



Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα  
Πατρών

ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**«ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ – ΝΕΥΡΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΚΑΙ Η  
ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥΣ»**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**  
ΜΙΣΣΙΡΑ ΜΑΡΙΑ-ΕΛΕΝΗ  
ΜΠΑΣΤΑΛΕ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:**  
Dr. ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2006

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	4041
----------------------	------

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	2
---------------	---

### ΜΕΡΟΣ Α΄

A. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	5
--------------------------------	---

B. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	7
----------------------------	---

1. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	7
-----------------	---

2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	8
---------------------------	---

i. Σε γονίδιο οφείλεται η ανορεξία.....	8
---	---

3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ - ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	10
--	----

4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	11
--	----

5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	15
------------------------	----

6. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	16
--------------------	----

7. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	18
----------------------------	----

8. ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	21
------------------------------	----

9. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	22
------------------	----

10. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	26
--	----

G. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	28
----------------------------	----

1. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	28
-----------------	----

2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ( DWM IV ).....	29
--	----

i. Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας κατά DSM-IV.....	29
---	----

ii. Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας κατά ICD-10.....	30
--	----

3. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	31
-------------------------------------	----

i. Τι είναι το βουλιμικό επεισόδιο.....	32
---	----

4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.....	33
--	----

5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.....	34
--	----

i. Οι φαύλοι κύκλοι της ψυχογενούς βουλιμίας.....	37
6. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	37
7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.....	39
i. Διατροφική αντιμετώπιση.....	39
ii. Φαρμακευτική θεραπεία.....	41
iii. Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία.....	41
iv. Οι ασθενείς με νευρική βουλιμία συνήθως αποφεύγουν να ζητήσουν βοήθεια.....	42
8. ΔΙΚΕΨΥ.....	43

## **ΜΕΡΟΣ Β΄**

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>46</b>
<b>A. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....</b>	<b>47</b>
1. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	47
i. Είδη κατάθλιψης.....	47
2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	48
<b>B. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....</b>	<b>50</b>
i. Κατάθλιψη απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβία.....	50
<b>Γ. ΦΟΒΙΑ.....</b>	<b>51</b>
<b>Δ. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....</b>	<b>52</b>
<b>Ε. ΥΣΤΕΡΙΑ - ΜΑΝΙΑ.....</b>	<b>53</b>
1.α. ΟΡΙΣΜΟΣ ΥΣΤΕΡΙΑΣ.....	53
1.β. ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΑΝΙΑΣ.....	53
i. Μανία και κατάθλιψη.....	53
ii. Μανία και υστερία σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές.....	54
<b>ΣΤ. ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ - ΈΜΜΟΝΕΣ ΙΔΕΕΣ - ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....</b>	<b>54</b>

## **ΜΕΡΟΣ Γ΄**

<b><u>ΠΑΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....</u></b>	<b>57</b>
<b>A..ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟΥΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΕΣ.....</b>	<b>57</b>
1. Ο ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΜΑΣ ΖΩΗ.....	57
2. Ο ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	59

<b>Β. ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ.....</b>	<b>60</b>
<b>Γ. ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.....</b>	<b>61</b>
<b>Ι. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ.....</b>	<b>61</b>
i. Υπηρεσίες διαδικτύου.....	62
ii. Πλεονεκτήματα των τοπικών δικτύων και των δικτύων ευρείας περιοχής.....	62
<b>Δ. ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ ΚΑΙ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ</b>	
<b>ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....</b>	<b>63</b>
<b><u>ΜΕΡΟΣ Δ΄</u></b>	
<b><u>ΈΡΕΥΝΑ.....</u></b>	<b>69</b>
<b>Α. ΠΙΝΑΚΕΣ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....</b>	<b>70</b>
<b><u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</u></b>	<b>80</b>
<b><u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</u></b>	<b>81</b>
<b><u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</u></b>	<b>119</b>

*Let us all  
love and respect  
each other  
and ourselves. . .*

*(Lindsay Hall)*



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία μας απευθύνεται σε άτομα που θέλουν να κατανοήσουν την Ψυχογενή ανορεξία - Βουλιμία, όπως επίσης και σε άτομα υψηλού κινδύνου, ηλικίας 10-30 ετών. Το ερέθισμα για την εργασία μας είναι τα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, τα οποία στις μέρες μας αυξάνονται με ραγδαίους ρυθμούς, καθώς επίσης και ένα άτομο από το οικείο μας περιβάλλον. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν μέχρι τώρα λόγω της άγνοιας για τα συμπτώματα, την πορεία και τους τρόπους αντιμετώπισης της διαταραχής αυτής, μας έδωσαν το έναυσμα για να κάνουμε την έρευνα μας γύρω από την διαταραχή αυτή.

Όπως είναι γνωστό σε όλους μας, η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο, στο να διατηρηθεί η φυσική και η ψυχική υγεία του ατόμου. Πολλές ασθένειες έχουν τη βάση τους στις διατροφικές συνήθειες των ανθρώπων. Είναι επίσης γνωστό ότι ένας αδύναμος οργανισμός, είναι επηρεπής στις παθήσεις (λοιμώξεις). Η κακή διατροφή έχει ως επακόλουθο βλάβες σε όλες τις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού και σταδιακά την απουσία σημαντικών στοιχείων απαραίτητων για τη διατήρηση της ζωής, όπως για παράδειγμα: βιταμίνες, ηλεκτρολύτες, συστατικά του αίματος.

Έρευνες έχουν αποδείξει ότι η ψυχική υγεία του ατόμου σχετίζεται άμεσα με τη διατροφή. Για παράδειγμα αρκετές φορές μία ευχάριστη ή ακόμα και μία δυσάρεστη κατάσταση μπορούν να οδηγήσουν το άτομο σε προσωρινή ανορεξία ή βουλιμία (για όσο καιρό μπορεί να διαρκέσει δηλαδή η συναισθηματική φόρτιση). Ακόμα, η κακή διατροφή μπορεί να επιφέρει σοβαρές παθήσεις στον οργανισμό όπως για παράδειγμα αβιταμίνωση, που μπορούν να οδηγήσουν το άτομο σε νευρική βουλιμία, βαριάς μορφής κατάθλιψη, διάφορες αγχώδεις διαταραχές, ως και τάσεις αυτοκαταστροφής, όπου μπορούν να επιφέρουν ακόμα και το θάνατο στο άτομο που πάσχει.



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας 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. Με τη σκέψη τους κυριολεκτικά «κολλημένη» στα λεπτά, σχεδόν οστεώδη φωτομοντέλα των περιοδικών και της τηλεόρασης, κάνουν κάθε προσπάθεια για να τους μοιάσουν, θέτοντας όμως 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 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. Το κυριότερο δε είναι, ότι οι φόβοι τους παραμένουν ένα καλά κρυμμένο «μυστικό», πράγμα που συνήθως καθιστά το πρόβλημα ακόμη μεγαλύτερο.

Από την άλλη μεριά, μία άλλη διατροφική διαταραχή η οποία και αυτή κυριαρχεί στις μέρες μας, είναι η ψυχογενής βουλιμία. Έχει πολλά κοινά στοιχεία και συμπτώματα με τη ψυχογενή ανορεξία γι' αυτό και πολλές φορές αντιμετωπίζουμε δυσκολία στη διαφορική διάγνωση. Αιτία και αυτής είναι η τάση της προβολής του αδύνατου σώματος ως το «ιδανικό» τόσο από τα ΜΜΕ και τα περιοδικά, όσο και από το χώρο της μόδας.



Στην περίπτωση αυτή τα άτομα που πάσχουν (κυρίως κορίτσια νεαρής ηλικίας), δεν προσπαθούν να «ξεχάσουν» την πείνα τους, ούτε καταφεύγουν σε εξαντλητικές δίαιτες, αλλά αντιθέτως «καταβροχθίζουν» μεγάλη ποσότητα φαγητού με μανία σε ελάχιστο χρονικό διάστημα και στη συνέχεια καταφεύγουν σε λύσεις όπως τον εμετό, τη λήψη καθαρτικών ή διουρητικών για να αποφύγουν την αποθήκευση των θερμίδων που καταναλώθηκε.

Τέλος, ο σύγχρονος τρόπος ζωής με την αφθονία, την υπερκατανάλωση και την προβολή εσφαλμένων προτύπων, έχει αυξήσει τα τελευταία χρόνια τις ψυχογενείς παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με την διατροφή (νευρογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία ή υπερφαγία), με αποτέλεσμα οι διατροφικές αυτές διαταραχές να συνοδεύονται από διάφορες ψυχικές καταστάσεις, όπως για παράδειγμα: η κατάθλιψη, τάσεις αυτοκαταστροφής, αγχώδεις διαταραχές.



**Εικόνα 1.**

**Μέρος ά**

## Α. Διατροφικές διαταραχές

Ο σύγχρονος τρόπος σίτισης με την υπερκατανάλωση προπαρασκευασμένων και τυποποιημένων τροφίμων αλλά και η προβολή συγκεκριμένων προτύπων ανδρών και γυναικών, από τα ΜΜΕ και τους ανθρώπους της μόδας, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των διαταραχών της διατροφής, όπως είναι η παχυσαρκία, η νευρική ανορεξία, η βουλιμία. Οι διατροφικές διαταραχές πλήττουν κυρίως τις γυναίκες και ιδιαίτερα τις έφηβες, οι οποίες αγωνίζονται για το «τέλειο σώμα» κάνοντας ανεξέλεγκτες, συνεχείς και μακροχρόνιες στερητικές δίαιτες, χωρίς όμως να γνωρίζουν το πόσο επικίνδυνο είναι για την υγεία τους.<sup>1</sup>

Αναζητώντας τα αίτια των ψυχογενών διαταραχών της διατροφής, φαίνεται να σχετίζονται με κάποιο γεγονός που προκάλεσε ιδιαίτερο άγχος, όπως η αλλαγή σχολικού περιβάλλοντος σε παιδιά και εφήβους, έλλειψη ανεξαρτησίας ή διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον.

Οι διαταραχές παρουσιάζονται συχνά σε αθλήτριες και κυρίως όταν πρόκειται για αθλήματα όπου το πολύ χαμηλό σωματικό βάρος θεωρείται πλεονέκτημα (γυμναστική, μπαλέτο, αγώνες αντοχής).

Οι διαταραχές έχουν κυρίως ψυχολογικά αίτια. Οι άνθρωποι οι οποίοι τις παρουσιάζουν έχουν περάσει συχνά πολλά στάδια από διάφορες δίαιτες αδυνατίσματος, τα οποία μπορεί σε μερικές περιπτώσεις να θεωρηθούν και αίτια πρόκλησης.<sup>2</sup>

Επίσης εξετάζεται το αν υπάρχει γενετική προδιάθεση για την ανάπτυξη των διαταραχών αυτών. Οι επιστήμονες μελετούν διάφορα γονίδια, τα οποία σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες, πιθανόν να διαταράσσουν τους νευροδιαβιβαστές που ελέγχουν την όρεξη και την ψυχολογική διάθεση.

Έτσι οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής κίνησαν πρώιμα το ενδιαφέρον των ερευνητών. Σε μερικές οικογένειες παρατηρήθηκε συχνότερη εμφάνιση των διαταραχών αυτών, που οδήγησε στη διερεύνηση του ρόλου της κληρονομικότητας στην εκδήλωσή τους. Έτσι, το 1860, αναφέρθηκε από τον Morel ότι το υποχονδριακό παραλήρημα (hypochondriacal delirium), κατάσταση που σήμερα αναγνωρίζεται ως ψυχογενής ανορεξία (anorexia nervosa), εμφανίζεται σε νεαρά άτομα με κληρονομική προδιάθεση για νόσηση, ενώ αρκετές δεκαετίες αργότερα παρατηρήθηκε η εκδήλωση νευρωτισμού σε ορισμένες οικογένειες.

Τόσο οι αρχικές μελέτες, που βασίζονταν σε εμπειρικές παρατηρήσεις, όσο και οι μεταγενέστερες μελέτες ανέφεραν ότι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής εμφανίζονται συχνότερα στις οικογένειες των πασχόντων.<sup>1</sup>

Μετά τη βασική κατηγοριοποίηση των διαταραχών σε ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία γίνεται τις τελευταίες δεκαετίες, συστηματική διερεύνηση του ρόλου των γενετικών συντελεστών στην αιτιοπαθογένεια και εκδήλωσή τους. Η προσπάθεια αυτή βασίζεται στις μελέτες σε οικογένειες ασθενών και μαρτύρων, στην ανεύρεση του βαθμού συμφωνίας ανάμεσα σε ζεύγη διδύμων, σε μελέτες σε υιοθετημένους, καθώς και στις νεότερες μελέτες συνδυασμού και σύνδεσης των διαταραχών με πολυμορφικούς δείκτες, με την εφαρμογή μεθόδων της μοριακής βιολογίας. Γίνεται επίσης προσπάθεια διερεύνησης του ρόλου που παίζουν και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες στην εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας.

Εκτός από την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία υπάρχουν και άλλες καταστάσεις που εμφανίζουν προβλήματα στην πρόσληψη τροφής αλλά είναι ηπιότερες από τις δύο προηγούμενες.

Παραδείγματα τέτοιων καταστάσεων είναι:

- κλινική εικόνα που θυμίζει ψυχογενή ανορεξία ή ψυχογενή βουλιμία, αλλά τα συμπτώματα είναι πολύ πιο ήπια,
- συμπτώματα ψυχογενούς ανορεξίας, αλλά το βάρος σώματος παραμένει στα φυσιολογικά επίπεδα,
- το άτομο σπνέχεια μασάει και φτύνει χωρίς να καταπίνει μεγάλες ποσότητες τροφής. Άτομα με τέτοιες διαταραχές δεν υπεραπασχολούνται με το σχήμα ή με το βάρος του σώματός τους.<sup>3</sup>

## **B. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

### **1. ΟΡΙΣΜΟΣ**

Η Ψυχογενής Ανορεξία (ή *νευρογενής ανορεξία-anorexia nervosa*) είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης αστίας στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ. Η άρνηση για τη λήψη τροφής οδηγεί σε υπερβολική απώλεια βάρους ( πάνω από 25% του αρχικού βάρους του σώματος).<sup>4</sup>

#### **ΤΥΠΟΙ:**

Διακρίνουμε δύο τύπους Ψυχογενούς ανορεξίας :

- 1) τον Περιοριστικό / Στερητικό Τύπο (restricting type) κ
- 2) τον Τύπο Υπερφαγίας / Κάθαρσης / Υπερκαταναλωτισμού (binge eating / purging type).

- Ο Περιοριστικός / Στερητικός Τύπος χαρακτηρίζει τη διαταραχή όπου το άτομο επιτυγχάνει την απώλεια βάρους κυρίως με δίαιτα, νηστεία και υπερβολική άσκηση. Ο Στερητικός Τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από μια παρατεταμένη και αυστηρή απόχη από το φαγητό. Οι ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου συνήθως χαρακτηρίζονται από περισσότερη εσωστρέφεια κι αρνούνται να παραδεχτούν πως νιώθουν πείνα και άγχος.

- Ο Τύπος Υπερφαγίας / Κάθαρσης / Υπερκατανάλωσης χαρακτηρίζει τη διαταραχή όπου η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται με προκλητό εμετό, καθαρτικά, διουρητικά ή ενέματα ύστερα από υπερφαγία ή και τη λήψη μικρών ποσοτήτων τροφής. Ο υπερκαταναλωτικός τύπος χαρακτηρίζεται από σποραδικά επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθούνται από τεχνητή πρόκληση εμετού. Οι ασθενείς με ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου χαρακτηρίζονται από εσωστρέφεια, 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.<sup>5</sup>

## **2. Ιστορική αναδρομή**

Η ψυχογενής ανορεξία μέχρι και τα μέσα του 20ου αιώνα ήταν σπάνια. Σημείωσε σημαντική έξαρση μετά το 1960, καθώς από τότε και μέχρι τις μέρες μας πρωταγωνιστεί στο κοινωνικό status η εικόνα του αδύνατου, σχεδόν σκελετωμένου σώματος των δύο φύλων. Η πρώτη περιγραφή της διαταραχής αυτής επιχειρήθηκε το 1689 στην Αγγλία από τον Richard Merton. Έγινε επίσημη κλινική ενότητα το 1873 από τον Lessegue στην Γαλλία υπό τον όρο "anorexie hysterique" και από τον Gil στην Αγγλία με την ονομασία "anorexia nervosa".

Τα τελευταία 30 χρόνια μελετάται πολύ διεξοδικά, και αυτό αποδεικνύεται από την κυκλοφορία εξειδικευμένου περιοδικού, του "Journal of Eating disorders", το οποίο ασχολείται μόνο με την μελέτη των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής. Η ψυχογενής ανορεξία περιγράφηκε τον περασμένο αιώνα ως "νευρογενής φυματίωση", με βάση την περίπτωση μιας γυναίκας που αδυνάτιζε, χωρίς όμως να παρουσιάζει πυρετό, βήχα ή δύσπνοια, τα κλασικά συμπτώματα της φυματίωσης. Από τότε ανακοινώθηκαν πολλές μελέτες που έβλεπαν την ψυχογενή ανορεξία είτε ως οργανική είτε ως ψυχική ασθένεια.<sup>6</sup>

### **i. Σε γονίδιο οφείλεται η ανορεξία**

Αυστραλοί επιστήμονες ανακάλυψαν μια γενετική σχέση με τη νευρική ανορεξία, τη συναισθηματική διαταραχή που συχνά επιφέρει το θάνατο και χαρακτηρίζεται από την έμμονη επιθυμία του αρρώστου να χάσει βάρος αρνούμενος να τραφεί.

Η πραγματικότητα ωστόσο, δείχνει ότι άτομα που πάσχουν από τη νόσο είναι δύσκολο να θεραπευτούν, συχνά χαίρονται για την κατάσταση τους ενώ συναγωνίζονται για το πιο μεταξύ αυτών είναι το καλύτερο ανορεκτικό. Ένας στους 5 ανορεκτικούς πεθαίνει από την ασθένεια.<sup>7</sup>

Στις 6/8, αυστραλοί επιστήμονες ανακάλυψαν ότι υπάρχει γενετική σχέση στη νευρική ανορεξία, τη συναισθηματική διαταραχή που συχνά επιφέρει το θάνατο και χαρακτηρίζεται από την έμμονη επιθυμία του αρρώστου να χάσει βάρος αρνούμενος να τραφεί. Το γονίδιο που βρήκαν ερευνητές του Νοσοκομείου Παίδων στο Σίδνεϊ, ρυθμίζει μια χημική ουσία του εγκεφάλου που λέγεται νοραδρεναλίνη, η οποία είναι

ήδη γνωστό ότι έχει σχέση με διαταραχές που οφείλονται στο άγχος και την καταναγκαστική συμπεριφορά. Έρευνητές εκτιμούν ότι ο τρόπος της αλληλουχίας του DNA στο γονίδιο, μπορεί να εξηγήσει γιατί ορισμένοι άνθρωποι μοιάζουν να κληρονομούν μια προδιάθεση στην ανορεξία, γράφει η εφημερίδα "The Sydney Morning Herald".

Στις 8/8, επιστήμονες από τη Βρετανία, τις ΗΠΑ και την Αυστραλία ανακάλυψαν ότι η ορμόνη PYY3-36 που υπάρχει στον οργανισμό μας και πληροφορεί τον εγκέφαλο πότε το σώμα είναι πλήρες, μπορεί να αποτελέσει τη βάση νέων θεραπειών για απώλεια βάρους, καταστέλλοντας την λόγω κορεσμού. Από δείγματα DNA που λήφθηκαν από ανορεκτικούς νέους και τους γονείς τους, βρέθηκε ότι έφηβοι με νευρική ανορεξία είχαν υπερδιπλάσια πιθανότητα να έχουν μια παραλλαγή του DNA σε σχέση με αυτούς που δεν έπασχαν από την ασθένεια.<sup>8</sup>

Η επικεφαλής της έρευνας, Ρουθ Αρούϊν είπε ότι η ανακάλυψη αυτή μπορεί να κάνει τους γονείς και τις οικογένειες των ανορεκτικών ατόμων να νιώθουν λιγότερες ενοχές, ενώ μπορεί να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά η διαταραχή αυτή. Η αγωγή που χορηγείται σήμερα εστιάζεται στη χημική ουσία του εγκεφάλου σεροτονίνη που επηρεάζει τη διάθεση. Η ερευνήτρια τόνισε, ωστόσο, ότι περισσότερα από ένα γονίδια συμβάλλουν στη δημιουργία των συνθηκών για την ανορεξία, μια νόσο που πλήττει μία στις 200 κοπέλες και έναν στους 2000 νέους. Πρόσθεσε ακόμη ότι οι ίδιες οι εμπειρίες της ζωής μπορεί να την οδηγήσουν σε ανορεξία.

Η Μέγκαν Ουάριν ερευνήτρια στο πανεπιστήμιο της Αδελαΐδας, που μελέτησε ανορεκτικούς στην Αυστραλία, τη Σκωτία και τον Καναδά, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όσοι υποφέρουν από τη συναισθηματική διαταραχή θέλουν να πιστεύουν ότι είναι μέλη της κοινωνίας με τους δικούς της κανόνες και νόμους. Είναι κάτι σαν μια λέσχη με την ιεραρχία της. Συναγωνίζονται για το ποιος είναι ο καλύτερος ανορεκτικός, που μπορεί απλώς να μην τρώει χωρίς να καταφεύγει στον εμετό ή τη διάρροια, διευκρίνισε.<sup>7</sup>

### **3. Επιδημιολογικά δεδομένα – Ομάδες υψηλού κινδύνου**

Σε κίνδυνο να αναπτύξουν παθήσεις διατροφικών διαταραχών και στην προκειμένη περίπτωση ψυχογενή ανορεξία, είναι άτομα οποιασδήποτε ηλικίας και των δύο φύλων.

Ορισμένα άτομα είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο όπως:

- Γυναίκες (περίπου 95% των ατόμων που υποφέρουν με ανορεξία είναι γυναίκες).
- Έφηβοι (έρευνες δείχνουν ένα 1/250 κορίτσια θα παρουσιάσουν τουλάχιστον μερικά συμπτώματα ανορεξίας).
- Αθλητές (π.χ. χορευτές, γυμναστές) που πρέπει να έχουν συνεχή έλεγχο του βάρους τους.
- Οι διατροφικές παθήσεις μπορούν να παρουσιαστούν σε άντρες αλλά και σε παιδιά ηλικιών 8, 9 και 10 χρονών.<sup>9</sup>

Αν και οι διατροφικές διαταραχές μπορεί να απασχολήσουν τους πάντες, (άντρες, γυναίκες, νεαρά κορίτσια ή αγόρια), συνήθως το συγκεκριμένο πρόβλημα αντιμετωπίζουν νεαρές κοπέλες ηλικίας 10 έως 30 ετών. Ένα ποσοστό λιγότερο από το 10% των πασχόντων είναι άντρες. Σύμφωνα όμως με πρόσφατα δεδομένα, ένας στους 50.000 άνδρες πάσχει από ανορεξία. Ο αριθμός αυτός, που αφορά ηλικίες από 18 – 28 ετών, δείχνει ότι το φαινόμενο βρίσκεται σε άνοδο. Έχει μάλιστα υπερδιπλασιαστεί τα τελευταία 20 χρόνια.<sup>10</sup> Σπάνια απασχολεί γυναίκες μετά τα 40, όταν αρχίζουν να μπαίνουν στην εμμηνόπαυση.

Η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται λοιπόν συχνότερα σε: κοπέλες στο τέλος της εφηβείας, κορίτσια που έχουν αναπτυχθεί ωρίτερα από τα υπόλοιπα της ηλικίας τους αθλήτριες, χορεύτριες, μοντέλα, ηθοποιούς, αλλά και γενικά σε νεαρές γυναίκες που ασχολούνται με επαγγέλματα στα οποία η εμφάνιση ή το λεπτό και αρμονικό σώμα, παίζει πολύ σημαντικό ρόλο. Αφορμή επίσης για την έναρξη της νόσου μπορεί να είναι κι ένα στρεσογόνο γεγονός για τους ίδιους ή και την οικογένειά τους (πχ. μετακίνηση, σπουδές), παιδιά που προέρχονται από οικογένειες στις οποίες οι γονείς είναι πιεστικοί και έχουν μεγάλες απαιτήσεις σχετικά με την εμφάνιση αλλά και με την απόδοση των παιδιών τους σε όλους τους τομείς.<sup>11</sup>

Πιο αναλυτικά μπορεί να αναφερθεί ότι η έναρξη των φαινομένων



ψυχογενούς ανορεξίας παρουσιάζεται μετά την ηλικία των 13 ετών, η εμφάνιση της διαταραχής πληθαίνει απότομα, με μεγαλύτερη συχνότητα στις ηλικίες 17 και 18 ετών. Στο 85% περίπου όλων των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία η ηλικία έναρξης της νόσου κυμαίνεται μεταξύ 13 και 20 ετών, ενώ οι γυναίκες προσβάλλονται 15 φορές συχνότερα από του άντρες.

Οι διαταραχές αυτές πλήττουν κατά πλειοψηφία τις γυναίκες (σε ποσοστό που ξεπερνάει το 90%), χωρίς όμως να εξαιρούνται και οι περιπτώσεις στον ανδρικό πληθυσμό. Η νευρική ανορεξία εκτιμάται ότι πλήττει το 0,5 - 3,7% των γυναικών, σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Η ψυχογενής ανορεξία μπορεί να προκαλέσει τις σοβαρότερες διαταραχές και να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο, είτε εξαιτίας της υπερβολικής νηστείας, είτε εξαιτίας κάποιας απόπειρας αυτοκτονίας, μια και οι αυτοκτονικές τάσεις συνοδεύουν συχνά την ψυχογενή ανορεξία. Άλλωστε, σύμφωνα με τις στατικές, πάνω από το 10% των ανθρώπων που υποφέρουν από ψυχογενή ανορεξία πεθαίνουν.<sup>12</sup>

Τέλος το Mental Health Foundation στη Μεγάλη Βρετανία υπολογίζει ότι μία στις 20 γυναίκες κάποια στιγμή θα υποφέρει από συμπτώματα που σχετίζονται με κάποια διαταραχή της διατροφής, ενώ περίπου το 2% των γυναικών αλλά και μερικών ανδρών παρουσιάζουν ψυχογενή ανορεξία ή βουλιμία. Στατιστικές μελέτες που έχουν γίνει έχουν δείξει ότι στην Αμερική περίπου 8.000.000 άτομα πάσχουν από διατροφικές διαταραχές (ανορεξία και βουλιμία) και από αυτά σχεδόν 1.000 πεθαίνουν κάθε χρόνο από ψυχογενή ανορεξία.<sup>10</sup>

#### **4. Χαρακτηριστικά - Συμπτωματολογία**

Η ανορεξία είναι μία νέα τάση η οποία αποδίδεται στην προβολή του αδύνατου σώματος, σαν μοντέλο ιδανικής εικόνας από τα ΜΜΕ, αλλά και από το χώρο της μόδας. Η εξέλιξη της διαταραχής αυτής σχετίζεται με τη διαταραγμένη άποψη για την εικόνα του σώματος, λανθασμένη εκτίμηση του μεγέθους και του σχήματος του, αλλά και άρνηση του βαθμού αδυναμίας που υπάρχει. Οι άνθρωποι που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία δε σιτίζονται επαρκώς, συνήθως γιατί νιώθουν ότι τα προβλήματά τους προέρχονται από την εμφάνισή τους. Νομίζουν ότι είναι υπέρβαροι, ακόμα κι όταν είναι αδύνατοι και μάλιστα σε τέτοιο βαθμό που πολλές φορές είναι αντιαισθητικό για τους άλλους.

Η ψυχογενής ανορεξία συχνά ξεκινά με δίαιτα αδυνατίσματος, παρά το φυσιολογικό σωματικό βάρος ή τα τρία τέσσερα μόνο παραπνίσια κιλά. Αν και χάνει βάρος, το άτομο υποβάλλεται σε όλο και πιο εξαντλητικές δίαιτες, περνώντας ακόμα και τα όρια του χαμηλότερου ανεκτού βάρους για το σωματότυπό του. Αυτό πιστεύει ωστόσο ότι πρέπει να χάσει κι άλλο βάρος. Συνέχεια μετρά τις θερμίδες που καταναλώνει και υπολογίζει τι έχει φάει. Αν και αισθάνεται πείνα, δεν τρώει, φοβούμενο μήπως παχύνει.

Αυτός ο φόβος είναι και το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής, καθώς φτάνει σε υπερβολικά επίπεδα, χωρίς μάλιστα το άτομο να μπορεί να τα ερμηνεύσει. Έτσι, αρχίζουν οι δίαιτες στέρησης, η καθολική άρνηση για τροφή. Και μετά έρχονται τα προβλήματα υγείας.<sup>13</sup> Η ψυχική και η σωματική υγεία επηρεάζεται σημαντικά από την ψυχογενή ανορεξία. Τα σωματικά προβλήματα που παρουσιάζονται συνήθως είναι: αμηνόρροια στις γυναίκες, αδυναμία διατήρησης της θερμοκρασίας του σώματος, με αποτέλεσμα υποθερμία, ωχρή όψη, προβλήματα εστίασης στην όραση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές για παράδειγμα υπογλυκαιμία, γαστρεντερικά προβλήματα, όπως μειωμένη γαστρική κένωση και δυσκοιλιότητα, αλλά και καρδιακά προβλήματα όπως υπόταση, αρρυθμίες και καρδιακή υπόταση. Άλλα σωματικά προβλήματα που σχετίζονται με τη διαταραχή αυτή είναι τα προβλήματα στο κυκλοφορικό σύστημα, όπως αναιμία, η μείωση της οστικής μάζας, η απώλεια των μαλλιών (τριχόπτωση), διαταραχή στις εγκεφαλικές λειτουργίες, κακή διάθεση αλλά και οι νεφροπάθειες.

Πρέπει να διευκρινισθεί ότι η λέξη "ανορεξία" είναι αποπροσανατολιστική. Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης, γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται, παρά μόνο αργά στην πορεία της νόσου. Οι ασθενείς δεν έχουν έλλειψη όρεξης. Συχνά πεινούν αλλά απωθούν την πείνα τους και αρνούνται να φάνε κανονικά, λόγω της διαρκούς επιθυμίας τους να είναι λεπτοί, ακόμα και σε σημείο απίσχνασης και εξαιτίας του φόβου τους μήπως χάσουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους απέναντι στο φαγητό.<sup>14</sup>

Γα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας, κατά το DSM-IV, είναι τα εξής: Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει του βάρους του σώματος άνω από ένα ελάχιστο φυσιολογική βάρος για την ηλικία και του ύψος του, π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους του σώματος 15% κάτω από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης που οδηγεί σε βάρος σώματος 15% κάτω από το αναμενόμενο. Έντονος φόβος του

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

Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος, το μέγεθος ή το σχήμα του σώματός του, π.χ. το άτομο ισχυρίζεται ότι νιώθει παχύ, ακόμη κι όταν είναι κάτισχνο. Πιστεύει ότι μια περιοχή του σώματος του είναι "πολύ παχιά", ακόμη κι όταν το βάρος της είναι κάτω από το κανονικό. Σε γυναίκες, απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών, ενώ κανονικά αναμένονταν να συμβούν (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής αμηνόρροια). (Μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοί της έρχονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών π.χ. οιστρογόνων). Η αμηνόρροια συχνά μπορεί να εμφανισθεί πριν παρατηρηθεί σημαντική ελάττωση βάρους (και οφείλεται σε ελαττωμένη έκκριση από την υπόφυση της θυλακιοτρόπου ορμόνης (P5H) και της ωχρινοποιητικής ορμόνης (LH)).

Υπάρχουν όμως κι άλλα συμπτώματα και σημάδια που συνοδεύουν τα παραπάνω.

Τέτοια είναι:

- Υπερβολική γυμναστική
- Καταθλιπτική διάθεση
- Κούραση
- Εκνευρισμός και ευερεθιστότητα
- Περιορισμός της ποικιλίας των τροφών που καταναλώνει
- Πονοκέφαλοι
- Απώλεια σεξουαλικής διάθεσης
- Ενοχή ή και ντροπή επειδή τρώει
- Μειωμένη κοινωνικότητα
- Υπερδραστηριότητα
- Μειωμένη συγκέντρωση και προσοχή, κίνδυνος ατυχημάτων
- Χλωμό και αφυδατωμένο δέρμα
- Αϋπνία
- Δικαιολογίες για να μην τρώει
- Πάθος και εμμονή με το φαγητό και τις θερμίδες
- Συχνό ζύγισμα

Δυστυχώς, η διάγνωση συχνά γίνεται πολύ καθυστερημένα όταν πλέον η απώλεια του βάρους είναι πολύ σημαντική (>25% του αρχικού βάρους), διότι τα συμπτώματα περνούν απαρατήρητα ή υποτιμούνται από την ασθενή και το οικογενειακό περιβάλλον. Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στην ταυτότητα και στην αυτονομία, για λόγους που ακόμα δεν γνωρίζουμε. Στην αρχή το περιβάλλον του ανορεκτικού ατόμου δεν αντιλαμβάνεται τίποτα. Απλώς το ανορεκτικό άτομο αρχίζει να αδυνατίζει με κάποια διαίτα. Προοδευτικά, όμως, καθώς η απώλεια του βάρους προχωρά και η πρόσληψη τροφής συνεχώς ελαττώνεται, συγγενείς και φίλοι αρχίζουν να τρομάζουν καθώς το ανορεκτικό άτομο δηλώνει ότι πρέπει να χάσει βάρος γιατί είναι παχύ. Όταν τελικά, το άτομο έρθει στο γιατρό (συνήθως με πίεση την οικογένειά του ) η απώλεια βάρους είναι μεγάλη. Όταν γίνει ακόμα μεγαλύτερη, τότε μπορεί να εμφανιστούν υποθερμία, οίδημα των αστραγάλων, βραδυκαρδία, υπόταση, Iapugo (οι τρίχες γίνονται λεπτές και μαλακές όπως του νεογέννητου) και σοβαρές μεταβολικές διαταραχές (ηλεκτρολυτικές διαταραχές κτλ.), κώμα και θάνατος.

