη να ξεπεράσει το πρόβλημα του, ενδ



www.dietologoi.gr

Μεσολογίου 51, Ν. Ιωνία Τηλ:
2102718542

Πανελλήνιος Σύνδεσμος Διαιτολόγων - Διαίτησης

Ο Σύλλογος μας
Μέλη ΔΣ
Μέλη Συλλόγου
Συνέδρια/ Ημερίδες
Μηνύματα
Νέα
Άρθρα
Αγγελίες
Επικοινωνία
Αίτηση Εγγραφής
Links



Νευρική ανορεξία – Νευρική Βουλιμία

Είναι σίγουρο πως σύγχρονη κοινωνία έχει να επιδείξει πολλά στοιχεία που συνέβαλαν αποφασιστικά στην βελτίωση του βιοτικού επιπέδου στις ανεπτυγμένες χώρες. Παράλληλα όμως φαίνεται πως υπάρχουν και σημαντικές «παρενέργειες» στην γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου. Στην διατροφική πλευρά του θέματος παρατηρούνται ολοένα και νέα προβλήματα. Οι όροι Νευρική Ανορεξία & Νευρική Βουλιμία έχουν γίνει πλέον φράσεις που συχνά συμμετέχουν στην σύνθεση του λόγου μας. Καλό είναι λοιπόν να κατανοήσουμε τι ακριβώς συμβαίνει στις δύο αυτές περιπτώσεις.

Έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που πάσχουν από Νευρική Ανορεξία (NA) ή Νευρική Βουλιμία (NB), δίνουν τεράστια σημασία στην εξωτερική τους εμφάνιση. Χαρακτηριστικά της NA είναι το εξαιρετικά χαμηλό σωματικό βάρος (15 % ή και περισσότερο κάτω του φυσιολογικού), η λανθασμένη άποψη για την εικόνα του σώματος τους και παράλληλα φόβος μήπως και παχύνουν (παρά το χαμηλό βάρος τους), διαταραχές στον κύκλο (σε ότι αφορά τις γυναίκες) με αμηνόρροια για ορισμένους μήνες ή και χρόνια, μειωμένη γαστρική εκκένωση, δυσκολιότητα, αυξημένα ηπατικά ένζυμα, βραδυκαρδία, υπόταση, καθώς και μείωση της οστικής πυκνότητας. Από την άλλη μεριά στην NB εμφανίζεται κύρια το σύνδρομο «τσιμπολογήματος». Ασταμάτητα τσιμπολογήματα σε τακτά χρονικά διαστήματα, με αποτέλεσμα το άτομο να καταναλώνει πολύ μεγαλύτερες ποσότητες τροφής απ' ότι ένα φυσιολογικό άτομο θα έτρωγε. Σε πολλές περιπτώσεις η απώλεια ελέγχου συμπεριφοράς του ατόμου που πάσχει από NB, οδηγεί σε εξαγιστικές πράξεις όπως η πρόκληση εμέτων, η εφαρμογή ακραίων διαιτολογίων, η απότομη αύξηση της δραστηριότητας τους κ.τ.λ. Τα άτομα αυτά συχνά είναι ιδιαίτερα μυστικοπαθή σε ότι αφορά τις βουλιμικές τους τάσεις και από την άλλη πρόθυμα να δεχτούν βοήθεια όταν αυτά το αποφασίσουν. Συχνές είναι και στις δύο περιπτώσεις οι διαταραχές στην ηλεκτρολυτική ισορροπία του οργανισμού, καθώς ελλείψεις ψευδαργύρου (Zn), χαλκού (Cu) κ.τ.λ. με τα ανάλογα συμπτώματα και συνέπειες. Η ηλικία εμφάνισης αυτών των δύο διαταραχών (NA & NB) είναι από το 12^ο έως περίπου το 30ο έτος.

Τα αίτια εμφάνισης αυτών των διατροφικών διαταραχών δεν είναι πλήρως γνωστά και κατανοητά. Φαίνεται όμως πως ιδιαίτερο ρόλο παίζουν ορισμένοι σύγχρονοι κοινωνικοί παράγοντες όπως η υπεραφθονία αγαθών, τα αισθητικά πρότυπα που προβάλλονται κ.τ.λ. Οι ακραίες και επαναλαμβανόμενες προσπάθειες αδυνατίσματος μπορούν εύκολα να οδηγήσουν σε απώλεια της δυνατότητας ελέγχου της πρόσληψης τροφής. Καθοριστικός παράγων είναι πάντα η οικογένεια. Οικογένειες με άστατες διατροφικές συνήθειες, υπερπροστατευτικές, αυστηρές μπορούν εύκολα να παράγουν άτομα με έλλειψη αυτοπεποίθησης, αναποφάσιστα, εξαρτημένα και συνεπώς επιρρεπή σε διατροφικές διαταραχές αυτού του είδους. Ψυχολόγοι επισημαίνουν ότι η NA επιδεινώνεται όταν δίδεται υπερβολική σημασία από τρίτους. Το άτομο πολλές φορές αρέσκεται να βρίσκεται στο επίκεντρο της προσοχής.

Η αντιμετώπιση της NA και της NB απαιτεί συχνά ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία. Τα υψηλά ποσοστά κατάθλιψης που αφορούν κυρίως τους βουλιμικούς, συχνά χρήζουν φαρμακευτικής αντιμετώπισης. Σε σοβαρές περιπτώσεις η νοσοκομειακή θεραπεία κρίνεται απαραίτητη. Γενικότερα, η εξατομίκευση είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση οποιασδήποτε διατροφικής διαταραχής. Τα κύρια σημεία της αποκατάστασης θα μπορούσαν συνοπτικά να προσδιοριστούν στα εξής:

A) Λήψη λεπτομερούς ιστορικού.

B) Κλινική εξέταση.

Γ) Βιοχημικές εξετάσεις.

Δ) Ελεγχόμενη επαναφορά φυσιολογικού βάρους.

Ε) Συμμετοχή του ασθενή στην διαμόρφωση της διατροφής του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

www.in.gr,health.doc

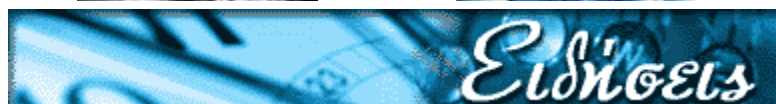
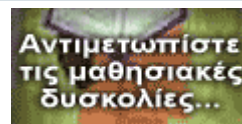


13/9/2005

[Forum](#) | [Chat](#) | [Ημερολόγιο](#)

[in.gr](#) » [health](#) » [Ειδήσεις](#) » [Άρθρο της Εβδομάδας](#)

[Επισκεφτείτε](#)



Άρθρο της Εβδομάδας
Νευρογενής Ανορεξία: ένα σκοτεινό γυναικείο μυστικό

9/2/2001 19:31



Δρ Λίζα Βάρβογλη, Ph.D., Κλινικός Ψυχολόγος

Οι άνθρωποι που με τη θέλησή τους λιμοκτονούν πάσχουν από μια ψυχιατρική ασθένεια, η οποία ονομάζεται "νευρογενής ανορεξία". Αυτή η διαταραχή συνήθως εμφανίζεται σε νέα άτομα, γύρω στην εφηβεία, και συνεπάγεται μια σημαντική απώλεια βάρους -τουλάχιστον 15% κάτω από το κανονικό βάρος για μια υγιή νέα γυναίκα. Οι πάσχοντες από νευρογενή ανορεξία έχουν έναν τεράστιο φόβο ότι μπορεί να παχύνουν, μολονότι είναι ασθενικά λεπτοί. Αν και οι γυναίκες υποφέρουν περισσότερο από αυτήν, ωστόσο και οι άνδρες που πάσχουν δεν είναι λίγοι. Λόγω της φύσης της, η διαταραχή αυτή μπορεί να μείνει κρυφή για καιρό.

Σημάδια κινδύνου

Τα άτομα με νευρογενή ανορεξία έχουν την τάση να κρύβουν το πρόβλημα από το περιβάλλον τους, με σοβαρές συνέπειες για την υγεία τους. Είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε ποια είναι τα σημάδια που πιστοποιούν την ύπαρξή της, ώστε να βοηθήσουμε το άτομο που πάσχει από αυτή.

- Συστηματική ασιτία με απώλεια βάρους
- Υπερβολικός φόβος αύξησης βάρους
- Αρνηση φαγητού
- Αρνηση του αισθήματος πείνας
- Υπερβολική σωματική άσκηση
- Μεγαλύτερη τριχοφυΐα στο σώμα ή το πρόσωπο
- Ευαισθησία στο κρύο
- Απουσία ή ακανόνιστη περίοδος
- Απώλεια μαλλιών
- Αίσθηση του ατόμου ότι είναι παχύ όταν είναι ήδη υπερβολικά αδύνατο.

Τι προκαλεί τη νευρογενή ανορεξία

Τα ακριβή αίτια της νευρογενούς ανορεξίας παραμένουν ανεξιχνίαστα. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν κάποια στοιχεία που επηρεάζουν την εξέλιξη της ασθένειας.

Αρχική σελίδα

Πρόσφατες εξελίξεις

Συνεχής εκπαίδευση

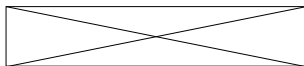
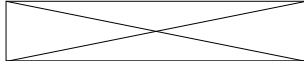
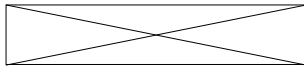
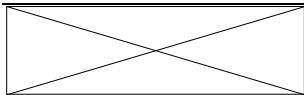
Πρόληψη

Ατομα με ειδικές ανάγκες

Οργανισμοί

Επικοινωνία

Αναζήτηση για:



Πρόσφατες εξελίξεις

Νευρική ανορεξία: Που οφείλεται; 11-09-2005

Η νευρική ανορεξία είναι πάθηση που επηρεάζει κυρίως κορίτσια και νεαρές γυναίκες. Συνήθως η πάθηση αρχίζει κατά την εφηβική ηλικία.



Πρόκειται για μια μορφή διαταραχής της διατροφής κατά την οποία αυτή που υποφέρει, διακατέχεται από ένα έντονο φόβο πρόσληψης βάρους. Για αυτό το λόγο περιορίζει το φαγητό που τρωει.

Χαρακτηριστικά το κορίτσι ή η γυναίκα που υποφέρει έχει μικρό βάρος σώματος, δεν θέλει να έχει ένα κανονικό για το ύψος της βάρος, έχει μια εξαιρετικά μεγάλη φοβία του να γίνει παχουλή, πιστεύει ότι είναι παχουλή ακόμη και όταν είναι πολύ λεπτή και δεν έχει παρουσιάσει έμμηνο ρύση για τρεις συνεχόμενες περιόδους στις περιπτώσεις που ήδη η περίοδος έχει αρχίσει.

Επιπρόσθετα αυτή που πάσχει μιλά συνεχώς για θέματα βάρους και φαγητού, δεν τρωει μπροστά σε άλλους, αποφεύγει τις κοινωνικές σχέσεις και συχνά η συμπεριφορά της χαρακτηρίζεται από αλλαγές της διάθεσης και κατάθλιψη.

Έχουν περιγραφεί δύο τύποι νευρικής ανορεξίας. Στον ένα τύπο οι περιπτώσεις ανορεξίας χαρακτηρίζονται από στέρηση φαγητού (ανορεξία περιοριστικού τύπου). Στο δεύτερο τύπο, χαρακτηρίζονται από περιόδους στέρησης που εναλλάσσονται από επεισόδια βουλιμίας με υπερφαγία που ακολουθούνται όμως από προκλητούς εμετούς (ανορεξία περιοριστικού - βουλιμικού τύπου).

Η αιτία που προκαλεί τη νευρική ανορεξία δεν είναι γνωστή. Για το λόγο αυτό δεν υπάρχει αιτιολογική θεραπεία που προσφέρει ίαση στην πάθηση. Όμως η νευρική ανορεξία προκαλεί το μεγαλύτερο αριθμό θανάτων από όλες τις ψυχιατρικές παθήσεις.

Ερευνητές από το πανεπιστήμιο του Pittsburgh των Ηνωμένων Πολιτειών, στην προσπάθειά τους να ανακαλύψουν τις αιτίες της νευρικής ανορεξίας, εξέτασαν τον εγκέφαλο γυναικών με νευρική ανορεξία και σύγκριναν τα ευρήματα με ανάλογα αποτελέσματα από γυναίκες χωρίς νευρική ανορεξία.

Για το σκοπό αυτό χρησιμοποίησαν την τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET scan). Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων δημιουργεί

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

www.oikade.gr.doc

Νευρική ανορεξία: Μια πάθηση που σχετίζεται με τη μόδα... αλλά και τη μελαγχολία

Υπάρχουν παιδιά που γεννήθηκαν σε χώρες του Τρίτου Κόσμου, και δυστυχώς αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα επιβίωσης, με κυριότερο τον υποσιτισμό, δηλαδή την μειωμένη χορήγηση τροφής. Την ίδια στιγμή όμως, κυκλοφορούν ανάμεσά μας πάρα πολλά νέα παιδιά, και κυρίως κορίτσια της εφηβικής ή νεαρής ηλικίας, που ενώ προέρχονται από εύπορες οικογένειες με όλες τις ανέσεις, αντιμετωπίζουν το ίδιο ακριβώς πρόβλημα, και με τις ίδιες επικίνδυνες συνέπειες, αλλά με τη θέλησή τους.

Με τη σκέψη τους κυριολεκτικά «κολλημένη» στα λεπτά, σχεδόν και οστεώδη φωτομοντέλα των περιοδικών και της τηλεόρασης, κάνουν κάθε προσπάθεια για να τους μοιάσουν, πλην όμως θέτοντας σε σοβαρό κίνδυνο την ίδια τους την υγεία. Έχουν έντονη αγωνία να παραμείνουν αδύνατες και γι' αυτό καταφεύγουν σε εξαντλητικές δίαιτες, με αποτέλεσμα να χάνουν σημαντικό βάρος, **τουλάχιστον 15% κάτω από το κανονικό βάρος** που αντιστοιχεί στον σωματότυπό τους.

Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα πάσχουν από **μια σοβαρή ψυχιατρική ασθένεια που ονομάζεται «νευρογενής ή νευρική ανορεξία»**. Ακόμη και αν είναι λεπτοί και υγιείς εξακολουθούν να έχουν τεράστιο φόβο ότι μπορεί να παχύνουν και να πάψουν να είναι ελκυστικοί στο περιβάλλον τους, και το κυριότερο είναι ότι **οι φόβοι τους παραμένουν ένα καλά κρυμμένο μυστικό**, πράγμα που συνήθως καθιστά το πρόβλημα ακόμη μεγαλύτερο.

Μια συγκλονιστική μαρτυρία: Έζησα έναν κρυφό εφιάλτη

Οι μαρτυρίες ατόμων που έχουν ζήσει τον εφιάλτη της ανορεξίας είναι συγκλονιστικές. Η Αλεξία είναι σήμερα 19 ετών και μόλις βγήκε από το νοσοκομείο, όπου είχε υποβληθεί σε πολύμηνη θεραπεία υπερσιτισμού. Μας διηγείται λοιπόν: «Ζούσα έναν εφιάλτη που τον ήξερα μόνον εγώ. Ενώ ήμουν ήδη πολύ πιο αδύνατη απ' όσο θα έπρεπε, κοιτιόμουν στον καθρέφτη και συνέχιζα να βλέπω μπροστά μου ένα «σακί με πατάτες» αντί για το σώμα μου. Έχω ύψος 1.72 και ζύγιζα περίπου 48 κιλά. Αγωνιζόμουν να χάσω όσο το δυνατόν πιο πολλά κιλά, αλλά συγχρόνως πρόσεχα να μην το καταλάβει κανείς από την οικογένεια μου. Το πρωί έπρεπε να καθίσω οπωσδήποτε με τα αδέρφια μου στο τραπέζι για πρωινό, με την υποχρέωση να φάω όλο το μπολ με τα δημητριακά. Το ίδιο έπρεπε να γίνει και το μεσημέρι όταν γύριζα από το σχολείο, αλλά και το βράδυ. Σύντομα λοιπόν επινόησα μια νέα μέθοδο για να «ξαναβγάλω» ό,τι έτρωγα, πριν προλάβει να το χωνέψει ο οργανισμός μου. Νομίζω πως καταλαβαίνετε τι εννοώ. Ναι. Πήγαινα στην τουαλέτα και έκανα εμετό. Η δυσάρεστη μάλιστα αίσθηση της ξινίλας με έκανε να μην θέλω να ξαναφάω, κι έτσι έμενα νηστική μέχρι το επόμενο γεύμα, όπου θα επαναλάμβανα την ίδια «λαμπρή μου εφεύρεση».

Σε λίγο η ζυγαριά μου έδειχνε 41 κιλά, αλλά από τον καθρέφτη μου δεν έφευγε ποτέ το σακί με τις πατάτες. Δεν είχαν όμως την ίδια άποψη και οι γονείς μου. Όσο με έβλεπαν να αδυνατίζω και να χλομάζω από την αδυναμία, εγώ πίστευα ότι έκανα ένα ακόμη βήμα προς τον τελικό μου στόχο, που ήταν τι άλλο; Να μείνω πετσί και κόκαλο.

τους και τα νύχια μου και κάτω από τα μάτια μου είχαν θρονιαστεί τεράστιοι μαύροι κύκλοι. Οι γονείς μου άρχισαν να ανησυχούν πάρα πολύ, γιατί πίστευαν ότι ήμουν πολύ άρρωστη. Πού να φανταστούν όμως ότι η αρρώστια μου ήταν ψυχική και όχι σωματική...

Παρ' όλο που νόμιζα ότι έκρυβα πολύ καλά το μυστικό μου, ευτυχώς η εξαδέλφη

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Anorexia Nervosa

Purpose:

My purpose is to find out why so many people die from anorexia and what causes them to resort to such a dangerous type of diet. I had previously read a book on Anorexia Nervosa, and I found that it was a rather interesting subject, and I wanted to learn more. What a better way to learn more about Anorexia, than do a science fair project on it?

Question:

How does anorexia nervosa physically and mentally change the human body and lead to death?

Hypothesis:

If the human body doesn't get enough energy from food, then it will not have any strength. Without the needed amount of strength, our bodies can not function. I think if the body can not function it will eventually die down.

Materials:

I got my information from the internet at www.bana.ca/anorexia.

Method:

First, I collected my data. Then, I typed it out and put it together on the copypast.

Results and Data:

Anorexia Nervosa is an eating disorder caused by people who starve themselves because they are overweight or dissatisfied with their body image. Anorexia has one of the highest death rates of any mental condition. The majority of people who die from anorexia is 5 to 20%. Most anorexics are young women and girls between the ages of 12 and 24. In fact, it's one of the most common psychiatric diagnoses in women and teenage girls.

Anorexics develop very negative attitudes. They can be described as irritable and deceitful people and avoid food due to emotions. As the anorexia gets worse, the person becomes more out of control. They deny hunger and develop an attitude that results in perfectionism and unrealistic expectations for achievement.

Some of the physical changes caused by anorexia are:

- • Weight loss is noticeable within three months.
- • There is loss in adequate fat, which causes anorexics to feel cold.
- • Fine, downy hair grows on arms, back and face
- • Dry, flaky, pasty skin.
- • Stringy hair and hair loss.
- • Sleeping problems, weakness, fainting, fatigue.

ANOREXIA: Warning to parents, my pre-adolescent daughter developed anorexia after seeing it on a television program.



Hello,

My name is Mike. My daughter developed anorexia at 9 1/2 years old after seeing a program on NICKELODEON produced, written and hosted by Linda Ellerbee called "The Body Trap". This program first aired on May 29, 1996 at 8:00p.m.. My little girl had the grave misfortune of witnessing it on June 2, 1996 at 8:00p.m. It came on without warning following the cartoon my three little ones were watching. My wife and I were only a few feet away cleaning up after dinner. Our 9 1/2 year old called out to my wife to come look at the T.V., and tell her what was wrong with the girl that looked like a skeleton. My wife rushed in and questioned what the kids were watching. They told her it was just NICKELODEON. The program ended, and little did we know but normal life as we had known it ended also. Confused and irritated at why a program of this nature should be indiscriminately shotgun blasted at whatever age children happen to be watching NICKELODEON (a children's network), my wife did her best to try to explain to our 9 1/2 year old, our 7 1/2 year old and our 5 year old, that the girl on the program was suffering from a disorder known as anorexia.

Within a few days our daughter would come up to us after dinner, pull her shirt up, and ask "Am I fat?". We would tell her of course she is not, she is thin and has always been thin. After a number of nights of questions, I asked her when you look in the mirror do you see a fat girl or a thin girl? She laughed and said thin of course! We asked then why do you keep asking if you are fat? She said that after dinner her tummy felt full. Hearing this I was relieved. I explained that feeling full is a good thing, it is the way your body tells you when you have had enough to eat. I went on to explain that the body tells us when we are hungry and when we are full, and it is this very gauge that helps us not to get fat. I told her that it is like the gas gauge in our car, when the gauge reads empty, there is no fuel and the car will not run. When the gauge reads full, the car is filled with fuel and does not need any more, in fact it won't do any good to keep filling the car, the fuel will just be wasted. So we pay attention to these gauges. This seemed to settle the questions for her, and for a time she didn't bring up the issue again.

She then very gradually over a period of months started restricting certain foods. It started with potato chips, then sweets, then hot dogs, then pizza, and then anything a 9 1/2 year old considered junk food. My wife was constantly asking her why she was doing this. Her reply was, "I just want to eat healthy". It was pretty difficult to argue with this, as she was eating healthy, and still eating lots of what she considered healthy foods. This went on for sometime with no weightloss. However, we were concerned at how rigid she was on this self imposed diet. She simply said goodbye to a food, and never looked back.



ANRED

Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, Inc.

Welcome

Welcome to the ANRED website. We are a nonprofit organization that provides information about anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, and other less-well-known food and weight disorders. Our material includes self-help tips and information about recovery and prevention.

How to use the ANRED website

About fifty documents are available here. Check the [Table of Contents](#) to see a list of the topics we cover. Print out anything you like, and as much as you like, but please do not change the pages in any way. Also, if you use our material in a report, paper, presentation, etc., please give us credit.

There are two easy ways you can find information on the ANRED site.

Number one: Go to the [Table of Contents](#). Find the particular topic you want to learn about, and click on the link that will take you to it.

Number two: Begin on this page and read straight through to the end of the site by clicking on the [Forward to the Next Page](#) links at the bottom of every page.

If you have a question after you have reviewed our site, [send it](#) to us. We cannot diagnose or treat eating disorders by e-mail, but we can send you information and help you find resources.

Please note: If you use AOL Mail Preferences, or any other software that automatically rejects unsolicited e-mail messages, you must add our [e-mail address](#) to your OK list. Otherwise, our replies will not reach you.

A note about privacy

We collect no information of any kind about visitors to our web site -- no cookies, no guestbook, no statistics, nothing at all.

DSM-IV: Anorexia Nervosa

Individuals with this [eating disorder](#) keep their body weight below a minimal normal level by exercise, control of food intake, and other means.

Diagnostic criteria for 307.1 Anorexia Nervosa ([cautionary statement](#))

A. Refusal to maintain body weight at or above a minimally normal weight for age and height (e.g., weight loss leading to maintenance of body weight less than 85% of that expected; or failure to make expected weight gain during period of growth, leading to body weight less than 85% of that expected).

B. Intense fear of gaining weight or becoming fat, even though underweight.

C. Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or denial of the seriousness of the current low body weight.

D. In postmenarcheal females, amenorrhea, i.e., the absence of at least three consecutive menstrual cycles. (A woman is considered to have amenorrhea if her periods occur only following hormone, e.g., estrogen, administration.)

Specify type:

Restricting Type: during the current episode of Anorexia Nervosa, the person has not regularly engaged in binge-eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas)

Binge-Eating/Purging Type: during the current episode of Anorexia Nervosa, the person has regularly engaged in binge-eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas)

Defining characteristics of Anorexia Nervosa:

Individuals with anorexia nervosa are unwilling or unable to maintain a body weight that is normal or expectable for their age and height (most clinicians use 85% of normal weight as a guide). Individuals with anorexia nervosa typically display a pronounced fear of weight gain and a dread of becoming fat although they are dramatically underweight. Concerns and perceptions about their weight have a extremely powerful influence and impact on their self-evaluation. The seriousness of the weight loss and its physical effects is minimized or denied (women with the diagnosis of anorexia nervosa have missed at least three consecutive menstrual cycles).

Diagnostic criteria of anorexia nervosa include two subtypes of the disorder that describe two distinct behavioral patterns. Individuals with the Restricting Type maintain their low body weight purely by restricting food intake and increased activity (i.e. compulsive exercise). Those with the Binge-Eating/Purging Type usually restrict their food intake but also regularly engage in binge eating and/or purging behaviors (i.e. self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics or enemas). Binge-Eating/Purging Type of Anorexia Nervosa is also frequently associated with other impulse control problems and mood disorders.

People who suffer from anorexia often have low self-esteem and a tremendous need to control their surroundings and emotions. The eating disorder is often a reaction to external and internal conflicts (i.e. anxiety, stress, and unhappiness can be leading factors).

Profile: Anorexia Nervosa

The person suffering Anorexia is generally extremely sensitive about being fat, or has an intense fear of becoming fat, and of losing control over the amount of food he/she eats. This hyper-sensitivity is accompanied by the desire to control his/her emotions and reactions to these emotions. Low self-esteem and the constant need for acceptance leads to obsessive dieting and starvation as a way to control not only weight, but also feelings and actions regarding their emotions. Many anorexics feel they are not deserving of life's gifts and pleasures. They often deprive themselves of situations that offer pleasure. Starvation or restriction, obsessive exercise, calorie counting, a constant obsession with food and health issues, self-induced vomiting, the use of excessive amounts of laxative, diuretics, and/or diet pills, and a persistent concern with body image can all be some of the physical indications that someone suffers from Anorexia Nervosa. People suffering with Anorexia may also go through periods of Bulimia (binging and purging) as well.

There are numerous ways a person with Anorexia can exhibit their disorder. The anorexic attempts to maintain strict control over food/caloric intake. Periods of starvation, obsessive counting of

Anorexia Nervosa



Anorexia Nervosa Overview

Anorexia nervosa is a mental illness. You have a preoccupation with food and body image to the extreme: You don't eat. Despite being underweight, you continue to try to lose weight. The syndrome is more common in women than in men, and most often begins between the ages of 13-30 years. The medical complications brought about by this psychiatric disorder can be severe. You may die.

Anorexia Nervosa Causes

A variety of psychological, genetic, biological, developmental, and societal factors may contribute to developing this syndrome. Anorexia nervosa may be encouraged because of our society's emphasis on thinness, especially in women.

- You may have some genetic risk toward developing it.
- Some evidence suggests differences in brain chemicals in those who develop anorexia.

Anorexia Nervosa Symptoms

- With anorexia nervosa, you have an intense fear of gaining weight or becoming fat despite the fact that you may be underweight.
- You may use one or more of the following methods to lose weight.
 - Undereating
 - Excessive exercise
 - Vomiting

What is anorexia nervosa?

Anorexia nervosa is an illness that usually occurs in teenage girls, but it can also occur in teenage boys, and adult women and men. People with anorexia are obsessed with being thin. They lose a lot of weight and are terrified of gaining weight. They believe they are fat even though they are very thin. Anorexia isn't just a problem with food or weight. It's an attempt to use food and weight to deal with emotional problems.

[Return to top](#)

What is the difference between anorexia and bulimia?

People with anorexia starve themselves, avoid high-calorie foods and exercise constantly. People with bulimia eat huge amounts of food, but they throw up soon after eating, or take laxatives or diuretics (water pills) to keep from gaining weight. People with bulimia don't usually lose as much weight as people with anorexia.

[Return to top](#)

Why do people get anorexia?

The reason some people get anorexia isn't known. People with anorexia may believe they would be happier and more successful if they were thin. They want everything in their lives to be perfect. People who have this disorder are usually good students. They are involved in many school and community activities. They blame themselves if they don't get perfect grades, or if other things in life are not perfect.

[Return to top](#)

What are the problems caused by anorexia?

Girls with anorexia usually stop having menstrual periods.

People with anorexia have dry skin and thinning hair on the head. They may have a growth of fine hair all over their body. They may feel cold all the time, and they may get sick often. People with anorexia are often in a bad mood. They have a hard time concentrating and are always thinking about food. It is not

Warning signs of anorexia

- Deliberate self-starvation with weight loss
- Fear of gaining weight
- Refusal to eat
- Denial of hunger
- Constant exercising
- Greater amounts of hair on the body or the face
- Sensitivity to cold temperatures
- Absent or irregular periods
- Loss of scalp hair
- A self-perception of being fat when the person is really too thin



Eating Disorders: 1. Anorexia Nervosa

ANDREA GORDON
Stamford Hospital/Columbia University

Anorexia Nervosa

Anorexia nervosa is an eating disorder affected by complex mixture of social, physical and psychological problems.

The four major characteristics are:

- An intense drive for thinness.
- An intense fear of gaining weight or becoming fat.
- A disturbance in body image.
- In women- a cessation of the menstrual cycle (amenorrhea) for at least three months.
- In men- a decreased sexual drive.



Weight Gain Often Doesn't Mean Anorexia Cure

Even After Weight Gain, Addressing Underlying Issues Is Critical

By [Salynn Boyles](#)
WebMD Medical News

Reviewed By [Michael Smith, MD](#)
on Thursday, August 18, 2005

Aug. 18, 2005 - [Anorexia nervosa](#) patients who gain weight while being treated often spiral back into the eating disorder. Now new research may shed some light on why [relapse](#) rates are so high.

The study shows that women who seemed to be getting better while participating in a hospital-based behavioral treatment program continued to show disturbed eating behaviors when their [food](#) intake was not carefully monitored.

Although the women had regained much of their lost weight with treatment and had shown improvements in [depression](#) and other psychological symptoms, they ate far fewer calories when given an unrestricted test meal than women without anorexia.

"We saw a lot of psychological changes over the course of hospitalization," researcher Robyn Sysko of the Rutgers University Eating Disorders Clinic tells WebMD. "But when given more [control](#) over their eating, these patients still tended to eat less than they should."

Eating Behaviors Examined

Nine out of 10 anorexics are [female](#), and most develop the disorder as preteens, [teens](#), or young adults.

Research suggests that one in three women treated as inpatients for the eating disorder experiences a relapse within two years of [discharge](#) from the [hospital](#).

Improvements in psychological symptoms and weight have been documented during hospitalization for anorexia nervosa. But it is not clear whether a similar improvement in eating occurs, Sysko and colleagues write in the August issue of the *American Journal of Clinical Nutrition*.

To test this, the researchers fed 12 hospitalized women with anorexia and 12 women without eating disorders the same number of calories at breakfast followed by an unrestricted-calorie test meal at lunch.

The test meal consisted of a large strawberry [yogurt](#) shake. Study participants were told to drink as much or as little as they liked. The [anorexic](#) patients were given the test both early in their hospital stay and later, after they had gained back a good deal of weight.

The nonanorexic study participants ended up drinking about half of their shakes, taking in approximately 500 calories. Early in treatment the anorexic patients took in about 145 calories at the test meal, and later in treatment they took in 240 -- still less than half of that eaten by the women without anorexia nervosa.

During both test meals, the hospitalized patients took in fewer calories than they would have if they had been eating their regular, supervised lunch.