Η έγκαιρη αντιμετώπιση επιτρέπει την αποφυγή της τεράστιας απώλειας βάρους (>50% του αρχικού βάρους είναι θανατηφόρος) και των άλλων σημαντικών επιπλοκών της νόσου.

Εκτός από τις σωματικές επιπλοκές, η ψυχογενής ανορεξία συνοδεύεται από προβληματική κοινωνική ζωή, η οποία χαρακτηρίζεται από κοινωνική απομόνωση, οικονομική εξάρτηση, συναισθηματική απογύμνωση, αποσύνθεση της οικογένειας, κατάθλιψη, έμμονες ιδέες και σπάνια από απόπειρες αυτοκτονίας. Η νόσος μεταπίπτει συχνά σε χρονιότητα, ενώ θάνατος συμβαίνει στο 8% των ασθενών μετά από 10-15 έτη διάρκειας νόσου. Η βαρύτητα της ψυχογενούς ανορεξίας εκτιμάται κλινικά από το έλλειμμα σωματικού βάρους. Τρία κριτήρια πρέπει να ληφθούν υπ' όψη: η ολική απώλεια βάρους, η ταχύτητα απώλειας βάρους, η βαρύτητα της ανεπάρκειας σωματικού βάρους, όπως αυτή εκτιμάται από το Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), απουσία οιδήματος ή ασκίτου. Η ψυχογενής ανορεξία θεωρείται μέτρια όταν ο BMI είναι  $<17,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ , σοβαρή όταν είναι  $<15 \text{ kg}/\text{m}^2$  και εξαιρετικά επικίνδυνη για την επιβίωση της ασθενούς όταν είναι  $<12,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ . Σημεία μεγάλης βαρύτητας τα οποία επιβάλλουν την εισαγωγή σε νοσοκομείο είναι: η αρτηριακή υπόταση, η βραδυκαρδία, η υποθερμία, η υποκαλιαιμία και οι διαταραχές της συνείδησης και της εγρήγορσης, με σύγχυση και θόλωση της διάνοιας, απάθεια και εξάντληση.

Η απώλεια του βάρους συνήθως κατορθώνεται με μείωση της συνολικής

ποσότητας τροφής, με δυσανάλογη ελάττωση σε τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπος, με προκλητό εμετό, με χρήση καθαρτικών ή διουρητικών και με εξαντλητική άσκηση.<sup>15</sup>

Το άτομο με ψυχογενή ανορεξία επιβάλλει ουσιαστικά στον εαυτό του μία μορφή αστίας, προκειμένου να μην παχύνει. Αισθάνονται ότι είναι παχιά ακόμα κι όταν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ή και είναι ακόμα πιο αδύνατα. Τα ανορεκτικά άτομα έχουν διαταραγμένη αντίληψη για το σώμα τους και την εικόνα τους γενικά. Προσπαθούν να διατηρήσουν τον έλεγχο του βάρους τους με συνεχόμενες εξαντλητικές δίαιτες, με έντονη άσκηση, με τη χρήση καθαρτικών και με την πρόκληση εμετού.<sup>14</sup>

## **5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Η κλινική εικόνα των ατόμων που πάσχουν συνίσταται σε εικόνα σώματος απίσχνασης, ενώ συχνά έχουν μια παράλογη εμμονή, ότι είναι παχύσαρκα ή ότι μπορεί να παχύνουν παρόλο που το σώμα τους μπορεί να είναι αποστεωμένο. Τα άτομα που πάσχουν δεν παραδέχονται την πείνα, την καταβολή που αισθάνονται και συνήθως είναι πολύ δραστήρια, ενώ μετά τη λήψη τροφής ακολουθούν εντατικό πρόγραμμα γυμναστικής ή τρέξιμο για την κατανάλωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων, μπορεί να προκαλέσουν εμετό ή ακόμα και να πάρουν ορισμένα φάρμακα όπως τα καθαρτικά. Εκδηλώνουν δυσκοιλιότητα δυσανεξία στο ψύχος, οι γυναίκες εμφανίζουν αμηνόρροια (απουσία τουλάχιστον τριών καταμήνιων κύκλων), ενώ σε προχωρημένες καταστάσεις υπάρχει βραδυκαρδία, υπόταση και υποθερμία. Το δέρμα είναι ξηρό, με κίτρινη χροιά λόγω της καρωτιναιμίας, μπορεί να εμφανιστεί και διόγκωση των παρωτίδων που δίνει στο πρόσωπο μια στρογγυλεμένη όψη και οίδημα κάτω άκρων. Στον εργαστηριακό έλεγχο μπορεί να βρεθεί αναιμία, λευκοπενία, υποκαλιαιμία, υπολευκωματιναιμία, ευρήματα συμβατά με προνεφρική αζωθαιμία, χαμηλή IgG, IgM, και ποικιλίας πρωτεϊνών του συμπληρώματος. Επίσης χαμηλή τιμή του χαλκού και του ψευδαργύρου του ορού, της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) και της θυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) κ.α.

Παρ' όλη τη σοβαρότητα του προβλήματος, η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί μια από τις λιγότερο κατανοητές αλλά και αινιγματικές ψυχογενείς διαταραχές.<sup>13</sup>

## 6. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι ειδικοί δεν είναι απολύτως βέβαιοι για τις βασικές αιτίες των διατροφικών διαταραχών. Εικάζεται ότι παίζει κάποιο ρόλο η κληρονομικότητα, οι διατροφικές αρχές της οικογένειας, τα κοινωνικά πρότυπα, χωρίς όμως να είναι απόλυτα ξεκαθαρισμένο, επιβεβαιωμένο το πως μπορεί κάποιος-α να εμφανίσει μια διατροφική διαταραχή. Ένα μέρος της εξήγησης πάντως βρίσκεται στις σύγχρονες, αναπτυγμένες κοινωνίες και στα μηνύματα που στέλνουν στους νέους ανθρώπους και κυρίως στα κορίτσια και στις γυναίκες. Ένα απ' αυτά τα μηνύματα έχει να κάνει με την πεποίθηση πως η ομορφιά σχηματίζεται αποκλειστικά και μόνο με την εξωτερική εμφάνιση και κυρίως με το λεπτό και καλλίγραμμο σώμα.

Στο δυτικό κόσμο η στάση απέναντι στο σώμα έχει διαμορφωθεί βάση συγκεκριμένων προτύπων που δεν είναι άλλοι από τα μανεκέν, τα οποία καταφέρνουν να διατηρούν το σώμα τους λεπτό και απολύτως αρμονικό. Κατ' αυτόν τον τρόπο ένα άτομο μπορεί να παρασυρθεί και ξεκινώντας να κάνει δίαιτα, ώστε να είναι αδύνατο και όμορφο ακόμη κι αν έχει ικανοποιητικό βάρος, να μπει στο φαύλο κύκλο της ψυχογενούς ανορεξίας.<sup>16</sup>

Σύμφωνα με τους ειδικούς περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ψυχογενή ανορεξία έχουν τα άτομα όταν: είναι εσωστρεφή, τελειομανή, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, έχουν συναισθηματική αστάθεια. Βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες έχουν συνδεθεί με την αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας. Όσον αφορά τους βιολογικούς παράγοντες έχει εκφραστεί η υπόθεση ότι μπορεί να υπάρχει κάποια εκ γενετής προδιάθεση, ή να υπάρχει μειωμένη δραστηριότητα ορμόνης των επινεφριδίων (νορεπινεφρίνη), ή προϊόντων μεταβολισμού των υδατανδράκων. Σχετικά με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες έχει παρατηρηθεί ότι άτομα με ψυχογενή ανορεξία έχουν συνήθως ιδιαίτερα υψηλούς στόχους και επιδιώκουν την επιτυχία. Επίσης συχνά υπάρχουν προβλήματα στις σχέσεις των μελών της οικογένειας, όπως συγκρούσεις των γονέων, διαζύγια ή και υπερβολική πίεση του νεαρού ατόμου από τους γονείς.

Επίσης άτομα με ψυχογενή ανορεξία, η οποία είναι νόσος που κατ' εξοχήν συνδέεται με την εφηβεία, είναι άτομα με δυσκολία στην ανάπτυξη αυτονομίας και ανεξαρτητοποίησης. Υπάρχουν έντονες ανάγκες εξάρτησης από τους γονείς, οι οποίες όμως δεν είναι αποδεκτές για τον έφηβο και η προσπάθεια ελέγχου και άρνηση λήψης

τροφής είναι ένας τρόπος να δηλώσουν ότι είναι ανεξάρτητοι και ότι οι ίδιοι ελέγχουν το σώμα τους και τη ζωή τους. Οι απαιτήσεις της εφηβείας που οδηγούν στην παραίτηση από την παιδική ηλικία και την προετοιμασία του ατόμου για τις ευθύνες της ενηλίκου ζωής δρουν ιδιαίτερα αγχογόνα για τον έφηβο που θα εμφανίσει ψυχογενή ανορεξία. Η άρνηση λήψης τροφής δηλώνει και την επιθυμία του ατόμου να μη μεγαλώσει, χωρίς όμως αυτό να είναι στη συνειδητή σκέψη του ατόμου, δηλαδή δεν είναι κάτι που του είναι συνειδητό και κατανοητό.<sup>17</sup>

Ορισμένοι διαχωρίζουν τους παράγοντες που ενέχονται στην αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας σε παράγοντες που προδιαθέτουν, σε παράγοντες που εκλύουν και σε παράγοντες που διατηρούν αυτή την κατάσταση. Στους πρώτους είναι η κοινωνική πίεση για αδύνατο λεπτό σώμα, δυσκολίες στην οικογένεια, δυσκαμψία στη σκέψη και τη συμπεριφορά και τάση για απομόνωση. Στους δεύτερους παράγοντες είναι οι διαδικασίες δίαιτας, πειράγματα για το σχήμα και το μέγεθος του σώματος, διάφοροι στρεσογόνοι παράγοντες και η έναρξη του σταδίου ανάπτυξης, δηλαδή της εφηβείας, για το οποίο το άτομο δεν είναι ψυχολογικά προετοιμασμένο. Στην τρίτη ομάδα παραγόντων περιλαμβάνονται τα σωματικά επακόλουθα της διαταραγμένης λήψης τροφής, όπως: η σωματική αδυναμία, διαταραχές στο πεπτικό σύστημα, στο μεταβολισμό και στην παραγωγή.

Πιο αναλυτικά μηχανισμοί που έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας, είναι οι εξής: i) ψυχολογικοί, ii) κοινωνικοί, iii) γενετικοί και iv) βιολογικοί παράγοντες.

Οι *ψυχολογικές θεωρίες* προτείνουν, ότι η Ψυχογενής Ανορεξία είναι μια φοβική στάση του ατόμου απέναντι στην τροφή εξαιτίας της σεξουαλικής έντασης της εφηβικής ηλικίας. Ιδιαίτερα οι ψυχοδυναμικές διαμορφώσεις τονίζουν την ασυνείδητη φαντασία / φόβο της ανορεκτικής να μείνει έγκυος από το στόμα.

Οι *κοινωνικές θεωρίες σημειώνουν* την έμφαση που έχει δοθεί στις ανεπτυγμένες χώρες (όπου η Ψυχογενής Ανορεξία φαίνεται να είναι πολύ πιο συχνή) στα νιάτα, στην ομορφιά, στο να είναι το άτομο λεπτό και στην υπερβολική ενυσχόληση των ατόμων με την εικόνα και το σχήμα του σώματος.

Μελέτες σε οικογένειες και σε διδύμους έχουν δείξει τη γενετική / κληρονομική πλευρά της διαταραχής. Έχει βρεθεί ότι η Ψυχογενής Ανορεξία είναι πιο συχνή σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων που έχουν τη διαταραχή (όπως επίσης, είναι πιο συχνές και οι Διαταραχές της Διάθεσης, ιδιαίτερα σε

συγγενείς ατόμων με τον Τύπο Υπερφαγίας / Κάθαρσης) και ότι οι μονοζυγώτες δίδυμοι συμπίπτουν πολύ πιο συχνά να έχουν τη διαταραχή απ' ό,τι οι διζυγώτες.

Οι βιολογικές θεωρίες εστιάζονται στη λειτουργία του υποθαλάμου (που ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του σώματος όπως όρεξη, βάρος, θερμοκρασία και γενικότερα την ομοιόσταση). Φαίνεται ότι στην Ψυχογενή Ανορεξία υπάρχει μια πρωτογενής δυσλειτουργία του υποθαλάμου, όπως υποδεικνύεται από διάφορα ευρήματα και παρατηρήσεις: την αύξηση του παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης (CRF) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των ασθενών αυτών, την εμφάνιση αμηνόρροιας πριν την εκδήλωση της απώλειας βάρους, την ελαττωμένη δραστηριότητα νορεπινεφρίνης και τις διαταραχές στη λειτουργία και άλλων κεντρικών νευροδιαβιβαστών, όπως της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης.<sup>16,18</sup>

## **7. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η διαφορική διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας είναι αρκετά δύσκολη και περίπλοκη, ακόμα και όταν ο πάσχων φτάνει τελικά στη ιατρική παρατήρηση και περιλαμβάνει τόσο σωματικές παθήσεις όσο και άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Η διαφοροδιαγνωστική μάλιστα προσπάθεια γίνεται ακόμα πιο δύσκολη από τη μη αποδοχή εκ μέρους του ασθενούς της συμπτωματολογίας του, την επιμελή συγκάλυψη της αλλόκουτης και τελετουργικής διατροφικής συμπεριφοράς του, αλλά και τη συστηματική και επίμονη άρνησή του για οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση.

Κατ' αρχήν πρέπει να αποκλεισθεί η ύπαρξη μιας οργανικής πάθησης, η οποία πιθανόν να ευθύνεται για την απώλεια του σωματικού βάρους του πάσχοντος, όπως όγκος του εγκεφάλου, καρκίνος, φυματίωση, υπερθυρεοειδισμός, παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος (νόσος του Crohn, σύνδρομο δυσαπορρόφησης) και άλλες παθήσεις. Ένας σωστός κλινικός και παρακλινικός έλεγχος είναι απαραίτητος και ικανός να αποκλείσει την ύπαρξη οργανικών αιτιών.<sup>1</sup> Σημαντικό είναι η ψυχογενής ανορεξία να διαχωρίζεται από άλλες σωματικές ασθένειες που έχουν ανάλογη κλινική εικόνα, όπως για παράδειγμα υπερθυρεοειδισμός, ο σακχαρώδης διαβήτης, ασθένειες του πεπτικού συστήματος και ορμονικές διαταραχές.<sup>19</sup>

Από πλευράς ψυχοπαθολογικών διαταραχών, συμπεριφορές και εκδηλώσεις που υποδηλώνουν ανορεκτική συμπτωματολογία, όπως απώλεια βάρους, ασυνήθιστες



διατροφικές συνήθειες και εμετοί, παρουσιάζονται και σε μια ποικιλία άλλων ψυχικών διαταραχών.

Άτομα που πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής και κυρίως απο ψυχογενή ανορεξία αρκετά συχνά εμφανίζουν και καταθλιπτική συμπτωματολογία, σε ποσοστά μάλιστα που πλησιάζουν ή και ξεπερνούν, ανάλογα με τη μελέτη, το 50%,<sup>20</sup> ενώ σε μία παλαιότερη ανασκόπηση 11 μελετών διαφορικής διάγνωσης της ψυχογενούς ανορεξίας η καταθλιπτική συμπτωματολογία ήταν η πιο συχνή εκδήλωση σε 5 από αυτές, ενώ σε άλλες 5 ήταν δεύτερη σε συχνότητα.<sup>21</sup> Σε αρκετές μελέτες ανορεκτικών ασθενών έχουν παρατηρηθεί υψηλά ποσοστά κακοκεφιάς, απαισιοδοξίας, συναισθημάτων αναξιότητας και ενοχής, διαταραχές της υπνικής λειτουργίας, ευερεθιστότητα κ.ά. Σκέψεις αυτοκαταστροφής, επίσης, παρουσιάζονται αρκετά συχνά ενώ η αυτοκτονία συγκαταλέγεται μεταξύ των συχνότερων αιτιών θανάτου των πασχόντων από ψυχογενή ανορεξία.<sup>14</sup>

Πάντως η κατάθλιψη και η ψυχογενής ανορεξία εκτός από ομοιότητες έχουν και σημαντικές διαφορές. Ο καταθλιπτικός άρρωστος κατά κανόνα δεν έχει όρεξη για φαγητό ενώ ο ανορεκτικός υποστηρίζει ότι έχει κανονική όρεξη ή ακόμα ότι πεινάει. Η αυξημένη δραστηριότητα που παρατηρείται στην ψυχογενή ανορεξία διαφέρει σημαντικά από την ανησυχία ή την αγχώδη διέγερση του καταθλιπτικού, ενώ η χαρακτηριστική και συχνά τελετουργική ενασχόληση των ανορεκτικών με τη διατροφή, δεν φαίνεται να έχει κάτι ανάλογο στην καταθλιπτική διαταραχή. Τέλος, ο έντονος φόβος για ενδεχόμενη αύξηση του σωματικού βάρους σε συνδυασμό με τη διαταραγμένη εικόνα του σωματικού εγώ, που χαρακτηρίζουν την ψυχογενή ανορεξία δεν παρατηρούνται στους καταθλιπτικούς ασθενείς, οι οποίοι παρουσιάζουν μια σημαντικά μειωμένη αυτοεκτίμηση. Παρατηρείται βέβαια και στους ανορεκτικούς πτώση της αυτοεκτίμησης τους, αλλά αυτή συνδέεται άμεσα με την εικόνα του σωματικού εγώ, όπως αυτή αντικατοπτρίζεται στους καθρέπτες και εκφράζεται στις ζυγαριές.

Στις αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνονται ποικίλες διαγνωστικές κατηγορίες, όπως: η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, οι φοβίες, η διαταραχή πανικού και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή. Η ψυχογενής ανορεξία αρκετά συχνά χαρακτηρίζεται από αγχώδους τύπου συμπτωματολογία και κυρίως εκείνη του ιδεοψυχαναγκαστικού και φοβικού τύπου.<sup>22</sup> Προ 30ετίας περίπου ο Crisp θεωρούσε την ανορεκτική συμπτωματολογία σαν εκδήλωση φοβικής διαταραχής και συγκεκριμένα σε φοβική αποφευκτική απάντηση στην πρόσληψη τροφής. Ευρήματα

μάλιστα από πρόσφατες μελέτες φαίνεται να ενισχύουν την άποψη αυτή αφού συμπτωματολογία κοινωνικής φοβίας, κυρίως προηγείται της έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας σε αρκετούς ανορεκτικούς ασθενείς.<sup>23</sup> Παρ' όλα αυτά όμως τα κριτήρια, που έχουν θεσπιστεί από τις πρόσφατες αναθεωρήσεις των ταξινομικών συστημάτων, είναι αρκετά σαφή και σπάνια ίσως θα υπάρξουν διαφοροδιαγνωστικές αμφιβολίες.

Στο παρελθόν η ψυχογενής ανορεξία θεωρήθηκε ότι άνηκε πιθανόν στις εξαρτητικές διαταραχές,<sup>1</sup> σε μεταγενέστερες όμως μελέτες δεν παρατηρήθηκαν αξιόλογες διαφορές, όσον αφορά στην εξάρτηση από ουσίες, μεταξύ ανορεκτικών ασθενών και φυσιολογικών ατόμων.

Οι ομοιότητες και οι διαφορές μεταξύ διαταραχών της προσωπικότητας και διαταραχών πρόσληψης τροφής φαίνεται ότι είναι αρκετά σαφείς και οι προσπάθειες που έγιναν στο παρελθόν για ένταξη στις πρώτες της ψυχογενούς ανορεξίας είχαν αντικρουόμενα αποτελέσματα.<sup>20</sup>

Περιστασιακά, μεγάλη απώλεια βάρους παρατηρείται σε άτομα που πάσχουν από σχιζοφρενική διαταραχή. Σε αυτή όμως την περίπτωση η άρνηση πρόσληψης τροφής, που έχει ως επακόλουθο την απώλεια βάρους, οφείλεται στη χαρακτηριστική (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθησιακά βιώματα) ψυχοπαθολογική κατάσταση του πάσχοντος.

Η μεγαλύτερη όμως δυσκολία βρίσκεται στη διαφορική διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας από την ψυχογενή βουλιμία. Ο υπερφαγικός - καθαρτικός τύπος της ψυχογενούς ανορεξίας έχει πολλά κοινά στοιχεία και συμπτώματα με τον καθαρτικό τύπο της ψυχογενούς βουλιμίας. Η διαφορική διάγνωση θα στηριχθεί κυρίως τόσο στο προηγούμενο κλινικό ιστορικό, όσο και στις λεπτομέρειες της τρέχουσας κλινικής εικόνας του πάσχοντος. Σε κάθε περίπτωση όμως η διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας είναι εκείνη που τίθεται στις καταστάσεις εκείνες που χαρακτηρίζονται από βουλιμικά υπερφαγικά επεισόδια τα οποία επισυμβαίνουν κατά την πορεία μιας ανορεκτικής συμπτωματολογίας.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί, ότι ύστερα από έρευνες που έχουν γίνει, έχει αποδειχθεί, πως η ψυχογενής ανορεξία προκαλεί απώλεια του ιστού του πνεύμονα, με αποτέλεσμα την ύπαρξη αλλαγών, που προκαλούν κατάσταση η οποία μοιάζει με εμφύσημα. Δηλαδή η ανορεξία οδηγεί σε νόσο που μοιάζει με εμφύσημα.<sup>8</sup>

## **8. ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

Ορισμένα άτομα με ψυχογενή ανορεξία εκδηλώνουν ένα μοναδικό επεισόδιο της νόσου και στη συνέχεια επανέρχονται πλήρως στην προηγούμενη κατάσταση, δηλαδή αποκαθίσταται η υγεία τους. Άλλα έχουν συνεχώς διακυμάνσεις και υποτροπές της κατάστασης και άλλα χρονίζουσα πορεία που συνεχώς φαίνεται να χειροτερεύει σε διάστημα αρκετών ετών. Μελέτες σε άτομα που έγιναν με βαριά μορφή ψυχογενούς ανορεξίας για την οποία χρειάστηκε νοσηλεία σε νοσοκομείο, έδειξε ότι η θνησιμότητα από την κατάσταση αυτή μπορεί να φτάσει στο 10%, ή ακόμα και να το ξεπεράσει. Γι' αυτό όπως θα δούμε παρακάτω, συχνά η νοσηλεία και η υποχρεωτική σίτιση (με ρινογαστρικό καθετήρα ή παρεντερικά) είναι απαραίτητη για τη σωτηρία του ανορεκτικού ατόμου.<sup>1</sup>

Γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι ακόμα και αν βελτιωθεί το βάρος του πάσχοντος ατόμου ή να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα ο κίνδυνος εξακολουθεί να υπάρχει. Για το λόγο αυτό η θεραπεία θα πρέπει να είναι μακροχρόνια και δεν πρέπει να επαναπαύεται το περιβάλλον όταν ο ασθενής παρουσιάσει βελτίωση.

Οι επιπλοκές στην ψυχογενή ανορεξία είναι πολλές και αρκετά σοβαρές. Οι πιο πολλές είναι προβλήματα στα δόντια, οστεοπόρωση, υπόταση, αναιμία ενώ περισσότερο σοβαρές είναι καρδιακές αρρυθμίες, ηλεκτρολυτικές διαταραχές και νεφρική ανεπάρκεια που μπορεί και αυτές με τη σειρά τους να οδηγήσουν στο θάνατο.<sup>24</sup>

Στο 1/3 των περιπτώσεων μπορεί να υπάρξουν επιπλοκές ψυχιατρικού τύπου με κατάθλιψη, αγχώδεις καταστάσεις και έμμονες, βασανιστικές, καταναγκαστικές, διαταραχές. Περίπου στο 50% επιτυγχάνεται ανάκτηση και διατήρηση ενός ικανοποιητικού βάρους σώματος. Σε ένα ποσοστό της τάξεως του 10-20% υπάρχουν συνεχιζόμενα προβλήματα για πολλά χρόνια.

Η πρόγνωση είναι καλύτερη στις περιπτώσεις εκείνες όπου η έναρξη της ασθένειας γίνεται νωρίς, κατά την εφηβεία, με μια σύντομη αρχική φάση της ασθένειας. Επίσης, η γρήγορη, ολοκληρωμένη και θεραπευτική προσέγγιση όπως επίσης και το κατάλληλο υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον συντείνουν στην επιτυχή θεραπεία και στην καλή πρόγνωση.<sup>1</sup>

## 9. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Υπάρχουν δύο βασικοί στόχοι στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας:

- Ο πρώτος είναι να αποκατασταθεί η κατάσταση θρέψης του ατόμου (στα ανορεκτικά άτομα αυτό σημαίνει να επανέλθει το βάρος στα φυσιολογικά όρια και να επιτευχθεί μεταβολική ισορροπία).
- Ο δεύτερος στόχος είναι, να τροποποιηθεί η παθολογική συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ατόμου, ούτως ώστε να κρατηθεί το βάρος σε φυσιολογικά όρια και να ελεγχθούν κατά το δυνατό τα επεισόδια υπερφαγίας, οι προκλητοί εμετοί, η λήψη καθαρτικών και όλες οι άλλες παθολογικές συμπεριφορές.<sup>8</sup>

Συνήθως, η θεραπεία θα γίνει σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο. Πολλοί ασθενείς όμως, μπορεί να χρειασθούν νοσηλεία. Ενδείξεις για νοσηλεία είναι σοβαρή απώλεια βάρους (π.χ. πάνω από 30%) και απίσχνανση, η παρουσία υπότασης, υποθερμίας ή ηλεκτρολυτικών διαταραχών, παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού ή ψύχωσης, ή και ακόμα αποτυχία της εξωνοσοκομειακής θεραπείας.

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

Γενικά, αρχίζουμε με δίαιτα που παρέχει περίπου 500 θερμίδες περισσότερες από αυτές που απαιτούνται για να διατηρηθεί το τωρινό βάρος των ασθενών και αυξάνουμε τις θερμίδες σιγά - σιγά, μοιράζοντας την τροφή σε πολλά μικρά γεύματα (για παράδειγμα έξι την ημέρα). Σε άτομα με μεγάλη ελάττωση βάρους μπορεί να χρειασθεί σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα, όπως και προσεκτική διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών.

Όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, έχει δειχθεί ότι τα αντικαταθλιπτικά (τρικυκλικά, αναστολείς της MAO, τραζοδόνη, φλουοξετίνη), μπορούν να ελαττώσουν τη συμπεριφορά και της υπερφαγίας και της πρόκλησης εμετού, στα ανορεκτικά άτομα. Ακόμα, η κυπροεπταδίνη έχει βοηθήσει ορισμένα άτομα να αυξήσουν το βάρος τους. Κατά την οξεία φάση λοιπόν, η θεραπεία συμπεριφοράς και

η υποστήριξη του ασθενή είναι η προσέγγιση επιλογής σε συνδυασμό ενδεχομένως από τη φαρμακευτική αγωγή. Στη συνέχεια, η γνωστική ψυχοθεραπεία, μπορεί να βοηθήσει διορθώνοντας λαθεμένες αντιλήψεις των ασθενών για τα αισθήματα, τις ανάγκες τους και την ικανότητα να ελέγξουν τη ζωή τους, ενώ η ψυχοδυναμική (αποκαλυπτική) ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να λύσει διαπροσωπικά προβλήματα και συγκρούσεις και να διορθώσει στοιχεία της προσωπικότητάς του, που μπορεί να συνδέονται με τη διαταραχή στην πρόσληψη τροφής.<sup>26</sup>

Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να αποβεί πολύ σημαντική, γιατί μπορεί να απευθυνθεί στις ενδοοικογενειακές αντιδράσεις, οι οποίες είναι δυνατό να συμβάλλουν στην προβληματική συμπεριφορά του ασθενή όσον αφορά την πρόσληψη τροφής., στις ενδοοικογενειακές εντάσεις που δημιουργούνται από τη συμπεριφορά αυτή και στις αλληλεπιδράσεις τους.

Βασικό πρώτο βήμα στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας είναι να πεισθεί ο ασθενής και η οικογένεια ότι πρέπει να εμπλακούν σε μακρόχρονη θεραπευτική διαδικασία. Παρόλο που η κατάσταση είναι αρκετά σοβαρή, συχνά ούτε το άτομο με τη νόσο, αλλά ούτε και τα άλλα μέλη της οικογένειας φαίνεται να συνειδητοποιούν την ανάγκη για σταθερή και μακρόχρονη θεραπεία. Η θεραπευτική διαδικασία περιλαμβάνει ατομική ψυχοθεραπεία που έχει ως στόχο να βοηθήσει το άτομο να επεξεργασθεί τα ψυχολογικά προβλήματα που οδηγούν στα συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας.

Επίσης, η ψυχοθεραπευτική εργασία με την οικογένεια κρίνεται απαραίτητη διότι, όπως ήδη αναφέρθηκε, στην αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας ενέχονται προβλήματα και δυσλειτουργία της οικογένειας. Χρησιμοποιούνται ακόμη παρεμβάσεις που έχουν σχέση με τη συμπεριφορά του ατόμου γύρω από τη λήψη τροφής με σκοπό να ενισχύσουν τη βαθμιαία αύξηση της πρόσληψης τροφής, ενθαρρύνοντας και επαινώντας το άτομο κάθε φορά που επιτυγχάνεται ένα τέτοιο βήμα. Ορισμένες φορές χρησιμοποιούνται και φάρμακα. Η νοσηλεία σε νοσοκομείο κρίνεται απαραίτητη όταν το σωματικό βάρος είναι πολύ χαμηλό, οπότε υπάρχει ανησυχία και για τη σωματική υγεία του ατόμου. Γενικά η θεραπεία για τις διατροφικές διαταραχές χρειάζεται τη συνδρομή ενός ψυχολόγου και ενός διατροφολόγου - διαιτολόγου.<sup>5,25</sup>

Ο διατροφολόγος - διαιτολόγος θα σχεδιάσει ένα ισορροπημένο και υγιεινό πρόγραμμα διατροφής, που θα περιλαμβάνει σταθερές ώρες φαγητού και πλήρη

μενού ώστε να μάθει το άτομο να τρώει σωστά και να παίρνει όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται. Επίσης, θα μάθει το άτομο να τηρεί ημερολόγιο διατροφής, το οποίο θα ελέγχεται όσον αφορά την ποιότητα και την ποσότητα της καθημερινής τροφής. Θα βοηθήσει στην σωστή αξιολόγηση και εκτίμηση των ενδείξεων της ζυγαριάς.

Επιπροσθέτως, θα πρέπει να προσπαθήσει να μάθει στον ασθενή για την χρησιμότητα των θρεπτικών συστατικών. Τα λίπη, οι αμυλούχες τροφές (όσπρια και ζυμαρικά), καθώς και το κόκκινο κρέας, αποτελούν τις κύριες τροφές για τις οποίες τα ανορεκτικά άτομα τρέφουν προκατάληψη και φόβο και οι οποίες πρέπει προοδευτικά να εισαχθούν στο καθημερινό διαιτολόγιο. Το άτομο που πάσχει πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι η διατροφή είναι ταυτόχρονα ζωτική ανάγκη, αλλά και προσωπική ευχαρίστηση με κοινωνικές προεκτάσεις. Τα γεύματα με την παρουσία της οικογένειας ή των φίλων είναι απαραίτητα. Ο κίνδυνος μετάβασης στη βουλιμία, ο οποίος συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη.

Η ανορεξία είναι απάντηση σε συγκρούσεις, συχνά κοινότητες, οι οποίες σχετίζονται, με αυτήν την ειδική περίοδο της εξέλιξης της προσωπικότητας, την εφηβεία. Είναι απαραίτητο η θεραπευτική παρέμβαση να είναι όσο το δυνατόν πιο έγκαιρη, έτσι ώστε να μην επιτραπεί στο άτομο αυτό να αναδιοργανώσει τη ζωή του (ευχαρίστηση, εκτόνωση έντασης, διαπροσωπικές σχέσεις) γύρω από αυτό το πρόβλημα της συμπεριφοράς

Πολύ σημαντική επίσης, είναι η βοήθεια και η συνδρομή σ' αυτήν την προσπάθεια των φίλων, του συντρόφου και της οικογένειας, εκτός του ότι θα είναι οι πρώτοι που θα καταλάβουν ότι υπάρχει πρόβλημα, αφού το ίδιο το άτομο θεωρεί ότι είναι φυσιολογικό, θα παρακινήσουν το άτομο να αναζητήσει θεραπεία και παράλληλα θα στηρίζουν και θα βοηθήσουν το ασθενή όταν χρειαστεί. Το πιο σημαντικό πράγμα που μπορούν να κάνουν η οικογένεια και οι φίλοι για να βοηθήσουν ένα ανορεκτικό άτομο είναι να το αγαπούν.