"The fact that these patients didn't show as much improvement in eating behavior as they did in other aspects of their treatment illustrates the importance of continuing care once hospitalization ends," Sysko says.

Anorexia Nervosa

American Description



Diagnostic Criteria

- A. Refusal to maintain body weight at or above a minimally normal weight for age and height (e.g., weight loss leading to maintenance of body weight less than 85% of that expected; or failure to make expected weight gain during period of growth, leading to body weight less than 85% of that expected).
- B. Intense fear of gaining weight or becoming fat, even though underweight.
- C. Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or denial of the seriousness of the current low body weight.
- D. In postmenarcheal females, amenorrhea, i.e., the absence of at least three consecutive menstrual cycles. (A woman is considered to have amenorrhea if her periods occur only following hormone, e.g., estrogen, administration.)

Specify type:

- **Restricting Type:** during the current episode of Anorexia Nervosa, the person has not regularly engaged in binge-eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas)
- **Binge-Eating/Purging Type:** during the current episode of Anorexia Nervosa, the person has regularly engaged in binge-eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas)

Differential Diagnosis

General medical conditions; superior mesenteric artery syndrome; Major Depressive Disorder; Schizophrenia; Social Phobia; Obsessive-Compulsive Disorder; Body Dysmorphic Disorder; Bulimia Nervosa.

How MyTherapy Can Help You

Since 1995, Internet Mental Health has offered free information on mental health. In 2005, we launched three new free support groups ([communities](#)) for Bipolar Disorder, Depression, and Schizophrenia.

We now also offer an inexpensive subscription service. This subscription service offers: computerized diagnosis, computerized cognitive assessment, computerized personal diaries and reviews of recent research.

We are proud of our new subscription service because it offers state-of-the-art, interactive psychiatric tools not available anywhere else. It is our hope that this subscription service will reduce the suffering of those living with mental illness.

Diagnostic Assessment



[\(Click to enlarge\)](#)

Psychiatrists depend on accurate diagnosis to treat mental illness. The American Psychiatric Association has spent decades of research to perfect the rules (or "diagnostic criteria") for making an accurate psychiatric diagnosis. These rules for psychiatric diagnosis are published as the [DSM-IV-TR](#) (the American Psychiatric Association's "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition").

Since 1995, psychiatrists and hospitals have used a computer program, Decisionbase™, to generate psychiatric diagnoses that exactly conform to the diagnostic criteria specified by the American Psychiatric Association. Psychiatric diagnosis has become so complex that therapists can no longer commit all diagnostic criteria to memory. Thus it is essential that the rules for psychiatric diagnosis be computerized, as is done in Decisionbase™. In addition, Decisionbase™ generates a personal diary that records and graphs an individual's response to therapy.

MyTherapy uses the computer program, Decisionbase™, to diagnose all of the (DSM-IV™ Axis II) personality disorders, and more than 80 of the most common (DSM-IV™ Axis I) psychiatric disorders.

Cognitive Assessment (Test Your Brain)



[\(Click to enlarge\)](#)

This 15-minute screening test is used to measure the degree of cognitive impairment commonly seen in severe mental disorders. These scores are later automatically graphed over time in the Personal Diary. Impairment on these tests of cognitive functioning is highly predictive of future social and occupational impairment.

Personal Diary

Anorexia nervosa:

Introduction:

95% or more afflicted with this disorder are young females. The onset is usually during adolescence. These patients have an abnormal sense of body image, where they think of themselves as overweight, when they are actually below normal weight. They are terrified of becoming obese. They refuse to maintain a normal body weight. In women one of the hallmarks is that they have no menstrual periods (amenorrhea).

All of the body functions are "put on spare flame" and one such function is the gonadotropin hormone production leading to ovarian malfunction(amenorrhea). About 1 to 3% of the 15 to 20 year female age group suffer from anorexia nervosa. There is a significant number of anorexia nervosa cases, where childhood molestation likely was the trigger. This study from the North Dakota School of Medicine and Health Sciences compared the eating behavior of a group of sexually abused children aged 15 to 20 with a control group of nonabused children. The study showed that the abused children developed a dissatisfaction about their weight and in particular they were desiring a leaner body weight. At times of emotional upsets they would eat less and use methods of purging to lose even more weight.

There are likely other factors such as perhaps a genetic tendency for depression. Depression, by the way, is present in 85% of anorexia nervosa patients. This was documented again in a Swedish study (Ref. 3), where 50 teenagers with anorexia nervosa were compared with 51 normal teenagers as control group.

This was a longitudinal study where the same persons were followed up and intensely interviewed at the ages 16, 21 and 24 years for 10 years. The findings were that mental illness (mostly depression) was part of anorexia nervosa and that the outcome of this eating disorder is dictated to a large extent by how well this is controlled. Conversely, the mental illness cannot be stabilized, if the anorexia nervosa is not addressed.

Leptin and restlessness:

The fat cells produce a hormone called leptin, which is produced less when starvation sets in. Normally a lack of this hormone stimulates the appetite center to increase appetite. A lack of leptin in the system leads to a restlessness similar to hyperactivity syndrome. Ref.4 studied this phenomenon in rats as well as in a group of anorexia nervosa patients. Infusion of leptin in starved rats lead to significant reduction of a hyperactivity score. Similarly a hyperactivity score in treated anorexia nervosa patients normalized as the low leptin levels came up to normal levels with weight gain. It is unclear at this time whether the change in leptins is part of the cause of anorexia nervosa or whether it is simply another internal symptom of anorexia nervosa.

Symptoms:

As this is mainly a psychological disorder, the earliest symptom is an obsession about body weight, even when the weight is normal or already below the normal. Patients may complain about other health problems such as bloating, constipation or.

Introducing Anorexia Nervosa

Dr Peter Rowan MBBS.MRCPsych.

General

Anorexia Nervosa is an illness that mainly affects adolescent girls although it can occur both in boys or girls younger or older than this. The most common features are loss of weight coupled with a change in behaviour. The weight loss is slowly progressive and often starts with a perfectly normal weight reducing diet. It may only be after this has continued for several months that it seems a cause for worry, usually because by then the weight loss is extreme. To start with the girls are single minded in their determination to lose weight. Attempts to frustrate their efforts are generally met with anger or deceit or a combination of both. Confrontation, rational discussion, bullying or bribery will probably fail to cause more than a very brief change of eating behaviour. Continuing weight loss will lead to increasing concern by the family. A girl of average height will probably be unable to continue at school once her weight falls below around six stones.

Features

The personality changes that she may experience will be those of increasing seriousness and introversion. She will become less outgoing and less fun. She will usually begin to lose contact with her friends and may appear to lose interest in everything apart from food and academic work. She may show increased obsessional behaviour especially in the kitchen where she may become concerned with cleanliness, orderliness and precise timing of meals. She may well seem to wish to cook for the family and appear to encourage them to overeat. She will regress and appear to lose confidence. She may become less assertive, less argumentative and more dependant. At the same time her behaviour will increasingly control the lives of all around her.

Causes of Anorexia Nervosa

There are some aspects of cause that are unknown. From what we do know it seems that this is a disorder of many causes that come together to produce the illness. These recognised ingredients include the nature of the personality of the girl herself, aspects of her family its members and relationships, and stresses and problems occurring outside home, often at school. There is an increased risk in families in which there are other anorexics and this probably indicates a genetic predisposition also. The trigger is weight loss from any cause, the most usual being a normal weight reducing diet to lose 'puppy' fat.

The personalities of the girls tend to be conformist, compliant, and hard working. They are often popular with teachers and may have seemed to be little cause for worry over the years. As their contemporaries go through the difficulties of adolescence they seem models of sensible behaviour by comparison. They tend to be mildly obsessional. They are organised and tend towards tidiness. These traits may be quite marked before the onset of anorexia but they are usually accentuated by the disorder.

Family relationships are liable to be strained by the illness even if they have seemed previously good. The families of anorexics are

Anorexia Nervosa

The most common element surrounding ALL Eating Disorders is the inherent presence of a low self esteem

Anorexia Nervosa

Those who are suffering with this illness have a low self-esteem and often a tremendous need to control their surroundings and emotions. This Eating Disorder is a unique reaction to a variety of external and internal conflicts, such as stress, anxiety, unhappiness and feeling like life is out of control. Anorexia is a negative way to cope with these emotions.

"...starvation fills a void inside when it's approval from you I crave. The desire for food is gone and you are there again... yelling... so negative. Times like this filled with the pounding urge to run far away and disappear..."

The person suffering with Anorexia may be abnormally sensitive about being perceived as fat, or have a massive fear of becoming fat -- though not all people living with Anorexia have this fear. They may be afraid of losing control over the amount of food they eat, accompanied by the desire to control their emotions and reactions to their emotions. With a low self-esteem and need for acceptance they will turn to obsessive dieting and starvation as a way to control not only their weight, but their feelings and actions regarding the emotions attached. Some also feel that they do not deserve pleasure out of life, and will deprive themselves of situations offering pleasure (including eating).

Some of the behavioral signs can be: obsessive exercise, calorie and fat gram counting, starvation and restriction of food, self-induced vomiting, the use of diet pills, laxatives or diuretics to attempt controlling weight, and a persistent concern with body image. See Also, [Signs and Symptoms](#).

It is not uncommon for people suffering with Anorexia to waver through periods of Bulimia (binging and purging) as well.

"... lost in the darkness of my own circumstance, criticizing echoes leaving me awake in the night... the barrier and blockades that keep me safe and in control while I pretend that I am okay... "

It is important to point out that there can be a number of ways a person suffering from Anorexia can portray their disorder. The inherent trait of a person suffering Anorexia is to attempt to maintain strict control over food intake. In a number of cases a man or woman suffering will seem to eat normal meals with only periods of restriction. Anorexics are sometimes known to eat junk food, particularly candy, to drink a lot of coffee or tea, and/or to smoke. They may deny hunger, make excuses to avoid eating, will often hide food they claim to have eaten, [use diet pills to control appetite](#), or attempt to purge the food away with self-induced vomiting, or by [taking laxatives](#).

"...Emotions control me... make me hide in a safe place of silence.... my mind stays distant from what my heart feels. If I say it... it's real... so I say nothing. I can't touch it... if I did I would curl up or crumble. I may

Anorexia Nervosa

People who intentionally starve themselves suffer from an eating disorder called [anorexia nervosa](#). The disorder, which usually begins in young people around the time of puberty, involves extreme weight loss--at least 15 percent below the individual's normal body weight. Many people with the disorder look emaciated but are convinced they are overweight. Sometimes they must be hospitalized to prevent starvation.

- Deborah developed anorexia nervosa when she was 16. A rather shy, studious teenager, she tried hard to please everyone. She had an attractive appearance, but was slightly overweight. Like many teenager girls, she was interested in boys but concerned that she wasn't pretty enough to get their attention. When her father jokingly remarked that she would never get a date if she didn't take off some weight, she took him seriously and began to diet relentlessly--never believing she was thin enough even when she became extremely underweight.
- Soon after the pounds started dropping off, Deborah's menstrual periods stopped. As anorexia tightened its grip, she became obsessed with dieting and food and developed strange eating rituals. Every day she weighed all the food she would eat on a kitchen scale, cutting solids into minuscule pieces and precisely measuring liquids. She would then put her daily ration in small containers, lining them up in neat rows. She also exercised compulsively, even after she weakened and became faint. She never took an elevator if she could walk up steps.
- No one was able to convince Deborah that she was in danger. Finally, her doctor insisted that she be hospitalized and carefully monitored for treatment of her illness. While in the hospital, she secretly continued her exercise regimen in the bathroom, doing strenuous routines of sit-ups and knee-bends. It took several hospitalizations and a good deal of individual and family outpatient therapy for Deborah to face and solve her problems.

Deborah's case is not unusual. People with anorexia typically starve themselves, even though they suffer terribly from hunger pains. One of the most frightening aspects of the disorder is that people with anorexia continue to think they are overweight even when they are bone-thin. For reasons not yet understood, they become terrified of gaining any weight.

Self-Evaluation Quiz

- Are you constantly thinking about your weight and food?
- Are you dieting strictly and/or have you lost a lot of weight?
- Are you more than 10% below your healthy weight?
- Are people concerned about your weight?
- Is your energy level down?
- Do you constantly feel cold?
- Are your periods abnormal or have your periods stopped?
- Are you overeating and feeling out of control?
- Are you vomiting, using laxatives or water pills, herbal agents, or trying to fast as a way to control your weight?
- Are you over exercising or do others consider your exercise excessive ?
- Does your weight drastically fluctuate?
- Do any of the above interfere with your enjoyment of life, relationships, or everyday functioning?

Note: This quiz is not intended to diagnose an eating disorder . It is simply designed to indicate that a person may be thinking too much about food, weight, etc or engaging in potentially eating disordered behaviors.

If you answered yes to more than 5 of these questions, we would encourage you to get a professional evaluation. Please contact ANAD (847-831-3438 or anad20@aol.com) for a list of professionals and support groups in your area.

General Information

Anorexia is a disease that affects both men and women. It is an illness which is controlled through the sufferers mind. Most people just see the physical side of the illness which include weight loss and mood swings as well as other symptoms. It is hard to appreciate what a sufferer is thinking unless you have been one yourself. This is why I am writing as a carer, which is what I have been for the past few years.

Anorexia has many ways of manifesting itself and going about its business. It has many disguises and many tricks to play. The illness will try and push the people close to the sufferer away from them. Be aware of this, and know that it is the illness acting and not the actual person. If you keep this in mind it will be a bit easier to understand and deal with.

In the early stages of Anorexia it is hard to spot any differences in a sufferers daily life. Small changes will evolve, such as increased exercise and a decrease in food intake. These changes will get larger, to a point where the Anorexia will do anything to achieve its goal.

By this time the mind is in control and the sufferer is on a steady decline .

Once everybody is aware something is wrong, nothing can be done about it until the sufferer actually admits that they have a problem. Once this is done the recovery can start. The recovery time is dependent on how far the illness has reached and on the support and encouragement the sufferer receives from their carers. Ultimately the sufferer will do the bulk of the work in a recovery process. This must be appreciated, so give it time.

It is a long road either way, and it is assured that after a while the carers will begin to see how the illness works and be able to work out what situations could arise.

Try to find out where the nearest support group is in your area, and use it. There is no hard and fast rule for recovering from an illness such as this, and there are no instructions either, but I hope that the rest of my pages can help a small amount.

Symptoms of Anorexia Nervosa

There are various ways in which Anorexia Nervosa can be detected. The main point to remember is that people with Anorexia are the masters of disguise. It must be appreciated that Anorexia is predominantly a mental illness. The visible side is purely an effect of the illness. Treat Anorexia as a separate person, a bit like Jeckal and Hyde. When in its most powerful state, Anorexia can take over the mind of a sufferer. Only when the sufferer is ready to admit that they have a problem, can they start fighting it. It is at this point where the carer will have to be at their best, as the sufferer will be after all the support they can get.

Anorexia Nervosa

Anorexia nervosa. Discover valuable anorexia nervosa information including the anorexia nervosa symptoms, the cause of anorexia nervosa and the available anorexia nervosa treatments.

Anorexia Nervosa is an eating disorder that is on the rise and responsible for the loss of lives in alarming numbers. In the past, it has been thought that anorexia nervosa was a condition limited to teenagers and young adults. It has been coming to light recently that this is no longer true. More and more, it is being found that adult men and women are also suffering from the anorexia nervosa eating disorder. [The Center for Counseling & Health Resources, Inc.](#) will use proven anorexia nervosa treatments and methods to help men and women that have this eating disorder to recover and overcome their affliction.