Οι ανορεκτικοί άνθρωποι αισθάνονται ασφαλείς, σίγουροι και άνετοι με την πάθησή τους. Ο μεγαλύτερος φόβος τους είναι το να πάρουν βάρος και αυτό τους φαίνεται ότι θα τους κάνει να χάσουν τον έλεγχο. Μπορεί ακόμη και να αρνούνται ότι έχουν πρόβλημα. Επίσης θα ικετεύσουν ή θα καταφύγουν σε ψέματα για να αποφύγουν το φαγητό. Οι γονείς και οι φίλοι του ανορεκτικού ατόμου δεν πρέπει να υποκύψουν στις ικεσίες του.

Ο διαιτολόγος επίσης με ειδική ψυχοθεραπεία θα βοηθήσει να αλλάξει το άτομο τον τρόπο που σκέφτεται για τον εαυτό του, το σώμα του, τα κιλά του, αλλά και να ξεπεράσει όλες τις αρνητικές και λανθασμένες αντιλήψεις του για τον κόσμο, τους άλλους και τη ζωή. Επίσης, θα το βοηθήσει να ξεπεράσει τα ψυχολογικά του προβλήματα, ώστε να σκέφτεται και να δρα διαφορετικά. Μπορεί επίσης, εκτός από την ατομική ψυχοθεραπεία να του προτείνει να ακολουθήσει ομαδική θεραπεία ή να παρακολουθήσει μαζί με την οικογένεια του ένα πρόγραμμα ψυχοθεραπείας.

Από την άλλη πλευρά, ο ψυχολόγος ίσως του συστήσει και φαρμακευτική αγωγή, αφού έχει αποδειχτεί πως κάποια σκευάσματα μπορούν να βοηθήσουν ανθρώπους που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία και παράλληλα νιώθουν και κατάθλιψη, που σκέφτονται να αυτοκτονήσουν κ.λ.π.<sup>27</sup>



**Εικόνα 2.**

## ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ

### ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ:

1. Σερβίρετε τα γεύματα με εντυπωσιακό τρόπο, απολαυστικά γεύματα σε μικρές ποσότητες παρατηρώντας τις διατροφικές προτιμήσεις.
2. Προσέχετε από bulky φαγητά (φαγητά που προκαλούν φουσκώματα και γαστρεντερολογικές ενοχλήσεις) στα αρχικά στάδια της θεραπείας. Μπορεί να υπάρξουν γαστρεντερολογικές διαταραχές.
3. Η δίαιτα πρέπει να ονομαστεί σε «διατροφή χαμηλών θερμίδων για νευρική ανορεξία» έτσι ούτως ώστε να πειστεί ο ασθενής για τις ειλικρινείς προθέσεις του συμβούλου.
4. Σταδιακά αυξήστε τις θερμίδες στις 3000 και περισσότερο. Η αύξηση των θερμίδων πρέπει να είναι ανάλογη με την ηλικία. Η αύξηση των ημερησίων θερμίδων όμως πρέπει να γίνεται σταδιακά, αρχίζοντας από τις βασικές ανάγκες (βασικό μεταβολισμό) που οι θερμίδες κυμαίνονται από 300 – 400 ημερησίως.
5. Χρησιμοποιήστε tube feeding αν είναι απαραίτητο. Αυτή δεν είναι ιδανική μέθοδος για να χορηγήσεις σε κάποιον φαγητό. Η μέθοδος με σωλήνα γίνεται μόνο σε άτομα που είναι 40% πιο κάτω από το ιδανικό τους βάρος ή χαμηλότερα.
6. Μετρήστε και κρατήστε ένα ημερολόγιο διατροφής σε αρχικό στάδιο για την καταγραφή της ημερήσιας λήψης φαγητού. Μετά σταδιακά μειώστε την έμφαση που δίνετε στο φαγητό.
7. Βοηθήστε τον ασθενή να αναπτύξει σωστές αρχές και συνήθειες διατροφής. Διαβεβαιώστε τον ασθενή ότι η δυσκοιλιότητα θα θεραπευτεί.
8. Προτείνετε διατροφή χωρίς επιπρόσθετο αλάτι για την αποφυγή κατακράτησης υγρών.
9. Αποφυγή καφεΐνης για τον λόγο ότι είναι διεγερτική ουσία και έχει διεγερτικές ικανότητες
10. Βιταμινούχο συμπλήρωμα μπορεί να είναι απαραίτητο (ψευδάργυρος κ.λ.π.).

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:



- I. Λήψη λεπτομερούς ιστορικού
- II. Κλινική εξέταση
- III. Βιοχημικές εξετάσεις
- IV. Ελεγχόμενη επαναφορά φυσιολογικού βάρους
- V. Συμμετοχή του ασθενή στη διαμόρφωση της διατροφής του
- VI. Διατροφική εκπαίδευση
- VII. Βελτίωση της αυτοπεποίθησης

Με την συστηματική υποστήριξη από ειδικούς και του κοντινού περιβάλλοντος, πλήρη εξατομίκευση και ενεργό συμμετοχή του ασθενή σε κάθε στάδιο της διαδικασίας, μπορούμε μεσοπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα να οδηγηθούμε σε πλήρη διαλεύκανση και κατανόηση των αιτιών του προβλήματος από το ίδιο το άτομο, αποκατάσταση της γενικότερης συμπεριφοράς του και κατ' επέκταση στην πλήρη αντιμετώπιση του προβλήματος.<sup>38</sup>



**Εικόνα 3.**

## **Γ. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ**

### **1. ΟΡΙΣΜΟΣ**

Η ψυχογενής βουλιμία είναι σύνδρομο, το οποίο χαρακτηρίζεται από επεισόδια υπερφαγίας κατά τη διάρκεια των οποίων το άτομο νιώθει ότι δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του για το πόσο θα φάει, ούτε μπορεί να σταματήσει να τρώει. Κατά το σύνδρομο αυτό το άτομο κάνει χρήση καθαρτικών και διουρητικών, όπως επίσης, μπορεί να προκαλεί εμετό και να κάνει υπερβολική σωματική άσκηση για τον έλεγχο του σωματικού βάρους του.<sup>8</sup>

Η ψυχογενής βουλιμία θεωρείται μια παραλλαγή της ψυχογενής ανορεξίας, με την οποία έχει κοινά πολλά κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η διατήρηση όμως, εκ μέρους των πασχόντων από ψυχογενή βουλιμία, σταθερού σωματικού βάρους αποτελεί χαρακτηριστικό διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο.

Η ψυχογενής βουλιμία είναι περισσότερο συχνή από την ψυχογενή ανορεξία και έχει αρκετές ομοιότητες με τον υπερφαγικό - καθαρτικό τύπο της δεύτερης, χωρίς όμως να προκαλεί τόσο σοβαρά προβλήματα υποσιτισμού.<sup>20</sup>

### **ΤΥΠΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ (ΚΑΤΑ DSM IV):**

- Καθαρτικός τύπος :

Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενούς βουλιμίας, ο πάσχων έχει εμπλακεί αναγκαστικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

- Μη καθαρτικός τύπος:

Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενούς βουλιμίας, ο πάσχων χρησιμοποιεί άλλες μη φυσιολογικές αντιρροπιστικές συμπεριφορές όπως νηστεία ή έντονη άσκηση αλλά δεν έχει εμπλακεί υποχρεωτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

## **2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ**

### **ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ ( DWM IV )**

Για να διαγνωστεί η ψυχογενής βουλιμία, θα πρέπει το άτομο να διακατέχεται από επιμένουσα απασχόληση με το φαγητό και ανεξέλεγκτη επιθυμία να φάει, με αποτέλεσμα να τρώει συχνά πάρα πολύ. Στη συνέχεια προσπαθεί να ισορροπήσει λαμβάνοντας καθαρτικά και διουρητικά ή κάνοντας έντονη γυμναστική, ούτως ώστε να χάσει τις θερμίδες που πήρε από το φαγητό.

Παρακάτω περιγράφονται τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας σύμφωνα με τα ταξινομικά συστήματα DSM-IV και ICD-10.

#### **ι. Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας κατά DSM-IV**

I. Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο που ακολουθούν:

1. Το να φάει κανείς, σε μια καθορισμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε δυο ώρες), μια ποσότητα φαγητού σαφώς μεγαλύτερη από εκείνη που ο περισσότερος κόσμος στην ίδια χρονική περίοδο και κάτω από τις ίδιες συνθήκες μπορεί να φάει.
2. Η ύπαρξη μιας αίσθησης απώλειας ελέγχου της υπερφαγίας κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. η αίσθηση ότι δεν μπορεί κανείς να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει το τι και το πόσο τρώει).

II. Επανελημμένη μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά προς αποφυγή αύξησης του βάρους, όπως προκλητοί εμετοί, κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμακευτικών ουσιών, νηστεία ή έντονη άσκηση.

III. Η υπερφαγία και η μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά επισυμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα για διάστημα τριών μηνών.

IV. Ο τρόπος εκτίμησης του εαυτού επηρεάζεται αδικαιολόγητα από το σωματικό σχήμα και βάρος.

V. Η διαταραχή αυτή δεν παρουσιάζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.

## **ii. Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας κατά ICD-10**

- i. Επιμένουσα υπεραπασχόληση με τη διατροφή και ακατανίκητη επιθυμία για πρόσληψη τροφής. Ο ασθενής υποκύπτει στην επιθυμία του να τρώει υπερβολικά, με επεισόδια υπερφαγίας κατά τα οποία πολύ μεγάλες ποσότητες τροφής καταναλίσκονται σε βραχείες χρονικές περιόδους.
- ii. Ο ασθενής προσπαθεί να αντιρροπήσει την «παχυντική επίδραση» της τροφής με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:
  1. Αυτοπροκαλούμενοι εμετοί
  2. Κατάχρηση καθαρτικών ουσιών
  3. Εναλλασσόμενες περιόδοι αποχής από τη πρόσληψη τροφής
  4. Χρήση φαρμάκων όπως ανορεκτικών, θυρεοειδικών σκευασμάτων ή διουρητικών. Διαβητικοί ασθενείς με βουλιμία δυνατόν να παραμελήσουν τη θεραπεία τους με ινσουλίνη.
- iii. Η ψυχοπαθολογία εκφράζεται ως νοσηρός φόβος πάχυνσης. Ο ασθενής επιβάλλει στον εαυτό του ένα αυστηρά καθορισμένο όριο σωματικού βάρους, πολύ κάτω από το προνοσηρό επίπεδο, το οποίο αποτελεί το άριστο ή το κατά τη γνώμη του γιατρού συμβατό με την υγεία σωματικό βάρος. Συχνά, αλλά όχι πάντοτε, αναφέρονται στο ιστορικό επεισόδια ψυχογενούς ανορεξίας. Τυχόν προηγούμενο επεισόδιο μπορεί να έχει πλήρη κλινική έκφραση ή, αν έχει προσλάβει ελάσσονα λανθάνουσα μορφή με μέτρια μόνο απώλεια βάρους ή και παροδική φάση αμηνόρροιας. Το μεσοδιάστημα μεταξύ ενός επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας και ενός ψυχογενούς βουλιμίας μπορεί να κυμαίνεται από λίγους μέχρι μερικά χρόνια.<sup>28</sup>

### **3. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Αυτή η διαταραχή διατροφής χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας, που ακολουθούνται από ρουτίνες ακύρωσης. Κατά τη διάρκεια των βουλιμικών επεισοδίων το άτομο καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφών σε ένα γρήγορο, αυτόματο και ανίσχυρο να του αντισταθεί μοτίβο. Όσο διαρκεί το βουλιμικό επεισόδιο το άτομο νιώθει μια πρόσκαιρη υποχώρηση της πείνας, του θυμού και άλλων αρνητικών συναισθημάτων, αλλά τελικά μένει μια αίσθηση βιολογικής ταλαιπωρίας κι ένας φόβος αναφορικά με τη λήψη βάρους. Έτσι το άτομο νιώθει την ανάγκη να «ακυρώσει» τα τρόφιμα που κατανάλωσε, συνήθως με την πρόκληση εμετού και με την προσφυγή σε κάποιο συνδυασμό δίαιτας, υπερβολικής άσκησης, καθαρτικών και διουρητικών.

- Το άτομο καταβροχθίζει τροφές.
- Όταν τρώει αισθάνεται να είναι εκτός ελέγχου
- Κάνει εμετό, κάνει κακή χρήση καθαρτικών, ασκείται υπερβολικά ή νηστεύει για να ξεφορτωθεί τις θερμίδες
- Τρέφεται μέσω βουλιμικών επεισοδίων, απέχει από το φαγητό μέχρι που ξαναπεινάει και επαναλαμβάνει το βουλιμικό του επεισόδιο
- Θεωρεί ότι μόνο κάποιος με αδύνατο σώμα αξίζει να έχει αυτοαποδοχή<sup>3</sup>

Άτομα με ψυχογενή βουλιμία έχουν συνήθως συμπτώματα για αρκετά χρόνια και η πορεία της κατάστασης αυτής χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις ή από χρόνια συνεχή συμπτωματολογία. Σε αρκετές περιπτώσεις η κατάσταση βαθμιαία περνάει σε κατάσταση ύφεσης.

Πολλοί έφηβοι εμφανίζουν σποραδικά συμπτώματα υπερφαγίας, ακολουθούμενα από διαστήματα καθαρισμού, με άμεση πρόκληση εμετού, υπερβολική άσκηση και εξαντλητική δίαιτα. Τα συμπτώματα αυτά όσο σπάνια κι αν εμφανίζονται, είναι αρκετά για να θεωρηθούν ως συμπτώματα της νόσου και να επιβάλλουν άμεση έναρξη θεραπείας.

Στα παραπάνω συμπεράσματα κατέληξαν ερευνητές από το πανεπιστήμιο του Σικάγο, Η.Π.Α. Οι ερευνητές συνέκριναν τα χαρακτηριστικά των εφήβων που έπασχαν από μερικό βουλιμικό σύνδρομο με εκείνα ατόμων που έπασχαν από τα

τυπικά χαρακτηριστικά της ψυχογενούς βουλιμίας. Η διαπίστωση ήταν ότι τα άτομα που ανήκαν και στις δύο ομάδες εμφάνιζαν τα ίδια χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, καθώς και κατάθλιψη.

«Δεν πρέπει να περιμένουμε μέχρι που ένα άτομο με μερικό σύνδρομο αναπτύξει πλήρως ψυχογενή βουλιμία» υπογραμμίζει στο σχετικό άρθρο ο δρ. Daniel le Grange, που καθοδήγησε την έρευνα.

Εκτιμάται ότι ένα ποσοστό 1-5% των εφήβων κοριτσιών εμφανίζει πλήρως ψυχογενές βουλιμικό σύνδρομο. Όμως είναι βέβαιο ότι ένα πολύ μεγαλύτερο ποσοστό, που οι σύγχρονες έρευνες το ανεβάζουν μεταξύ του 10 και του 50% των εφήβων, αγοριών και κοριτσιών, εμφανίζει μερικώς το σύνδρομο αυτό, που χαρακτηρίζεται από περιόδους υπερφαγίας ακολουθούμενες από περιόδους προσπάθειας καθαρμού.<sup>8</sup>

## **i. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΒΟΥΛΙΜΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

Πολλοί μπερδεύουν τη βουλιμία με τη λαιμαργία, όμως την πραγματικότητα πρόκειται για δύο εντελώς διαφορετικά πράγματα. Το γρήγορο και πολύ φαγητό που χαρακτηρίζει τους λαιμαργούς δεν έχει καμία σχέση με ένα βουλιμικό επεισόδιο, που συνήθως συνδέεται με σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα.

Το βουλιμικό επεισόδιο είναι η υπερκατανάλωση φαγητού σε μικρό χρονικό διάστημα στα κρυφά, με λιπαρές και παχυντικές «απαγορευμένες» τροφές. Το βουλιμικό άτομο συνεχίζει να τρώει ακόμα και όταν νιώθει ότι έχει χορτάσει. Μπορεί να τρώει εναλλάξ γλυκά και αλιυρά, σε τεράστιες ποσότητες, ενώ μετά την κρίση, προσπαθεί να βγάλει με τη βία ό,τι έφαγε. Ωστόσο για να θεωρηθεί το άτομο βουλιμικό, πρέπει οι κρίσεις πολυφαγίας να εμφανίζονται τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα, για μια περίοδο τριών έως έξι μηνών. Διαφορετικά, δεν αποτελεί νόσο αλλά σύμπτωμα. Υπάρχουν πολλά κορίτσια που κατά την περίοδο των σχολικών εξετάσεων τρώνε υπερβολικά, επιβαρύνουν το στομάχι τους και κάνουν εμετό. Εάν αυτό συμβαίνει μόνο στην συγκεκριμένη εξεταστική περίοδο, δεν είναι ανησυχητικό, είναι απλά μια εκδήλωση άγχους.<sup>29</sup>

## **4. Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ**

Αναφέρεται ότι η συχνότητα της ψυχογενούς βουλιμίας σε νεαρές γυναίκες είναι 1-3%. Σε νεαρές ηλικίες είναι περισσότερο συχνή στις γυναίκες απ' ό τι στους άνδρες σε μία σχέση 10/1. Η έναρξη της κατάστασης αυτής είναι συνήθως κατά την εφηβική ηλικία (μέση και τελική ) ή κατά την αρχή της ενηλίκου ζωής. Μεμονωμένα επεισόδια υπερφαγίας χωρίς την πλήρη εικόνα της ψυχογενούς βουλιμίας, έχουν αναφερθεί σε ποσοστό 40% νεαρών γυναικών. Στο γενικό πληθυσμό η συχνότητα της ψυχογενούς βουλιμίας έχει αναφερθεί σε συχνότητα 3-6% και η σχέση αγοριών προς κορίτσια 1/2.

Η ψυχογενής βουλιμία επηρεάζει εμφανώς περισσότερο το γυναικείο πληθυσμό και μεταξύ του πληθυσμού των κοριτσιών που βρίσκονται στην εφηβεία, η ψυχογενής βουλιμία εκδηλώνεται με συχνότητα 1% έως 3% (APA, 1994 ). Πιθανότερες ηλικίες στις οποίες μπορεί η διαταραχή να εκδηλωθεί είναι μεταξύ 13 και 20 χρονών. Μπορεί να είναι μια χρόνια κατάσταση ή να εμφανίζεται περιστασιακά και η πρόγνωσή της είναι σχετικά δύσκολη.

Οι Johnson και Connors ανασκόπησαν 19 σύγχρονες επιδημιολογικές έρευνες που έγιναν στη δεκαετία του 1980 σε μεικτούς πληθυσμούς αγοριών και κοριτσιών. Τα μέσα ποσοστά επικράτησης της ψυχογενούς βουλιμίας ήταν 1.7% για τους άνδρες και 9.8% για τις γυναίκες. Οι έρευνες αυτές εφάρμοσαν τα κριτήρια DSM 111.<sup>30</sup>

Ο Garfinkel αναφέρει ότι σε συγχρονική έρευνα μεταξύ μαθητριών σε περιοχή των ΗΠΑ βρέθηκε ένα ποσοστό επικράτησης 1.5% μεταξύ κοριτσιών ηλικίας 12-19 ετών. Σύμφωνα με τον ίδιο έχουν αναφερθεί βουλιμικά επεισόδια που φθάνουν το 40% μεταξύ σπουδαστριών πανεπιστημίων. Από την έρευνα των Pagsberg και Wang στο νησί Bornholm της Δανίας βρέθηκαν 89 περιπτώσεις γυναικών 10-24 ετών στις 100.000 να νοσοούν για όλη τη ζωή τους από ψυχογενή βουλιμία. Αντίθετα μικρότερος αριθμός νέων περιπτώσεων γυναικών (45/100.000 ) βρέθηκε να νοσει από βουλιμία. Ίδιες διαφορές επιβεβαιώθηκαν από την έρευνα του Joergensen σε άλλη περιοχή της Δανίας.

Δύο άλλες σύγχρονες έρευνες με ερωτηματολόγια και κριτήρια του DSM 111 που διεξήχθησαν στις ΗΠΑ και Ιρλανδία σε μεγάλο αριθμό μαθητών - φοιτητών έδειξαν ότι οι μαθήτριες - φοιτήτριες 13-25 ετών εμφάνιζαν ψυχογενή βουλιμία σε

αντίστοιχα ποσοστά 8.3% και 3% των δειγμάτων των σχολικών ερευνών. Φαίνεται ότι και στην περίπτωση της επιδημιολογίας της ψυχογενούς βουλιμίας ισχύει ό,τι και για την ψυχογενή ανορεξία.<sup>31</sup>

Η πραγματική επικράτηση είναι σημαντική μεταξύ των ομάδων ηλικιών και του φύλου στις οποίες συνήθως εμφανίζεται η νόσος αυτή. Σύμφωνα με στοιχεία, που παρουσίασε σε επιστημονική ημερίδα στην Αθήνα η Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας: η βουλιμία σαν πάθηση τα τελευταία χρόνια έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας. Στην Αμερική πλήττεται το 6% των γυναικών, ενώ στην Ελλάδα, αν και δεν υπάρχουν μέχρι στιγμής επίσημα στατιστικά στοιχεία, τα κρούσματα έχουν αυξηθεί με ανησυχητικό ρυθμό.<sup>6</sup>

## **5. Η ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ**

Η νευρογενής βουλιμία οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της σημασίας που δίνει η κοινωνία στην απόκτηση του λεπτού σώματος. Εμφανίζεται όταν ένα άτομο αντιμετωπίζει διάφορα προβλήματα στη ζωή του όπως οικογενειακά, κοινωνικά και άλλα. Κάτω από τέτοιες συνθήκες το άτομο αισθάνεται αβοήθητο και ανίκανο να ελέγξει αυτά που συμβαίνουν στη ζωή του. Έτσι, του είναι ευκολότερο να ελέγξει την κατανάλωση της τροφής του και να συγκεντρωθεί στην εμφάνιση του σώματος του και του βάρους του αντί να αντιμετωπίσει τα πραγματικά του προβλήματα.

Συμπερασματικά, η νευρογενής βουλιμία δεν έχει να κάνει με τη λαιμαργία και την επιθυμία για υπερβολική κατανάλωση τροφής (τα οποία παρουσιάζονται ως συμπτώματα της διαταραχής αυτής), αλλά με σωματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες.<sup>32</sup>

Βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες έχουν συνδεθεί με την αιτιολογία της ψυχογενούς βουλιμίας. Στους *βιολογικούς παράγοντες* περιλαμβάνονται η νορεπινεφρίνη (ορμόνη επινεφριδίων) και η σεροτονίνη (μεταβολικά ενεργώς ουσία). Στους *ψυχοκοινωνικούς παράγοντες* περιλαμβάνονται οικογενειακά προβλήματα, όπως απόμακρη και απορριπτική στάση προς το άτομο που εμφανίζει την ψυχογενή βουλιμία, συγκρούσεις των γονέων, διαζύγια και δυσκολία του ατόμου να λειτουργήσει αυτόνομα και ανεξάρτητα. Σημαντικό ρόλο για την δημογραφική



αύξηση της ψυχογενούς βουλιμίας τα τελευταία χρόνια έχουν παίξει τα μέσα μαζικής ενημέρωσης που προβάλλουν σταθερά ως πρότυπο επιτυχίας και ευτυχίας το καλοσχηματισμένο αδύνατο σώμα σε συνδυασμό με το ψηλό οικονομικό και κοινωνικό status. Για το άτομο με ψυχογενή βουλιμία, η ακατάσχετη κατανάλωση τροφής και στη συνέχεια ο εμετός, συμβαδίζει πολλές φορές με έντονα ανάμικτα συναισθήματα αποδοχής και απόρριψης που αισθάνεται προς τα γονικά πρόσωπα.

Οι βουλιμικοί ασθενείς είναι συχνά εξωστρεφείς και παρορμητικοί χαρακτήρες, αλλά δυσκολεύονται στο να αναπτύξουν αυτονομία και ανεξαρτησία και να αναλάβουν τις ευθύνες της ενήλικής ζωής. Το πλέον χαρακτηριστικό της ψυχογενούς βουλιμίας είναι η αδυναμία αποδοχής της φυσικής εικόνας του σώματος (χαμηλή αυτοεκτίμηση) και η δογματική υιοθέτηση υπερβολικών πεποιθήσεων και εξωπραγματικών προτύπων που οδηγεί στον παρακάτω φαύλο κύκλο παθολογικής διατροφικής συμπεριφοράς.<sup>16,18</sup>



**Εικόνα 4.**



**Εικόνα 5.**

Σχήμα 1.

## Το γνωστικό μοντέλο της νευρογενούς βουλιμίας

Χαμηλή αυτοεκτίμηση



Δυσλειτουργικές και δογματικές πεποιθήσεις για την ευτυχία, την επιτυχία στη ζωή και την εικόνα του φυσικού σώματος. Διπολική σκέψη και υπεργενίκευση, με ιδέες όπως: «Το να είναι κανείς αδύνατος είναι επιτυχία, γοητεία, ευτυχία. Πρέπει να είμαι λεπτός», «Το πάχος είναι αποτυχία, δυστυχία και κατάσταση που δημιουργεί αποστροφή. Πρέπει να μην είμαι χοντρός», «Ο αυτοέλεγχος είναι ένδειξη δύναμης και πειθαρχίας, δεν πρέπει να ενδίδω σε πειρασμούς», «Οτιδήποτε λιγότερο από την απόλυτη επιτυχία, είναι απλά αποτυχία».



ΛΠΙΟΦΑΣΗ = Θέτω και ακολουθώ αυστηρούς κανόνες: Τι να φάω, πότε και πόσο να φάω.



Αρχικά πολύ αυστηρή διαίτα.



Βουλιμία



Ενοχές, αυτομορφή και επανορθωτικές συμπεριφορές (εμετός, καθαρτικά )



Βραχυπρόθεσμη ανακούφιση αλλά μακροπρόθεσμα ενίσχυση της δυσλειτουργικής κατάστασης.

## **i. Οι φαύλοι κύκλοι της ψυχογενούς βουλιμίας**

- 1) Έχουμε έναν πρώτο φαύλο κύκλο ανάμεσα στην διαίτα και την βουλιμία. Η διαίτα είναι απότοκος των βουλιμικών επεισοδίων αλλά παράλληλα τα ενεργοποιεί και άρα τα διαιωνίζει: η πείνα, η ψυχολογική στέρηση αλλά και οι λανθασμένες διεργασίες στη σκέψη του ασθενούς όπως η διπολική σκέψη, οδηγούν το άτομο σε ένα αίσθημα ανεπάρκειας αυτοελέγχου που ακολουθείται από αρνητικά συναισθήματα και τελικά από εγκατάλειψη της προσπάθειας ελέγχου της κατανάλωσης φαγητού.
- 2) Ο δεύτερος φαύλος κύκλος αφορά τη συσχέτιση της βουλιμίας με διάφορες επανορθωτικές ενέργειες για την εξουδετέρωση των αποτελεσμάτων της πολυφαγίας και τον έλεγχο του βάρους. Η πίστη στην αποτελεσματικότητα π.χ. του αυτοαποκαλούμενου εμετού ενισχύει την υπερκατανάλωση τροφής και τα βουλιμικά επεισόδια. Όταν το στομάχι είναι γεμάτο μετά από ένα βουλιμικό επεισόδιο, είναι πιο εύκολη η πρόκληση εμετού.
- 3) Ο τρίτος φαύλος κύκλος αναφέρεται στις ενοχές και τα αισθήματα αυτομομφής που δημιουργούνται εξαιτίας της απώλειας ελέγχου κατά τα βουλιμικά επεισόδια.
- 4) Η υπερβολική ενασχόληση με το βάρος και η άμεσα εξαρτημένη από το σωματικό εγώ μειωμένη αυτοεκτίμηση ενισχύει την απόφαση για διαίτα και άρα διατηρεί την βουλιμία.
- 5) Η υπερβολική ενασχόληση με το βάρος σχετίζεται τελικά με μακροχρόνια συναισθήματα ανεπάρκειας και χαμηλής αυτοεκτίμησης.<sup>8</sup>

## **6. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Όπως και στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας η διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας είναι αρκετά δύσκολη, δεδομένου ότι ο πάσχων αφ' ενός μεν, διατηρεί φυσιολογικό σωματικό βάρος και αφ' ετέρου φροντίζει επιμελώς να καλύπτει την υπερφαγική ή και την καθαρτική συμπεριφορά.

Όπως και στην ψυχογενή ανορεξία ο κλινικός που θα ασχοληθεί με το άτομο που παρουσιάζει βουλιμική συμπεριφορά, πρέπει να είναι ενήμερος για την πιθανή ύπαρξη κάποιας σωματικής πάθησης, η οποία ευθύνεται για τη συμπεριφορά αυτή.

Ο κλινικός και παρακλινικός έλεγχος θα επικεντρωθεί σε παθήσεις του Κ.Ν.Σ. και ειδικότερα σε επιληπτικού τύπου ισοδύναμα και όγκους του εγκεφάλου. Τα σύνδρομα Klüver - Buky και Kleine - Levin χαρακτηρίζονται από υπερφαγία, διαθέτουν όμως, το καθένα ξεχωριστά, συγκεκριμένη συμπτωματολογία, η οποία σπάνια θα επιτρέψει τη δημιουργία διαφοροδιαγνωστικών προβλημάτων.<sup>24</sup>

Στο DSM-IV στις διαταραχές πρόσληψης τροφής περιλαμβάνεται και η υπερφαγική διαταραχή, η οποία έχει πολλά κοινά σημεία με την ψυχογενή βουλιμία αλλά και σημαντικές διαφορές. Τα άτομα με υπερφαγική διαταραχή δεν χαρακτηρίζονται από υπερβολική ενασχόληση με το σωματικό βάρος και σχήμα, που επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση του πάσχοντος, ενώ παράλληλα δεν παρουσιάζουν τη χαρακτηριστική αντιρροπιστική συμπεριφορά με τους αυτοπροκλητούς εμέτους και την κατάχρηση υπακτικών.

Στη διάγνωση της υπερφαγίας που συνδυάζεται με άλλες ψυχολογικές διαταραχές περιλαμβάνονται τα άτομα εκείνα που παρουσιάζουν υπερφαγικά επεισόδια σαν αντίδραση σε δυσφοριογόνα γεγονότα. Το πένθος, τα ατυχήματα, οι χειρουργικές επεμβάσεις και άλλα γεγονότα συναισθηματικά φορτισμένα συχνά αποτελούν την απαρχή για αυξημένη κατανάλωση τροφών και συνακόλουθη αύξηση του σωματικού βάρους, ιδιαίτερα σε άτομα που είναι προδιατεθειμένα για αύξηση του σωματικού βάρους.

Η αύξηση του σωματικού βάρους, η οποία είναι απότοκη βουλιμικών επεισοδίων και υπερφαγίας, δεν πρέπει να συγχέεται με την παχυσαρκία, η οποία αποτελεί ιδιαίτερη νοσολογική οντότητα. Η παχυσαρκία γενικότερα αλλά και η παχυσαρκία σαν αίτιο ψυχολογικής διαταραχής δεν περιλαμβάνεται στην ευρύτερη διαγνωστική κατηγορία της ψυχογενούς βουλιμίας. Η παχυσαρκία μπορεί να καθιστά το άτομο ιδιαίτερα ευαίσθητο σε σχέση με την εμφάνισή του και να οδηγήσει σε απώλεια της εμπιστοσύνης στις διαπροσωπικές του σχέσεις, όπως και σε υπερβολική υποκειμενική εκτίμηση του μεγέθους και του σχήματος του σώματος. Η παχυσαρκία του τύπου αυτού υπάγεται διαγνωστικά σε άλλες διαγνωστικές κατηγορίες σύμφωνα με το ICD-10. Αυτό συμβαίνει και σε άλλες συναισθηματικές διαταραχές, για παράδειγμα στη μεικτή αγχώδη και καταθλιπτική διαταραχή ή στη νευρωσική διαταραχή μη άλλως καθοριζόμενη. Η παχυσαρκία τέλος, σαν ανεπιθύμητο αποτέλεσμα μακροχρόνιας θεραπείας με νευροληπτικά, αντικαταθλιπτικά ή άλλης μορφής φαρμακευτικές ουσίες, η οποία οφείλεται σε υπερφαγία, δεν υπάγεται στην

κατηγορία της ψυχογενούς βουλιμίας, αλλά σε εκείνη της φαρμακογενούς παχυσαρκίας.<sup>3</sup>

## **7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ**

Για να σπάσει ο κύκλος της βουλιμίας το πρόβλημα πρέπει να αντιμετωπιστεί στη ψυχολογική, παθολογική και διατροφική του διάσταση. Η θεραπεία της νευρογενούς βουλιμίας συμπεριλαμβάνει την αντιμετώπιση του προβλήματος σε όλες του τις διαστάσεις, και απαιτεί τη συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων:

- Ψυχολόγου ή και ψυχιάτρου: οι οποίοι αναλαμβάνουν τη ψυχολογική πτυχή του προβλήματος.
- Εγγεγραμμένου διαιτολόγου ή και κλινικού διαιτολόγου: ο οποίος εκπαιδεύει το άτομο σχετικά με το τι είναι ισοζυγισμένη διατροφή καθώς και την απόκτηση σωστών διατροφικών συνηθειών. Στην περίπτωση που τα άτομα παρουσιάζουν κλινικά συμπτώματα (αρρυθμίες, ορμονικές διαταραχές, νεφρική ή και καρδιακή ανεπάρκεια κτλ), τα άτομα πρέπει να παρακολουθούνται από κλινικό διαιτολόγο.
- Παθολόγου ή γιατρού άλλης ειδικότητας: ο οποίος αναλαμβάνει την παθολογική πτυχή του προβλήματος.