Anorexia nervosa can be managed through care, time and the anorexia nervosa treatments that that The Center, Inc. has to offer. If you notice anorexia symptoms, please contact us; we can help by starting at the cause of anorexia nervosa. [Click here](#) to learn more about [The Center for Counseling & Health Resources, Inc.](#)

Dangerous Physical Complications of Anorexia



[Dr. Jantz speaking on Anorexia](#)

What is Anorexia

Anorexia, or self-starvation, is a disease and it can be fatal if left untreated. Recognition of its symptoms can be the first step toward saving yourself or someone you love from this dangerous disease.

The following is a list of the observable symptoms:

- Refusal to maintain body weight
- Fear of gaining weight
- Talks about "feeling fat"
- Difficulty with eating full meals
- Rigidity with what they will eat
- An obsessive preoccupation with body size
- Over-exercising
- Intense dissatisfaction with physical appearance
- Personality change from outgoing to withdrawn
- Limit food intake to "arrow selection of low-Cal foods"
- Hoarding, concealing, crumbling or throwing away food
- Menstrual difficulties



Try Our Healthy Body Calculator SM Home

Anorexia



I'm so glad I found your site on the Internet! Eating disorders are hardly acknowledged in the Far East and I'm starting to get really worried about my best friend.

My friend has been on this crazy diet for six months since we started freshman year at law school and she's lost 17 kilos (37.4 lbs.)! She used to be a nicely rounded at 60 kg (132 lbs.) and 166 cm (5 ft 5) but now she weighs 43.5 kilos (96 lbs.). Is this too thin?

Her work always been excellent and she was always popular, but now she's really changed. Sure she has a boyfriend and has even been offered a modeling job, but I got real scared when she overdosed on laxatives today and called me sick and in a panic from a [fast food restaurant](#). I was really shocked when I drove her home and put her to bed. She had bruises on her hips and ribs and she said sleeping on them was painful!

When I tried to get her to drink some soup, she cried and cried and said it would make her fat! I've only ever seen her drink coffee in the last 5 months. She never eats with us in the cafeteria anymore and would always brightly excuse herself to work in the library.

We're all envious of her wonderful figure now, but she's really thin and I'm worried. She said if I tell her parents, she'll kill me. She swears she'll stop dieting once she loses the last kilo, but that's what she said at 50 kilos! I don't want to lose her friendship, but I don't want her to lose even more! Could she die? Is this anorexia? Do write back soon or she'll be 5 ft 5 and less than 95 lbs!

5Background: Richard Morton first described anorexia nervosa more than 300 years ago, in 1689, as a condition of "a Nervous Consumption" caused by "sadness, and anxious Cares." In 1873, 2 prominent physicians separately described anorexia nervosa; Charles Laségue described it as "a hysteria linked to hypochondriasis," and Sir William W. Gull described it as "a perversion of the ego." This was the same year the disorder received its current name. In the first half of the 20th century, a variety of views of the disorder emerged. Pierre Janet considered anorexia to be a purely psychological disorder. Morris Simmonds proposed that pituitary insufficiency led to weight loss in some patients. Berkman viewed physiological disturbances as secondary to the psychological etiology of the disturbance.

Additional formulations of and insights into anorexia were developed in recent times by several modern pioneers. Bruch viewed self-starvation as a representation of struggle for autonomy, competence, control, and self-respect. Failure of the mother to recognize and confirm the child's independent needs was purported to produce inner confusion in 3 overlapping areas. These areas include a tendency to overestimate body size; an inability to correctly identify internal sensations such as hunger, satiety, affective states, and sexual feelings; and a sense of ineffectiveness characterized by feelings of loss of control.

Mara Selvini Palazzoli developed a view similar to Bruch's, but Palazzoli postulates that patients with anorexia experience the body as "the maternal object, from which the ego wishes to separate itself at all costs."

Crisp proposed a developmental model, with the psychopathology of anorexia stemming from biological and psychological experiences surrounding the achievement of adult weight. Conflicted about attaining psychological maturity, patients with anorexia use dieting and subsequent starvation as a means to regress back to prepubescent size, hormonal status, and life experience.

Although anorexia historically has been defined by self-imposed starvation, binge eating has been reported as part of the clinical picture over the years. DaCosta and Halmi reviewed 14 studies in which they divided patients with anorexia nervosa into bulimic and nonbulimic subtypes. Patients with bulimia and anorexia nervosa were found to report greater impulsivity, social involvement, sexual activity, family dysfunction, depression, and conspicuous emotional disturbance in general.

Purging behaviors associated with binge eating (ie, induced vomiting and/or laxative use), rather than binge eating, have been viewed to be better indicators for subclassifying anorexia nervosa. Garner et al found that the psychopathology of patients with anorexia who engage in purging behavior is distinguishable from the psychopathology of patients with anorexia who do not purge.

In an effort to describe the "essence" of anorexia nervosa, Sten Theander outlines the common traits of the disorder. These traits include "the marked preponderance of females and young people among the patients; food refusal; the extreme, often life-threatening emaciation, but also the tendency to recovery, and the denial of illness."



Anorexia Nervosa

Myths, Causes, and Cure

By Abigail Natenshon, MA

What is Anorexia Nervosa?

Anorexia Nervosa is a disease marked by the pathological fear of weight gain leading to rapid or extreme weight loss. Victims with anorexia restrict or limit their intake of food, as well as their behaviors in life spheres beyond food and eating. As an example, an anorexic young adult refused to go to her roommate's wedding because the ceremony was to take place at precisely the moment when she would need to be eating dinner. She did not have the flexibility to diverge from her daily schedule; and so her life became severely compromised. Another anorexic woman ate the same limited number of foods every day of her life in the same order and in the same amounts; she felt compelled to wear the same few items of clothing as well.

Anorexia is a condition that describes the refusal to eat. It should be noted that the refusal to eat could be based on many different factors. Anorexia nervosa is a condition that implies an effort to resolve emotional problems through the misuse of food. Anorexia, per se, is a term that describes the inability or refusal to eat for reasons that are other than emotional.

Three distinct aspects of eating dysfunction must be in place for your child's behaviors to qualify as a clinical eating disorder.

1. The physical aspect may include weight loss, amenorrhea, fainting, cold intolerance, etc.
2. The behavioral aspect may include strict dieting, secretive eating, binge eating, compulsive exercise, laxative, diet pill or diuretic abuse, impaired relationships, etc
3. The emotional aspect may include depression, anxiety, low self-esteem, fear of weight gain, body image distortion, etc.

Who gets anorexia?

- There are 11 millions victims of anorexia and bulimia in American today, 87 percent of whom are below the age of twenty.

What is anorexia nervosa?

Anorexia nervosa is an illness that usually occurs in teenage girls, but it can also occur in teenage boys, and adult women and men. People with anorexia are obsessed with being thin. They lose a lot of weight and are terrified of gaining weight. They believe they are fat even though they are very thin. Anorexia isn't just a problem with food or weight. It's an attempt to use food and weight to deal with emotional problems.

[Return to top](#)

What is the difference between anorexia and bulimia?

People with anorexia starve themselves, avoid high-calorie foods and exercise constantly. People with bulimia eat huge amounts of food, but they throw up soon after eating, or take laxatives or diuretics (water pills) to keep from gaining weight. People with bulimia don't usually lose as much weight as people with anorexia.

[Return to top](#)

Why do people get anorexia?

The reason some people get anorexia isn't known. People with anorexia may believe they would be happier and more successful if they were thin. They want everything in their lives to be perfect. People who have this disorder are usually good students. They are involved in many school and community activities. They blame themselves if they don't get perfect grades, or if other things in life are not perfect.

[Return to top](#)

What are the problems caused by anorexia?

Girls with anorexia usually stop having menstrual periods. People with anorexia have dry skin and thinning hair on the head. They may have a growth of fine hair all over their body. They may feel cold all the time, and they may get sick often. People with anorexia are often in a bad mood. They have a hard time concentrating and are always thinking about food. It is not true that anorexics are never hungry. Actually, they are always

Warning signs of anorexia

- Deliberate self-starvation with weight loss
- Fear of gaining weight
- Refusal to eat
- Denial of hunger
- Constant exercising
- Greater amounts of hair on the body or the face
- Sensitivity to cold temperatures
- Absent or irregular periods
- Loss of scalp hair
- A self-perception of being fat when the person is really too thin

What is Anorexia Nervosa?

'Anorexia nervosa' means 'loss of appetite for nervous reasons' but this is misleading because the person has, in fact, lost the ability to allow themselves to satisfy their appetite. They restrict the amount they eat and drink, sometimes to a dangerous level. They focus on food in an attempt to cope with life, rather than to starve to death. It is a way of demonstrating that they are in control of their body weight and shape. Ultimately, however, the illness itself takes control and the chemical changes in the body affect the brain and distort thinking, making it impossible for the person to make rational decisions about food. As the illness progresses, many people will suffer from the exhaustion of starvation. It is very rare, but occasionally people die from the effects of anorexia.

Signs of Anorexia: -

1. In adults, extreme weight loss
2. In children and teenagers, poor or inadequate weight gain in relation to their growth
3. Constipation and abdominal pains
4. Dizzy spells and fainting
5. Swollen stomach, face and ankles
6. Downy hair on the body; loss of hair on the head when recovering
7. Poor blood circulation and feeling cold
8. Dry, rough, discoloured skin
9. Disrupted menstrual cycles
10. In men, loss of libido
11. Loss of bone mass and, eventually osteoporosis (brittle bones)
12. Psychological signs of anorexia
13. Intense fear of gaining weight, even within the normal weight range according to height
14. Distorted perception of body shape or weight
15. Denial of the existence of a problem
16. Changes in personality and mood swings
17. Behavioural signs in anorexia
18. Rituals attached to eating, such as cutting food into tiny pieces
19. Secrecy
20. Restlessness and hyperactivity
21. Wearing big baggy clothes
22. Vomiting; taking laxatives

Long Term Effects

The long-term effects of anorexia on the body and mind can be alarming and severe. Women with anorexia tend to find it more difficult to become pregnant, and there is the possibility of developing osteoporosis later in life. Fortunately, many of these effects can be reversed - once the body receives proper and regular nourishment.

Once the person is on the path to recovery, it can take some weeks or months for the body and mind to re-adjust. Eating and drinking regularly can cause their body to become bloated temporarily. Personality and mood swings may also take a while to settle, depending on the emotional difficulties associated with anorexia. Anorexia and the family Anorexia not only

Anorexia Nervosa

by Ron Kennedy, M.D., Santa Rosa, California

Anorexia nervosa literally means loss of appetite in the presence of anxiety. However this is not the case. A person with anorexia nervosa is hungry, but he or she denies the hunger because of an irrational fear of becoming fat. While this disorder can occur in either sex, women constitute 95% of cases. Of all eating disorders reported, only about 1% fulfill the criteria for anorexia nervosa. There are two types: restricting and binge eating/purging. The latter must be distinguished from [bulimia nervosa](#) and the distinction is that in anorexia nervosa weight loss is at least 15% of what one would expect from height and body build.

Anorexia nervosa is often characterized by self-starvation, food preoccupation and rituals, compulsive exercising, and in women often an absence of menstrual cycles. Untreated, anorexia nervosa can be fatal. It is not a "fad" which the victim will outgrow if left alone.

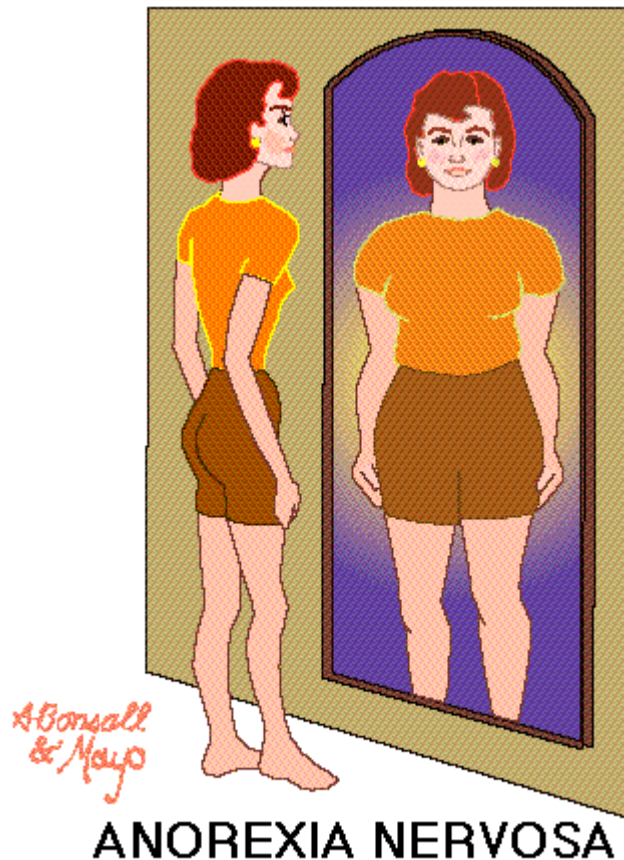
30% of cases last from one to five years, 31% from six to ten years and 16% from 11 to 16 years. About six percent die from the disorder and only 50% ever fully recover. The most common cause of death is low serum potassium (called "hypokalemia"), which can cause an irregular heartbeat. Probably the most well known person to die of this disorder in modern times was the singer Karen Carpenter who died in the early 1970s at the age of 31.

The best type of doctor to see for a case of anorexia is a compassionate physician who practices [nutritional medicine](#). Nutritional deprivation is the major threat to life in anorexia nervosa and only a compassionate physician can communicate with these patients. The communication which is necessary is nothing less than a new reality for the patient in which body size, composition, and weight have nothing to do with who the patient is, and do not determine her worth. The patient must also be persuaded to respond appropriately to her own sense of hunger, to love her body and herself.

The approach used in [homeopathy](#) is to attempt to restore the balance of the system using dilute solutions of natural substances specific to the disorder.

What is anorexia?

Anorexia nervosa is often considered to be a type of eating disorder in an entire spectrum of eating disorders. It is also, and more importantly, a psychological disorder. It is a condition that goes beyond out-of-control dieting. The person with anorexia initially begins dieting to lose weight. Over time, the weight loss becomes a sign of mastery and control. The drive to become thinner is actually secondary to concerns about control and/or fears relating to one's body. The individual continues the endless cycle of restrictive eating, often to a point close to starvation, in order to feel a sense of control over the body. This becomes an obsession and is similar to an addiction to any type of drug or substance.



Anorexia generally affects females, but can affect males as well. And while anorexia typically begins to manifest itself during early adolescence, it is also seen in young children and adults.

What causes anorexia?

At this time, no definite cause of anorexia nervosa has been determined. However, research within the medical and psychological fields continues to explore possible causes.

Some experts feel that possible underlying causes can relate to demands from society and the family. For many individuals with anorexia, the destructive cycle begins with the pressure to be thin and attractive. A poor self-image compounds the problem.

Other researchers feel that this disorder can stem from a particular dysfunction often seen in families of anorexia patients. In this particular type of dysfunction, family members become so interdependent that each cannot achieve their identity as an individual. Thus, family members are unable to function as healthy individuals and are dependent on other family members for their identity. Part of this dysfunction includes a fear of growing up by the children of these families, especially girls. Restrictive dieting may prevent their bodies from developing in a

The Eating Disorders are broken down into two categories: **Anorexia Nervosa** and **Bulimia**. Anorexia is characterized by a refusal to maintain a minimal adequate normal weight. Bulimia has repeated episodes of binge eating followed by self-induced vomiting, misuse of laxatives, diuretics, or other medications which are used to offset the over-eating. Simple obesity is considered a medical, not a psychiatric disorder. In fact, medical causes play important roles in both anorexia nervosa and bulimia.

Anorexia Nervosa

Anorexia nervosa (AN) has an individual who refuses to maintain a minimally adequate normal weight, is intensely afraid of gaining weight, and has a disturbance in the perception of the shape or size of his or her body. Females usually stop menstruating because their weight becomes so low. While there is no specific weight cutoff, individuals below 85% of their ideal weight or who have a BMI under 17.5 kg/m² fall in this range. Individuals suffering from this disorder usually restrict their normal food intake to remain underweight but may also induce vomiting, use laxatives or diuretics, and/or engaging in excessive exercising. They have an intense fear of gaining weight and often think of themselves as fat. Their fear often increases even as they get thinner and thinner. Some may realize that they are thin, but think particular parts of their bodies are too fat.