Το βουλιμικό άτομο παρόλο που μπορεί να αναγνωρίσει ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα μπορεί ενδεχομένως να αρνηθεί να ζητήσει βοήθεια. Επιπλέον, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα συμπτώματα της νευρογενούς βουλιμίας να εμφανιστούν ξανά σε κάποιο στάδιο της ζωής του ατόμου. Για το λόγο αυτό, η θεραπεία της μπορεί να κρατήσει αρκετό καιρό, αφού πρέπει να αλλάξει ο τρόπος που το άτομο αντιμετωπίζει τα προβλήματα του.<sup>32</sup>

### **i. Διατροφική αντιμετώπιση**

#### **Το βουλιμικό άτομο πρέπει:**

- Να τρώει τακτικά γεύματα. Αυτό θα μειώσει την ανάγκη για υπερκατανάλωση τροφής.
- Να είναι με άλλα άτομα μετά τα γεύματα.
- Να απασχολείται με άλλες δραστηριότητες μετά από κάθε γεύμα.

- Να ηρεμεί μετά από κάθε γεύμα.
- Να αποφεύγει την υπερκατανάλωση τροφής με την προοπτική να προκαλέσει εμετό.
- Αν προκαλέσει εμετό ή κάνει χρήση καθαρτικών, να προσπαθήσει να πάρει το επόμενο γεύμα κανονικά.

Η θεραπευτική προσέγγιση της ψυχογενούς βουλιμίας είναι ένας συνδυασμός θεραπείας της συμπεριφοράς και υποστηρικτικής θεραπείας. Η νοσηλεία του βουλιμικού ατόμου σε νοσηλευτικό ίδρυμα είναι απαραίτητη μόνο εφόσον υπάρχουν επιπλοκές από την μείωση του βάρους ή λόγω των συνεχόμενων προκλητών εμετών όπως είναι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ρήξη του οισοφάγου. Έχει παρατηρηθεί ότι η γνωστική, η οικογενειακή και η ομαδική ψυχοθεραπεία έχουν αρκετά καλή αποτελεσματικότητα. Εκτός από τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν χρησιμοποιηθεί και αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα οποία μπορεί να ελαττώσουν τη συμπεριφορά υπερφαγίας.

Η θεραπεία των διαταραχών διατροφής απαιτεί το συντονισμό διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων, που περιλαμβάνουν την ψυχοθεραπεία, την ειδική διατροφή και τη φαρμακοθεραπεία. Η βαρύτητα της ασθένειας θα καθορίσει τη νοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση. Προτείνεται νοσηλεία που συνήθως διαρκεί δύο έως τέσσερις μήνες, όταν υπάρχει άμεσος κίνδυνος για τη ζωή. Κατά τη διάρκειά της μπορούν να χρησιμοποιηθούν παρεντερική διατροφή, οροί, ειδική διαιτητική αγωγή, ενώ προσδιορίζεται το βάρος εξόδου. Η επαναπρόσληψη βάρους επιτυγχάνεται με σταδιακή αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης θερμίδων. Η μέτρηση της αύξησης του βάρους και όχι της κατανάλωσης τροφής προφυλάσσει από τη δημιουργία συγκρούσεων με το νοσηλευτικό προσωπικό. Καλό είναι να μη χορηγείται ορμονική θεραπεία για την αποκατάσταση της περιόδου μέχρι την πλήρη επαναπρόσληψη βάρους.

Εκτός από την καθαρά ιατρική φροντίδα απαιτείται ψυχοθεραπευτική υποστήριξη. Οι κοπέλες αυτές πρέπει να κατανοήσουν το νοσηρό της κατάστασής τους και να συνεργαστούν για τη θεραπεία τους. Σε περιπτώσεις που δεν απαιτείται νοσηλεία, τη θεραπευτική αντιμετώπιση αναλαμβάνει ομάδα γιατρών που αποτελείται από παθολόγο, ψυχίατρο, ενδοκρινολόγο και διαιτολόγο. Εκτός από την ίδια την πάσχουσα, στην αντιμετώπιση της διαταραχής πρέπει να συμμετέχουν και οι γονείς, στο πλαίσιο ψυχοθεραπείας είτε ως ζευγάρι και ανεξάρτητα από την ασθενή, είτε από κοινού με αυτήν.<sup>34</sup>

## **ii. Φαρμακευτική θεραπεία**

Ορισμένα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά για την παροδική μείωση των βουλιμικών επεισοδίων. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα της αντικαταθλιπτικής αγωγής είναι αμφιλεγόμενη, επειδή φαίνεται ότι οι περισσότεροι ασθενείς υποτροπιάζουν γρήγορα. Η έλλειψη μακροχρόνιας θεραπευτικής αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής θεραπείας, η άρνηση των ασθενών να δεχτούν τα φάρμακα ως την μοναδική θεραπεία για το πρόβλημα τους ( Leitenberg et.al.1992 ) και η συχνή διακοπή της θεραπείας και, μας οδηγεί συνήθως αναγκαστικά στην ψυχολογική θεραπεία.<sup>8,26</sup>

## **iii. Γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία**

Η γνωσιακή θεραπεία δεν στοχεύει μόνο στην αλλαγή της συγκεκριμένης δυσλειτουργικής συμπεριφοράς, αλλά και στην βαθύτερη αλλαγή των δυσλειτουργικών καταστάσεων του ασθενούς που σχετίζονται με την εικόνα του σώματος του. Η θεραπεία περιλαμβάνει την σύνθεση συμπεριφορικών και γνωσιακών τεχνικών που βοηθούν τον ασθενή ώστε: Να αντιμετωπίζει τα εσωτερικά και τα εξωτερικά ερεθίσματα που τον οδηγούν στα βουλιμικά επεισόδια. Να έχει μεγαλύτερο αυτοέλεγχο για τη ρύθμιση της διατροφικής του συμπεριφοράς. Να εκπαιδευτεί σε στρατηγικές πρόληψης υποτροπής της βουλιμίας. Οι τεχνικές περιλαμβάνουν την Μπεκιανή γνωσιακή αναδόμηση, την αυτοπαρατήρηση των δυσλειτουργικών σκέψεων και συμπεριφορών, την εκπαίδευση, την επίλυση προβλήματος. Είναι μια ενεργητική διαδικασία, ημιδομημένη, εστιασμένη στο πρόβλημα, στο εδώ και τώρα και στο μέλλον, όχι στο παρελθόν. Ο θεραπευτής προσφέρει πληροφορίες, συμβουλές, στηρίζει και ενθαρρύνει. Γίνεται σε εξωνοσοκομειακή βάση, η διάρκεια της είναι περίπου 6 μήνες και ο αριθμός των θεραπευτικών συνεδρίων κυμαίνεται από 10 έως 20.<sup>5,8</sup>

#### **iv. Οι ασθενείς με νευρική βουλιμία συνήθως αποφεύγουν να ζητήσουν ιατρική βοήθεια.**

**Οι λόγοι είναι οι εξής:**

1. Ντροπή, ενοχές και μυστικισμός απέναντι για το πρόβλημά τους.
2. Λανθασμένες πεποιθήσεις ότι το πρόβλημα δεν είναι σοβαρό ή ότι δεν αξίζει βοήθεια και θα εξαφανιστεί από μόνο του και επιρροές από λανθασμένες αντιλήψεις του περιβάλλοντος (π.χ. «όλα είναι στο μυαλό σου» ).
3. Λανθασμένες ιατρικές συμβουλές και παρεμβάσεις λόγω έλλειψης εμπειρίας στην βουλιμία (π.χ. σύσταση δίαιτας ).
4. Οικονομικές δυσκολίες.

#### **Τι πρέπει να γίνει:**

Η ενημέρωση είναι ο καλύτερος τρόπος πρόληψης. Η διατροφική εκπαίδευση αποτελεί σημαντική ασπίδα προστασίας. Γνωρίζοντας το ποιες τροφές έχουν χαμηλή ενεργειακή πυκνότητα (χαμηλές σε θερμίδες), τις οποίες μπορούμε να καταναλώσουμε σε μεγαλύτερη ποσότητα, μας απαλλάσσει από το άγχος της αύξησης βάρους.

Πολύ σημαντικό είναι επίσης να γίνει σαφές ότι το χαμηλό βάρος δε σημαίνει απαραίτητα και υγεία. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι όσο υπάρχουν κίνδυνοι από την παχυσαρκία, άλλο τόσο υπάρχουν και κίνδυνοι από το πολύ χαμηλό σωματικό βάρος. Ο υγιής είναι αυτός που έχει φυσιολογικό σωματικό βάρος και τρώει υγιεινά.

Είναι πολύ προτιμότερο να έχει κάποιος κάποια κιλά παραπάνω από το φυσιολογικό και να διατρέφεται σωστά, παρά να έχει το ιδανικό βάρος και άσχημες διατροφικές συνήθειες.<sup>35</sup>



## **8. ΔΙ.ΚΕ.Ψ.Υ. (Διεπιστημονικό Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Παιδιών & Ενηλίκων)**

Το ΔΙ.ΚΕ.Ψ.Υ. δημιουργήθηκε με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας παιδιών, εφήβων και ενηλίκων μέσα από έγκυρη επιστημονική διάγνωση και εξειδικευμένες υποστηρικτικές θεραπείες. Μια έμπειρη διεπιστημονική ομάδα ειδικών οι οποία στελεχώνεται από Ψυχολόγο, Ψυχοθεραπευτή, Ψυχίατρο, Παιδοψυχολόγο, Λογοπαιδικό, Εργοθεραπευτή, Ειδικό Παιδαγωγό, συμβάλλει στην επιτυχή διεκπεραίωση του στόχου αυτού με την ολοκληρωμένη διάγνωση και θεραπεία.

Υπηρεσίες που προσφέρονται στο ΔΙ.ΚΕ.Ψ.Υ.:

- Ψυχοθεραπεία
- Λογοθεραπεία
- Έργοθεραπεία
- Ειδική αγωγή
- Αγωγή δυσλεξίας
- Παιδονευρολογική αντιμετώπιση
- Παιδοψυχιατρική παρακολούθηση
- Συμβουλευτική γονέων
- Συμβουλευτική ζευγαριών
- Θεραπεία διατροφικών συνηθειών (Ψυχογενής βουλιμία, Νευρική ανορεξία)
- Ένταξη στο πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης παιδιών με αυτιστική διαταραχή (Lovaas)
- Επαγγελματικός προσανατολισμός
- Φυσιοθεραπεία / Κινησιοθεραπεία
- Ακουστική θεραπεί με παιδιά με Αυτιστική διαταραχή Α.Ι.Τ – (Auditory Integration Training)

Το τμήμα διάγνωσης και θεραπείας παιδιών και εφήβων του ΔΙ.ΚΕ.Ψ.Υ. καλύπτει διαγνωστικά και θεραπευτική τις ανάγκες παιδιών από τη βρεφική ηλικία μέχρι και το τέλος της εφηβικής περιόδου. Απευθύνεται σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες (δυσλεξία), διαταραχές λόγου, φωνής, ομιλίας, αναπτυξιακές διαταραχές,

ψυχοκινητική καθυστέρηση, ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες, διάχυτη διαταραχή της ανάπτυξης (αυτισμός), αντιμετώπιση διαζυγίου γονιών καθώς και σε παιδιά και εφήβους με δυσκολίες στην κοινωνική ένταξη, προβλήματα συμπεριφοράς, αναζήτηση επαγγέλματος και διατροφικές διαταραχές (ψυχογενής βουλιμία, νευρική ανορεξία). Στο κέντρο γίνονται δεκτά όλα τα ασφαλιστικά ταμεία.<sup>36</sup>



**Εικόνα 6.**

# Μέρος Β'

# ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ - ΒΟΥΛΙΜΙΑ

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχική υγεία του ατόμου επηρεάζεται σημαντικά από την ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία, καθώς επίσης οι διαταραχές αυτές είναι δυνατόν να επηρεαστούν από την ψυχική κατάσταση του ατόμου που πάσχει. Η διαταραχή της ψυχικής υγείας είναι μια προσωπική απάντηση στις ατομικές συνθήκες ζωής. Η βασική, λοιπόν, υπόθεση είναι ότι υπάρχει αλληλεπίδραση κοινωνικών, οικογενειακών και προσωπικών παραγόντων, όπως κοινωνική απομόνωση και προβληματική κοινωνική ζωή, οικονομική εξάρτηση, αποσύνθεση της οικογένειας, συναισθηματική απογύμνωση, ερωτική απογοήτευση, εμμονή στα νιάτα, στην ομορφιά, στην εικόνα και στο σχήμα του σώματος, οι οποίοι αποτελούν ένα είδος προδιαθεσικού πλαισίου.

Όπως προαναφέρθηκε ψυχικές διαταραχές που συνυπάρχουν με την ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία είναι οι ακόλουθες:

- Κατάθλιψη
- Τάσεις αυτοκαταστροφής
- Αγχώδεις διαταραχές
- Φοβία
- Υστερία
- Μανία
- Σχιζοφρένεια
- Έμμονες ιδέες
- Διαταραχές προσωπικότητας<sup>37</sup>

# **A. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

## **1. ΟΡΙΣΜΟΣ**

Η λέξη κατάθλιψη έχει πολλές και διαφορετικές σημασίες. Άλλα εννοούμε όταν την χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας γλώσσα και άλλα όταν την χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε ένα κλινικό σύνδρομο που απαιτεί θεραπεία. Η κατάθλιψη με την κοινή σημασία του όρου είναι μία άσχημη διάθεση που είναι η φυσιολογική απάντηση σε ένα ερέθισμα που συνήθως έχει να κάνει με μια αίσθηση απώλειας, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός, η απώλεια της εργασίας, η μη επίτευξη των στόχων μας, η απώλεια ενός υλικού αγαθού και άλλα. Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις δεν διαρκούν πολύ, συνήθως δεν επηρεάζουν την γενική λειτουργικότητα και δραστηριότητα του ατόμου, εύκολα μεταβάλλονται και τροποποιούνται και συνήθως αυτοπεριορίζονται.<sup>5</sup>

Ως κλινικό σύνδρομο θεωρείται ότι η κατάθλιψη είναι η διαταραχή της διάθεσης ενός ατόμου το οποίο παρουσιάζει καταθλιπτικό συναίσθημα, απώλεια ενδιαφερόντων και ευχαρίστησης, περιορισμένη δραστηριότητα και ενεργητικότητα, απαισιόδοξες σκέψεις για το μέλλον<sup>8</sup> καθώς και διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης, με συναισθήματα μοναξιάς, απόγνωσης, απελπισίας και χαμηλής αυτοεκτίμησης.<sup>39</sup>

### **ι. Είδη κατάθλιψης**

Υπάρχουν τρεις βασικές κατηγορίες κλινικής κατάθλιψη:

1. Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (Κλινική Κατάθλιψη)
2. Δυσθυμία (Χρόνια Κατάθλιψη)
3. Διπολική Διαταραχή (Μανιοκατάθλιψη)

Υπάρχουν επίσης, διάφορες υποκατηγορίες κατάθλιψης:

- Εποχιακή Συναισθηματική διαταραχή («Στεναχώρια του χειμώνα»)

- Επιλόχειος Κατάθλιψη (Κατάθλιψη μετά τη γέννα, μερικές φορές ονομάζεται λανθασμένα «Μελαγχολία των νεογέννητων»)
- Διπλή Κατάθλιψη (δυσθυμία και μείζων κατάθλιψη ταυτόχρονα)
- Άτυπη Κατάθλιψη (χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα συμπτώματα)
- Κατάθλιψη στους Ηλικιωμένους (κατάθλιψη σε άτομα άνω των 65)<sup>5</sup>

## **2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Σύμφωνα με έρευνες, ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία – βουλιμία παρουσιάζουν στοιχεία κατάθλιψης, καθώς επίσης άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν μεγάλο ποσοστό να εμφανίσουν διαταραχές στην όρεξη για φαγητό. Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί ανορεξία, δηλαδή απώλεια της όρεξης για φαγητό με αποτέλεσμα απώλεια βάρους. Για παράδειγμα, ένας ασθενής 75 κιλών μπορεί να έχει χάσει σ' ένα μήνα πάνω από 5 κιλά. Σε μία μικρή ομάδα ασθενών προκαλείται το αντίθετο σύμπτωμα, δηλαδή αυξημένη όρεξη ή βουλιμία με πρόσληψη βάρους.

Παρατηρείται επίσης, μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης για δραστηριότητες που συνήθως άρεσαν στον ασθενή. Για παράδειγμα, μια μητέρα έχασε το ενδιαφέρον της να φροντίσει το μικρό της παιδί, να καθαρίσει το σπίτι της, να βγει έξω να ψωνίσει με μία φίλη της, να ντυθεί όμορφα, πράγματα που πριν την ευχαριστούσαν πολύ. Η αλλαγή αυτή στη συμπεριφορά της είχε γίνει πολύ αντιληπτή από το στενό της περιβάλλον.

Επιπροσθέτως, εμφανίζεται καταθλιπτική διάθεση δηλαδή ένα στενάχωρο συναίσθημα κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε ημέρα. Όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση, είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των άλλων. Για παράδειγμα, ο ασθενής κλαίει συχνά και αισθάνεται πολύ στεναχωρημένος. Αυτό είναι και το σύμπτωμα από το οποίο πήρε και τη γενικότερη ονομασία της η διαταραχή αυτή.

Μία ακόμα διαταραχή που παρατηρείται στην κατάθλιψη είναι δυσκολία στον ύπνο. Η διαταραχή αυτή του ύπνου μπορεί να έχει πολλές μορφές. Για παράδειγμα, μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, ξυπνούν δηλαδή πολλές φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας. Χαρακτηριστικό όμως της κατάθλιψης είναι, ότι οι ασθενείς ξυπνούν από πολύ πρωί.

για παράδειγμα, ξυπνάνε από τις 4 η ώρα και δεν ξανακοιμούνται. Αυτή η πρόωμη αφύπνιση όπως λέγεται εμφανίζεται πιο συχνά στην κατάθλιψη.

Τυπικό σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι η απώλεια του ενδιαφέροντος για την ερωτική πράξη. Ας σημειωθεί ότι εδώ αναφερόμαστε στη διάθεση για σεξ και όχι στο αν γίνεται ή όχι η ερωτική πράξη. Για παράδειγμα, μία γυναίκα με κατάθλιψη μπορεί να κάνει έρωτα με το σύζυγό της γιατί εκείνος το θέλει, αλλά η ίδια αν ερωτηθεί θα πει ότι δεν το επιθυμεί καθόλου και δεν της προκαλεί καμία ευχαρίστηση.

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό είναι η απώλεια των δυνάμεων και της ενεργητικότητας. Ο ασθενής με κατάθλιψη νιώθει σαν να τον έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις του, αισθάνεται κουρασμένος όλη την ώρα και γι' αυτό πολλές φορές κάθεται στην καρέκλα και δεν κάνει τίποτα. Μερικοί ασθενείς μπορεί από την άλλη να εμφανίζουν έντονη ανησυχία και άγχος, σαν κάτι κακό να πρόκειται να συμβεί.

Επίσης συχνό φαινόμενο είναι η αδυναμία συγκέντρωσης, σκέψης, μνήμης ή λήψης αποφάσεων. Ο ασθενής με κατάθλιψη δεν μπορεί να συγκεντρωθεί εύκολα. Το μυαλό του φαίνεται να είναι απασχολημένο με άλλες ιδέες και σκέψεις.

Άτομα που παρουσιάζουν κατάθλιψη τυπικά πιστεύουν ότι οι ίδιοι φταίνε για την τροπή που έχει πάρει η ζωή τους και ότι όλα είναι δικά τους λάθη. Τους διακατέχουν ιδέες ενοχής, αυτομομφής και αναξιότητας. Νιώθουν ότι η κατάσταση που περνάνε είναι σαν ένα είδος τιμωρίας για πράγματα που έκαναν στο παρελθόν. Μπορεί να νιώθουν ότι δεν αξίζουν τίποτα σαν άνθρωποι, ότι είναι ένα μηδενικό. Τους διακατέχουν επίσης, ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον. Ο ασθενής με κατάθλιψη χρωματίζει το μέλλον του με μαύρα χρώματα. Πιστεύει ότι πολύ δύσκολα θα αλλάξει την κατάσταση της ζωής του.

Συχνό φαινόμενο σε έναν καταθλιπτικό ασθενή, είναι οι ιδέες που έχει για αυτοκτονία. Μερικές φορές ο ασθενής νιώθει τόσο απελπισμένος και αβοήθητος που μπαίνουν στο μυαλό του ιδέες αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη.

Τέλος, πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρουν μία ποικιλία από σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, πόνους γενικά στο σώμα τους, προβλήματα από το γαστρεντερικό και άλλα. Πολλές φορές τα συμπτώματα αυτά τους οδηγούν σε διάφορους γιατρούς ή στα νοσοκομεία.<sup>5,8,38</sup>

## **B. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ (ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗΣ)**

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος στην ψυχογενή ανορεξία – βουλιμία καθώς επίσης και πολλές φορές αναπόφευκτο επακόλουθο της κατάθλιψης, είναι η αυτοκτονία, η οποία μοιάζει σαν μοναδική διέξοδος από την απελπισία, σύμφωνα με τον διαστρεβλωμένο τρόπο σκέψης του ανορεκτικού ασθενούς. Η έγκαιρη παρέμβαση είναι ο καλύτερος τρόπος να αντιμετωπισθεί ο κίνδυνος αυτοκαταστροφής, ο οποίος είναι καλύτερο να υπερεκτιμάται από το να υποτιμάται.<sup>38</sup> Η επιπλοκή αυτή είναι περισσότερο πιθανή σε άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απομόνωση και οικογενειακά προβλήματα.<sup>8</sup>

Άλλες πιθανές επιπλοκές μπορεί να προέρχονται από την κακή σίτιση και την εν γένει παραμέληση της φροντίδας του εαυτού, από την κοινωνική απόσυρση (όπου ο ασθενής μπορεί να απέχει από την εργασία και να αποφεύγει τα κοινωνικά και οικογενειακά στηρίγματα), ενώ σε κάποιες περιπτώσεις η διαστρεβλωμένη σκέψη μπορεί να προσλαμβάνει ψυχωτικό χαρακτήρα (με παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις συνήθως σύντονες με την συναισθηματική διάθεση).<sup>38</sup>

Επίσης πιθανές επιπλοκές μπορεί να θεωρηθούν: η κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών, καθώς και τα προβλήματα που μπορεί να φέρει στον ασθενή η κόπωση, η ανηδονία και το καταθλιπτικό συναίσθημα. Τέτοια προβλήματα μπορεί να είναι η απώλεια της εργασίας, η αποτυχία στα μαθήματα και η δυσκολία στις διαπροσωπικές και οικογενειακές σχέσεις.<sup>8</sup>

### **ι. Κατάθλιψη - Απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία**

Τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί κατά πολύ οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας, που αναδεικνύονται σε χαρακτηριστική συμπεριφορά της εφηβείας. Οι απόπειρες αυτοκτονίας σηματοδοτούν την αποτυχία της μετάβασης από την κρίση της εφηβείας και αποτελούν σημαντικό τρόπο συμπεριφοράς και μέσο προσέλκυσης της συμπεριφοράς των άλλων. Στην εφηβεία επίσης συναντώνται σε αυξημένη συχνότητα τα αυτοκτονικά ισοδύναμα, συμπεριφορές που θέτουν σε



κίνδυνο τη ζωή ή τη σωματική ακεραιότητα χωρίς να υπάρχει συνειδητή επιθυμία θανάτου (π.χ. επικίνδυνη οδήγηση μηχανής).

Έχει παρατηρηθεί ότι η συχνότητα των αυτοκτονιών αυξάνεται σε μεγάλο βαθμό κατά τη μετάβαση από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα τροχαία. Οι απόπειρες αυτοκτονίας διπλασιάζονται στην εφηβεία (18% στο γενικό πληθυσμό, 35% στους εφήβους), ενώ ως προς το φύλο στις απόπειρες υπερτερούν τα κορίτσια και στις επιτυχείς αυτοκτονίες τα αγόρια. Σημαντικό είναι επίσης ότι σε μεγάλο ποσοστό (30 - 50%) ακολουθεί επανάληψη της απόπειρας σε διάστημα μικρότερο των έξι μηνών. Αυτό μας δείχνει τη μεγάλη απελπισία που νιώθει ο έφηβος και ότι κάθε απόπειρα, όσο και αν φαίνεται πειστική ως προς το περιβάλλον και απευθύνεται κυρίως στους γονείς, πρέπει πάντα να αντιμετωπίζεται σοβαρά.

Η λήψη φαρμάκων (ασπιρίνες, depon) και η φλεβοτομία είναι οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι τρόποι αυτοκτονίας. Απόπειρες αυτοκτονίας κάνουν συχνά οι έφηβοι που παρουσιάζουν κατάθλιψη και νιώθουν ότι η ζωή δεν έχει νόημα και σκοπό. Αρνητικά γεγονότα, όπως μετανάστευση, κοινωνική απομόνωση, διαζύγιο των γονέων, αλλαγή σχολείου, σχολική αποτυχία και ερωτική απογοήτευση, μπορούν να οδηγήσουν στην αυτοκτονική πράξη.

Η καλύτερη αντιμετώπιση είναι η πρόληψη, δηλαδή η πληροφόρηση των εφήβων, γονέων και δασκάλων, η οποία θα τους βοηθήσει να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης και των τάσεων αυτοκτονίας. Όταν γίνει μία απόπειρα ο έφηβος πρέπει να νοσηλευτεί για να του δείξουμε πόσο σοβαρό είναι αυτό που έκανε και ότι χρειάζεται απαραίτητα βοήθεια. Στη συνέχεια απαιτείται η ψυχοθεραπευτική υποστήριξή του και συμβουλευτική γονέων για να μπορούν να βοηθήσουν τον έφηβο χωρίς να υποκύπτουν σε πιθανή χειριστική συμπεριφορά του.<sup>39</sup>

## **Γ. ΦΟΒΙΑ**

Η φοβία είναι ένας παράλογος και έντονος φόβος για ένα αντικείμενο, χώρο ή κατάσταση που έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να αποφεύγει έντονα την οποιαδήποτε επαφή με αυτό που φοβάται. Όταν η συμπεριφορά αποφυγής ενός ατόμου για το αντικείμενο ή την κατάσταση που φοβάται ( π.χ. ο φόβος για τις κατσαρίδες) δεν επηρεάζει τις συνηθισμένες και καθημερινές του ενασχολήσεις, τότε η φοβική συμπεριφορά δεν αποτελεί διαταραχή. Αν όμως η φοβία ενός ατόμου για κάτι, το

αναγκάζει να παραιτηθεί είτε από την δουλειά του ή τις καθημερινές απλές δραστηριότητες (να πάει για ψώνια, να κάνει μία επίσκεψη, ή ένα ταξίδι και άλλα) τότε πρόκειται για φοβική διαταραχή.

Το άτομο γνωρίζει ότι ο φόβος του είναι παράλογος ή μη ρεαλιστικός παρόλα αυτά όμως δεν μπορεί να αποφύγει το αίσθημα αυτό.

Τύποι ειδικών φοβιών είναι: η φοβία για τα ζώα ( έντομα, σκύλοι κτλ.), για το αίμα, τις ενέσεις, το φυσικό περιβάλλον (το νερό, το ύψος, τον αέρα) η μικροβιοφοβία (παθολογικός φόβος για τα μικρόβια). Άλλοι τύποι ειδικών φοβιών είναι φοβίες για καταστάσεις ( ο φόβος για τα αεροπλάνα, για τα ταξίδια, τα κλειστά μέρη, τα ατυχήματα κ.α.)

Η φοβία που μπορεί να προκαλέσει νευρική ανορεξία – βουλιμία είναι η κοινωνική φοβία (αγοραφοβία). Παράγοντες για την έναρξη της φοβίας αυτής είναι η λανθασμένη εικόνα που έχει το άτομο που πάσχει, για τον εαυτό του, για την εικόνα και το σχήμα σώματός του. Το άτομο αισθάνεται παχύ και φοβάται ότι με την εικόνα του αυτή, δε θα είναι αρεστό στους γύρω του και θα τοποθετηθεί από την κοινωνία στο περιθώριο.<sup>23,40</sup>

## **Δ. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

Η σχιζοφρένεια είναι μία βαριά ψυχωτική διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος της ομιλίας της συμπεριφοράς, των διαπροσωπικών σχέσεων και γενικά από αποδιοργάνωση της προσωπικότητας.

Σπάνιο φαινόμενο δε είναι, οι σχιζοφρενείς ασθενείς να οδηγούνται σε ανορεξία. Όταν όμως αυτό συμβεί παρουσιάζεται σε αυτούς μεγάλη απώλεια βάρους. Αντιθέτως, άτομα με ανορεξία λόγω των εγκεφαλικών διαταραχών που παρουσιάζουν και της κακής διατήρησης της εικόνας του οργανισμού τους, είναι πολύ πιθανό να παρουσιάσουν συμπτώματα της σχιζοφρένειας (παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, παραλυρητικές ιδέες, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, χάλαση των συνειρμών, διαταραχές του συναισθήματος ).<sup>41</sup>

## **E. ΥΣΤΕΡΙΑ ΚΑΙ MANIA**

### **1.α .ΟΡΙΣΜΟΣ ΥΣΤΕΡΙΑΣ**

Η υστερία μπορεί να οριστεί ως η διαταραχή που επινοεί το άτομο εν αγνοία του και χωρίς τη θέλησή του και αφορά τόσο το μυαλό όσο και το σώμα: ανικανότητα να περπατήσει, παράλυση των μελών του σώματος, αμνησία, τύφλωση και άλλα.

Χωρίς να το αντιληφθεί το άτομο, μιμείται και επιδεικνύει στον εαυτό του και στους άλλους μια διαταραχή που στην πραγματικότητα δεν έχει, αλλά είναι πεπεισμένο ότι έχει. Με αυτή τη συμπεριφορά ελπίζει, χωρίς να το έχει συνειδητοποιήσει, ότι θα προσελκύσει την προσοχή και την βοήθεια των άλλων.

Ο υστερικός παρουσιάζει έτσι μια προσποιητή ασθένεια, φέρνοντας στην επιφάνεια ένα μέρος μόνο από τη σοβαρή του πάθηση που κρύβεται κάτω από τα συμπτώματα του προβλήματος που επινοεί.<sup>38,40</sup>

### **1.β .ΟΡΙΣΜΟΣ MANIAS**

Χαρακτηρίζεται από μια γενικότερη διέγερση της ψυχικής δραστηριότητας και συμπεριφοράς. Όλα μοιάζουν επείγοντα. Το άτομο πηδά απ' τη μια σκέψη στην άλλη με ταχύτητα, είναι υπερδραστήριο, αντιδρά με υπερβολικό τρόπο στα εξωτερικά ερεθίσματα. Η δραστηριότητα όμως που επιδεικνύει το άτομο που βρίσκεται σε κατάσταση μανίας δεν έχει στην πραγματικότητα κανένα αποτέλεσμα ούτε οδηγεί σε κάποιο συγκεκριμένο όφελος. Συχνά η κατάσταση διέγερσης εμποδίζει τη συγκέντρωση, έτσι όλη η ψυχική δραστηριότητα καταντάει μια ενέργεια -που μπορεί να επαναλαμβάνεται ή να ποικίλει- χωρίς σκοπό.<sup>42</sup>

#### **i. Μανία και κατάθλιψη**

Σε αυτή την αίσθηση του επείγοντος μπορεί τότε να αντιπαρατεθεί η απογοήτευση εκείνου που συνειδητοποιεί πως στριφογυρίζει στο κενό.

Παρόλο που οι εκδηλώσεις της μανίας και της κατάθλιψης μπορούν να έχουν αντίθετη κατεύθυνση, κατά βάθος το πρόβλημα παραμένει ίδιο: το άτομο

διακατέχεται και στις δύο περιπτώσεις από την ίδια ακριβώς αίσθηση ανικανότητας να ζήσει με πληρότητα και ηρεμία τη ζωή του. Ο καταθλιπτικός στροβιλίζεται στο κενό, ο μανιακός περιφέρεται στροβιλίζοντας γύρω από το κενό. Συμβαίνει συχνά επίσης, φάσεις μανίας να εναλλάσσονται με φάσεις κατάθλιψης (μανιοκαταθλιπτική διαταραχή).<sup>2,42</sup>

## **ii. Μανία και υστερία σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές**

Οι κρίσεις μανίας και υστερίας είναι χαρακτηριστικό φαινόμενο στις περισσότερες περιπτώσεις των ανορεξικών και βουλιμικών ατόμων. Τα βουλιμικά άτομα ύστερα από κρίσεις βουλιμίας, όπως επίσης και τα ανορεξικά άτομα αν καταναλώσουν ποσότητα φαγητού μεγαλύτερη από εκείνη που αυτά κρίνουν ότι είναι η ιδανική ώστε να μην παχύνουν, καταφεύγουν σε λύσεις όπως οι κρίσεις υστερίας ρίχνοντας έτσι το φταιξιμό στην αδυναμία τους αυτή που τους κάνει να χάνουν τον έλεγχο.

Αποφεύγοντας έτσι το βάρος της ενοχής και των τύψεων. Καταφεύγοντας γρήγορα από τη μία σκέψη στην άλλη (χαρακτηριστικό της μανίας) διακατέχονται από αίσθηση πανικού κάνοντας πράξεις που δεν έχουν ουσία και σκοπό, χωρίς να αντιλαμβάνονται και τα ίδια τα άτομα που πάσχουν το λόγο της αντίδρασής τους αυτής. Για παράδειγμα, σε κρίσεις βουλιμίας δικαιολογούν τη κατανάλωση μεγάλης ποσότητας γλυκού στο ότι πριν φάνε είχαν τρομερές ζαλάδες, ταχυπαλμία, τρέμουλο, δύσπνοια σε γενικές γραμμές μεγάλη ταραχή ως και τάσεις λιποθυμίας και αυτό μόνο και μόνο για να αποφύγουν τις ενοχές.<sup>2,40</sup>

## **ΣΤ. ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ, ΈΜΜΟΝΕΣ ΙΔΕΕΣ,**

### **ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Πιστεύεται ότι ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία – βουλιμία έχει τη βάση του σε αγχώδεις διαταραχές και έμμονες ιδέες. Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω τα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές κυρίως βουλιμία και ανορεξία, τείνουν να είναι τελειομανή. Για το λόγο αυτό διακατέχονται από έντονο άγχος στη ζωή τους, είτε γιατί θέλουν να είναι οι καλύτεροι μαθητές ή φοιτητές στο σχολείο ή και αργότερα στο πανεπιστήμιο, ή

ακόμα γιατί θέλουν να έχουν ένα άψογο σώμα και άλλα. Τα άτομα αυτά έχουν μάθει να ζουν θέτοντας υψηλούς πάντα στόχους και θα έφταναν ακόμα και στα άκρα για να τους πραγματοποιήσουν. Για παράδειγμα, ατέλειωτες ώρες διαβάσματος χωρίς διακοπή, εξαντλητικές δίαιτες και άλλα.

Συνήθως είναι προσκολλημένα σε έμμονες ιδέες, όπως: αν δεν έχουν «το τέλειο σώμα» δε θα είναι αρεστοί από τους γύρω τους ή για παράδειγμα, αν δεν επιτύχουν στην πρώτη τους επιλογή στις πανελλήνιες κατηγορούν τον εαυτό τους ως «άχρηστο» και ανίκανο να κατορθώσει κάτι τόσο «απλό» γι' αυτούς. Είναι πολύ δύσκολο για τα άτομα αυτά να «ξεκολλήσουν» από τις ιδέες τους αυτές, για το λόγο αυτό παθαίνουν κρίσεις άγχους, καθώς και κρίσεις πανικού.

Τέλος, μία ακόμα κατάσταση η οποία συνυπάρχει με τις διατροφικές διαταραχές είναι: η διαταραχή της προσωπικότητας. Κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα της κατάστασης αυτής είναι ότι τη μία στιγμή το άτομο που πάσχει εκφράζει κάποια πράγματα ή παραδέχεται κάποιες πράξεις του και μέσα στην επόμενη ώρα θα τα αναιρεί, θέτοντας ισχυρά επιχειρήματα ή και ακόμα δε θα παραδέχεται τα ίδια του τα λόγια.<sup>2,37</sup>



**Εικόνα 7.**

# Μέρος γ'

# **ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ**

## **A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟΥΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΕΣ**

Ο ηλεκτρονικός υπολογιστής έχει πια εισχωρήσει στη ζωή μας. Οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές δεν είναι πλέον τα πανάκριβα και τεράστια μηχανήματα που μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν μόνο από επιστήμονες, μεγάλες επιχειρήσεις και δημόσιους φορείς. Η τεράστια γκάμα των προγραμμάτων, σε συνδυασμό με το συνεχώς μειωμένο κόστος, οδήγησαν στην αλματώδη αύξηση των πωλήσεων. Ενώ το κόστος τους μειώνεται καθημερινά η ισχύς τους, δηλαδή, η ταχύτητα και οι υπόλοιπες δυνατότητές του, αυξάνονται συνεχώς. Για παράδειγμα, ένας κοινός προσωπικός υπολογιστής στα μέσα της δεκαετίας του 1980 κόστιζε περίπου 1,5 εκατομμύριο δρχ. Σήμερα, μπορεί να κοστίζει τρεις έως τέσσερις φορές λιγότερο, ενώ η ισχύς και ο χώρος αποθήκευσης που διαθέτει είναι εκατοντάδες, συχνά και χιλιάδες, φορές μεγαλύτερα<sup>44</sup>.

Η τεχνολογία της πληροφορικής είναι ένας επιστημονικός τομέας που εξελίσσεται με ραγδαίο ρυθμό. Οι σύγχρονοι υπολογιστές και οι καινούριες εφαρμογές προσφέρουν όλο και περισσότερες δυνατότητες στο χρήστη τους. Είναι χαρακτηριστικό ότι ένας σύγχρονος προσωπικός υπολογιστής όπως αυτός που χρησιμοποιούμε στο γραφείο ή στο σπίτι μας, έχει σήμερα περισσότερη ισχύ από αυτούς που χρησιμοποιήθηκαν για το πρώτο ταξίδι στη σελήνη. Θα ήταν εύλογο λοιπόν να αναρωτηθούμε τι άλλο μας επιφυλάσσει η εξέλιξη της τεχνολογίας και κατά πόσο η φαντασία μας θα μπορέσει να συλλάβει την πραγματικότητα που θα υφίσταται μερικά χρόνια μετά<sup>45</sup>.

### **1. Ο υπολογιστής στην καθημερινή μας ζωή**

Οι υπολογιστές είναι τώρα πια βοηθητικά μηχανήματα και χρήσιμα εργαλεία για όλους, αφού βρίσκονται παντού, τόσο στον εργασιακό χώρο όσο και στο περιβάλλον του σπιτιού, και χρησιμοποιούνται τόσο στις επαγγελματικές όσο και στις διαπροσωπικές επαφές. Καθημερινά ερχόμαστε σε επαφή με συστήματα υπολογιστών που διαφέρουν μόνο στη μορφή από τους κλασικούς υπολογιστές. Μερικές από τις περιπτώσεις αυτές είναι :

- Η χρήση των κινητών τηλεφώνων
- Η χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή στο αυτοκίνητο για ενημέρωση σχετικά με την κατανάλωση καυσίμων και πολλά άλλα.
- Οι τραπεζικές μας συναλλαγές από το ταμείο ή μέσω του μηχανήματος αυτόματης ανάληψης και κατάθεσης μετρητών ΑΤΜ
- Οι ταμειακές μηχανές των καταστημάτων
- Τα μηχανήματα έκδοσης και ακύρωσης εισιτηρίων
- Η χρήση πιστωτικής κάρτας για τις πληρωμές των διαφόρων αγορών μας
- Η χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή σε βιβλιοθήκη για την εύρεση βιβλίων
- Η κατάρτιση βάσει υπολογιστή CBT.
- Η χρήση των συσκευών ενημέρωσης στις οποίες ο χρήστης μπορεί να επιλέγει και να εμφανίζει πληροφορίες αγγίζοντας την οθόνη.<sup>44</sup>

Ο υπολογιστής αναμφίβολα είναι μια από τις σπουδαιότερες μηχανές που έχει κατασκευάσει ο άνθρωπος κατά τη διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Η χρησιμότητα του εκτείνεται από το σπίτι και το σχολείο μέχρι τις επιχειρήσεις, τους οργανισμούς και τα ερευνητικά κέντρα.

Στον εργασιακό τομέα η χρήση του υπολογιστή επέφερε την αυτοματοποίηση πλήθους εργασιών που άλλαξε τις συνθήκες απασχόλησης πολλών ανθρώπων, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν νέες εξειδικευμένες θέσεις εργασίας και να καταργηθούν άλλες πιο παραδοσιακές. Επίσης οδήγησε και στην απελευθέρωση δυνάμεων που βοήθησαν πολλούς τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, όπως στην έρευνα, την απόκτηση γνώσης, την επικοινωνία, την οικονομική ανάπτυξη, ακόμα και την ψυχαγωγία, να απλωθούν σε νέους ορίζοντες δράσεις.

Η συνειδητοποίηση αυτής της εξέλιξης δημιουργεί, εύλογα, στα ανήσυχα πνεύματα των νέων ανθρώπων την επιθυμία να γνωρίσουν τους υπολογιστές και στη συνέχεια να τους αξιοποιήσουν στην επιτυχία των επιδιώξεών τους.<sup>45</sup>



## 2. Ο υπολογιστής στην υγεία

Οι εφαρμογές του υπολογιστή στην υγεία είναι πάρα πολλές τόσο σε διοικητικό, όσο και σε επιστημονικό πεδίο.

Οι διοικήσεις των σύγχρονων νοσοκομείων πρέπει να αποθηκεύουν και να επεξεργάζονται μεγάλο όγκο στοιχείων που αφορούν την περίθαλψη των ασθενών. Η επεξεργασία και η αποθήκευση των στοιχείων αυτών θα ήταν πολύ δύσκολη χωρίς τους υπολογιστές.

Οι γιατροί για να καταλήξουν σε ασφαλή συμπεράσματα για τη συμπεριφορά μιας νόσου χρειάζεται, πολλές φορές, να κάνουν στατιστική επεξεργασία σε ένα μεγάλο πλήθος από στοιχεία. Τώρα, με τη βοήθεια του υπολογιστή γίνεται γρήγορα η επεξεργασία αυτών των στοιχείων και εξάγονται ακριβή αποτελέσματα.

Η επιστήμη της ιατρικής έχει ωφεληθεί σημαντικά από τη βοήθεια που της προσφέρουν τα σύγχρονα μηχανήματα, τα οποία βασίζονται σε υπολογιστικά συστήματα. Μερικά τέτοια μηχανήματα είναι:

Οι τομογράφοι, οι οποίοι βοηθούν τους γιατρούς να «βλέπουν» ακόμα και στο εσωτερικό του ανθρώπινου σώματος και να μελετούν τα διάφορα όργανά του. Τα μηχανήματα αυτά εκμεταλλεύονται τις σύγχρονες τεχνικές απεικόνισης, όπως είναι:

- Η Αξονική Τομογραφία με Υπολογιστή
- Η Τομογραφία με Εκπομπή Ποζιτρονίων
- Η Απεικόνιση με Μαγνητικό Συντονισμό

Και βοηθούν τους γιατρούς για ακριβέστερη και ταχύτερη διάγνωση.

Τα τεχνητά όργανα –νεφρός, ήπαρ, καρδιά κ.α.- με τα οποία είναι εφοδιασμένες οι ειδικές μονάδες και τα χειρουργεία των σύγχρονων νοσοκομείων προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες στους ασθενείς.<sup>44</sup>

## **B. ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ**

Στην υγεία έχουν βελτιωθεί εντυπωσιακά οι μέθοδοι πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας χάρη στη βοήθεια ειδικών πληροφοριακών συστημάτων.

### **ΠΡΟΛΗΨΗ**

Με την εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας ανακαλύπτονται διαρκώς νέοι παράγοντες που επιδρούν στη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη μεθόδων πρόληψης.

Με τη βοήθεια ειδικών υπολογιστικών συστημάτων και συσκευών που τελειοποιούνται συνεχώς, παρέχεται δυνατότητα για όλο και πιο εξειδικευμένες εξετάσεις, με αποτέλεσμα μεγάλης ακρίβειας.

### **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η δημιουργία βάσεων δεδομένων σχετικά με τη συμπτωματολογία παθολογικών περιπτώσεων ενισχύει σημαντικά το έργο του γιατρού στην αξιολόγηση των εξετάσεων και στην τεκμηρίωση μιας ορθής διάγνωσης, ιδιαίτερα σε δύσκολες και σπάνιες περιπτώσεις.

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Στο πεδίο της θεραπείας έχουν επίσης σημειωθεί άλματα, με τη βοήθεια της ιατρικής τεχνολογίας, η οποία επιτρέπει να πραγματοποιούνται με ακρίβεια και οι δυσκολότερες επεμβάσεις, ενώ η χρήση τεχνικών οργάνων έχει σώσει πολλές ζωές και έχει συμβάλει σημαντικά στην κοινωνική επανένταξη των ανθρώπων με ειδικές ανάγκες.

Η διατήρηση, τέλος, αρχείων με το ιστορικό των ασθενών προσφέρει την δυνατότητα έγκαιρης επέμβασης σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού.<sup>44,45</sup>

## **Γ. ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ**

Το διαδίκτυο (internet) είναι το μεγαλύτερο δίκτυο υπολογιστών στο κόσμο. Η δημιουργία του ξεκίνησε το 1969 από τέσσερα πανεπιστήμια στις ΗΠΑ. Ο πρόγονος του internet είναι το δίκτυο ARPAnet το οποίο ιδρύθηκε το 1969 και στην αρχή το αποτελούσαν τέσσερις υπολογιστές. Οι περισσότεροι χρήστες του δικτύου ARPAnet ήταν επιστήμονες και ερευνητές.

Το ARPAnet όταν ιδρύθηκε, ένωσε τα τέσσερα παρακάτω πανεπιστήμια μεταξύ τους:

- UCLA, University of California
- Santa Barbara UCSB
- Stanford Research Institute SRI
- University of Utah

Το ARPAnet υιοθετήθηκε αργότερα από το τμήμα εθνικής άμυνας των ΗΠΑ για να επικοινωνούν μεταξύ τους τα στρατιωτικά επιτελεία, καθώς και οι διάφορες μονάδες και ραντάρ σε καιρό πολέμου. Στόχος του τμήματος εθνικής άμυνας των ΗΠΑ ήταν να δημιουργηθεί ένα δίκτυο επικοινωνίας που δε θα έπαυε να λειτουργεί σε περίπτωση που ένας οι περισσότεροι σταθμοί καταστρέφονταν σε καιρό πολέμου.<sup>44</sup>

### **1. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ**

Το διαδίκτυο είναι το μεγαλύτερο δίκτυο στον κόσμο. Στην ουσία δεν είναι μόνον ένα δίκτυο αλλά απαρτίζεται από πολλά δίκτυα και υπολογιστές που είναι συνδεδεμένοι μεταξύ τους. Το Διαδίκτυο αποτελείται από υπολογιστές, τοπικά δίκτυα (LAN), και δίκτυα ευρείας περιοχής (WAN).

Για να συνδεθούμε στο διαδίκτυο χρειαζόμαστε:

- Έναν ηλεκτρονικό υπολογιστή

- Ένα μόντεμ για σύνδεση μέσω των αναλογικών τηλεφωνικών γραμμών ή μια συσκευή ISDN για σύνδεση ISDN.
- Σύνδεση με μια αναλογική τηλεφωνική γραμμή ή με μια γραμμή ISDN.
- Συνδρομή σε έναν παροχέα υπηρεσιών Διαδικτύου (ISP Internet Service Provider), όπως είναι η Forthnet, η Otenet, η Hellas On Line, και πολλές άλλες εταιρείες.
- Λογισμικό τηλεπικοινωνιών, το οποίο είναι συνήθως ενσωματωμένο στο λειτουργικό σύστημα.
- Λογισμικό για τις εφαρμογές που θα εκτελέσουμε, π.χ. ένα φυλλομετρητή Ιστού (Web Browser) για να διαβάσουμε ιστοσελίδες.<sup>44</sup>

## **i. Υπηρεσίες Διαδικτύου**

Το Διαδίκτυο είναι ένα παγκόσμιο δίκτυο το οποίο συνδέει υπολογιστές, τοπικά δίκτυα, και δίκτυα ευρείας περιοχής μεταξύ τους. Οι κυριότερες δυνατότητες που έχουμε χρησιμοποιώντας το Διαδίκτυο είναι οι εξής:

- Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (e-mail)
- Παγκόσμιος Ιστός (WWW)
- Μεταφορά αρχείων με FTP
- Αναμετάδοση συνομιλίας μέσω Διαδικτύου (IRC, Internet Relay Chat)
- Ομάδες ειδήσεων (ή συζήτησης) – Newsgroups

Πολλές από τις υπηρεσίες που μας παρέχει το Διαδίκτυο είναι δωρεάν.

## **ii. Πλεονεκτήματα των τοπικών δικτύων και των δικτύων ευρείας περιοχής**

Οι χρήστες υπολογιστών που είναι συνδεδεμένοι σε ένα τοπικό δίκτυο ή σε ένα δίκτυο ευρείας περιοχής μπορούν να κάνουν τα εξής :

- Να στείλουν και να λάβουν μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail).
- Να ανταλλάξουν αρχεία με άλλους χρήστες.
- Να εκτελέσουν κοινόχρηστα προγράμματα ταυτόχρονα.
- Να μοιραστούν πληροφορίες και δεδομένα με άλλους χρήστες.
- Να μοιραστούν κοινόχρηστους πόρους, όπως εκτυπωτές, σαρωτές, μόντεμ, φαξ και άλλες εξωτερικές συσκευές.<sup>44</sup>

## **Δ. ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ ΚΑΙ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Ένα σημαντικό ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία ή βουλιμία μπορεί βοηθηθεί σε μεγάλο βαθμό από τη χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή. Υπάρχουν πολλές διευθύνσεις στο διαδίκτυο, στις οποίες μπορεί απευθυνθεί το άτομο που πάσχει ή ακόμα και άτομα από το οικείο του περιβάλλον, που θέλουν να λάβουν απαντήσεις στα αναρίθμητα ερωτήματα που τους δημιουργούνται ή και να πάρουν πληροφορίες σχετικά με τις παθήσεις αυτές.

### **Διευθύνσεις που μπορούν να καταφύγουν είναι:**

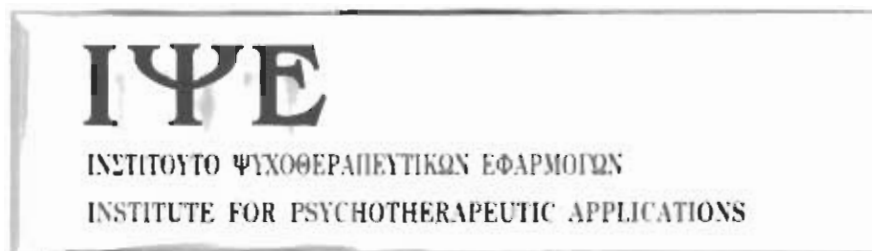


e-psychology  
Η Ψυχολογία Φιλοσοφίας

[www.e-psychology.gr](http://www.e-psychology.gr) : Σ' αυτή την ιστοσελίδα μπορούν να απευθυνθούν όσοι θέλουν να ενημερωθούν για οποιαδήποτε ψυχική διαταραχή.



[www.dikepsy.gr](http://www.dikepsy.gr) : Διεπιστημονικό κέντρο ψυχοκοινωνικής υποστήριξης παιδιών και ενηλίκων.



[www.ipse.gr](http://www.ipse.gr) : Εδώ θα βρείτε γενικά στοιχεία για το **ΙΨΕ** καθώς και χρήσιμες πληροφορίες για διάφορους τομείς ψυχολογίας και ψυχοθεραπείας.

**medlook<sup>®</sup>** Σοβαρή, έγκυρη και συνεχής ενημέρωση για θέματα υγείας.

[www.medlook.com](http://www.medlook.com) : Ιστοσελίδα η οποία περιέχει γενικές πληροφορίες σε θέματα υγείας.

**Κέντρο Συμβουλευτικής και Ψυχολογικής Υποστήριξης**

[web.auth.gr/spc/kesipsi-thimo.htm](http://web.auth.gr/spc/kesipsi-thimo.htm)



**ANRED**

**Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, Inc.**

[www.anred.com](http://www.anred.com) : Ιστοσελίδα μη κερδοσκοπικής οργάνωσης η οποία παρέχει πληροφορίες σχετικά με την ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία καθώς και άλλες, λιγότερο γνωστές διατροφικές διαταραχές.

[www.edreferral.com](http://www.edreferral.com) : Σ' αυτή την ιστοσελίδα υπάρχει η πιο περιεκτική και εύκολα προσβάσιμη βάση δεδομένων φτιαγμένη από ειδικούς σε θέματα θεραπείας διατροφικών διαταραχών σε ολόκληρο τον κόσμο.



NEDA

## National Eating Disorders Association

[http://www.edap.org/p.asp?WebPage\\_ID=337](http://www.edap.org/p.asp?WebPage_ID=337) : Ιστοσελίδα η οποία παρέχει άμεση επικοινωνία με ειδικούς στις διατροφικές διαταραχές καθώς και γενικές πληροφορίες για σχετικά θέματα.

**ANOREXIA  
CENTER.COM** ■

[http://www.anorexiacenter.com/Reviews/anorexia/aabainc.org:\\_best\\_sites\\_for\\_EATING\\_DISORDER.html](http://www.anorexiacenter.com/Reviews/anorexia/aabainc.org:_best_sites_for_EATING_DISORDER.html) : Μια ιστοσελίδα η οποία παρέχει εκτεταμένες πληροφορίες και θεραπείες σχετικά με την ανορεξία και τη βουλιμία.

Συνήθως τα άτομα που πάσχουν αισθάνονται ντροπή για την εμφάνισή τους, λόγω της διαταραγμένης αντίληψης που έχουν για την εικόνα του εαυτού τους. Έτσι προτιμούν να μείνουν κλεισμένοι στο σπίτι αποφεύγοντας κάθε επαφή με τα άτομα που τους περιβάλλουν. Σταδιακά κλείνονται στον εαυτό τους και απέχουν από τον έξω κόσμο απορρίπτοντας κάθε βοήθεια που τους προσφέρεται, είτε αυτή είναι ιατρική, είτε προέρχεται από το οικείο τους περιβάλλον.

Στο στάδιο αυτό της ζωής τους, το διαδίκτυο μπορεί να γίνει η σωτήρια γι' αυτούς λύση. Μπορούν να καθοδηγηθούν από έμπειρους επιστήμονες –γιατρούς,

ψυχολόγους, διατροφολόγους- χωρίς να χρειαστεί να βγουν από την απομόνωσή τους. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να γίνεται παρακολούθηση στα άτομα αυτά ανά τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε οι επιστήμονες αυτοί, να σχηματίσουν μία σαφή εικόνα για την πορεία των πασχόντων.

Ένας ακόμα τρόπος από τον οποίο τα άτομα αυτά μπορούν να ωφεληθούν, είναι μέσω της συνομιλίας τους με άλλα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, από άτομα που είναι καταδικασμένα από κάποια παθολογική διαταραχή που δεν επέβαλαν αυτά στον εαυτό τους ή ακόμα και άτομα που έχουν καταφέρει να ξεφύγουν από παρόμοιες καταστάσεις και να ενθαρρυνθούν ώστε να προχωρήσουν και τελικά να σωθούν .

Τέλος, επειδή τα άτομα που πάσχουν, σπάνια εμπιστεύονται κάποιον ειδικό ιατρό που μπορεί να τα βοηθήσει, αλλάζουν συνέχεια κλινικές, ψυχολόγους και ψυχιάτρους με αποτέλεσμα να νοσηλεύονται σε πολλά νοσοκομεία ή πολλοί γιατροί να έχουν σχηματίσει κάποια άποψη για την κατάστασή τους. Έτσι μέσω του διαδικτύου, όπως έχει προαναφερθεί, μπορούν γιατροί να ανταλλάζουν γνώμες ή να λαμβάνουν εξετάσεις και φακέλους με το ιστορικό των ασθενών κάθε ώρα και στιγμή.

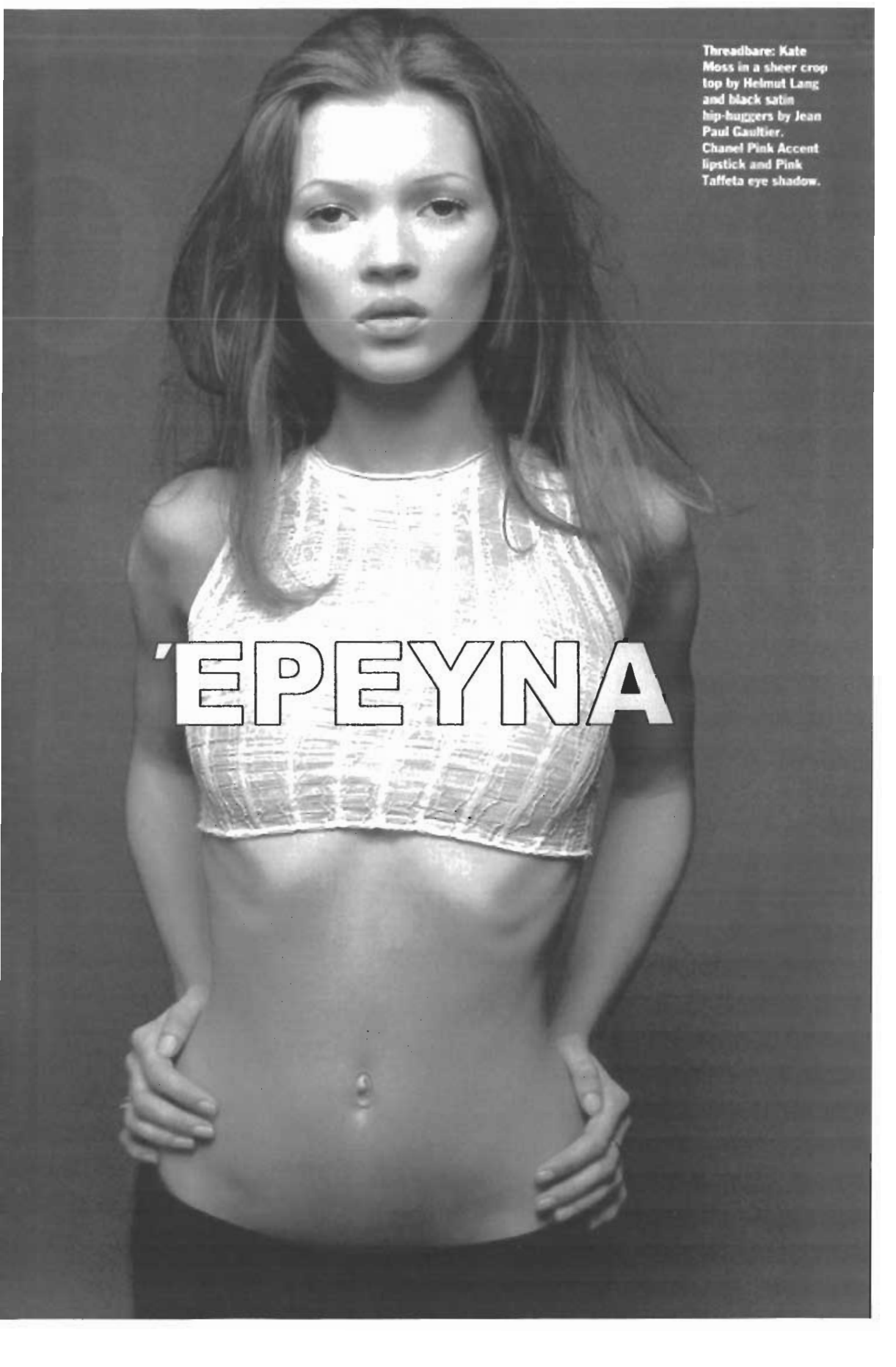


**Εικόνα 8.**



# Μέρος δ'

Threadbare: Kate Moss in a sheer crop top by Helmut Lang and black satin hip-buggers by Jean Paul Gaultier. Chanel Pink Accent lipstick and Pink Taffeta eye shadow.



'EPEYNA

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έρευνα μας έγινε με σκοπό, την παρατήρηση των διατροφικών συνηθειών των ατόμων διαφόρων ηλικιών, ανεξάρτητα από την κατάσταση της υγείας τους. Γνωρίζοντας ότι η διαταραχή της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας αφορά κυρίως άτομα μεταξύ 13 – 30 ετών, εστίασαμε την προσοχή μας στις ηλικίες αυτές. Επίσης, η έρευνά μας έγινε, για να διαπιστωθεί ποιο από τα δύο φύλα (αρσενικό – θηλυκό), είναι πιο επιρρεπή στις διατροφικές διαταραχές

Κύριος στόχος μας είναι, να διακρίνουμε τα άτομα που έχουν ισχυρές τάσεις προς τη νευρική ανορεξία και βουλιμία ή βάρος συνειδητό, όχι απαραίτητα με ανορεκτικές ή βουλιμικές τάσεις, από τα άτομα που δεν παρουσιάζουν κάποια ανησυχία.

Σαν εργαλείο πληροφόρησης χρησιμοποιήσαμε σταθμισμένο ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου, το οποίο συμπληρώθηκε από 653 άτομα, όπως προαναφέρεται, διαφόρων ηλικιών, από τις περιοχές: των Αθηνών, της Πάτρας, της Εύβοιας, του Αιγίου, της Καλαμάτας, της Τρίπολης, της Φλώρινας, της Κομοτηνής, της Λάρισας, της Θεσσαλονίκης, της Μυτιλήνης και της Σπάρτης. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μας διήρκησε τρεις μήνες.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, αναφέρονται πιο αναλυτικά με γραφήματα παρακάτω. Συνοπτικά διαπιστώνουμε ότι τάσεις για νευρική ανορεξία παρατηρούνται κυρίως στις ηλικίες 13 – 25, ενώ βουλιμικές τάσεις παρατηρούνται στις ηλικίες 25 – 40. Καθώς επίσης, οι γυναίκες παρουσιάζουν συμπτώματα ανορεξίας - βουλιμίας, σε ένα ποσοστό πολύ μεγαλύτερο απ' ότι οι άνδρες. Στηριζόμενοι πάντα στα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου μας.

## Πίνακες και γραφήματα αποτελεσμάτων

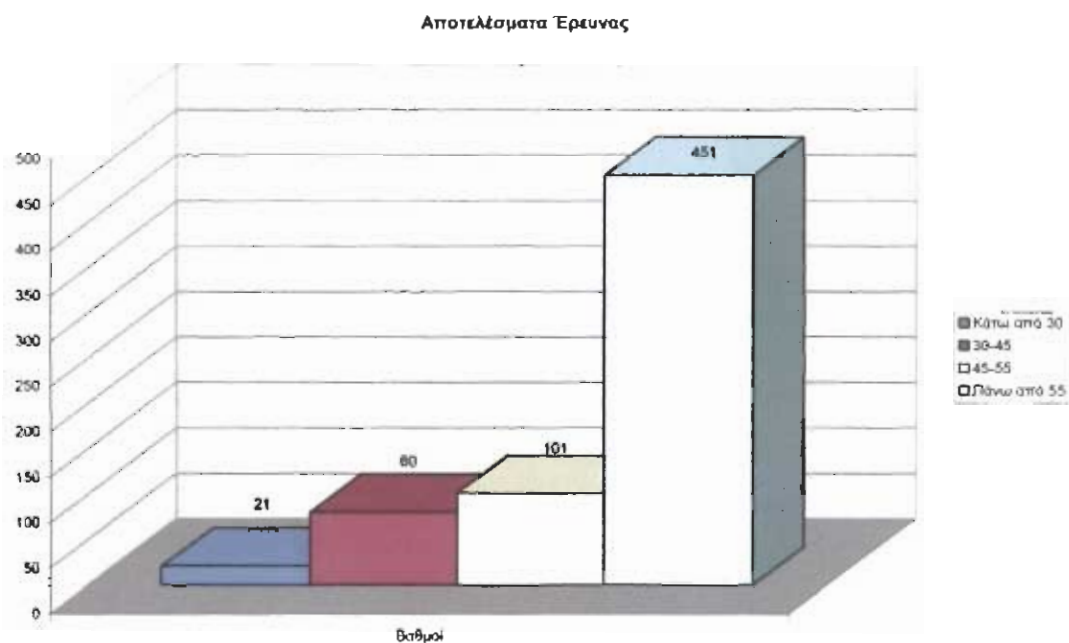
### Πίνακας 1

#### Βαθμοί και ποσοστά έρευνας

Βαθμοί	Κάτω από 30		30-45		45-55		Πάνω από 55	
	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες
	16	5	64	16	69	32	244	207
Ποσοστό %	75%	25%	80%	20%	68%	32%	54%	46%
Σύνολο	21		80		101		451	

### Γράφημα 1

#### Αποτελέσματα έρευνας

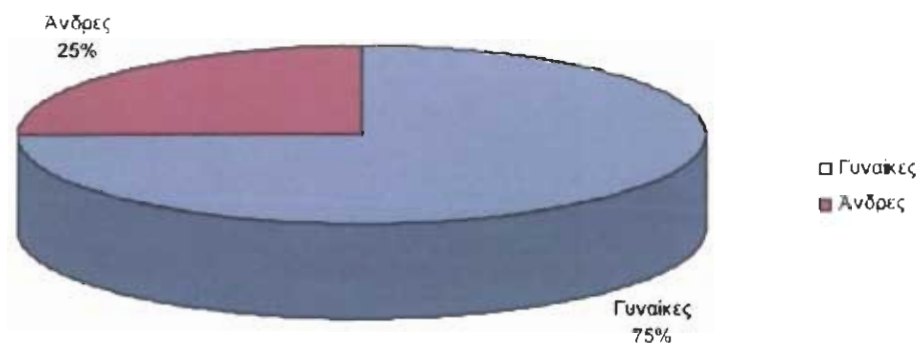


Από τα 653 άτομα ερωτήθηκαν, 21 βρέθηκαν με ισχυρές τάσεις προς νευρική ανορεξία, 80 με ισχυρές τάσεις προς τη βουλιμία, 101 άτομα με συνειδητό βάρος, όχι απαραίτητα με ανορεκτικές ή βουλιμικές τάσεις και 451 άτομα στα οποία δεν παρατηρείται κάποια ανησυχία.