Anorexics become obsessed with their body shape and weight, often repeatedly measuring body parts or persistently using a mirror to check their shape. They consider weight loss a tremendous accomplishment and weight gain a terrible loss of self-control. Anorexics often suffer from depression, social withdrawal, irritability, insomnia, and a diminished interest in sex. Most are preoccupied with food. They may collect recipes or hoard food. They may be concerned about eating in public, feel ineffective, engaging in inflexible thinking, and be over-restrained emotionally.

The mean age of onset is 17 and it is most common in teenage and young adult females and homosexual men. About one in 100-200 teenage women meet the full criterion for diagnosis and still more suffer many of the features but are not severe enough to receive the diagnosis. Although some patients do die from starvation or medical complications, recent large studies have not been able to document an increased death rate.

AN Lower Suicide Risk: Study of death records of 5 million women found those with AN died of suicide only 1.4% of time vs. 4.1% for matched controls. This is a finding the opposite of anecdotal reports by various clinicians. Coren, U Brit Col, *Am J Publ Health* '98:88:1206-7

No Decreased Survival: Mayo study following 208 eating disordered patients found only one death due to disorder with follow-up up to 63 years of Minnesota patients. 93% survived for 30 years after diagnosis of anorexia nervosa, identical to controls. Deaths = 1 AN, 2

Anorexia nervosa

Reviewed by [Dr John Powell](#), specialist registrar in public health medicine and [Dr Michael Sharpe](#), senior lecturer in psychological medicine

What is anorexia nervosa?

Anorexia nervosa is an eating disorder affecting mainly girls or women, although boys or men can also suffer from it. It usually starts in the teenage years.

It is difficult to estimate how common it is but surveys suggest that up to 1 per cent of schoolgirls and female university students have anorexia nervosa. This may be an underestimate.



The cause of anorexia nervosa is unknown. Both biological and social factors play a part. People in certain professions, such as modeling and ballet dancing, are especially at risk.

How is the disease characterised?

- Body weight is maintained at least 15 per cent below that expected for a person's height.
- It is self-induced weight loss caused by avoiding fattening foods and may involve taking excessive exercise, using laxatives or diuretics or self-induced vomiting.
- There is a strong, almost overwhelming fear of putting on weight, with sufferers preoccupied with the shape or size of their bodies.
- Rules are invented regarding how much food is allowed and how much exercise is needed after eating certain amounts of food.
- Those suffering from anorexia pursue a very low 'ideal' weight.
- The weight loss may cause hormonal disturbances and women with anorexia nervosa may stop having periods.

Why do some people get anorexia?

The cause of anorexia nervosa is unknown, although it is likely that both inherent biological factors and factors in the patient's social environment play a part. The disease is mainly encountered in the western world and is more common among women in certain professions, such as models and ballet dancers. Puberty, deaths in the family and other life stresses are all believed to be potential triggers of anorexia.

There may also be peer pressure to lose weight, nasty comments from others about weight that trigger dieting or an unrealistic expectation of what a normal body weight should be.

What are the signs and symptoms of anorexia nervosa?

- Weight loss of at least 15 per cent below the normal ideal body weight for a person of the same age and height.
- Cessation of periods or delayed development in puberty.
- Self-induced weight loss. Methods can include fasting, low food intake, excessive exercise, diuretic medicines (medicines that make you urinate more) laxatives, diet pills or vomiting. Sometimes people make themselves sick to lose weight. Others take excessive exercise.

Sufferers have a constant fear of gaining weight, as well as a feeling of being fat, even when their weight is much less than that of other

ILLUSTRATIONS



[Food guide pyramid](#)

Alternative names [Return to top](#)

Eating disorder - anorexia

Definition [Return to top](#)

Anorexia nervosa is an eating disorder characterized by refusal to maintain a minimally accepted body weight, intense fear of weight gain, and distorted body image. Inadequate calorie intake or excessive energy expenditure results in severe [weight loss](#) (see also [bulimia](#) and [intentional weight loss](#)).

Causes, incidence, and risk factors [Return to top](#)

The exact cause of anorexia nervosa is not known, but social attitudes towards body appearance and family factors are believed to play a role in its development. The condition usually occurs in adolescence or young adulthood. It is more common in women, affecting 1-2% of the female population and only 0.1-0.2% of males.

Anorexia nervosa is seen mainly in Caucasian women who are high academic achievers and have a goal-oriented family or personality. Some experts have suggested that conflicts within a family may contribute to this eating disorder. It is thought that anorexia is a way for a child to draw attention away from marital problems, for example, and bring the family back together.

Other psychologists have suggested that anorexia may be an attempt by young women to gain control and separate from their mothers. The causes, however, are still not well understood.

Symptoms [Return to top](#)

- [weight loss](#) of 15% or greater below the expected weight
- inappropriate use of laxatives, enemas, or diuretics (water pills) in an effort to lose weight
- self-imposed food intake restrictions, often hidden
- absence of [menstruation](#)
- skeletal [muscle atrophy](#)
- loss of fatty tissue
- [low blood pressure](#)
- [dental cavities](#) may be present with self-induced vomiting
- blotchy or [yellow skin](#)
- [depression](#) may be present in addition to the eating disorder
- most individuals with anorexia nervosa refuse to recognize that they have an eating disorder (denial)

Signs and tests [Return to top](#)

Diagnosis is based upon ruling out other causes of [endocrine](#), metabolic, digestive, and [central nervous system](#) abnormalities to explain the weight loss. This could include [celiac disease](#), [inflammatory bowel disease](#), [Addison's disease](#), and many other possible conditions.

Overview

Onset is usually in adolescence and affects females 10:1 over males. Prevalence in young women is up to 1%. Some will also have episodes of binge eating or purging. Anorexia is a life-threatening disorder, with mortality over 10%.

Diagnostic Criteria

Early signs may include withdrawal from family and friends, increased sensitivity to criticism, sudden increased interest in physical activity, anxiety or depressive symptoms.

- A. Refusal to maintain body weight at or above a minimally normal weight for age and height (e.g., weight loss leading to maintenance of body weight less than 85% of that expected; or failure to make expected weight gain during period of growth, leading to body weight less than 85% of that expected).
- B. Intense fear of gaining weight or becoming fat, even though underweight.
- C. Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or denial of the seriousness of the current low body weight.
- D. In postmenarcheal females, amenorrhea, i.e., the absence of at least three consecutive menstrual cycles. (A woman is considered to have amenorrhea if her periods occur only following hormone, e.g., estrogen, administration.)

Treatment

1. Inpatient:

Indications for hospitalization may include any of the following:

- a. Patient's weight less than or equal to 70% of ideal body weight.
- b. Persistent suicidal ideation.
- c. Need for withdrawal from laxatives, diet pills, or diuretics.
- d. Failure of outpatient treatment.

2. Outpatient:

- a. Treat the medical complications of starvation.
- b. Nutritional counseling to establish a balanced diet, an expected rate of weight gain (up to 2 lbs. per week), and a final goal weight.
- c. Use behavioral techniques to reward weight gain.
- d. Individual and group cognitive therapy to alter anorexic attitudes, enhance autonomy, and improve self-esteem.
- e. Family therapy may also be useful.
- f. Treat any associated mood disorder.

Associated Features

- Depressed Mood
- Somatic or Sexual Dysfunction
- Guilt or Obsession
- Anxious or Fearful or Dependent Personality

Differential Diagnosis

Some disorders display similar or sometimes even the same symptom. The clinician, therefore, in his diagnostic attempt has to differentiate against the following disorders which one needs to be ruled out to establish a precise diagnosis.

General, medical, conditions; Superior, Mesenteric, Artery, Syndrome; Major, Depressive, Disorder; Schizophrenia; Social, Phobia; Obsessive-Compulsive, Disorder; Body, Dysmorphic, Disorder; Bulimia Nervosa.

Introduction: Anorexia Nervosa

Anorexia Nervosa: Disorder of undereating and excess dieting.

Anorexia Nervosa: People who intentionally starve themselves or severely restrict their food intake suffer from an eating disorder called anorexia nervosa. The disorder, which usually begins in young people around the time of puberty, involves extreme weight loss -- at least 15 percent below a young woman's normal body weight.¹

Researching symptoms of Anorexia Nervosa: Further information about the symptoms of Anorexia Nervosa is available including a [list of symptoms of Anorexia Nervosa](#), other diseases that might have similar symptoms in [differential diagnosis of Anorexia Nervosa](#), or alternatively return to research other symptoms in the [symptom center](#).

Misdiagnosis and Anorexia Nervosa: Research more detailed information about [misdiagnosis of Anorexia Nervosa](#), [underlying causes of Anorexia Nervosa](#) (possibly misdiagnosed), or research [misdiagnosis of other diseases](#).

Treatments for Anorexia Nervosa: Various information is available about [treatments available for Anorexia Nervosa](#), or research treatments for other diseases.

Causes of Anorexia Nervosa: Research more detailed information about the [causes of Anorexia Nervosa](#), other possibly [hidden causes of Anorexia Nervosa](#), or other [general information about Anorexia Nervosa](#).

Statistics and Anorexia Nervosa: Various sources and calculations are available in [statistics about Anorexia Nervosa](#), [prevalence and incidence statistics for Anorexia Nervosa](#), and you can also research other medical statistics in our [statistics center](#).

Contents for Anorexia Nervosa:

- [Basic Summary for Anorexia Nervosa](#)
- [Prevalence and Incidence of Anorexia Nervosa](#)
- [Prognosis of Anorexia Nervosa](#)
- [Causes of Anorexia Nervosa](#)
- [Risk Factors for Anorexia Nervosa](#)
- [Symptoms of Anorexia Nervosa](#)
- [Complications of Anorexia Nervosa](#)
- [Misdiagnosis of Anorexia Nervosa](#)
- [Misdiagnosis of Underlying Causes of Anorexia Nervosa](#)
- [Associated Conditions of Anorexia Nervosa](#)
- [Treatments for Anorexia Nervosa](#)
- [Doctors and Medical Specialists for Anorexia Nervosa](#)
- [Deaths from Anorexia Nervosa](#)
- [Statistics about Anorexia Nervosa](#)
- [Statistics by Country for Anorexia Nervosa](#)
- [Medical News Summaries About Anorexia Nervosa](#)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

MARTYRIΕΣ

Υπάρχουν παιδιά που γεννήθηκαν σε χώρες του Τρίτου Κόσμου και δυστυχώς αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα επιβίωσης, με κυριότερο τον υποσιτισμό, δηλαδή την μειωμένη χορήγηση τροφής.

Την ίδια στιγμή όμως, κυκλοφορούν ανάμεσά μας πάρα πολλά νέα παιδιά, και κυρίως κορίτσια της εφηβικής ηλικίας, που ενώ προέρχονται από εύπορες οικογένειες με όλε στις ανέσεις, αντιμετωπίζουν το ίδιο ακριβώς πρόβλημα, και με τις ίδιες επικίνδυνες συνέπειες, αλλά με την θέλησή τους.

Οι μαρτυρίες ατόμων που έχουν ζήσει τον εφιάλητη της ανορεξίας είναι συγκλονιστικές.

Η Μαρία είναι μία ελκυστική μικρότερη κόρη μιας οικογένειας που μετανάστευσε στην Αυστραλία πριν από τη γέννησή της. Σε ηλικία 14 ετών, ένα χρόνο αφότου άρχισε η περίοδός της, κατάλαβε πως οι άλλοι στην οικογένειά της ήταν χοντροί και δεν ήθελε να γίνει χοντρή σαν και αυτούς. Το βάρος της ήταν μέσα στα επιθυμητά όρια 47,5 κιλά (QI 20,6,100 τοις εκατό του ABW) και την πείραζαν στο σχολείο ότι ήταν μια «σέξυ Ιταλίδα». Αγόρασε μερικά χάπια αδυνατίσματος από το φαρμακείο αλλά αφού τα πήρε επί 5 ημέρες σταμάτησε γιατί «δεν έκαναν τίποτα». Επειδή οι φίλες της στο σχολείο έκαναν δίαιτα, αποφάσισε να κάνει το ίδιο. το σχέδιό της ήταν να τρώει κανονικά τη μία μέρα και να μένει νηστική την επόμενη. Είχε την τάση να παρατρώνει όταν δεν έμενε νηστική και έτσι μετά από δύο μήνες είχε πάρει, αντί να χάσει, 4 κιλά. Άκουσε πως αν έπαιρνε καθαρτικά θα έχανε βάρος και επειδή η μητέρα της έδινε καθαρτικά στην οικογένεια όταν δεν άδειαζε το έντερό τους κάθε μέρα, πίστευε πως είχε την «άδεια» να χρησιμοποιήσει καθαρτικά για να χάσει βάρος.

Άρχισε επίσης να κάνει γυμναστική 1 ή 2 ώρες την ημέρα λέγοντας στην οικογένειά της ότι προετοιμαζόταν για τα σπορ του σχολείου.

Σε ένα μήνα από τότε που άρχισε το πρόγραμμα γυμναστικής, η περίοδός της σταμάτησε αν και είχε χάσει μόνο 2 κιλά. Η Μαρία ένιωθε μυστικά ευχαριστημένη που δεν είχε περίοδο αλλά ανησυχούσε μήπως το μάθουν οι άλλοι κι αναρωτιούνται αν είναι φυσιολογικό. Τους επόμενους πέντε μήνες παρά την γυμναστική και τα καθαρτικά το βάρος έμενε το ίδιο. Στην απελπισία της να χάσει βάρος η Μαρία αρνιόταν να τρώει με την οικογένειά της γιατί το φαγητό ήταν «όλο ζυμαρικά και ανθυγιεινό». Σε ηλικία 16 ετών έκανε αυστηρή δίαιτα και κατάχρηση καθαρτικών. Το βάρος της άρχισε να μειώνεται και στη 18^η επέτειο των γενεθλίων της ζύγιζε 31 κιλά (QI 12,65 τοις εκατό του ABW). Τώρα οι γονείς της μπήκαν στη μέση. Μπήκε στο νοσοκομείο με διάγνωση ψυχογενούς ανορεξίας και της άρχισαν ένα πρόγραμμα

επανασίτισης.

Μετά από τρεις μήνες όταν βγήκε από το νοσοκομείο το βάρος της είχε αυξηθεί σε 49 κιλά (QI 18,5,90 τοις εκατό του ABW) και είχε περίοδο. Στο σπίτι εξακολουθούσε να φοβάται μήπως παχύνει και ξανάρχισε να χρησιμοποιεί υπερβολικές δόσεις καθαρκτικών και έκανε προσεκτική δίαιτα για να διατηρήσει το βάρος της γύρω στα 44 κιλά. Δεν είχε άλλη φορά περίοδο παρά μόνο ένα χρόνο αργότερα όταν βρήκε δουλειά κι ένα φίλο που ενέκριναν οι γονείς της. άρχισε να έχει περίοδο παρά το ότι το βάρος της είχε πέσει στα 42 κιλά.

Μια συγκλονιστική μαρτυρία: Έζησα ένα κρυφό εφιάλτη.