## Διαχωρισμός ανδρών – γυναικών σύμφωνα με τα αποτελέσματα

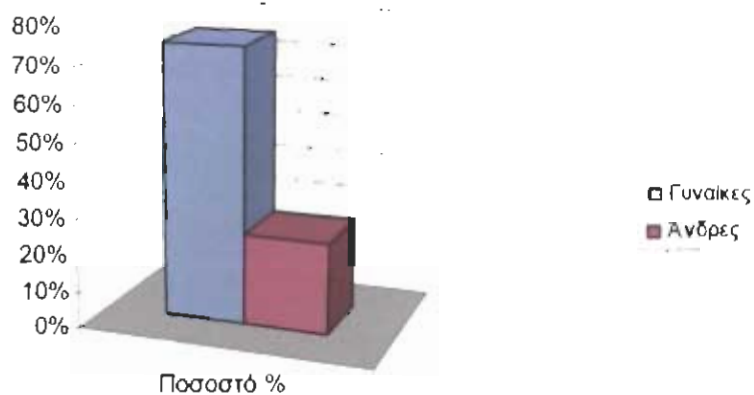
### Γράφημα 2.α.

#### Κάτω από 30 βαθμούς



### Γράφημα 2.β.

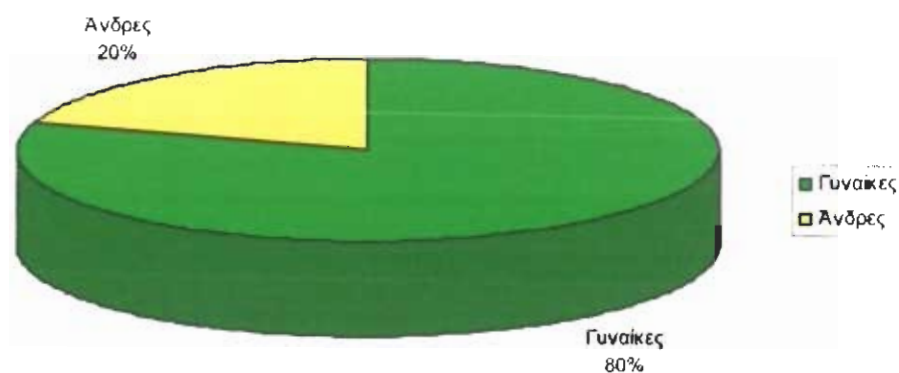
#### Κάτω από 30 βαθμούς



Παρατηρήθηκε ότι, στον τομέα με βαθμούς από 30 και κάτω, δηλαδή με ισχυρές τάσεις προς τη νευρική ανορεξία, οι γυναίκες κατέχουν το 75 % ενώ οι άντρες μόλις το 25%.

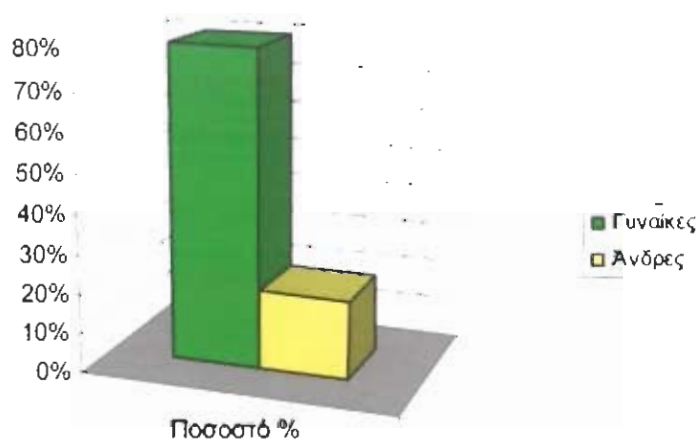
### Γράφημα 3.α.

#### Μεταξύ 30 - 45 βαθμών



### Γράφημα 3.β.

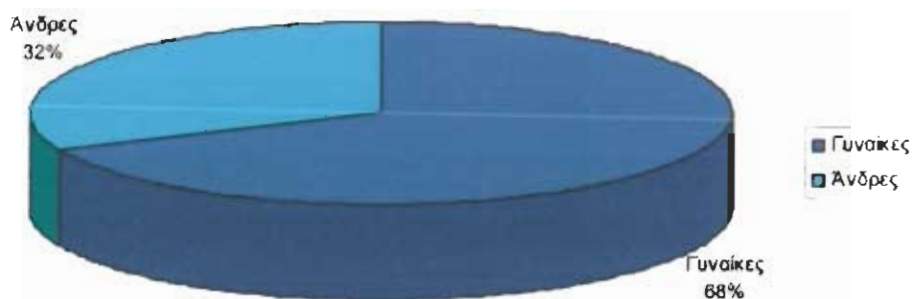
#### Μεταξύ 30 - 45 βαθμών



Παρατηρήθηκε ότι, στον τομέα με βαθμούς μεταξύ 30 - 45, δηλαδή με ισχυρές τάσεις προς τη βουλμία, οι γυναίκες κατέχουν το 80 % ενώ οι άντρες μόλις το 20%.

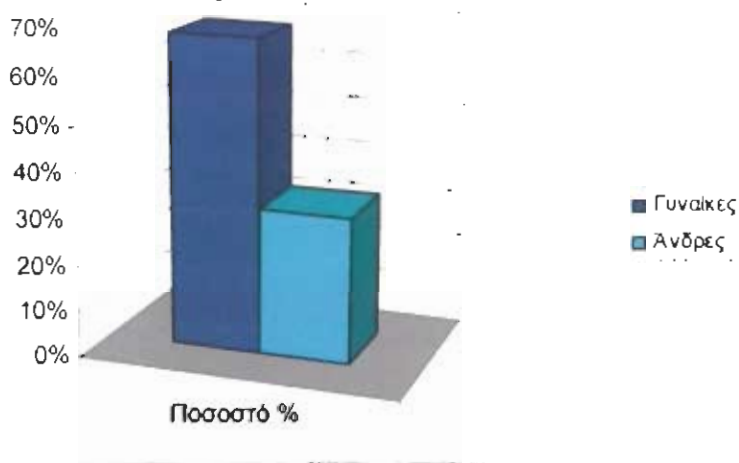
#### Γράφημα 4.α.

#### Μεταξύ 45 – 55 βαθμών



#### Γράφημα 4.β.

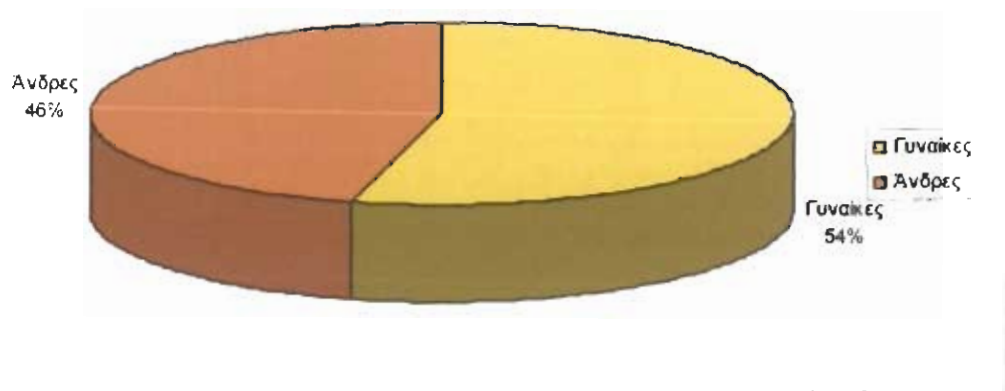
#### Μεταξύ 45 – 55 βαθμών



Παρατηρήθηκε ότι, στον τομέα με βαθμούς μεταξύ 45 - 55, δηλαδή με βάρος συνειδητό, όχι απαραίτητα με ανορεκτικές ή βουλιμικές τάσεις, οι γυναίκες κατέχουν το 68 % ενώ οι άντρες το 32%.

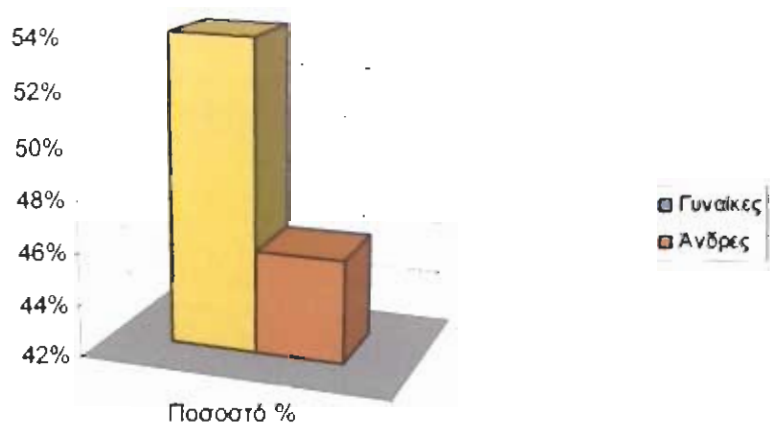
### Γράφημα 5.α.

#### Πάνω από 55 βαθμούς



### Γράφημα 5.β.

#### Πάνω από 55 βαθμούς



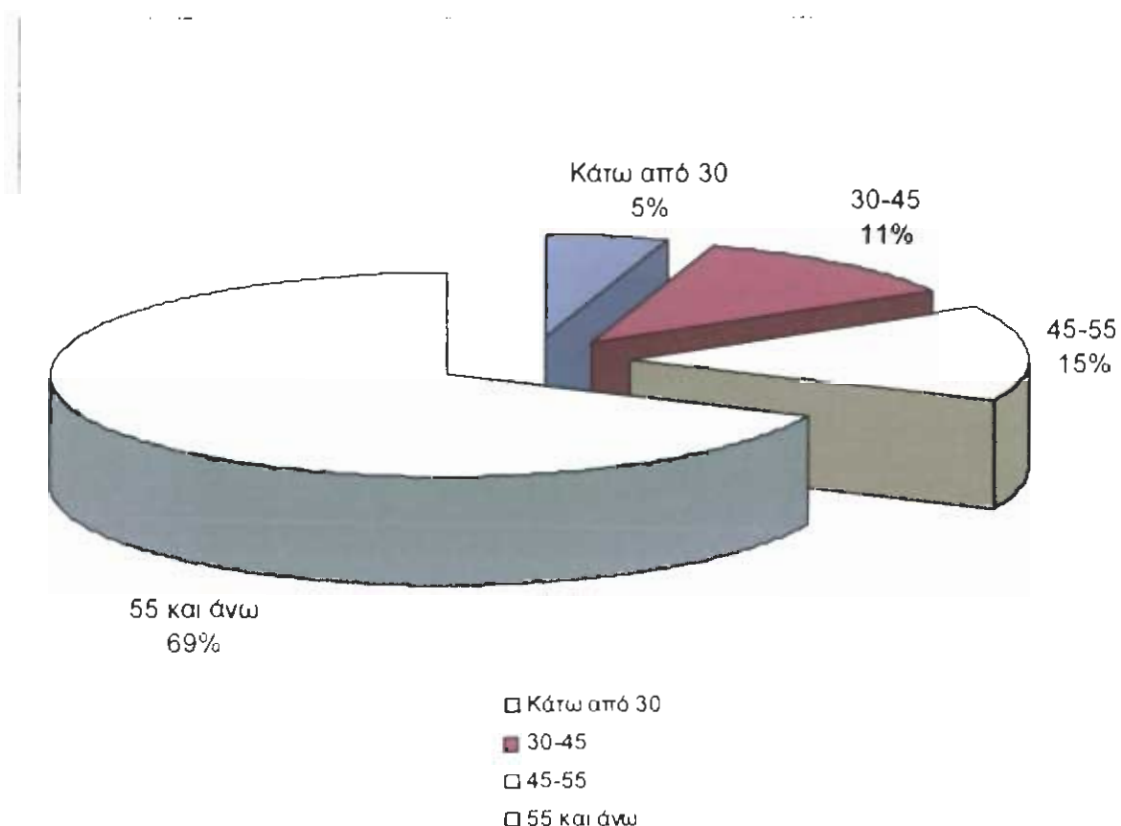
Παρατηρήθηκε ότι, στον τομέα με βαθμούς πάνω από 55, δηλαδή άτομα που δεν παρουσιάζουν κάποια ανησυχία, οι γυναίκες κατέχουν το 54 % ενώ οι άντρες το 46%.



## Διαχωρισμός αποτελεσμάτων σύμφωνα με τις ηλικίες

### Γράφημα 6

#### Άτομα ηλικίας 10 – 25 χρονών

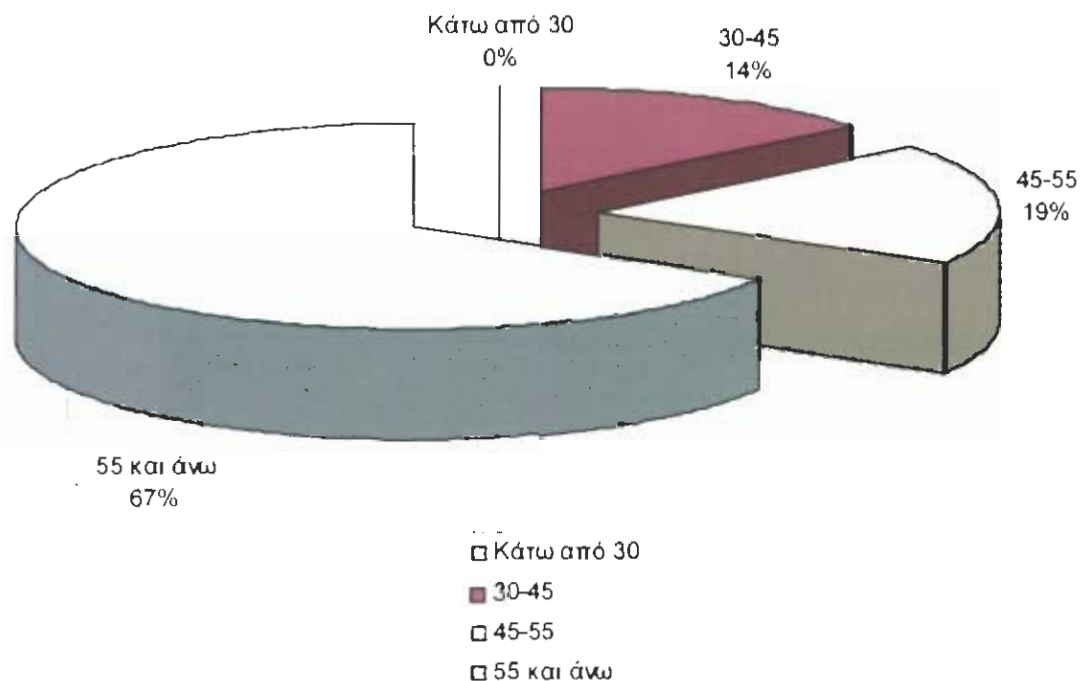


Ηλικίες	10-25			
	Κάτω από 30	30 - 45	45 - 55	55 και άνω
Βαθμολογία	21	48	64	286

Παρατηρήθηκε ότι στις ηλικίες μεταξύ 10 – 25, ισχυρές τάσεις προς τη νευρική ανορεξία είχε μόλις το 5%, ισχυρές τάσεις προς τη βουλιμία είχε το 11%, βάρος συνειδητό, όχι απαραίτητα με ανορεκτικές ή βουλιμικές τάσεις είχε το 15% και ένα ποσοστό 69% δεν παρουσίασε κάποια ανησυχία.

## Γράφημα 7

### Άτομα ηλικίας 25 – 40 ετών

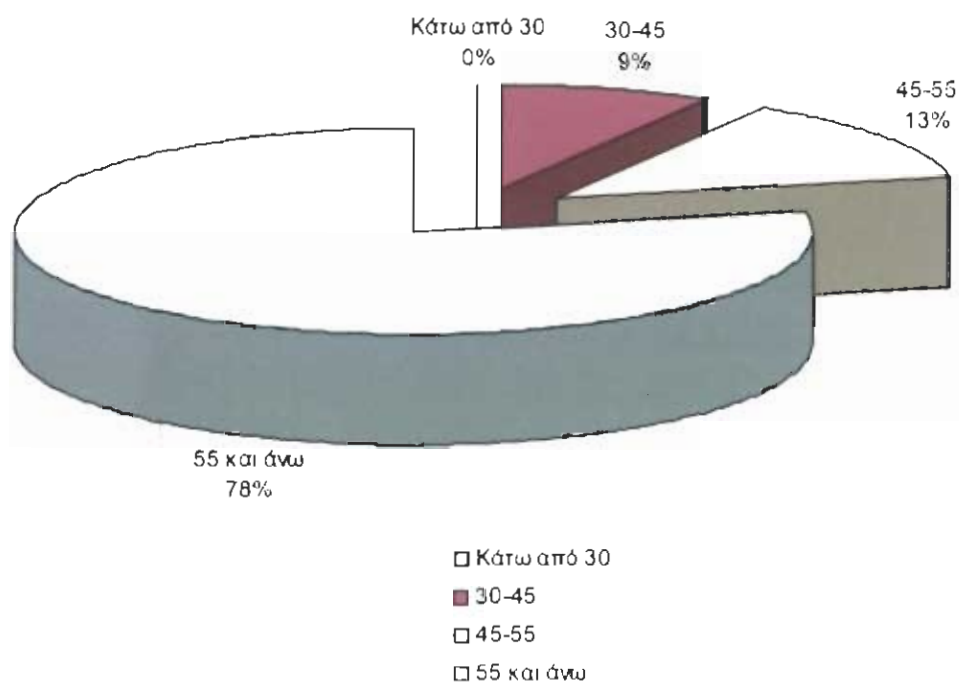


Ηλικίες	25 – 40			
	Κάτω από 30	30 - 45	45 - 55	55 και άνω
Βαθμολογία	0	16	21	73

Παρατηρήθηκε ότι στις ηλικίες μεταξύ 25 – 40, δεν υπάρχουν άτομα με ισχυρές τάσεις προς τη νευρική ανορεξία, ισχυρές τάσεις προς τη βουλιμία είχε το 14%, βάρος συνειδητό, όχι απαραίτητα με ανορεκτικές ή βουλιμικές τάσεις είχε το 19% και ένα ποσοστό 67% δεν παρουσίασε κάποια ανησυχία.

## Γράφημα 8

### Άτομα ηλικίας 40 και άνω



Ηλικίες	40 και άνω			
	Κάτω από 30	30 - 45	45 - 55	55 και άνω
Βαθμολογία	0	11	16	97

Παρατηρήθηκε ότι στις ηλικίες 40 και άνω, δεν υπάρχουν άτομα με ισχυρές τάσεις προς τη νευρική ανορεξία, ισχυρές τάσεις προς τη βουλιμία είχε το 9%, βάρος συνειδητό, όχι απαραίτητα με ανορεκτικές ή βουλιμικές τάσεις είχε το 13% και ένα ποσοστό 78% δεν παρουσίασε κάποια ανησυχία.

# ΕΠΙΛΟΓΟΣ

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Στις μέρες μας, ενώ το πρόβλημα παρουσιάζεται και αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς, η σωστή αντιμετώπιση του, εξακολουθεί να αποτελεί ένα μυστήριο. Πολλά νέα παιδιά «προσβάλλονται» από τις μοντέρνες αυτές διαταραχές, χωρίς όμως στη χώρα μας να βρίσκονται οι βάσεις για μία σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση.
- Μπορεί να φαίνεται υπερβολικό, όμως μετά την έρευνά μας αποδείχτηκε ότι το πρόβλημα είναι πολύ σοβαρότερο απ' ό τι γνωρίζει ο κόσμος. Τα άτομα παρουσιάζουν ολοένα και περισσότερες τάσεις προς την ανορεξία και τη βουλιμία, με αποτέλεσμα τα περιστατικά να αυξάνονται συνεχώς. Τις περισσότερες φορές λόγω της ανεπαρκούς ενημέρωσης των ίδιων και των οικειών τους, τα άτομα που πάσχουν οδηγούνται σε κατάθλιψη και ένα σεβαστό ποσοστό αυτοκτονεί.
- Τέλος, η δυσκολία στην εύρεση πληροφοριών επισημαίνει, την ανάγκη για μια πιο έγκαιρη ενημέρωση των πολιτών και την ανάγκη να σταματήσουν, επιτέλους τα ΜΜΕ να παρουσιάζουν ψεύτικα πρότυπα στους νέους ανθρώπους, που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την ίδια τους τη ζωή.





## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Ψυχογενής Ανορεξία - Βουλιμία είναι διατροφικές διαταραχές όπου τα άτομα που πάσχουν, παρόλο το χαμηλό τους βάρος, υποβάλλονται σε ασιτία ή χρήση καθαρτικών μέσων, μετά από το φαγητό, από έντονο φόβο μήπως παχύνουν. Τα ανορεκτικά - βουλιμικά άτομα πάσχουν από μια διαταραγμένη αντίληψη της εξωτερικής τους εικόνας. Πιστεύουν ότι είναι πολύ παχιά, παρόλο που βρίσκονται κάτω του 85% από το κανονικό τους βάρος. Κατορθώνουν να μειώσουν το βάρος τους με μείωση της τροφής, με προκλητό εμετό, με εξαντλητική άσκηση και χρήση καθαρτικών και διουρητικών μετά από επεισόδια υπερφαγίας.

Η ανορεξία είναι πολύ συχνή στη σύγχρονη κοινωνία και συνήθως ένα μεγάλο ποσοστό που πάσχει είναι γυναίκες. Η μέση ηλικία έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας είναι τα 17. Σπανιότατα η διαταραχή εμφανίζεται μετά τα 40. Δυστυχώς αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, έχει θνησιμότητα 5%. Σε αντίθεση με την βουλιμία η οποία εμφανίζεται και σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Τα αίτια έχουν προσπαθήσει να ερμηνευτούν με βάση ψυχολογικές, βιολογικές, κοινωνικές και γενετικές θεωρίες. Εξαιτίας της πολυπλοκότητας των αιτιών κι επειδή πολλές φορές παρατηρείται συνοδεία καταθλιπτικής διαταραχής, για τη θεραπεία της ανορεξίας και της βουλιμίας απαιτείται χορηγία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία, όπου συνδυάζονται εκπαιδευτικές γνώσεις σχετικά με την διατροφή, γνωστικές συμπεριφοριστικές μέθοδοι και ψυχολογική υποστήριξη.

Παθήσεις που συχνά συνοδεύουν αυτές τις διατροφικές διαταραχές είναι: όπως προαναφέρθηκε η κατάθλιψη, η αγχώδης διαταραχή, οι κρίσεις υστερίας, η μανία, η διαταραχή της προσωπικότητας, ακόμα και η σχιζοφρένεια.

# Παράρτημα

## ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ Ή ΒΟΥΛΙΜΙΑ:

### **ΜΑΡΤΥΡΙΑ 1<sup>η</sup>:**

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 στην οικογένειά μου.

Το πρωί έπρεπε να καθίσω οπωσδήποτε με τα αδέρφια μου στο τραπέζι για πρωινό, με την υποχρέωση να φάω όλο το μπωλ 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» ότι έτρωγα, πριν προλάβει να το χωνέψει ο οργανισμός μου. Νομίζω πως καταλαβαίνετε τι εννοώ. Ναι. Πήγαινα τουαλέτα και έκανα εμετό. Η δυσάρεστη μάλιστα αίσθηση της ξινίλας με έκανε να μη 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 χλομιάζω από την αδυναμία, εγώ πίστευα ότι έκανα ένα ακόμη βήμα προς τον τελικό μου στόχο, που ήταν... τι άλλο; Να μείνω πετσί και κόκαλο.

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 επάνω 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



άρρωστη. Που να φανταστούν όμως ότι η αρρώστια μου ήταν ψυχική και όχι σωματική...

Παρόλο που νόμιζα ότι έκρυβα πολύ καλά το μυστικό μου, ευτυχώς η ξαδέλφη 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 τη βοήθεια γιατρών αποκάλυψα όλη την αλήθεια και υποβλήθηκα σε μια εντατική αγωγή, που σήμερα μου επιτρέπει να βλέπω και πάλι το μέλλον με αισιοδοξία, έχοντας αγαπήσει τον εαυτό μου γι' αυτό που είμαι: ΥΓΙΕΙΣ, ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΗ και ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ.

## **ΜΑΡΤΥΡΙΑ 2<sup>η</sup>:**

Λάμπρος 18, χρονών, μαθητής. Παραπονιέται για ακούσια πολυφαγία και αύξηση βάρους, τα οποία προσπαθεί μάταια να ελέγξει, κάνοντας εμετό και δίαιτα. Δίνει το ακόλουθο παράδειγμα:

Πριν από 7 μήνες, ύστερα από τα Χριστούγεννα, διαβάζοντας για τις πανελλήνιες εξετάσεις, άρχισα να τρώω σε βαθμό που να κάνω εμετό και έπειτα πάλι να ξανατρώω. Για μια εβδομάδα αρνήθηκα να πάω σχολείο. Άρχισα να κάνω δίαιτα και για δύο εβδομάδες ήμουν καλά. Αλλά δεν μπόρεσα να την κρατήσω για πολύ και ο φαύλος κύκλος συνεχίζεται ως τώρα.

Από μικρός είχα άγχος με το φαγητό επειδή ήμουν παχουλός. Δεν έτρωγα, ζυγίζομουν διαρκώς. «Όποτε μου συμβαίνει κάτι στη ζωή μου καταφεύγω στο φαγητό. Τρώω μέχρι να σκάσω, ως τον εμετό, πολλές φορές τον προκαλώ. Έπειτα ξανατρώω, κι όταν παχαίνω αρχίζω τη δίαιτα. Τώρα που το λέω μου φαίνεται γελοίο. Εκείνη τη στιγμή το 'χω ανάγκη το φαί για να ηρεμήσω. Με μεγάλη προσπάθεια αρχίζω να κάνω δίαιτα. Ωσπου να μου τύχει κάτι να με στενοχωρήσει, να με τσαντίσει. Ζαλίζεται το μυαλό μου και ξαναρχίζω πάλι να τρώω. Όταν κάνω δίαιτα και στη λαιμαργία μου ξεφύγω λιγάκι, ξεφεύγω τελείως. Αν έρθω σε αντιλογία με κάποιον, όταν μου πάει κάτι στραβά ή δεν μπορώ να αναλάβω κάποια ευθύνη που μου έχουν αναθέσει το ρίχνω στο φαί.

Προσπαθούσα πάντα να κάνω δίαιτα, αλλά η μητέρα μου, επειδή ήμουν στην ανάπτυξη, μου την έσπαγε. Μπαίνοντας στην Τρίτη Λυκείου βρήκα πολύ δύσκολα τα μαθήματα κι άρχισα φροντιστήρια. Δεν ήμουν καλός μαθητής, στην Τρίτη Λυκείου

έγινα. Εγώ τότε χρειαζόμουν κάποια ψυχική βοήθεια, να μου πει κάποιος δεν έχεις τίποτα, θα τα καταφέρεις. Μου δημιουργήθηκε άγχος το 'ριζα στο φαγητό. Έβαλα 14 κιλά σε ένα μήνα. Κι από τότε αρχίζει ο φαύλος κύκλος. Πολλές φορές στην απόγνωσή μου το έχω πάρει απόφαση να πάω να πέσω στη θάλασσα, που λέει ο λόγος. Την ώρα που τρώω μου 'ρχεται να βάλω τα κλάματα. Τρώω χωρίς να το θέλω μου 'χει γίνει οργανική ανάγκη. Κι όσο η νευρική κατάσταση εξακολουθεί, τρώω, θολώνει το μυαλό, κάνω εμετό και ηρεμώ για λίγο. Παίρνω αλοπεριδίνη, που μου προσφέρει κάποια βοήθεια, αν και μπορεί να είναι μόνο στη φαντασία μου, παίρνω ως 5 χάπια την ημέρα. Πηγαίνω σε νυχτερινά κέντρα για να αποφύγω το σπίτι και τη νευρική κατάσταση!

### **ΜΑΡΤΥΡΙΑ 3<sup>η</sup>:**

Ονομάζομαι Βίκυ, είμαι 19/5 χρονών, έχω ύψος 1,58 και είμαι φοιτήτρια. Πάσχω, όπως λένε οι ψυχολόγοι που με παρακολουθούν, από νευρική ανορεξία. Από την παιδική μου ηλικία δεν αντιμετώπιζα ιδιαίτερα προβλήματα με το βάρος μου, μόνο κατά τη διάρκεια της φοίτησής μου στο δημοτικό διέθετα 5 κιλά σχεδόν, παραπάνω από το ιδανικό, το οποίο δε με ενοχλούσε ιδιαίτερα (ίσως επειδή ήμουν μικρή ακόμα). Όλα άρχισαν όταν ένας δάσκαλός μου στην έκτη δημοτικού με κοίταζε ειρωνικά και μου είπε ότι αν συνεχίσω να τρώω θα καταντήσω «γουρουνάκι». Αυτό ήταν και η αρχή του μαρτυρίου μου, δεν έχω ξεχάσει ποτέ τα λόγια του αυτά. Από εκείνη τη στιγμή κιόλας άρχισα τις δίαιτες.

Μέχρι και που τελείωσα το σχολείο ήμουν 42 κιλά και αυτό γιατί φοβόμουν ότι αν έχανα παραπάνω δεν θα είχα αντοχές για τις πανελλήνιες εξετάσεις. Ποτέ δεν μου άρεσε το σώμα μου γι' αυτό και αφού τελείωσα το σχολείο και κατάφερα το στόχο μου, να πετύχω στην πρώτη μου επιλογή, άρχισα τις εξαντλητικές δίαιτες για να καταφέρω το επιθυμητό για μένα αποτέλεσμα, το οποίο όσα κιλά και να έχανα δεν κατάφερα ποτέ! Το καλοκαίρι που μας πέρασε (2005) κατάφερα να φτάσω τα 36 κιλά έκανα και 4,5 το λιγότερο ώρες την ημέρα εξαντλητική γυμναστική κι έτσι πίστευα ότι έπρεπε να χάσω μερικά κιλά ακόμα για να είμαι τέλεια. Οι γύρω μου θεωρούσαν το σώμα μου αντιαισθητικό και με προέτρεπαν να φάω για να παχύνω, όμως σε μένα άρεσε η ιδέα του σκελετωμένου σώματος και δεν άκουγα κανέναν. Ώσπου άρχισαν οι έντονοι πονοκέφαλοι, οι λιποθυμίες, οι εμετοί και τα σοβαρά προβλήματα του εντέρου. Παρόλα αυτά συνέχιζα τις δίαιτες. Τρεφόμουν για

εβδομάδες ολόκληρες μόνο με φρούτα χωρίς να το ξέρουν οι γονείς μου και τις φορές εκείνες που έτρωγα παραπάνω από το κανονικό για μένα όριο, επειδή μου ήταν δύσκολο να προκαλέσω από μόνη μου έμετο έκανα λήψη καθαρτικών για να αποφύγω την αποθήκευση των περισσίων θερμίδων. Από τα Χριστούγεννα όμως και μετά ο οργανισμός μου άρχισε να εξασθενεί δεν άντεχα άλλο τις εξαντλητικές δίαιτες και άρχισα να τρώω μεγάλες ποσότητες φαγητού (αν και οι γιατροί μου έλεγαν ότι οι ποσότητες που έτρωγα ήταν οι ιδανικές για το σωματότυπό μου, εγώ δεν τους άκουγα γιατί φοβόμουν ότι θα παχύνω).

Όσο περνούσε ο καιρός η κατάσταση μου γινόταν ολοένα και χειρότερη, κατάφερνα να τιθασεύσω τον οργανισμό μου στις δίαιτες λιμοκτονίας που του επέβαλα για μία, δύο εβδομάδες αλλά μετά πάλι τα ίδια. Έπεφτα σχεδόν με τα μούτρα στο φαγητό! Άρχισα να πρήζομαι λόγω των προβλημάτων με το έντερό μου κι αισθανόμουν ότι πια είχα γίνει εκείνο το «γουρουνάκι» που έλεγε ο δάσκαλός μου. Η λύση λοιπόν ήταν μία... να σκοτωθώ. Δεν άντεχα στην ιδέα του ότι θα παχύνω και ότι το μαρτύριο της δίαιτας θα άρχιζε ξανά, πάνω που είχα ακουμπήσει το επιθυμητό μου αποτέλεσμα! Το ανακοίνωσα στην οικογένειά μου κι εκείνοι τρελάθηκαν μόνο στο άκουσμα αυτού του τραγικού γεγονότος που για μένα ήταν η σωτήρια λύση. Έκανα άπειρες προσπάθειες όμως κανείς τους δεν με άφησε ποτέ να τις κατορθώσω. Αισθανόμουν ότι δεν με καταλαβαίνουν κι ότι θέλουν να με βλέπουν να υποφέρω γι' αυτό κι εγώ ξέσπαγα σε αυτούς με το να τους χτυπάω και να τους βρίζω! Δεν καταλάβαινα τι έκανα. Μπήκα αρκετές φορές σε κλινική όμως δεν άντεχα παραπάνω από μία εβδομάδα, όλοι με αντιμετώπιζαν σαν τρελή όμως εγώ αυτό που ζητούσα ήταν βοήθεια, ήθελα να ζήσω όχι όμως έτσι. Τώρα έδωσα μια ευκαιρία στον εαυτό μου πάνω απ' όλα κι ύστερα στην οικογένειά μου, νοσηλεύομαι σε κλινική για να ξεπεράσω τις εμμονές μου αυτές και πάνω απ' όλα για να σκεφτώ λογικά και να ηρεμίσω! Είμαι σε καλό δρόμο... και το μόνο που έχω να προτείνω σε όλους είναι: ότι η ζωή είναι πολύ όμορφη και μικρή για να την καταστρέφουμε, γι' αυτό αγαπήστε τον εαυτό σας και το σώμα σας όπως είναι και ζήστε...!