Η Αλεξία είναι σήμερα 19 ετών και μόλις βγήκε από το νοσοκομείο, όπου είχε υποβληθεί σε πολύμηνη θεραπεία υπερσιτισμού. Μας διηγείται λοιπόν:

«Ζούσα ένα εφιάλτη που τον ήξερα μόνο εγώ. Ενώ ήμουν ήδη πολύ αδύνατη απ' όσο θα έπρεπε, κοιτιόμουν στον καθρέφτη και συνέχιζα να βλέπω μπροστά μου ένα «σακί με πατάτες» αντί για το σώμα μου. Έχω ύψος 1.72 και ζύγιζα 48 κιλά. Αγωνιζόμουν να χάσω όσο το δυνατόν πιο πολλά κιλά, αλλά συγχρόνως πρόσεχα να μην το καταλάβει κανείς από την οικογένειά μου. Το πρωί έπρεπε να καθίσω οπωσδήποτε με τα αδέρφια μου στο τραπέζι για πρωινό, με την υποχρέωση να φάω όλο το μπολ με τα δημητριακά. Το ίδιο έπρεπε να γίνει και το μεσημέρι όταν γύριζα από το σχολείο, αλλά και το βράδυ. Σύντομα λοιπόν επινόησα μία νέα μέθοδο για να «ξαναβγάλω» ό,τι έτρωγα, πριν προλάβει να το χωνέψει ο οργανισμός μου. Νομίζω πως καταλαβαίνετε τι εννοώ. Ναι. Πήγαινε στην τουαλέτα και έκανα εμετό. Η δυσάρεστη μάλιστα αίσθηση της ξινίλας με έκανε να μην θέλω να ξαναφάω, κι έτσι έμενα νηστική μέχρι το επόμενο γεύμα, όπου θα επαναλάμβανα την ίδια εφεύρεση».

Σε λίγο η ζυγαριά μου έδειχνε 41 κιλά, αλλά από τον καθρέφτη μου δεν έφευγε ποτέ το σακί με τις πατάτες. Δεν είχαν όμως την ίδια άποψη και οι γονείς μου. Όσο με έβλεπαν να αδυνατίζω και να χλομιάζω από την αδυναμία, εγώ πίστευα ότι έκανα ένα ακόμη βήμα προς τον τελικό μου στόχο, που ήταν ... τι άλλο; Να μείνω πετσί και κόκκαλο.

Στην πραγματικότητα όμως ζούσα κάτι παραπάνω από εφιάλτη. Δεν ήξερα τι πραγματικά μου συνέβαινε. Σταδιακά άρχισα να νιώθω έντονη εξάντληση, σχεδόν λιποθυμία, και ενώ πεινούσα δεν είχα όρεξη να βάλω τίποτα στο στόμα μου. Δεν μπορούσα να περπατήσω μέχρι το σχολείο και όλο νύσταζα. Τα μαλλιά μου (όσα δηλαδή είχαν μείνει πάνω στο κεφάλι μου) έχαναν σταδιακά τη γυαλάδα τους και τα νύχια μου και κάτω από τα μάτια μου είχαν θρονιαστεί τεράστιοι μαύροι κύκλοι. Οι γονείς μου άρχισαν να ανησυχούν πάρα πολύ, γιατί πίστευαν ότι ήμουν πολύ

άρρωση. Πού να φανταστούν όμως ότι η αρρώστια μου ήταν ψυχική...

Παρ' όλο που νόμιζα ότι έκρυβα πολύ καλά το μυστικό μου, ευτυχώς η εξαδέλφη μου που είναι φοιτήτρια, παρατήρησε την παράξενη συμπεριφορά μου και με παρακολούθησε για αρκετό διάστημα. Ένα απόγευμα λιποθύμησα μέσα στο φροντιστήριο και ... λίγες ώρες μετά ο Γολγοθάς μου βάδιζε προς το τέλος του.

Βρέθηκα στο νοσοκομείο, όπου με την βοήθεια των γιατρών ανακάλυψα όλη την αλήθεια και υποβλήθηκα σε μία «εντατική αγωγή», που σήμερα μου επιτρέπει να βλέπω και πάλι το μέλλον με αισιοδοξία, έχοντας αγαπήσει πια τον εαυτό μου για αυτό που είμαι: Υγιής, ευτυχισμένη και ενημερωμένη».

Για την επιτυχία...

Η Τζένη ήταν 15 χρονών όταν πήγε διακοπές μόνη της. Στο παραλιακό θέρετρο πήρε μέρος σ' ένα διαγωνισμό ομορφιάς και ήρθε δεύτερη. Εκείνη τη νύχτα μέθυσε για πρώτη φορά και είχε την πρώτη της σεξουαλική εμπειρία. Ένωθε ένοχη που ήταν μεθυσμένη και γιατί έκανε έρωτα. Στο σχολείο ήταν καλή μαθήτρια, εργαζόταν σκληρά και διακρινόταν στα σπορ, συμμετέχοντας στις ομάδες κολύμβησης, χόκεϊ και μπάσκετ του σχολείου.

Όταν γύρισε από τις διακοπές πίστευε πως θα είχε κερδίσει στο διαγωνισμό αν ήταν πιο λεπτή και αν οι μηροί και οι γλουτοί της ήταν μικρότεροι. Αποφάσισε να κάνει δίαιτα για να χάσει βάρος και αυτό είχε σαν αποτέλεσμα έναν καυγά με τη μητέρα της, που πίστευε πως η Τζένηφερ ήταν ήδη πολύ αδύνατη.

Η Τζένη συμβιβάστηκε προτείνοντας να αναλάβει το μαγείρεμα (στην πραγματικότητα ήθελε να ελέγχει την περιεκτικότητα σε θερμίδες). Κατά την διάρκεια των γευμάτων ανακάτευε το φαγητό στο πιάτο της έτσι ώστε φαινόταν ότι έτρωγε. Απέφευγε τα φαγητά με κρέμα και λίπη, λέγοντας στην οικογένειά της ότι την αηδίαζαν.

Περνούσε ατέλειωτες ώρες μόνη στο δωμάτιό της μελετώντας και τα βράδια πήγαινε σε μαθήματα χορού. Στο δωμάτιό της γυμναζόταν εντατικά, επί 15 με 20 λεπτά κάθε δύο ώρες, και έβαζε μουσική για να κρύβει το θόρυβο των ασκήσεών της από τους γονείς της. τους έλεγε πως η μουσική τη βοηθούσε να συγκεντρωθεί στη μελέτη της. απέκτησε μανία με το βάρος της, και ζυγίζοταν πριν και μετά τα γεύματα, πριν και μετά τη γυμναστική και πριν και μετά από μία επίσκεψη στην τουαλέτα.

Περίπου την ίδια εποχή την διάλεξαν να εκπροσωπήσει την πολιτεία σε ένα διαγωνισμό λαϊκών χορών και αύξησε την καθημερινή της γυμναστική, λέγοντας στους γονείς της πως «έπρεπε να είναι σε σούπερ φόρμα για να βοηθήσει την ομάδα της να νικήσει». Με την αύξηση της γυμναστικής και τον περιορισμό του φαγητού, το βάρος της έπεσε από τα 53 κιλά στα 45. Φορούσε φαρδιά ρούχα για να κρύβει την αδυναμία της από τους γονείς της. Ένα πρωί όμως η μητέρα της την είδε γυμνή και

τρόμαξε. Η Τζένη υποσχέθηκε να τρώει περισσότερο, αλλά και πάλι κατάφερε να κρύβει πόσο έτρωγε και όποτε μπορούσε έδινε κρυφά φαγητό από το πιάτο της στο σκύλο της οικογένειας.

Καθώς πλησίαζε η ημέρα του πρωταθλήματος λαϊκών χορών, η Τζένη αύξησε την καθημερινή της γυμναστικής και επειδή εξακολουθούσε να νιώθει πως ήταν υπερβολικά παχιά, μείωσε ακόμη περισσότερο το φαγητό της. Δύο εβδομάδες πριν το πρωτάθλημα κατέρρευσε και μπήκε στο νοσοκομείο. Το βάρος της ήταν τώρα 30 κιλά. Στο νοσοκομείο της έδωσαν καταπραϋντικά. Ένιωθε πως δεν έλεγχε πια το βάρος της, έγινε συγχυτική και της έδωσαν και άλλα φάρμακα. Με την επανασίτιση πήρε 8 κιλά και με την συγκατάθεση των γονέων της βγήκε από το νοσοκομείο. Στο σπίτι εξακολουθούσε να γυμνάζεται υπερβολικά και κατέρρευσε πάλι.

Ξαναμπήκε στο νοσοκομείο και έμεινε εκεί ώσπου το βάρος αυξήθηκε στα 51 κιλά (QI 19,3, 90% του ABW). Κατά την διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο συμφώνησε και ετοίμασε μία δίαιτα με το διαιτολόγο.

Μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο έχει διατηρήσει το βάρος της περίπου στα 46 κιλά (QI 18,7, 85% του ABW). Στην αρχή φοβόταν πως θα έπαιρνε βάρος και ξανάρχισε να γυμνάζεται. Αυτό της έχει γίνει έμμονη ιδέα, σε βαθμό που να κάνει τζόκινγκ στους δρόμους αν και ο γιατρός της αργεί στα ραντεβού του.

Όμως παρά το κοπιαστικό πρόγραμμα γυμναστικής της, τρώει αρκετά για να διατηρεί το σωματικό της βάρος.

M

ε λένε Νίκη και είμαι 25 ετών. Είμαι ανορεκτική από τα 18. Στα 21 μου νοσηλεύτικα σε ψυχιατρική κλινική με βάρος 43 κιλά και ύψος 1,68.

Δεν άντεχα την εικόνα μου, νόμιζα ότι είμαι πολύ παχιά. Συνέχιζα μια δίαιτα που το μόνο που έτρωγα ήταν ένα καρτό και στη συνέχεια προκαλούσα έμετο από τις τύψεις μου. Μετά τη θεραπεία έχω πάρει βάρος. Βέβαια αυτό που έκανα στον εαυτό μου δεν ξέρω πως θα το

διορθώσω!

Συνεχίζω την προσπάθεια!!!!!!!!!!!!!!

ΚΕΦΑΛΑΙΟ3

Ερωτηματολόγια

Brief Eating Disorder Questionnaire

Brief Eating Disorder Questionnaire

Do You Have a Healthy Relationship with Food?

Write "yes" next to the following statements that are true for you.

1. I am preoccupied with a desire to be thinner. _____
2. I am terrified of gaining weight. _____
3. I feel that food controls my life. _____
4. My day revolves around the number on the scale and whether it went up or down. _____
5. I watch what other people eat and use that to determine what and how much I will eat. _____
6. Often, I eat when I am not hungry. _____
7. Often, I do not eat when I am hungry. _____
8. I feel guilty after eating. _____
9. Often, I purge after meals. _____
10. I have certain rituals around eating that other people tell me are not normal. _____
11. I react to stressful situations by using food. _____
12. Often, exercise and/or eating get in the way of my job, school, work, or other activities. _____
13. I often feel out of control around food. _____
14. My moods feel out of control and frequently change. _____
15. If I were only thinner, my life would be better. _____

If you found yourself answering "yes" to these questions, there may be a reason for concern and we urge you to contact MEDA's Connect Line at 617-558-1881

Eating Disorder Questionnaire

Behavioral Health Services

Eating Disorder Questionnaire

Do you have an eating disorder? Check the statements that apply to you.

- I often feel fat, even though people keep telling me I'm thin.
- The first thing I think about when I wake up in the morning is food.
- I feel uneasy about food and eating, but I keep my feelings to myself because no one would understand.
- I have dieted to an abnormally low weight because that makes me feel like I'm in control.
- I haven't had a menstrual period for at least the past three months.
- I often eat when I'm not hungry.
- My greatest fear is that I will gain weight and become fat.
- I can't go through a day without worrying about what I can or cannot eat.
- I have had an out-of-control eating binge at least once during the past year.
- I often eat until I'm so full, I'm uncomfortable.
- I have done one of the following after a binge at least once during the past year; made myself vomit, used laxatives, enemas, colonics or diuretics, fasted, exercised excessively.
- If I got on the scale tomorrow and found that I'd gained two pounds, I'd be very upset.
- If I can't exercise to compensate for food I've eaten, I panic.

- I push food around my plate so that it looks like I'm eating more than I really am.
- Often I eat to make myself feel better emotionally, but then I feel guilty about it.
- I prefer to eat little in public, then I binge secretly in private.
- I think and talk a lot about food, recipes, weight, diets, restaurants and other topics related to food.
- People always seem to be bothering me about what I'm eating or not eating, which makes me angry.
- I don't believe I will find happiness until I am thin.
- It's important to me to be thinner than my friends are.

Get Your Score

What Is It



Take An Eating Disorder Screen

What Is It?

This eating disorder screen can assist you in determining if you may have a problem. If you have any concerns about yourself or someone you know, seek professional help immediately.



Take this brief yet accurate screen:

1. Do you make yourself sick because you feel uncomfortably full?

2. Do you worry you have lost control over how much you eat?
3. Have you recently lost more than 15 pounds in a three-month period?
4. Do you believe yourself to be fat when others say you are too thin?
5. Would you say that food dominates your life?

Understanding the Results:

Any person answering "yes" to two or more of these five questions is quite likely to have an eating disorder.

What Should I Do?

If you or someone you know is possibly suffering from an eating disorder, please call Remuda Ranch at **1-800-445-1900**. Our friendly, professional staff will answer all of your questions and can help you determine what your next step should be. All calls are confidential.

Diagnosis

Diagnosis

While your healthcare provider will rely on points discussed in [Signs and Symptoms](#) such as excessive weight loss, refusal to maintain normal body weight, and distorted self-perception, he or she will also ask a series of questions to better determine whether or not anorexia is present. The SCOFF questionnaire, developed in Great Britain, is proving to be a very reliable method for diagnosing anorexia. A "yes" response to at least two of the following questions is a strong indicator of an eating disorder:

- **S** "Do you feel sick because you feel full?"
- **C** "Do you lose control over how much you eat?"
- **O** "Have you lost more than 13 pounds recently?"
- **F** "Do you believe that you are fat when others say that you are thin?"
- **F** "Does food and/or thoughts of food dominate your life?"

If an eating disorder is suspected, the healthcare provider will order a number of laboratory tests. These serve to determine blood count (to assess for signs of anemia that may be related to lack of iron or vitamin B12), levels of electrolytes (minerals such as potassium, calcium, and magnesium), amylase (serum amylase is elevated when there is frequent vomiting), and protein, and kidney, liver, and thyroid functions. He or she may also order an electrocardiogram (which gives a graphic record of the electrical activity of the heart); this may be abnormal if there is a deficiency in an electrolyte or nutrient such as potassium or

calcium. If a diagnosis of anorexia is made, the healthcare provider will require frequent office visits to monitor the condition. It is best for a person with anorexia to work with a multidisciplinary team including his or her primary care physician, a psychologist or psychiatrist, and a registered dietitian.

Questionnaire

Questionnaire

Here are some questions for you to consider if you think you yourself have an Eating Disorders, or if you think you know someone who does. Read the questions carefully and answer honestly.

When you are done click on the button labeled "PRINT ANSWERS TO SCREEN" to view all your answers. You can PRINT OUT the page so that you can take it with you to your doctor or to your therapist.

Your Name: (this is optional, but useful if you will take the print-out to your doctor or therapist)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
SECTION A --- FEELINGS			
Are you a perfectionist, a person who always wants to be in control, an overachiever and/or do you think no matter what you do it is never enough?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
Do you find that you seek or desire acceptance and/or approval from people, and/or that you have a hard time saying "no"?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
Do you find that you are always questioning your own judgements and/or actions, and/or do you scrutinize yourself over small faults?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
Do you think you are not good enough, stupid and/or worthless or that people are always judging you in a negative way?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
Do you hide your feelings and/or opinions from people for fear of being judged negatively, and/or do you feel like a burden to others with your problems?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE

Within your family and/or circle of friends are you considered "the strong one" who everyone will come to with problems, and/or you never seem to talk much about your own?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
Do you think life would be better and/or people would like you more if you were thin/thinner?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
Do you find yourself often comparing your appearance and weight to others, strangers and/or models and actors, and wishing to be as "nice looking" or as "thin" as they are?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
Do you continuously feel that you are overweight even though others have told you that you are not?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
Do family members and/or friends often express concern for your weight-loss/gain, your appearance, and/or your eating habits?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
Do you think everyone's problems are more important than your own, or do you belittle your own emotions and pain?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
Do you often feel numb or empty inside, like your life lacks fulfillment and happiness, like something is missing or there is a void inside?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
Do you feel as though you have a "conscience" or "voice" that tells you negative things about yourself, convinces you that you do not deserve to eat and/or to be happy, or that tells you that you are or deserve to be fat and ugly?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
Examining yourself and how you feel, do you believe that you may suffer from Anorexia, Bulimia or Compulsive Overeating, or any combination of the three?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
Do you suffer from bouts of depression, hopelessness, and/or lack of motivation; and/or do you find your own problems overwhelming and hard to handle?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE

Are you depressed, suicidal, stressed-out, and/or fatigued; and/or do you suffer from anxiety or panic attacks, mood swings, rage and/or insomnia.	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
--	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

Have you ever been diagnosed with clinical depression, attentive deficit disorder, manic depression, bipolar II disorder, post traumatic stress disorder, obsessive compulsive disorder, or dissociative identity disorder, or any other psychological/neurological illness?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
--	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

SECTION B --- BEHAVIORS

"PURGING" IS DEFINED AS ANY BEHAVIOR USED TO TRY TO RID THE BODY OF FOOD (AND SOMETIMES FEELINGS) - THIS INCLUDES SELF-INDUCED VOMITING, RESTRICTION AND STARVATION OR FASTING PERIODS AFTER BINGING, COMPULSIVELY EXERCISING, TAKING LAXATIVES OR DIURETICS, ETC.

Do you eat, self-starve or restrict, binge and/or purge, and/or compulsively exercise when you are feeling lonely, badly about yourself or about a situation, or when you are feeling emotional pressures?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
--	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

While eating, self-starving, or bingeing and/or purging do you feel comforted, relieved, like emotional pressures have been lifted, or like you are in more control?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
--	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

Do you feel guilty following a binge and/or purge episode, after eating or during and/or after periods of restriction/self-starvation?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
--	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

When eating do you ever feel out of control or like you will lose control and not be able to stop; and/or do you try to avoid eating because of this fear?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
--	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

Do you typically feel guilty after a binge, or after any snack or meal, and like you have almost instantly gained weight, like you are a failure, and/or like you have sabotaged yourself?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
--	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

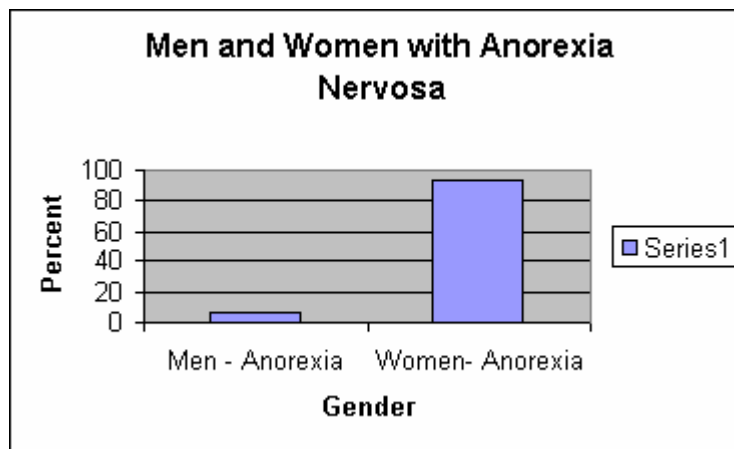
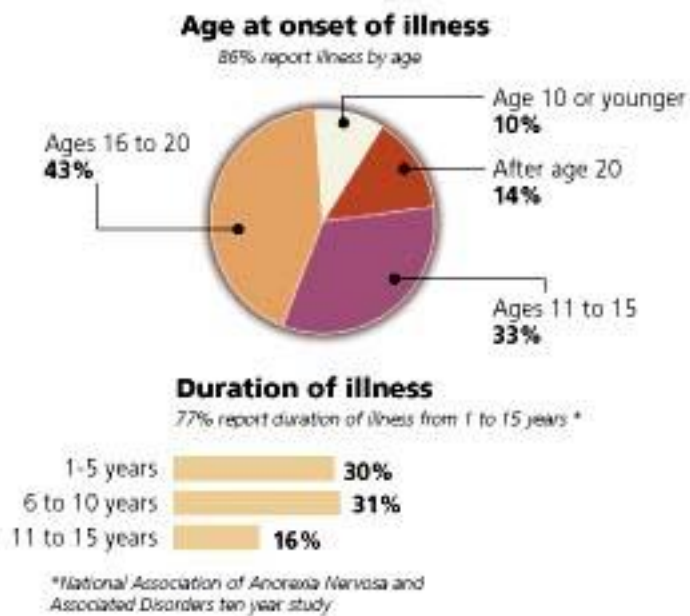
Do you use self-starvation, purging, diet pills, laxatives, diuretics, and/or obsessive exercise as a way to attempt to lose weight?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
--	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

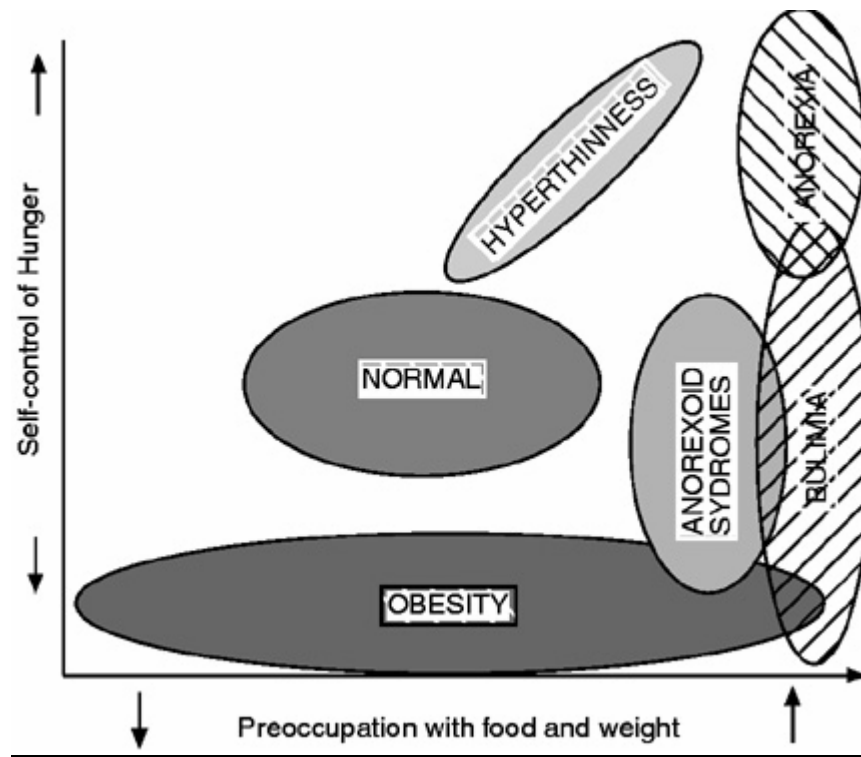
<p>Do you drink a lot of water, tea or coffee, eat a lot of candy or junk food and/or gum, smoke, and/or take caffeine pills as an attempt to control appetite and/or feel more energetic?</p>	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
<p>Do you abuse alcohol, drugs or prescription medication, and/or practice in self-hurting behavior such as cutting?</p>	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
<p>Do you weigh yourself often and does the number on the scale dictate your mood and/or self-worth for the day; and/or do you find you are continuously trying to get that number lower?</p>	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
<p>Are you constantly "on a diet", and/or counting calories and fat grams; and/or do you feel like you've tried every "fad diet" or "lose weight quick" scheme?</p>	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
<p>Do you set weight-goals for yourself only to find when you reach it that you want to lose more?</p>	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
<p>Do you do any of the following: hide and/or steal food, laxatives and/or diet pills; eat and/or exercise secretly; avoid eating in public or around others; wear clothes that hide your weight; and/or make excuses (like "I don't feel well") to avoid meals?</p>	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
<p>Are you secretive about your eating practices, do you think they are abnormal, and/or would you avoid recommending your methods to a family member or friend?</p>	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
<p>Would you worry about a friend or family member that came to you with similar weight-loss/coping methods?</p>	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
<p>Do you lie about your eating behaviors, hide them from others at all costs, and/or would you lie or steal to see they could continue?</p>	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
<p>Do you use self-injury (cutting yourself, burning yourself, pulling out your own hair) as a way to cope with</p>	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE

things?			
Do you spend a lot of time obsessively cooking for others or reading recipes, and/or studying the nutritional information on food (calories, fat grams, etc.)?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
<p>Do you do one or more of the following [harmful] Eating Disorder behaviors:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restrict food intake or starve yourself (eat very little, eat nothing, or try to eat as little as possible); • Binge (eat large quantities of food in a short period of time); • Purge (use methods such as self-induced vomiting or laxatives to attempt to "get rid of" what you've eaten); • Compulsively Overeat (eat even if you are not hungry) • Compulsively Exercise (exercise too much, too vigorously, or where it is intrusive in your life); • Take diet pills, laxatives, diuretics or other pills or harmful substances to help you curb appetite or assist in purging; • Chewing/Spitting (putting food in your mouth, chewing it up and then spitting it out -- this is another form of bingeing/purging) 	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
SECTION C --- PHYSICAL SIGNS			
Are you temperature sensitive (always feel cold or hot), and/or do you get tingling in you extremities (hands and feet)?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
Do you find that you bruise easily, have a very high tolerance for pain, and/or you are extremely noise sensitive (even only slightly loud noises irritate you).	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE
Are you unrealistically tired relative to the amount of energy expended (ex. do you feel winded or dizzy after climbing a flight of stairs), and/or do you find yourself often fatigued?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MAYBE

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Διαγράμματα



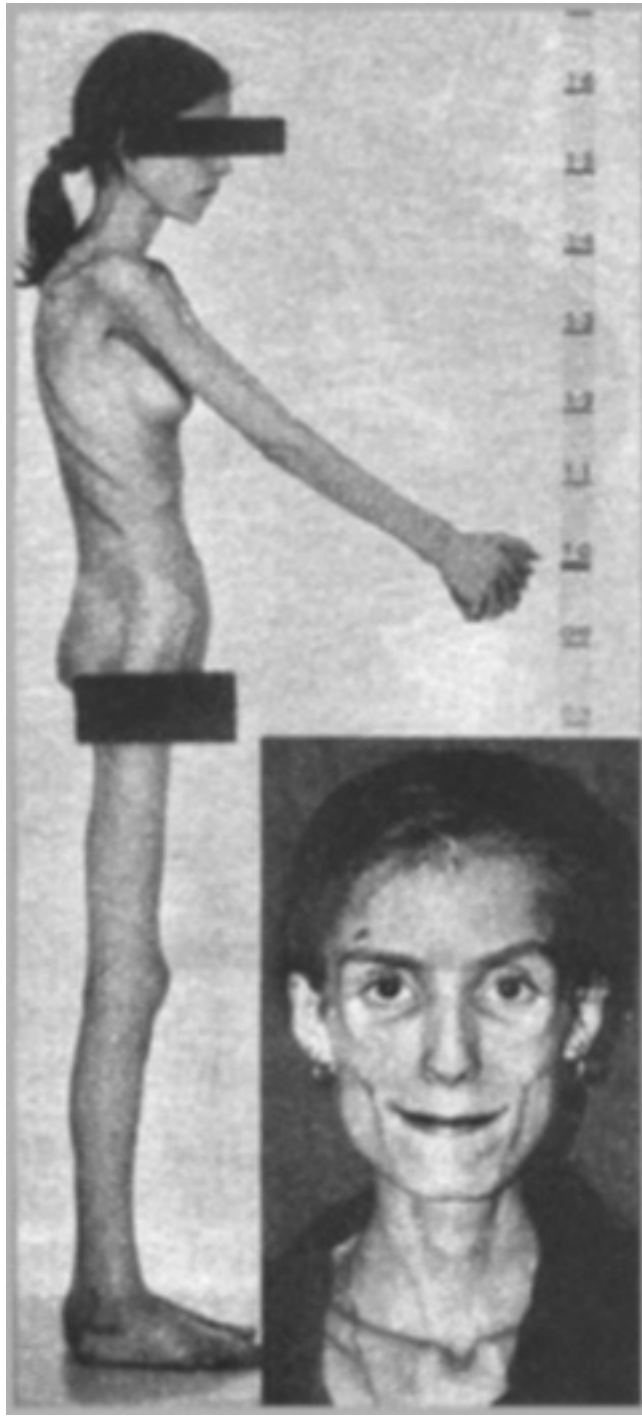


ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Φωτογραφίες





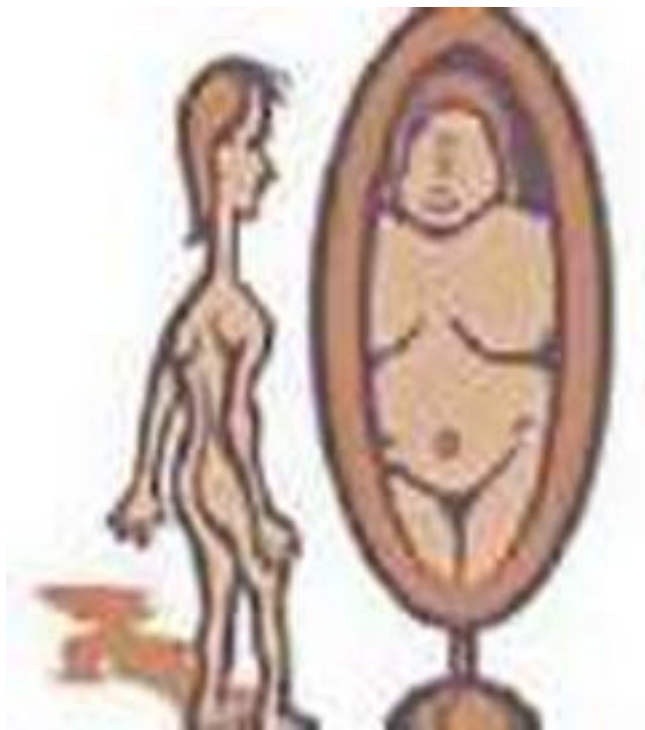




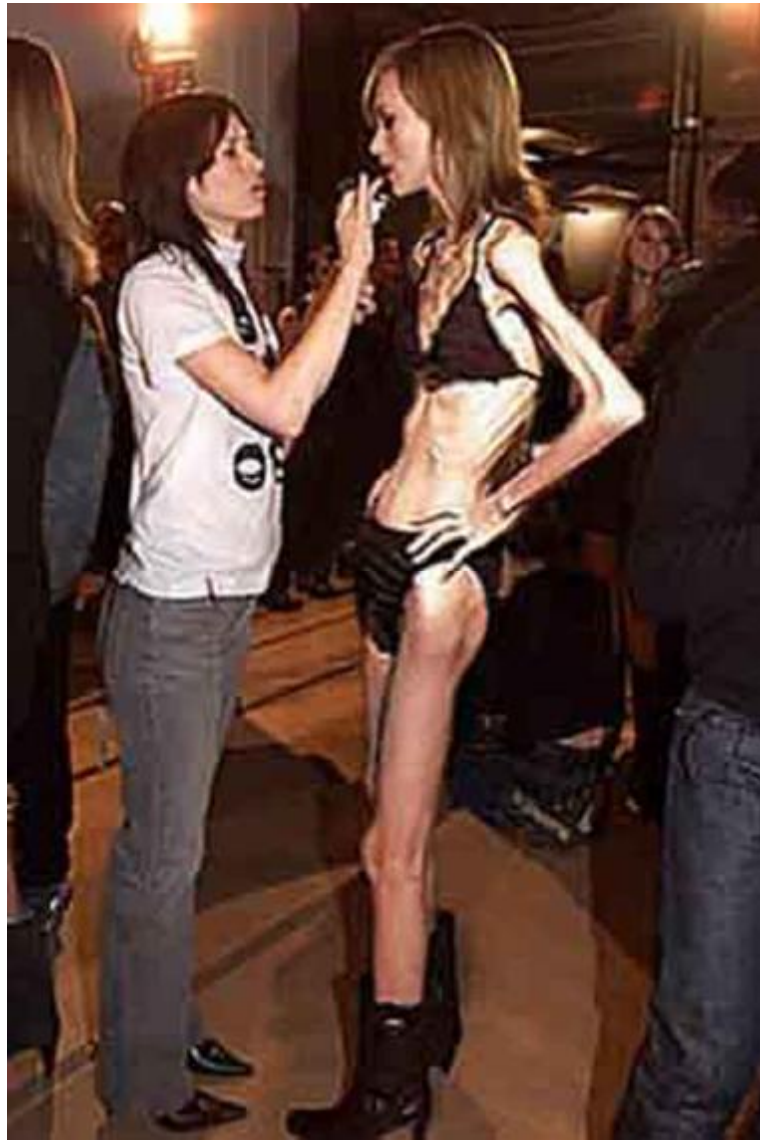












ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Όπως λοιπόν ειπώθηκε και στην αρχή της εργασίας αυτής, ασχοληθήκαμε όχι μόνο με την νευρική ανορεξία. Όπως εμφανίζεται στην βιβλιογραφία αλλά και πως παρουσιάζεται στι διαδικίκο.