## ΜΑΡΤΥΡΙΑ 4<sup>η</sup>:

### ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΟΔΗΓΗΣΕΙ

*Η εκπληκτική περίπτωση της Αγγλίδας Κάθριν Φάρεϊ, που κατέληξε σε νευρική ανορεξία επειδή την έλεγαν «χοντρή» κι έφτασε να ζυγίζει λιγότερο από 25 κιλά, αλλά βρήκε τη δύναμη να ξαναρχίσει να τρώει και σήμερα είναι μια υγιής όμορφη κοπέλα που κέρδισε πρώτες θέσεις σε διαγωνισμούς για αρμονικά κορμιά!*

Η Κάθριν Φάρεϊ έπασχε από νευρική ανορεξία και πέθανε. Αυτή όμως δε νοιαζόταν πια. Δε νοιαζόταν για τίποτα. Είχε χάσει κάθε ελπίδα. Ήταν παραλυμένη. Πόσο εύκολο θα ήταν για τον καθένα, σκέφτηκε, αν αυτή χανόταν...

Έξι χρόνια αργότερα, όχι μόνο είναι ζωντανή και υγιής, αλλά βρίσκεται σε πολύ καλή κατάσταση. Πέρυσι το ιδανικό της βάρος και η τέλεια φιγούρα της αναγνωρίστηκαν διεθνώς, όταν έφτασε στους τελικούς της «Μις Υφήλιος» σε διαγωνισμούς μπόντι μπιλντιγκ!

Για τον καθένα αυτό είναι μια επιτυχία. Για την Κάθριν, τώρα στα 22, δεν είναι μακριά από το θαύμα. Βάζοντας ανυπολόγιστη δύναμη και θέληση, βρήκε το κουράγιο να σταματήσει να σκοτώνει τον εαυτό της με το να μην τρώει, να νικήσει την απάθεια και την απελπισία της και να χτίσει για τον εαυτό της το σώμα και τη ζωή που ήθελε.

Θέλει τώρα να μοιραστεί με άλλους τον τρόπο με τον οποίο κέρδισε τη μάχη για ζωή και μεταμόρφωσε τον εαυτό της από μία σκιά ανθρώπου σε μία δυναμική κι ευτυχισμένη νέα γυναίκα.

Λέει: «**ΠΑΝΤΑ ΉΝΙΩΘΑ ΣΑΝ ΕΛΕΦΑΝΤΑΣ**» Όπως περιγράφει τη ζωή της πριν την ασθένειά της είναι καταπληκτικό το πώς κατάφερε να ξεφύγει από την κατάσταση όπου ήταν μπλεγμένη.

Ήταν ένα συνηθισμένο κορίτσι, από ένα συνηθισμένο σπίτι χτυπημένο από μία φοβερή αρρώστια – κάτι που είναι δυνατόν να συμβεί στον καθένα.

Η παιδική της ηλικία ήταν πολύ ευτυχισμένη. «ήμουν πάντα πολύ ενεργητική» θυμάται. «Δεν αρρώστησα ποτέ και δεν ήμουν δυστυχισμένη.

Όλοι στην οικογένειά μου είχαν κόκκινα μάγουλα, σκαρφάλωναν σε δέντρα ή έκαναν οτιδήποτε. Ήμαστε πέντε στην οικογένεια», λέει. «Οι γονείς μου ποτέ δεν ανησύχησαν για μένα, αφού πάντα χαμογελούσα και είχα σιγουριά για τον εαυτό μου. Αλλά κατά βάθος δεν ήμουν και τόσο σίγουρη».

Η Κάθριν ήταν αυτό που λέμε μερικές φορές καλά αναπτυγμένη. Εξηγεί: «Ήμουν καλοφτιαγμένη, με ύψος:1,61 και ζύγιζα περίπου 58 κιλά. Δεν ήταν όμως πάχος αυτό το βάρος. Συνήθιζα να ρίχνω σφαίρα στο σχολείο και ήταν καθαρά σφιχτοί μυς. Συνήθιζα να παλεύω με τ' αγόρια στο σχολείο και να τους νικώ!».

Όσο ο χρόνος περνούσε, άρχιζε να συνειδητοποιεί τις αλλαγμένες διαστάσεις της.«Πήγα σε ένα club γυμναστικής και ήμουν η μεγαλύτερη εκεί», λέει. «Πάντα ένιωθα σαν ελέφαντας του club και πάντα κοιτάγα τους μικροκαμωμένους γυμναστές να κινούνται, ενώ εγώ έτρεχα με δυσκολία». Δεν ήταν η μόνη που το κατάλαβε. «Η χοντρή Cath»ήταν το παρατσούκλι της από τα' άλλα παιδιά στο σχολείο και η ίδια το μισούσε. Λισθανόταν ότι μερικοί καθηγητές την ξεχώριζαν εξαιτίας των μεγάλων διαστάσεών της. «Κορίτσι μου είσαι σαν τανκ!» της είπε ένας καθηγητής της μπροστά στους συμμαθητές της. «θα μπορούσα να είχα βυθιστεί μέσα στο πάτωμα και να είχα εξαφανιστεί!» λέει η Κάθριν με πίκρα.

Κανένας δε σκέφτηκε ότι οι διαστάσεις της ή οι χλευασμοί την πείραξαν – αλλά το αποτέλεσμα ήταν να την πειράζουν ακόμη κι όταν κοιτάζοντας στο παρελθόν, δεν ήταν καθόλου χοντρή.

Μετά από λίγο καιρό η Κάθριν έκανε διακοπές. Όταν ήρθε το τέλος των διακοπών, τρομοκρατήθηκε με το τι είδε. «Η αδερφή μου θυμάται στο πρόσωπό μου το θυμό που ένιωθα, κοιτάζοντας τις φωτογραφίες. Λέει ότι συνεχώς έλεγα είμαι χοντρή, είμαι χοντρή κι έπειτα έγινα υστερική».

Όταν είδε εκείνες τις φωτογραφίες, αποφάσισε ν' αρχίσει δίαιτα. Αλλά αντί για δίαιτα, καλύτερα να λέμε πείνα, αφού αποφάσισε να μην τρώει καθόλου. Δεν ήθελε να ξέρει κανένας ότι προσπαθούσε να χάσει βάρος, όπως δεν ήθελε να παραδεχτεί σε κανέναν ότι είναι χοντρή. Έτσι, έγινε ξεφτέρι στην πονηριά – παραπλανώντας τους ανθρώπους να σκέφτονται ότι γι' αυτή το να φάει το φαγητό της έγινε παιχνίδι. Και ήταν ένα παιχνίδι που κέρδισε εύκολα.

«Έλεγα στους φίλους μου στο σχολείο, θα συναντήσω τη μητέρα μου και θα φάμε μαζί. Πήγαινα στην πόλη κι έπινα ένα σκέτο καφέ. Αργότερα πήγαινα στο σπίτι

κι έλεγα στους γονείς μου ότι είχα φάει ένα καταπληκτικό γεύμα στο σχολείο. Ένωθα πολύ καλά, γιατί κανένας δεν ήξερε την αλήθεια», θυμάται.

Τα βράδια δεν ήταν εύκολο να μην τρώει τίποτα. Έτσι συμβιβαζόταν. «Οι γονείς μου πάντα έφτιαχναν ένα πλήρες γεύμα κι εγώ έτρωγα αρκετά λαχανικά. Ο πατέρας μου και η μητέρα μου δεν ήξεραν για τις θερμιδικές αξίες των φαγητών, κι έτσι δεν τους; Πείραζε. Στο τέλος της μέρας αισθανόμουν ότι είχα καταφέρει κάτι. Δεν ήμουν και πολύ πετυχημένη. Δεν ήμουν το μόνο πετυχημένο ακαδημαϊκά έξυπνο άτομο του καιρού μου – έπρεπε να δουλέψω αρκετά σκληρά για να έχω καλά αποτελέσματα στις εξετάσεις μου. Έτσι, το να χάνω βάρος ήταν το μόνο πράγμα που έκανα και το πετύχαινα.» Αρχικά πεινούσα. Με το τέλος της μέρας πέθαινα από την πείνα. Μετά από λίγο καιρό συνήθισα να αισθάνομαι πεινασμένη.

Τον Ιανουάριο του 1982 μερικούς μήνες μετά τις καλοκαιρινές διακοπές η Κάθριν ζύγιζε λιγότερο από 42 κιλά. Όλοι στο σχολείο μιλούσαν για την καινούρια της εμφάνιση, αλλά μόνο ένας φίλος της στο σχολείο της είπε «Δείχνεις τρομερή». Όσο το βάρος της συνέχιζε να πέφτει, οι γονείς της κατάλαβαν ότι κάτι δεν πήγαινε καλά και την πήγαν στον οικογενειακό τους γιατρό, που την έστειλε στο νοσοκομείο.

Τον καιρό που ήταν στο νοσοκομείο κέρδισε περίπου 6 κιλά. «Έτρωγα συνεχώς ότι μου έδιναν. Δεν ήθελα να το φάω, αλλά ήθελα να φύγω από εκεί», λέει. Πάντως αντί να σταματήσει την έμμονη ιδέα της για την εμφάνισή της, το νοσοκομείο της έδωσε καινούριες ιδέες. Θυμάται:

«Μία ψυχίατρος ήρθε μια μέρα και μου είπε ότι έχω νευρική ανορεξία, μου είπε είσαι άρρωστη και χάνεις βάρος. Παίρνεις καθαρτικά έτσι. Δεν έπαιρνα αλλά σκέφτηκα...Μμμμ! Και η ιδέα μπήκε στο μυαλό μου. Η ψυχίατρος ήθελε να με βοηθήσει, αλλά μου μάθαινε τρόπους για να γίνω ανορεκτική».

Όταν έφυγε από το νοσοκομείο τα θυμήθηκε όλα. Δεν πήγαινε πια σχολείο, αλλά σπαταλούσε τις ώρες της στα εξωτερικά ιατρεία ενός τοπικού νοσοκομείου, όπου έπρεπε να τρώει διπλάσια ποσότητα φαγητού – με ιατρική παρακολούθηση. Ωστόσο, βρήκε νέους τρόπους αντίδρασης: «Συνήθιζα να παίρνω καθαρτικά ή έκανα την άρρωστη. Θα έκανα οτιδήποτε για να αποφεύγω το φαγητό. Φοβόμουν το φαγητό και δεν ήθελα να ξαναγίνω χοντρή».

Το να χάνει βάρος έγινε όλη της η ζωή: «Εβγαίνα με ένα πολύ καλό αγόρι και ήρθε να με δει στο νοσοκομείο. Δεν είχα χρόνο για τίποτα, εκτός από την έμμονη ιδέα μου με το φαγητό, και αυτό μου έπαιρνε κάθε λεπτό της μέρας μου».

Το βάρος της Κάθριν έπεσε στα 38 κιλά και την έστειλαν σ' ένα ψυχιατρείο στο Newcastle, από το Σεπτέμβριο ως το Δεκέμβριο. Εκεί κέρδισε 6 κιλά και την έβγαλαν από το νοσοκομείο. Της είπαν ότι θα έπρεπε να βλέπει έναν ψυχίατρο μία φορά την εβδομάδα, αλλά η δύναμή της να παραπλανά της ξαναέγινε πολύ χρήσιμη. «Όταν με ζύγιζε, με ζύγιζε πάντα με το παλτό μου με τα παπούτσια, τις πιτζάμες και τα ρούχα μου. Έβαζα λοιπόν πολλά νομίσματα στις τσέπες μου. Όλο τον καιρό έχανα βάρος αλλά η ζυγαριά δεν το έδειχνε!».

Προσπάθησε να προσποιηθεί και στο σπίτι της: «Έβαζα λίγο κόρνφλεϊκ στον πάτο του πιάτου με λίγο γάλα και όλοι ένιωθαν καλά, αφού νόμιζαν ότι έτρωγα πρωινό. Αρκετές φορές έχυνα το γάλα, πετούσα τα μπισκότα κι έδινα στα πουλιά κομμάτια ψωμί».

Όλη όμως η οικογένεια κατάλαβε ότι κάτι δεν πήγαινε καλά. Έβλεπαν την κοπέλα που όλοι αγαπούσαν να χάνεται. Οι ανοιξιάτικοι μήνες πέρασαν. Το βάρος της Κάθριν συνέχιζε να πέφτει. Κάτω από τα 36 και τα 30 κιλά. Έπιασε τα 24 κιλά. Ήταν αδύνατη, πάρα πολύ αδύνατη, αλλά σίγουρα αυτό δεν την έκανε ευτυχισμένη.

«Ένιωθα πολύ λυπημένη αλλά δε μπορούσα να κλάψω. Μπορεί να υπάρχει κάποιος ιατρικός λόγος για τον οποίο όταν έχεις χαμηλό βάρος δεν μπορείς να παραγάγεις δάκρυα. Το αίμα μου δεν είχε κανονική κυκλοφορία και τα χέρια μου γίνονταν μπλε από το κρύο. Καθόμουν δίπλα από το τζάκι όλη την ώρα, μισώντας τον εαυτό μου που είχα εκνευρίσει τους γονείς μου. Αλλά δε μπορούσα να κάνω τίποτα. Όταν δεν ταΐζεις τον εαυτό σου δεν ταΐζεις και το μυαλό σου. Κι έτσι δε μπορούσα να σκεφτώ καθαρά».

Ξέχωρα από αυτό, δε μπορούσε να κοροϊδέψει τον εαυτό της με το 9 να σκέφτεται ότι ήταν παχιά. Το κορίτσι που κάποτε δε μπορούσε να κοιτάξει τη φωτογραφία της επειδή πίστευε ότι ήταν τόσο χοντρή, τώρα δε μπορούσε να αντέξει να βλέπει το κοκαλιάρικο είδωλό της στον καθρέφτη. Αλλά ακόμα και τότε δε μπορούσε να φάει.

Το πρόβλημα δεν ήταν το πως θα ήθελε να είναι ή το πως θα ήθελε τη ζωή της, αλλά το ότι δε μπορούσε να βρει διέξοδο. «Αν κάποιος μου έλεγε να πάρω ένα χάπι που θα με ξαναπήγαινα στα 45 κιλά θα το έπαιρνα. Απλά δεν ήθελα να φάω. Θυμάμαι τη μητέρα μου να βάζει ένα ψάρι μπροστά μου. Κρατούσα το πιρούνι αλλά δε μπορούσα να το φάω. Δεν ήταν δυνατό να το κάνω. Θα ήταν ενδεχόμενο να έκλαιγα, αλλά δε μπορούσα. Φώναζα και κραύγαζα και ο αδερφός μου έλεγε φα το, φα το!».

Ήταν εφιάλτης αλλά δε μπορούσε να ξυπνήσει. Και οι γονείς της δεν ήξεραν τι να κάνουν. Η οικογένειά της δε μπορούσε να αφήσει την κατάσταση αυτή να συνεχιστεί. Τελικά η αδερφή της που είναι και νοσοκόμα πήρε πρωτοβουλία: «Αν δεν κάνουμε κάτι νομίζω θα πεθάνει», είπε. Οι γονείς της κάλεσαν τον οικογενειακό γιατρό, που έβαλε γρήγορα την Κάθριν στο νοσοκομείο. Εκεί οι γιατροί έμειναν κατάπληκτοι με την κατάστασή της. Ζύγιζε μόνο 23 κιλά. Ήταν τόσο ευπαθής, που δε μπορούσαν να τη βάλουν στο κρεβάτι. Επειδή ήταν τόσο ασθενική την έβαλαν σε μια κούνια, όπου οι νοσοκόμες μπορούσαν κάθε ώρα εύκολα να την γυρίσουν και να αποφεύγουν τους πόνους της μόνιμης κατάκλισης.

«Μπορούσα να βάλω τα δάχτυλά μου γύρω από τους μηρούς μου, οι αρθρώσεις μου έδειχναν πραγματικά μεγάλες. Τα μάγουλά μου ήταν σα βαθουλώματα και τα μάτια μου έμοιαζαν λες και ήταν πίσω από το κεφάλι μου, με μεγάλα μαύρα μπαλώματα από κάτω. Ήμουν σαν ένα μικρό κοτόπουλο».

Στην κούνια βρέθηκε τόσο κοντά στο θάνατο, ώστε ο παπάς της έδωσε τις τελευταίες ευλογίες. Η Κάθριν ακόμα πάλευε εναντίον του φαγητού. «Ήμουν στο χαμηλότερο σημείο που έφτασα ποτέ και ακόμα τότε αρνιόμουν να φάω. Όταν προσπαθούσαν να με ταΐσουν, κλωτσούσα με τόση φασαρία, φωνάζοντας και κραυγάζοντας στις νοσοκόμες, ώστε έπρεπε να με πάρουν μακριά από τους άλλους ασθενείς».

Έβγαλε ακόμα και το σωληνάκι του ορού από τη μύτη. «Ήταν ο θυμός μέσα μου, θυμός εναντίον του εαυτού μου, περισσότερο από όλα. Ήμουν θυμωμένη, γιατί πρώτη φορά δε μπορούσα να ελέγξω τι συνέβαινε σε εμένα. Μαχόμουν για να μη γίνω καλά». Δεν αρνιόταν μόνο το κανονικό φαγητό αλλά και τη μετάληψη από τον παπά.

Ο γιατρός της σε μια έκθεση ανέφερε: «Ήταν αδύνατη και είχε αφυδάτωση. Είχε νεφρική ανεπάρκεια, κακή λειτουργία του συκωτιού, ήταν προφανέστατα αναμικτή και τις πρώτες μέρες είχε και μια επιληπτική κρίση. Ξέχωρα το ότι ήταν αδύναμη και δε μπορούσε να κάνει τίποτε, κατάφερε να ξεγελάει το προσωπικό και να αποφεύγει την τροφή από το στόμα»

Οι γιατροί αποφάσισαν μια αγωγή στην οποία εκείνη δε συμφωνούσε, αφού την έκανε να αισθάνεται περισσότερο καταπιεσμένη. Ωστόσο δέχτηκε ότι πρέπει να τη βοηθήσει. Της πήραν όλα τα πράγματά της, τα γράμματά της, τις κάρτες, το ντουλάπι της και δεν επιτρέπονταν οι επισκέψεις, τα βιβλία, η τηλεόραση, τίποτα. Καθόταν μόνη στην κούνια, σ' ένα άδειο δωμάτιο, ξέροντας ότι θα μπορούσε να



πάρει τα πράγματά της ξανά, αν κέρδιζε σταδιακά βάρος. Απρόθυμα, άρχισε να τρώει μικρές ποσότητες.

Ήταν μια αργή διαδικασία. Η Κάθριν μιλά γι' αυτή χαμηλόφωνα, ιδιαίτερα όταν θυμάται τις επισκέψεις των γονιών της – γι' αυτούς ήταν ένα πραγματικό μαρτύριο. Η Κάθριν περιγράφει: «Η μητέρα μου ερχόταν μέσα και της έλεγα θέλω να πεθάνω. Έφτασα στο σημείο να μην ενδιαφέρομαι πια – αυτό είναι το πιο επικίνδυνο πράγμα. Γι' αυτό οι γονείς μου ήταν δυνατοί, επειδή νοιάζονταν. Η μητέρα μου κρατούσε το χέρι μου και ο πατέρας μου έλεγε θα γίνεις καλά. Δεν καταλαβαίνεις πόσο σε αγαπάνε αν δε φτάσεις σε μια τέτοια κατάσταση».

«Νομίζω ότι όταν έχεις τη δύναμη και τη θέληση να χάσεις όλο εκείνο το βάρος, να λιμοκτονήσεις να αρνηθείς στον εαυτό σου τα πάντα, έπειτα μπορείς να βρεις τη δύναμη να γίνεις καλύτερα. Ήμουν εκεί ένα δεκαπενθήμερο, ώσπου μια μέρα ανακάλυψα ξαφνικά ότι ήθελα πολύ να μείνω ζωντανή και να ζήσω μια κανονική ζωή». Το τι συνέβη την επόμενη μέρα σχεδόν μπήκε στην ιστορία των ιατρικών βιβλίων.

«Εκείνη την ημέρα ξύπνησα και ζήτησα κόρνφλεϊκ, η νοσοκόμα σχεδόν έπαθε καρδιακό επεισόδιο! Ήταν το θέμα του νοσοκομείου». Το επόμενο βήμα ήταν να αρχίσει να πίνει μεγάλες ποσότητες γάλατος – ένα μεγάλο ποτήρι κάθε ώρα-, το οποίο τη βοήθησε να επανακτήσει δύναμη. Άρχισε να τρώει ολοένα περισσότερο από το κανονικό φαγητό του νοσοκομείου. Άρχισε να αισθάνεται καλύτερα, δυνατότερη, περισσότερο θετική-όλο το νοσοκομείο ήθελε να πετύχει.

Μετά από διαμονή 2 μηνών, άφησε το θεραπευτήριο, ζυγίζοντας –υγιέστατη- περίπου 53 κιλά. Αλλά δεν ήταν γιατρεμένη. Όταν το βάρος της ξανάπεσε, ξαναμπήκε στο θεραπευτήριο. Τότε μια στιγμή συνάντησης με μια άλλη ασθενή, που είχε μια διαφορετική ασθένεια, τη βοήθησε να ξεπεράσει το τελευταίο εμπόδιο.

Η ασθενής ήταν μία κοπέλα που την έλεγαν Βίβιαν και μέρα με παρά μέρα έκανε αιμοκάθαρση στον τεχνητό νεφρό. Βλέποντάς τη πόσο υπέφερε η Κάθριν σκέφτηκε: «Η Βίβιαν δεν ήθελε να βρίσκεται στο νοσοκομείο κι εγώ με τη θέλησή μου μπορώ να ξεπεράσω την ασθένειά μου. Κατάλαβα ότι δεν ήθελα να περάσω τη ζωή μου μπαινοβγαίνοντας σε νοσοκομεία».

Η Κάθριν και η Βίβιαν είναι οι καλύτερες φίλες μέχρι σήμερα. Το πιο σπουδαίο είναι ότι η Βίβιαν έκανε μεταμόσχευση νεφρών και τώρα και οι δυο είναι καλά. Μία δουλειά διακοπών σε ξενοδοχείο του Ντέβον έφερε την τελική αλλαγή στη

ζωή της Κάθριν. Μέρος της δουλειάς ήταν να διδάσκει αερόμπικ και κολύμπι. Έτσι ανακάλυψε τη σπουδαιότητα της άσκησης.

Μετά την καλοκαιρινή δουλειά της, άρχισε να εργάζεται σε ένα γυμναστήριο στο οποίο ασκείται με βάρη. Άρχισε να συμμετέχει σε αγώνες body-building και πέρυσι έφτασε στην κορυφή, κερδίζοντας τον τίτλο της Μις Βρετάνια και μπαίνοντας στους τελικούς της Μις Υφήλιος. Μετά σταμάτησε το body-building. Ήταν ο τρόπος για να αποδείξει στον κόσμο πόσο καλά αισθανόταν.

«Δε θα έλεγα ότι όλοι οι ανορεκτικοί θα πρέπει να κάνουν body-building. Ήταν κάτι που ήθελα να κάνω. Τώρα κάνω ασκήσεις, αλλά επειδή το θέλω», εξηγεί. Η Κάθριν λέει ότι δεν έχει πια την έμμονη ιδέα για το σώμα της – την ενδιαφέρει μόνο να δείχνει όμορφη, κι έτσι προσέχει τον εαυτό της. Και ξέρει ότι το παράδειγμά της είναι ένας τρόπος με τον οποίο τα άτομα που υποφέρουν από ανορεξία μπορούν να βοηθηθούν.

## **MARTYRIA 5<sup>η</sup>:**

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. Ένιωθε 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 Τζένιφερ 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 ζυγίζόταν 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 κατάφερνε 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 καταπραϊντικά. Ένιωθε πως δεν έλεγγε 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 κατάρρευσε πάλι.

Ξαναμπήκε στο νοσοκομείο και έμεινε εκεί ώσπου το βάρος αυξήθηκε στα 51 κιλά (Q1 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 (Q1 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.

## ΜΑΡΤΥΡΙΑ 6<sup>η</sup>:

### Θάνατος 20χρονης από νευρική ανορεξία

04/02/2003 13:49:02

Σοκ έχει προκαλέσει στην πανεπιστημιακή κοινότητα των Ιωαννίνων ο θάνατος 20χρονης φοιτήτριας της Ιατρικής από τη Λάρισα.

Όπως δήλωσε ο ιατροδικαστής Θεόδωρος Βουγιουκλάκης, ο θάνατος της φοιτήτριας επήλθε από ασιτία, έχοντας χρόνιο πρόβλημα ανορεξίας.

Η ψυχολογική αυτή ασθένεια ονομάζεται ψυχογενής ή νευρική ανορεξία (anorexia nervosa), που οδηγεί σε συνεχή αποχή από τροφή και εμφανίζεται κυρίως στα κορίτσια νεαρής και εφηβικής ηλικίας.

Είναι χαρακτηριστικό ότι το σωματικό βάρος της άτυχης φοιτήτριας δεν έφθανε τα 25 κιλά.

Ο θάνατός της δημιούργησε πολλά ερωτηματικά στα οποία έδωσε απαντήσεις ο ιατροδικαστής. Η 20χρονη είχε το πρόβλημα από χρόνια και οπωσδήποτε η κατάσταση της επιδεινώθηκε όταν έφυγε από το σπίτι της για να σπουδάσει στην Ιατρική Σχολή των Ιωαννίνων.

Το περασμένο Σάββατο, μαζί με τη μητέρα της ξεκίνησαν από τα Γιάννινα με το λεωφορείο του ΚΤΕΛ για το σπίτι τους στη Λάρισα.

Στον "Αυχένα" Κατάρας έχασε τις αισθήσεις της. Ο οδηγός και οι συνεπιβάτες της προσπάθησαν να την συνεφέρουν χωρίς αποτέλεσμα.

Μεταφέρθηκε στο Κέντρο Υγείας Μετσόβου όπου οι γιατροί διέγνωσαν ότι ήταν ήδη νεκρή.

Στη συνέχεια ο ιατροδικαστής που έκανε νεκροψία διαπίστωσε ότι ο θάνατος επήλθε από ανακοπή, συνεπεία συστηματικής αποχής από τροφή.

## ΜΑΡΤΥΡΙΑ 7<sup>η</sup>:

Γκρασιέλα Ροντρίγκεζ

### «ΑΠΟΦΑΣΙΣΑ ΝΑ ΓΙΝΩ ΤΟ ΠΡΟΤΥΠΟ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ ΜΟΥ»

«Είμαι μία δεκαοκτάχρονη, ένα γεμάτο πρόην μοντέλο, με μεγάλες καμπύλες. Επέζησα από μία διατροφική διαταραχή. Και μαθαίνω να αγιπάω το σώμα μου», εξομολογείται η Γκρασιέλα Ροντρίγκεζ, στο βιβλίο «Παρανομίες του κορμιού» (επιμέλεια: Οφίρα Εντούτ, Εκδ. Καστανιώτη). «Όταν πήγα στο Γυμνάσιο, ο στόχος μου ήταν όχι μόνο να μοιάσω με τους ήρωες της σειράς "Χτυποκάρδια στο Μπέβερλι Χιλς", αλλά και να ζήσω όπως εκείνοι. Ήθελα να είμαι δημοφιλής, σαν τον τύπο κοριτσιού της τηλεόρασης. Ήθελα να είμαι λεπτή, να ταιριάζω.

Αν είχα πραγματικά πρότυπα στη ζωή μου - κορίτσια με στρογγυλά στομάχια και σπυράκια - μάλλον θα ένιωθα πιο αποδεκτή. Στο κάτω-κάτω έτσι μοιάζουν τα περισσότερα κορίτσια στην εφηβεία. Μπορεί να θέλουμε να είμαστε ελκυστικές και να νοιαζόμαστε για το βάρος μας, αλλά πρέπει να καταλάβουμε μέχρι ποιο σημείο. Είναι σίγουρα δύσκολο να βρούμε το σημείο ισορροπίας. Η επιρροή των μέσων μαζικής ενημέρωσης είναι εξαιρετικά ισχυρή. Στο μεταξύ έχω αποφασίσει να γίνω εγώ η ίδια το πρότυπο του εαυτού μου, υπενθυμίζοντάς του κάθε μέρα ποια είμαι».



Εικόνα 9.

## ΑΡΘΡΑ ΠΟΥ ΈΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

### Η θλιβερή εικόνα της Χερτζικόβα

Πηγή: NET

Σκιά του εαυτού της είναι πλέον η Εύα Χερτζικόβα, ένα από τα πιο εντυπωσιακά μοντέλα της δεκαετίας του 90. Η πρόσφατη εμφάνιση της στο φεστιβάλ των Κανών, επιβεβαίωσε τις φήμες, που την θέλουν να πάσχει από νευρική ανορεξία, την ασθένεια της σύγχρονης εποχής, που μοιάζει με αργό θάνατο και για την οποία ενοχοποιείται η βιομηχανία της μόδας. Οι φωτογραφίες της, που κυκλοφόρησαν στο διαδίκτυο προκαλούν σοκ. Δείχνουν την Τσέχα καλλονή αγνώριστη. Αποστεωμένη, με μαύρους κύκλους κάτω από τα μάτια και χωρίς την παλιά της λάμψη. Όσοι τις βλέπουν μένουν άφωνοι, αλλά όχι εξαιτίας των τέλειων αναλογιών της. Η ίδια επιμένει να διαψεύδει ότι είναι ανορεξική, αλλά η εικόνα είναι αδιάψευστος μάρτυρας.

### **Χιλιάδες τα θύματα**

Δυστυχώς, η Εύα Χερτζικόβα δεν είναι η μοναδική, που πέφτει θύμα της ασθένειας. Στην ίδια παγίδα αναζήτησης του "τέλειου" έχουν πέσει δεκάδες άλλα διάσημα μοντέλα, όπως η Κεϊτ Μος αλλά και η Κάρεν Μούλντερ και ακολουθώντας το παράδειγμά τους χιλιάδες μικρά κορίτσια, που καταλήγουν να καταστρέφουν τον εαυτό τους.



**Εικόνα 10.**

## ΤΑ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ «ΙΔΑΝΙΚΑ» ΤΗΣ ΤΕΛΕΙΟΤΗΤΑΣ

Πρόσωπα αρυτίδωτα και σώματα λεπτά. Το ιδανικό της τελειότητας αφαιρεί κιλά και χρόνια από τους διάσημους και ζωές από τους νέους. Η νευρική ανορεξία είναι ασθένεια της μόδας.

### ΕΦΗ ΦΑΛΙΔΑ

*Η Κέιτ Γούνσλετ στο εξώφυλλο του GQ δείχνει συμμαζεμένη στη νέα της σιλουέτα που της έφτιαξε το ρετουσάρισμα του ατελιέ του ανδρικού περιοδικού. Η ίδια όμως δεν ευχαριστήθηκε με την αλλοιωμένη εικόνα της και κατηγόρησε το περιοδικό ότι την υποβιβάζει σε μοντέλο χωρίς να εκτιμάει την υποκριτική της.*

Η εποχή μας έχει βγάλει την ετυμηγορία της για το ιδανικό σώμα. Το λεπτό, λιποβαρές κορμί είναι η σιλουέτα που βγαίνει εξώφυλλο σε περιοδικά, γίνεται γιγαντοαφίσα στον δρόμο, προκαλεί τον ανδρικό πόθο και τον γυναικείο φθόνο, αλλά και στόχο. Κι αφού μόνο οι Ιάπωνες παίκτες του Σούμο εξαιρούνται από την τυραννική εξουσία των εκατοστών στις διαστάσεις του σώματος, οι υπόλοιποι κάτοικοι της ανεπτυγμένης ζώνης του πλανήτη κάνουν τις θυσίες που τους επιβάλλει η νέα λατρεία.

«Υπάρχει πια μία διεθνής άτυπη και σιωπηρή συμφωνία μεταξύ των περιοδικών που αποδιώχνει ότι δεν είναι τέλειο», εξηγεί στα «NEA» η διευθύντρια σύνταξης της Vogue Hellas Στέλλα Λιζάρδη. Και ο φωτογράφος Τάσος Βρεττός συμπληρώνει ότι «το ελληνικό στυλ σύστημα είναι βουτηγμένο στο πλαστικό γκλάμορ».