Βλέουμε λοιπόν πως το internet υποστηρίζει ασθενείς με νευρική ανορεξία. Η υποστήριξη αυτή γίνεται τόσο με το πλήθος των πληροφοριών, οι οποίες βρίσκονται στι διαδικίκο και μπορούν ανά πάσα στογμή να ενημερώσουν οποιονδήποτε ενδιαφερόμενο αλλά και με την ανωνυμία που παρέχει. Η νευρική ανορεξία, ως ψυχική νόσος προκαλεί στιγματισμό των ασθενών οι οποίοι δύσκολα μπορούν να τον αποχωριστούν. Αυτό αποφεύγεται με το internet καθώς μπορούν μέσω αυτού να βοηθηθούν χωρίς το ονομά τους να δημοσιευτεί ή να φανεί.

Επιπρόσθετα οποιοσδήποτε ενδιαφέρεται να πληροφορηθεί για την συχογενή ανορεξία μπορεί να χρησιμοποιήσει τα ερωτηματολόγια η να ζητήσει συμβουλές από ειδικούς διαδικτυακά και να διαγνώσει αν ο ίδιος ή συγγενικά του πρόσωπα νοσούν. Μπορεί να παρατηρήσει τυχόν συμπτώματα και να ζητήσει φυσικά την ιατρική βοήθεια.

Συμπερένουμε λοιπόν ότι το internet όπως σε πολλά θέματα, έτσι και στη νευρική ανορεξία παίζει σημαντικό ρόλο. Γι' αυτό και εμείς επιλέξαμε να ασχοληθούμε με αυτό το θέμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Χριστοδούλου Γ.Ν., Βάρσου Ελευθερία**, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΑΘΗΝΑ 2002, εκδόσεις ΒΗΤΑ
2. **Walter H. Kaye, M.D., Kim Masters, B.S. Cynthia M., Bulik PH.D, Laura Thorton PH.D, Nikole Barbarich BS.** Price Foundation Collaborative Group, Comorbidity of Anxiety Disorder with Anorexia Am J Phychiatry 2004, 161:2215-2221
3. **Hans-Cristtoh Steinhansen, M.D. Ph.D.**, The outcome of anorexia nervosa in the 20th century, Am J Phychiatry 2002, 159: 1284-1293
4. <http://www.iatronex.gr>
5. **Περτσεμλίδης Στέφανος Διατροφολόγος**,
<http://www.ediet.gr/html/article> - 3html
6. <http://www.anew.gr/health-articles>
7. **Kate P. Kerrnish, Janice O' Connor, Ian Rj Humphries, Michael R Kohn, Simon D Clarke, Julie N Briody, Emma J Thomson, Katharine A Wright, Kevin J Gawkin** ,Louise a Baour Body Composition in adolescents with anorexia nervosa Am J Clin Nutr 2002; American Society for Clinical Nutrisition 2002; 75:31 –7
8. <http://had.gr>
9. **Βαρβόλη Λίζα Dr. PH.D**, κλινικός ψυχολόγος, <http://hed.in.gr>
10. **Τάκης Νίκος** ψυχολόγος, Διατροφή υγιούς ατόμου. Ασθενείς που σχετίζονται με τη διατροφή Ψυχογενούς Ανορεξίας, <http://www.bsa.gr/com/intex/cook/textw/gnwseis/boylimia.as>
11. **Καρανάτση Έλενα**, Καταδικάζουν τον εαυτό τους με την ψυχογενή ανορεξία, <http://www.news.pathfinder.gr/health/36971.html>
12. **Αλεξανδρίδης, Α. Ξυπολυτά-Ζαχαριάδη, Α.**, Οι διαταραχές της διατροφής., στο: Ψυχοσωματικά προβλήματα των παιδιών, εκδόσεις Καστανιώτη, ΑΘΗΝΑ 2000
13. **Αναστασόπουλος Δ.**, Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη στην εφηβεία., στο: Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία., Ελληνική Εταιρία Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας Παιδιού και Εφήβου., εκδόσεις Καστανιώτη, ΑΘΗΝΑ 2000
14. **Αναστασόπουλος Δ.**, Η εικόνα σώματος στην εφηβεία και οι διαταραχές της., στο: Βασική Παιδοψυχιατρική: Εφηβεία (επιμ. Γ. Τσιαντή), εκδόσεις: Καστανιώτη, ΑΘΗΝΑ 1999
15. **Βάρσου Ε.** Ψυχογενής Ανορεξία και Ψυχογενής Βουλιμία, στο: Γ.Ν. Χριστοδούλου και συνεργάτες Ψυχιατρική, τόμος α' 486-496, εκδόσεις ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ 2000
16. **Bloch S., Hafner J., Harari E., Szmukler G.I.**, The family in clinical psychiatry, Oxford University Press, Oxford 2001

17. **Βόρρια Π., Παπαληγούρα Ζ.,** Η Θεωρία του δεσμού. Στο: Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία., Ελληνική Εταιρία Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας Παιδιού και Εφήβου., εκδόσεις Καστανιώτη, ΑΘΗΝΑ 1999
18. **Bulik C.M., Wade T.D., Kendler K.S,** Characteristicw of Monozygotic Twinw Discorant for Nevrosa Anorexia, International journal of eating Disorderw, 29: 1-10, (2001)
19. **Bulik C.M., Sullivan P.F., Wade T.D., Kendler K.S.,** Twin Studiew of Eating Disorders: A Review International Joynal of Eating Disorders, 27: 1-10, (2000)
20. **Bulik C.M., Sullivan P.F., Fear J.L, Pickering A.,** Outcome of Anorexia Nevrosa: Eating Attitudes, Personality and Parental Bonding.,International Journal of Eating Disorders,28: 139-147,(2000)
21. **Γαβριηλίδου Μ.,** Η Ψυχοδυναμική και ο θεραπευτικός ρόλος της σχέσης εφήβων-εκπαιδευτικών: Μορφές της ψυχοπαθολογίας της εφηβείας., στο: Βασική Παιδοψυχιατρική: Εφηβεία (επιμ. Γ.Τσιάντη), εκδόσεις: Καστανιώτη, ΑΘΗΝΑ 2000
22. **Cachelin F.M., Rebeck R., Veisel C., Striegel-Moore R.H.,**Barriers to Treatment for Eating Disorderw Among Ethnically Diverse Women.,International Journal of Eating Disorders, 30: 269-278, (2001)
23. <http://www.chrisKKK.proboards18.com/indey.dqi> doard:anorexia
24. <http://www.sxeseis.gr>
25. **Dansky B.S., Brewerton T.D., Kilpatrick D.G.,**Comorbidity of Nevrosa Anorexia and Alcohol Use Disorders: Result's from the National Wommen'w Study., International Journal of Eating Disorders, 27(2): 180-190,(2000)
26. **Λύκουρας Ε.Π.,** Το βιοχημικό υπόστρωμα των διαταραχών πρόληψης τροφής., στο: Διαταραχές πρόληψης τροφής (επιμ. Γ. Χριστοδούλου), Ιατρική Εταιρία Αθηνών, ΑΘΗΝΑ 1997
27. **Λύκουρας Ε.Π.,** Φαρμακευτική αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής, στο "Διαταραχές προσληψης τροφής (επιμ. Γ. Χριστοδούλου), Ιατρική Εταιρία, Αθηνών, ΑΘΗΝΑ 1999
28. **Μαδιανός Μ.Γ.,** Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική.,εκδόσεις Καστανιώτη, ΑΘΗΝΑ 2000
29. **McClelland L., Crisp A., Anorexia Nevrosa and Social Class.,** International Journal of Eating Disordres, 29: 150-156, (2001)
30. **McIntosh V., Bulik C.M., Mckenzie J.M., Luty S.E., Jordan J.,** Interpersional Psychotherapy for Anorexia Nevrosa., International Journal of Eating Disorders, 27: 125-139,(2000)

31. **Μαδιανός Μ.Γ.**, Επιδημιολογία των Διαταραχών πρόληψης τροφής, στο: Διαταραχές πρόληψης τροφής (επιμ. Γ. Χριστοδούλου), Ιατρική Εταιρία Αθηνών, ΑΘΗΝΑ 1997
32. **Μαρκίδης Μ.**, Προτάσεις για μια ψυχοδυναμική αντιμετώπιση. Στο: Διαταραχές πρόσληψης τροφής (επιμ.Γ. Χριστοδούλου), Ιατρική Εταιρία Αθηνών, ΑΘΗΝΑ 1997
33. **Οικονόμου Μ.**, Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες- γεγονότα ζωής., στο: Διαταραχές πρόληψης τροφής (επιμ. Γ. Χριστοδούλου), Ιατρική Εταιρία Αθηνών, ΑΘΗΝΑ 1997
34. **Ricca V., Mannucci E., Zucchi T., Rotella C. Faravelli C.**, Cognitive – Behavioral Therapy for Nervosa Anorexia., *Psychotherapy Psychomatic*, 69: 287-295, (2000)
35. **Παπαδημητρίου Γ.Ν.**, Γενετικοί συντελεστές, στο: Διαταραχές πρόσληψης τροφής (επιμ.Γ. Χριστοδούλου), Ιατρική Εταιρία Αθηνών, ΑΘΗΝΑ 1997
36. **Οικονόμου Γ.**, τετράδια Ψυχιατρικής Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος 2002, τεύχος 79: 25-37, έκδοση Επιστημονική Ένωση του ΨΝΑ 2002
37. **Hulline-Dickens S.**, Anorexia Nervosa: Some connections with the religious attitude., *British Journal of Medical Psychology* 73:67-76, (2000)
38. **Halmi K.A**, Eating Disorders in :Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of psychiatry/V, vol.2, Seventh Edition, 1663-1676,(2000)
39. <http://www.okana.gr>
40. <http://www.interwscience.wiley.com>
41. **Γεωργίου Ν.**, κλινικός ψυχολόγος, Τι είναι Νευρική Ανορεξία;, τετράδια Ψυχιατρικής Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος 2002, τεύχος 79: 25-37, έκδοση Επιστημονική Ένωση του ΨΝΑ 2002
42. **Σίμου Ε., Σκαλκίδου Α., Δεσύπρης Ν.,Καρούτη Γ., Πετρίδου Ε.**, Πρότυπα Σωματικής Διάπλασης στη Σύγχρονη Φοιτητική Νεολαία. Δελτίο Α Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 44 (1): 15-24, ΑΘΗΝΑ 1997
43. <http://www.disorders.com>
44. <http://www.weithproblem.com>
45. **Τομαράς Β., Οικονόμου Μ.**, Η προσέγγιση της οικογένειας κατά την αντιμετώπιση των σχιζοφρενικών ψυχώσεων., στο ψυχώσεις: Διάγνωση και αντιμετώπιση (επιμ.Γ.χριστοδούλου), Ιατρική Εταιρία Αθηνών, ΑΘΗΝΑ 1997

46. **Τομαράς Β.**, Διαταραχές πρόσληψης τροφής : Οικογενειακοί παράγοντες., στο: Διαταραχές πρόσληψης τροφής (επιμ.Γ. Χριστοδούλου), Ιατρική Εταιρία Αθηνών, ΑΘΗΝΑ 1997
47. **Νικολάου Ν.**, Ψυχική ή οργανική διαταραχή η νευρική ανορεξία;, Διαταραχές πρόσληψης τροφής (επιμ.Γ. Χριστοδούλου), Ιατρική Εταιρία Αθηνών, ΑΘΗΝΑ 2000
48. **Τομαράς Β.**, Συστηματική θεραπεία οικογένειας: Η εξελικτική της πορεία., τετράδια Ψυχιατρικής, 45: 134-142, ΑΘΗΝΑ 1990
49. **Τρίκκας Γ., Βάρσου Ε.**, Διαταραχές πρόσληψης τροφής, στο: Γ.Ν.Χριστοδούλου και συν. Ψυχιατρική, τόμος Α:482-485, εκδόσεις:ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ 2000
50. **Τρίκκας Γ.**, Ταξινόμηση, διαγνωστικά κριτήρια και κλινική εικόνα. Διαταραχές πρόσληψης τροφής (επιμ.Γ. Χριστοδούλου), Ιατρική Εταιρία Αθηνών, ΑΘΗΝΑ 2000
51. <http://www.model'sanorexix.com>
52. **Σαραντόγλου Γ.**, Διατροφικές διαταραχές (Ανορεξία-Βουλιμία), Ιατρική Εταιρία Αθηνών, ΑΘΗΝΑ 2000
53. **Σαραντόγλου Γ.**, Οι παρούσες διαστάσεις μιας καλπάζουσας επιδημίας- 'προνομίου' των ευημερουσών κοινωνιών, Ιατρική Εταιρία Αθηνών, ΑΘΗΝΑ 2000
54. **Τσιάντης Γ.**, Δυναμικές αλληλεπιδράσεις και διεργασίες στις σχέσεις εφήβου-οικογένειας: Η σημασία τους στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του εφήβου., στο Βασική Παιδιατρική: Εφηβεία (επιμ. Γ. Τσιάντη)., εκδόσεις Κστανιώτη, ΑΘΗΝΑ 2000
55. <http://www.athletic'sanorexia.com>
56. **Χριστοδούλου Γ.Ν. και συνεργάτες**, ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ψυχιατρική Α τόμος :276-310, εκδόσεις ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ 2004
57. **Μωρόγιαννης Φ.**, Ψυχίατρος, Διαταραχές Διατροφής και ψυχοπαθολογία, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή,(επιμ. Λιακος Α.) ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2000
58. **Walsh,B.T., Devlin,M.J.**, Eating Disorders: Progress and problems., Science,280/5368, 1387-1390, (1998)
59. **Stumbert R.**, Basic Internet, LONDON 2000@
60. **Γεωργίου Ν.**, Internet: ένας νέος κόσμος ανοίγεται μπροστά μας!!!, εκδόσεις Πατάκη, ΑΘΗΝΑ 2000@
61. <http://www.nursing.com>
62. <http://www.nyrsing'sproblems.com>
63. <http://www.bioiatriki.gr>
64. www.cc.uoa.gr/sfk/milhste/diatrofi.html.doc

65. www.focusmag.gr.doc
66. www.med4health.gr.doc
67. www.medlook.net,kid.doc
68. www.dietologoi.gr.doc
69. www.in.gr,health.doc
70. www.medlook.net,cy.doc
71. www.oikade.gr.doc