Καθένας, λοιπόν, δίνει ότι έχει ή ό,τι μπορεί. Χρήματα για δίαιτες και πλαστικές εγχειρήσεις, χρόνο για εξαντλητικά προγράμματα γυμναστικής ή απλά την όρεξή του. Γι' αυτό και η νευρική ανορεξία έγινε ασθένεια της μόδας και της εφηβείας. Με θύματα πολλές γυναίκες μοντέλα - όπως έχει παραδεχτεί η Κάρεν Έλσον - που πασχίζουν να διατηρηθούν αδύνατες, για να έχουν πέραση στις πασαρέλες των μεγάλων σχεδιαστών. Αλλά και πολλά κορίτσια που στην αρχή της

εφηβείας τους αντιμετωπίζουν την άنيση μάχη της αλλαγής του σώματός τους και της «τέλειας» εικόνας των ειδώλων τους που αντικρίζουν στα περιοδικά, στην τηλεόραση, στον κινηματογράφο, αγνοώντας όμως την ταλαιπωρία της Μπρίντι Σπίαρς από τις εξαντλητικές δίαιτες και τα φάρμακα που της περιορίζουν την όρεξη.

Την ημέρα που η Βρετανίδα ηθοποιός Κέιτ Γουίνσλετ εμφανίστηκε στο εξώφυλλο του ανδρικού περιοδικού «GQ», αδυνατισμένη τουλάχιστον κατά δεκαπέντε κιλά, οι εύσωμες γυναίκες ένιωθαν να χάνουν τη μάχη της εικόνας. Όμως η Κέιτ Γουίνσλετ σε συνέντευξή της τοποθέτησε τα πράγματα στο φυσιολογικό τους μέγεθος, κατηγορώντας το περιοδικό ότι αλλοίωσε την εικόνα της, αφαιρώντας της κιλά και παρουσιάζοντάς την αδύνατη. «Δεν έχω κανένα πρόβλημα με το σώμα μου και δεν ήταν δική μου επιθυμία αυτό το αποτέλεσμα». Σε αντίθεση με αυτήν την υγιή αντίδραση της ηθοποιού που δίνει σημασία στην ερμηνεία των ρόλων και όχι των εικόνων, μία άλλη επαγγελματίας, η Βραζιλιάνα σταρ του μόντελινγκ Ζιζέλ Μπίντχεν, έκανε πλαστική εγχείρηση για να μειώσει το μέγεθος του στήθους της.

Τέλειο σημαίνει οπωσδήποτε αδύνατο σώμα. Όπου το αδύνατο σώμα προκύπτει από ψηφιακή επεξεργασία της εικόνας ή διαίτα. Όπου η διαίτα οδηγεί σε διατροφικές διαταραχές. Όπου αυτά τα πρότυπα προκαλούν σε εφήβους και σε νέους ανθρώπους ψυχογενή ανορεξία ορίζοντάς τους σε λίγα χρόνια ραντεβού με τον θάνατο...

### **«Η μόδα αγνοεί τους φυσιολογικούς ανθρώπους»**

Στη Βρετανία, τη Γαλλία και την Αμερική τα ποσοστά διατροφικών διαταραχών σε κορίτσια ηλικίας 13-20 ετών φθάνει το 2%. Ποσοστό όχι τυχαίο, αφού σε αυτές τις χώρες η βιομηχανία της μόδας, της ομορφιάς, της μουσικής και του θεάματος παράγει μοντέλα, περιοδικά, ταινίες και είδωλα. Όμως ο ανταγωνισμός στις πρώτες θέσεις επιτυχίας είναι μεγάλος. Οι διάσημοι ακολουθούν το τυπικό της διαδικασίας πάνω στο οποίο δουλεύουν τα περιοδικά για τα εξώφυλλά τους και τις φωτογραφήσεις των βασικών θεμάτων τους. Το ρετούς, το «άγγιγμα» από το μαγικό χέρι του φωτογράφου, γίνεται πλέον από το κομπιούτερ. Και κανένας σταρ φωτογράφος δεν δουλεύει χωρίς τον ειδικό στις ψηφιακές επεξεργασίες. «Όλοι θέλουν να δείχνουν όμορφοι. Βασικά πουλάμε ένα προϊόν, μία εικόνα. Αυτός είναι ο



κόσμος μέσα στον οποίο ζούμε. Τα πάντα γύρω μας προβάλλονται εκθαμβωτικά και ωραιοποιημένα», δηλώνει ο Γάλλος ειδικός στην ψηφιακή επεξεργασία Πασκάλ Ντανγκέν στους «New York Times». Πρόσωπο το οποίο εκτιμάνε η Μαντόνα και η Τζένιφερ Λόπεζ, η φωτογράφος Άνι Λίμποβιτς και κάθε διευθυντής περιοδικού λάιφσταϊλ, αφού είναι άγραφος νόμος μερικά πίζελ να πέφτουν πάνω στα μάτια του μοντέλου για να γίνουν πιο μπλε, τα δόντια πιο άσπρα, τα πόδια πιο λεπτά.

«Ο κόσμος της μόδας ήταν ανέκαθεν πλασματικός, γιατί πουλάει μία ονειρική συσκευασία ως προϊόν που είναι τα ρούχα και ως ανθρώπινη αύρα, δηλαδή τα μοντέλα και οι φωτογραφήσεις που γίνονται σε εξωτικές τοποθεσίες και μακρινούς προορισμούς. Στη μόδα υπάρχει η διάθεση παραποίησης των αληθινών διαστάσεων του κόσμου. Μέχρι που φτάσαμε στο σημείο η εικόνα να καταδυναστεύει το περιεχόμενο και τα περιοδικά να επιμένουν να ασχολούνται με τις λεπτομέρειες, οπότε και το ρετούς κατέληξε να γίνει παρεμβατικό στα σώματα των μοντέλων, αλλά και στα πρόσωπα των διασημοτήτων», εξηγεί η Στέλλα Λιζάρδη.

«Από την πλευρά των φωτογραφιζομένων προσώπων, μας εκφράζουν την επιθυμία τους να γίνει στο πορτρέτο τους μία επεξεργασία εικόνας», συνεχίζει. «Ωστόσο κάποιои, σίγουρα λιγότεροι, επιθυμούν να μείνουν ανέπαφοι. Όμως το ζήτημα εστιάζεται στο πόσο έτοιμος είναι κανείς να δει τον εαυτό του όπως ακριβώς αποτυπώνεται σε μία φωτογραφία. Το βέβαιο είναι ότι τα περιοδικά δεν του το δίνουν. Αναζητούμε ακόμα όμορφους ανθρώπους και μας ενδιαφέρει η επιφάνεια. Όσο για τα δημοκρατικά μηνύματα της μόδας που μιλάνε για απελευθέρωση από τους κανόνες και υιοθέτηση όλων των τάσεων που αναδεικνύουν το στυλ, στην πράξη είναι ανεφάρμοστα. Στη βιομηχανία της μόδας χωράνε μόνο εκείνοι που διαθέτουν αναλογίες μοντέλου. Τα μεγέθη με τα οποία ντύνεται ένας άνθρωπος με φυσιολογικές διαστάσεις δεν υπάρχουν στην αγορά των σινιέ ρούχων. Και το φαινόμενο του small - medium size εξαπλώνεται και στην ευρύτερη αγορά με τις πιο προσιτές τιμές».

Αλίνα Σταυριανού

«Στις σχολές χορού πιέζουν για δίαιτα»

Το σώμα είναι μέσο έκφρασης για τον χορό. Μία τέχνη ελκυστική για τις εφήβους που ονειρεύονται να αποκτήσουν το ευλύγιστο τέλειο σώμα μίας χορεύτριας. Είναι επόμενο για πολλές κοπέλες που ξεκινάνε χορό να αντιμετωπίσουν διατροφικά προβλήματα. Ήδη στις σχολές χορού στην Αθήνα έχουν ακουστεί περιπτώσεις μαθητριών που η ανορεξία τις οδήγησε στο νοσοκομείο. Αφού το μόνο που ήθελαν ήταν να υπακούσουν στις αυστηρές υποδείξεις των δασκάλων τους να προσέξουν το βάρος τους, τρώγοντας μόνο ένα γιαούρτι την ημέρα. «Δεν είναι όλα τα σώματα φτιαγμένα για κλασικό χορό. Ο μακρύς κορμός και τα κοντά πόδια δεν βοηθάνε μία κοπέλα να γίνει πρίμα μπαλαρίνα», λέει η πρώτη χορεύτρια του Μπαλέτου της Λυρικής Σκηνής Αλίνα Σταυριανού, εξηγώντας ότι «στον κλασικό χορό είναι σημαντικό να είσαι αδύνατη, αλλά να έχεις αντοχή και μυϊκή δύναμη. Γιατί η αδύνατη χορεύτρια διευκολύνει τον παρτενέρ της στις κοινές χορογραφίες τους. Η αλήθεια είναι ότι στις σχολές χορού πιέζουν τα κορίτσια να κάνουν δίαιτα. Επομένως χρειάζεται να αποκτήσεις υγιεινές διατροφικές συνήθειες, γιατί το υπερβολικά αδύνατο σώμα είναι αδύναμο. Ο χορός είναι σκληρός και απαιτεί δυνάμεις».

*Η Αναστασία Βολότσκοβα, η πρίμα μπαλαρίνα του Μπαλέτου Μπολσόι, εκτοπίστηκε από το θρυλικό ρωσικό χορευτικό σχήμα επειδή δεν υπήρχε χορευτής για να σηκώσει το «βαρύ» σώμα της που ζυγίζει 50 κιλά. Τα υπόλοιπα πήραν τον δρόμο του δικαστηρίου, αφού η χορεύτρια δεν αρκέστηκε στον ρόλο του τέταρτου κύκνου και δήλωσε ότι το «μπαλέτο δεν είναι η τέχνη των κιλών, αλλά τέχνη της ψυχής»*

Πρόσφατα, μία εικοσάχρονη κοπέλα από τη Λάρισα πέθανε από νευρική ανορεξία, καθώς το εφηβικό της όνειρο ήταν η ενόργανη γυμναστική. Η περίπτωση της δεν είναι η μοναδική. Τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια από το σύνολο των παιδιών που έχουν νοσηλευθεί στην Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική του Νοσοκομείου Παίδων «Αγία Σοφία», το 13% είχαν εμφανίσει νευρική ανορεξία. Ενώ το 6% των περιπτώσεων νευρικής ανορεξίας καταλήγουν στον θάνατο.

## «Έχουμε ήδη ρετουσαρισμένη την εικόνα του εαυτού μας»

Μέσα από τον φωτογραφικό φακό, οι επαγγελματίες από τον χώρο της μόδας, που έχουν προσαρμόσει την τεχνική του ρετούς στη δουλειά τους, διαχωρίζουν τις απαιτήσεις της αγοράς από τις απόψεις αισθητικής. Ο Τάσος Βρεττός δηλώνει αντίθετος στα πλαστικά πρότυπα. «Αυτή η υπερβολική χρήση του ρετούς είναι ταυτόχρονα μίας τάσης που τείνει να ξεπεραστεί. Ήδη τα ξένα περιοδικά μόδας αρχίζουν να μην πειράζουν τις φωτογραφίες. Στην Ελλάδα είναι αλήθεια ότι το ρετούς έχει ακόμα πολύ δρόμο να διανύσει, καθώς έχει γίνει ανάγκη στις στας του πενταγράμμου. Προσωπικά, το χρησιμοποιώ διακριτικά για να αφαιρέσω κιλά και κάποιες ρυτίδες».

## «Άλιεν κατάσταση»

«Ο άνθρωπος δεν είναι σε θέση να νικήσει τον πόλεμο της ρυτίδας», λέει ο εικαστικός φωτογράφος Δημήτρης Αντωνίτσας. Ο οποίος ασχολήθηκε με την αλλαγή εικόνας των ανθρώπων σε μία σειρά φωτογραφικών πορτρέτων που δούλεψε στο Λας Βέγκας με τις drag queens του σόου «Ζίγκφριντ και Ρόυ». «Όταν μπήκα στα καμαρίνια των πρωταγωνιστών υπήρχαν πολλές φωτογραφίες τους με άλλες διασημότητες, όπως η Ντόλι Πάρτον ή ο Μπιλ Κλίντον. Αυτό που έβλεπα ήταν προσθετικές σαγονιών, λευκά δόντια, ένα σύμπαν ολόκληρο στηριγμένο σε μία άλιεν κατάσταση.

Όμως ο καθένας έχει την προσωπική εικόνα του εαυτού του ήδη ρετουσαρισμένη. Γιατί είναι δύσκολο να είσαι αληθινός και να έχεις το πραγματικό γνώθι σαυτόν της εικόνας σου. Σε ένα ανάλογο ρετούς του εαυτού μας οδηγούμαστε και μέσα από την πρακτική της ψυχανάλυσης, που ωθεί τα άτομα στο να αποφεύγουν τις πληγές που επιφέρει το βίωμα μίας συναισθηματικής κατάστασης.

Στο τέλος, με μια τέτοια περιποίηση, χωρίς βιώματα, οι άνθρωποι καταλήγουν πληκτικοί και βαρετοί. Όπως αυτά τα αψεγάδιαστα πορτρέτα που ετοιμάζουν οι φωτογράφοι κατά παραγγελία του πελάτη».

## Μήπως τελικά το μυώδες σώμα δεν είναι φυσιολογική κατάσταση;

Ενώ οι αναφορές τα τελευταία χρόνια για την "anorexia nervosa" (νευρική ανορεξία) είναι πολλές, με αφορμή και την ποικιλία προβαλλόμενων ειδήσεων από τον καλλιτεχνικό χώρο, παρατηρείται μια υποτονικότητα όσον αφορά στις αναφορές για την "bigorexia" ή αλλιώς τη "reverse anorexia" (ανάστροφη ανορεξία) (ή πιο επιστημονικά muscular dysmorphia - μυϊκή δυσμορφία). Η bigorexia είναι θέμα εξίσου ενδιαφέρον και επίκαιρο, ιδιαίτερα καλοκαιρινό, όπου κάποιοι λίγο πολύ αρχίζουν να προβληματίζονται για το αν διαθέτουν ένα «καλό» σώμα το οποίο θα μαγνητίσει τα βλέμματα σε κάποια παραλία. Στο χώρο της επιστήμης η μελέτη του εν λόγω προβλήματος έχει δώσει μια νέα ώθηση στην προσπάθεια προβολής της σημαντικότητας των ασθενειών που σχετίζονται με το φαΐ και της ψυχολογικής ή ψυχιατρικής υποστήριξης που χρήζουν, ενώ κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για μια ακόμα κοινωνική αναθεώρηση. Το πρόβλημα αφορά κυρίως τους άνδρες, ενώ ελάχιστο έως μηδαμινό ποσοστό ενδέχεται να αφορά και τις γυναίκες (σε αντίθεση με την anorexia nervosa που ως επί τω πλείστον αφορά τις γυναίκες). Υπάρχει λοιπόν η πεποίθηση σε ένα σημαντικό ποσοστό του ανδρικού πληθυσμού (και σπανίως σε ποσοστό γυναικείου πληθυσμού) ότι ένα σώμα «καλό» συνιστά ένα σώμα γυμνασμένο, με γραμμωμένους κοιλιακούς και στιβαρά μπράτσα! Έτσι, ενώ η νευρική ανορεξία εμφανίζεται ως πάθηση που φέρεται να τροφοδοτείται από την προώθηση του εξιδανικευμένου λεπτού σώματος στο χώρο του modeling, η bigorexia εμφανίζεται ως πάθηση που τροφοδοτείται από την προώθηση του εξιδανικευμένου τεράστιου και υπέρ - μυώδους σώματος στο χώρο του bodybuilding. Αφορά συνήθως άτομα που ασχολούνται επαγγελματικά με αυτό το άθλημα αλλά δεν εξαιρούνται και οι ερασιτέχνες του είδους. Υπάρχει κάποιο όριο στην προσπάθεια να αποκτήσει κανείς ένα καλογυμνασμένο σώμα;

Η προσπάθεια τελειοποίησης του σώματος στους άνδρες μέσω της μυϊκής υπερβολής από ένα σημείο και μετά αποτελεί πρόβλημα που ξεφεύγει από τα πλαίσια του απλώς αντισταθμικού! Πρόβλημα που μοιάζει σημαντικά με τη νευρική ανορεξία ως προς τη συμπτωματολογία, με τη διαφορά ότι ενώ στη νευρική ανορεξία ο σκοπός είναι η απόκτηση ενός πιο λεπτού σώματος, στην bigorexia ο σκοπός είναι η απόκτηση ενός πιο μυώδους σώματος. Η προσήλωση στους εν λόγω σκοπούς και στις δύο περιπτώσεις αγγίζει ως γνωστόν τα όρια της εμμονής, ενώ και στις δύο περιπτώσεις το πρόβλημα δεν είναι αντιληπτό από τον πάσχοντα και σε αυτό ακριβώς

το σημείο βρίσκεται και η δυσκολία αντιμετώπισης τους. Οι πάσχοντες από bigorexia λοιπόν δεν ικανοποιούνται ποτέ με το μέγεθος του σώματος τους! Ενώ είναι μυώδεις και πλέον «υπέρ-σωμοι» βλέπουν τους εαυτούς τους ως αγύμναστους ή μικροκαμωμένους ή «χαλαρούς» και αυτή η πεποίθηση τους, τους οδηγεί σε αντίστοιχη περιέργη συμπεριφορά: μπορεί να φορούν χοντρά και βαριά ή ριχτά ρούχα, ακόμα και το καλοκαίρι, για να κρύψουν το μικρό και ταπεινωτικό τους σωματικό μέγεθος, να αισθάνονται και να φέρονται σαν άτομα αδύναμα και ασθενικά, να απομακρύνονται από τις φιλικές τους παρέες και γενικότερα τον κοινωνικό τους περίγυρο για να εκπληρώσουν το χρέος τους στα όργανα του γυμναστηρίου (ενώ ένας συνηθισμένος bodybuilder αφιερώνει περίπου 45 λεπτά καθημερινώς για το σώμα του, ένας πάσχων από bigorexia μπορεί να αφιερώνει περίπου 5 ώρες χωρίς να αισθάνεται τον γνωστό μυϊκό πόνο από την άσκηση), να παρατάνε τις ευθύνες τις οποίες έχουν αναλάβει, να αδιαφορούν για τις ανεπιλημμένες υποχρεώσεις τους, για τον ίδιο ακριβώς λόγο ή περνώντας απλά τις ώρες τους μπροστά σε ένα καθρέφτη και ελέγχοντας τα «ποντίκια» τους, να ακολουθούν ασυνήθιστες δίαιτες και να θέτουν σε κίνδυνο την υγεία τους με την αλόγιστη χρήση αναβολικών στεροειδών (που προκαλούν από μόνα τους συνήθως επιπλέον ψυχωτικά και οργανικά συμπτώματα/προβλήματα) ή ακραία, φέροντας τον οργανισμό τους σε ένα σημείο πολυοργανικής ανεπάρκειας, που ενδέχεται να οδηγήσει μοιραία ακόμα και στο θάνατο.

Ο Fussel, ένας από τους μελετητές του προβλήματος λέει χαρακτηριστικά ότι το εβδομαδιαίο πρόγραμμα φαγητού ενός πάσχοντος bodybuilder περιλαμβάνει απίστευτες ποσότητες τροφής, όπως "70 αβγά, 14 κουτάκια τόνο, 5 κιλά βοδινό, 4,5 κιλά κοτόπουλο, 35 λίτρα άπαχο γάλα, 4 καρβέλια ψωμί, 4 σάκου ρύζι, μακαρόνια, ψητές πατάτες και φρούτα όσα θα μπορούσε να μεταφέρει το καροτσάκι του supermarket!". Πέρα από όλ' αυτά μπορεί να λαμβάνονται και συμπληρώματα τροφής που διαφημίζονται για τις ιδιότητες τους να βοηθούν στην αύξηση της μυϊκής μάζας. Ο μεταβολισμός ενός bodybuilder διαταράσσεται επομένως σημαντικότερα και εξομοιώνεται περίπου με το μεταβολισμό ενός ατόμου βουλμικού, με τη διαφορά ότι ο πάσχων από bigorexia δεν θα κάνει εμετό για την αποβολή της επιπλέον τροφής, αλλά θα κλειδωθεί μέσα σε ένα γυμναστήριο και θα αρχίσει μανιωδώς την... αντικειμενικά εξοντωτική άσκηση. Ένας bigorectie δεν θα πάει ποτέ ως καλεσμένος σε γεύμα ή σε ένα δείπνο, σε φιλικό σπίτι ή σε ένα εστιατόριο! Ενδεχομένως να

συνηθίζει να λαμβάνει τα γεύματα του μόνος του, μακριά από τα βλέμματα άλλων. Συνδυασμός λοιπόν συμπτωμάτων νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας.

Οι πάσχοντες από bigorexia δεν αρέσκονται στο να επιδεικνύουν το σώμα τους, αφού ντρέπονται γι' αυτό. Τυπικά πρόκειται για άτομα τα οποία διαθέτουν πολύ χαμηλή αυτοπεποίθηση. Μπορεί να αποφεύγουν τη σεξουαλική δραστηριότητα ή όποια άλλη δραστηριότητα «σπαταλά» πολύτιμη ενέργεια πολύτιμη για το bodybuilding τους. Και φυσικά το πραγματικό πρόβλημα, όπως και στην νευρική ανορεξία, όπως προειπώθηκε είναι το ότι δεν αναγνωρίζουν, δεν καταλαβαίνουν και δεν παραδέχονται ότι πάσχουν από κάποιο πρόβλημα ώστε να απευθυνθούν σε κάποιο ειδικό! Το σοβαρότερο; Πρόκειται για πάθηση νεοεμφανιζόμενη και ακόμα υπό μελέτη προκειμένου να καταλήξει η ιατρική επιστήμη και η ψυχολογία στην απαραίτητη θεραπεία! Μέχρι στιγμής αυτή μάλλον περιορίζεται στα συνήθη αντικαταθλιπτικά και σε κάποιες αμφισβητούμενες πατέντες θεραπείας της συμπεριφοράς. Έπειτα; Τα άτομα αυτά συχνά λαμβάνουν τον κοινό «θαυμασμό» για το μυώδες, λαδωμένο, μαυρισμένο τους σώμα. Μπορεί να φανεί περίεργο το ότι υπάρχουν και ειδικοί που δεν αναγνωρίζουν καν την κατάσταση αυτή σαν μια ασθένεια. Είναι ακόμα πιο αξιοπερίεργο το ότι ενώ όταν το σώμα ξεφεύγει από τα όρια του κανονικού (με όποια υποκειμενική ερμηνεία κι αν δοθεί στον όρο) και «σκελετώνει» καταλαμβάνομαστε από κάποια φρίκη, τη στιγμή που όταν ξεφεύγει από τα όρια του κανονικού και «γιγαντώνει» εκπλησσόμαστε αν όχι θαυμάζουμε τον όγκο, τη δύναμη, την αδρότητα της φυσικής παρουσίας του πάσχοντος ατόμου. Μήπως είναι κι αυτό κάτι που εκδηλώνει ένα είδος δικής μας ανασφάλειας;



**Εικόνα 11.**

## **Όταν η υγιεινή διατροφή γίνεται έμμονη ιδέα.**

Μήπως πάντα ρωτάτε επίμονα για την προέλευση των τροφίμων που αγοράζετε; Μήπως στη λαϊκή πηγαίνετε αποκλειστικά στους πάγκους της οργανικής καλλιέργειας και αν δεν έχουν το προϊόν της προτίμησής σας τότε δεν αγοράζετε τίποτα; Μήπως κάνετε πολλά χιλιόμετρα για να βρεθείτε σε κάποιο συγκεκριμένο χωριό που φημίζεται για τις αλανιάρες κότες του ή τα αγνά σιτηρά του; Μήπως είστε καθέτως αντίθετοι στα διάφορα τυποποιημένα σνακς και παρόμοια προϊόντα; Αν οι απαντήσεις σας στις προηγούμενες ερωτήσεις είναι καταφατικές, ίσως κι εσείς να ασχολείστε ιδιαίτερα με την υγιεινή διατροφή. Αποτελεί όμως η υγιεινή διατροφή πρόβλημα;

Οι μέχρι τώρα γνωστές διαταραχές της διατροφής είναι η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία οι οποίες εμφανίζονται με αρκετή συχνότητα και ταλαιπωρούν μια αρκετά μεγάλη μερίδα του πληθυσμού.

Πρόσφατες επιστημονικές παρατηρήσεις καταλήγουν στην περιγραφή και μιας νέας διατροφικής διαταραχής, η οποία όμως είναι ύπουλη και η ύπαρξή της δεν είναι πάντα σε φανερή μορφή: πρόκειται για τη νευρική ορθορεξία.

Όπως φανερώνει το όνομα της σύνθετης αυτής λέξης, προέρχεται από το "ορθός" και την "όρεξη" και δηλώνει την εμμονή με τη σωστή διατροφή. Παρόλο που κάτι τέτοιο μπορεί ν' ακούγεται αντιφατικό ή ακόμα και οξύμωρο, στην πραγματικότητα η υπερβολική ενασχόληση με την ορθή και σωστή διατροφή μπορεί να εξελιχθεί σε αληθινή ψυχολογική διαταραχή.

## **Πότε όμως μια καλή συνήθεια μετατρέπεται σε πρόβλημα;**

### **Ποια είναι η λεπτή γραμμή που διαχωρίζει την προτίμηση από την εμμονή;**

Όταν ο άνθρωπος ξεπεράσει το μέτρο και επιτρέψει σε μια προτίμησή του ή συνήθειά του να πάρει κυρίαρχο ρόλο στη ζωή του, δηλαδή όταν η ζωή του ανθρώπου αυτού περιστρέφεται γύρω από αυτή τη συνήθεια και η εκπλήρωσή της

καταλαμβάνει μεγάλο μέρος της πνευματικής και σωματικής δραστηριότητας αυτού του ανθρώπου, τότε λέμε ότι η συνήθεια αυτή έχει μετατραπεί σε εμμονή.

Ο Δρ. Steven Bratman συγγραφέας του βιβλίου *Health Food Junkies: Overcoming the obsession with healthful eating* είναι αυτός που επινόησε τον όρο νευρική ορθορεξία και πρεσβεύει ότι οι ιδέες περί υγιεινής διατροφής μπορούν εύκολα να εξελιχθούν σε ψυχολογική διαταραχή, βασανιστική όχι μόνο για το ίδιο το άτομο, αλλά και για τον περίγυρό του.

Πως όμως ξεκινάει ένα τέτοιου είδους πρόβλημα; Σύμφωνα με τις δηλώσεις των περισσότερων ατόμων που πάσχουν από νευρική ορθορεξία, το πρόβλημά τους ξεκίνησε αθώα και ανώδυνα, από μια αρχική επιθυμία να βελτιώσουν τις διατροφικές τους συνήθειες και, γενικότερα, τον τρόπο ζωής τους. Έτσι, υιοθέτησαν μια ισορροπημένη διαίτα, με έμφαση στην ποιότητα και σαφείς προτιμήσεις σε ορισμένα προϊόντα (πχ, φρούτα και λαχανικά) με παράλληλη ξεκάθαρη αποφυγή άλλων προϊόντων (πχ, κατεργασμένων σνακς).

Παράλληλα, τα άτομα αυτά άρχισαν να ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για την καταγωγή των τροφίμων που καταναλώνουν. Έτσι, για παράδειγμα, κάποιος άρχισε να αποφεύγει τις τσιπούρες ιχθυοτροφείου, εξαιτίας της τεχνητής διαίτας τους και του περιορισμένου χώρου στον οποίο εκτρέφονται. Στη συνέχεια όμως, άρχισε να αποφεύγει και τις τσιπούρες ανοιχτής θάλασσας, με το αιτιολογικό "και πως μπορώ να είμαι σίγουρος εγώ ότι δεν το έσκασαν από το ιχθυοτροφείο!".

Αυτή ακριβώς η λογική περιγράφει το πρόβλημα της νευρικής ορθορεξίας, όπου οι σκέψεις και ο προγραμματισμός γύρω από τη σωστή διατροφή κατευθύνουν όλη την ψυχική ενέργεια του ατόμου. Καθώς όμως το άτομο αρχίζει ν' ανησυχεί για τις διατροφικές του συνήθειες και να αναλώνεται σε σκέψεις γύρω από αυτές, ο βαθμός ανησυχίας του αυξάνεται κι αυτός. Το αποτέλεσμα είναι ότι η ανησυχία αποκτά κυρίαρχο ρόλο στη ζωή του.





## **Ποιο είναι λοιπόν το ψυχολογικό προφίλ αυτού του ατόμου που πάσχει από αυτού του είδους το πρόβλημα.**

Καταρχήν, το πρόβλημα της νευρικής ορθορεξίας επηρεάζει εξίσου άντρες και γυναίκες. Συνήθως πρόκειται για άτομα που έχουν ανάγκη να ασκούν έλεγχο στη ζωή τους και να αισθάνονται ότι κρατούν γερά τα ινιά της.

Η σύντομη ψυχολογική ευεξία και ευχαρίστηση που αντλεί το άτομο από το κυνήγι του καλού φαγητού εξατμίζεται γρήγορα και δίνει τη θέση της στην ανησυχία για το αν η επιλογή ήταν όντως σωστή και για το ποια θα πρέπει να είναι η επόμενη διατροφική επιλογή τους.

Η περίοδος ενοχών και ο αυτοβασανισμός καταλαμβάνουν πολύ μεγαλύτερο μέρος της ψυχικής ζωής απ' ό τι η πρόσκαιρη ικανοποίηση. Το άτομο μπαίνει σε ένα αδιάκοπο κυνηγητό της "ορθότητας" και προσπαθεί να παραβγεί σε έναν αγώνα δρόμου με τον ίδιο του τον εαυτό. Αν και η έννοια της αυτοτιμωρίας είναι παρούσα στην κατάσταση του ορθορεξικού, η επιβολή του "σωστού" στον εαυτό του είναι ακόμα εντονότερη.

Το άτομο αυτό κρατάει ημερολόγιο -συνήθως νοερά- του τι τρώει και από που προέρχεται αυτό που τρώει και τηρεί με ευλάβεια τους κανόνες διατροφής που έχει θέσει, αυξάνοντας ολοένα το βαθμό δυσκολίας των κανόνων αυτών!

Η έλλειψη σιγουριάς για την ποιότητα του φαγητού τους συχνά αντανακλά μια γενικότερη έλλειψη σιγουριάς για την όλη τους ζωή, συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής και της σωματικής τους υγείας. Τα άτομα αυτά συχνά έχουν υποχονδριακές τάσεις, ασχολούνται υπερβολικά με την υγεία τους και είναι σε διαρκή επαγρύπνηση για πιθανά σωματικά συμπτώματα που μπορεί να εκδηλώσουν. Συχνά πάσχουν από ψυχοσωματικές ασθένειες και ταλαιπωρούνται από την πιθανότητα του ότι μπορεί να πάθουν κάτι, το οποίο ενδεχομένως μπορούν να προλάβουν, με την προϋπόθεση ότι τηρούν μια σωστή και απαρέγκλιτη διατροφή.

Το άτομο αισθάνεται θύμα των συνθηκών και των καταστάσεων, ευάλωτο και επιρρεπές σε κάθε είδους εξωτερικό κίνδυνο. Το αποτέλεσμα είναι η δημιουργία ενός φαύλου κύκλου, όπου το εσωτερικό άγχος του ατόμου επηρεάζει τη ζωή του και εκδηλώνεται στον έλεγχο του φαγητού και κατά συνέπεια του εαυτού, ενώ παράλληλα η κοινωνική και προσωπική του ζωή του προκαλεί άγχος, το οποίο το άτομο προσπαθεί να ελέγξει εκδηλώνοντας τις συγκεκριμένες διατροφικές συνήθειες.

Η προσπάθεια αυτή να ασκήσει έλεγχο και ισορροπία στη ζωή του μέσα από το φαγητό καταλήγει να γίνεται έμμονη ιδέα και να ταλαιπωρεί το άτομο. Η λύση βρίσκεται στην ψυχοθεραπευτική παρέμβαση.<sup>39</sup>



Εικόνα 12.

## Στα λιποκύτταρα το μυστικό για τη γονιμότητα

### Η λεπτίνη βοηθά το αναπαραγωγικό σύστημα

Η λεπτίνη, που βρίσκεται στα λιποκύτταρα, βοηθά στην αποκατάσταση του αναπαραγωγικού συστήματος στις γυναίκες, που αντιμετωπίζουν προβλήματα στειρότητας λόγω υποσιτισμού ή υπερβολικής άσκησης

Ελπίδες για θεραπεία της στειρότητας δίνει η τελευταία ανακάλυψη των επιστημόνων, το ιατρικό κέντρο Beth Israel Deaconess, του Χάρβαρντ, σύμφωνα με την οποία η χορήγηση μίας ουσίας, που βρίσκεται στα λιποκύτταρα, τη λεπτίνη. Η ουσία αυτή μπορεί να δώσει ενέργεια σε ένα ανενεργό αναπαραγωγικό σύστημα. Η μελέτη των επιστημόνων έδειξε, πως δύο ενέσεις με λεπτίνη την ημέρα, βοήθησαν στην αποκατάσταση της εμμηνόρροιας στις αθλήτριες, οι οποίες είχαν γίνει τόσο λεπτές, ώστε είχε σταματήσει η περίοδός τους. Η επιστημονική ομάδα από ανακάλυψε επίσης, ότι η λεπτίνη μπορεί να βοηθήσει στην οστεοπόρωση και στη νευρική ανορεξία..



Εικόνα 13.

## Σωτήρια η λεπτίνη

Η λεπτίνη είναι γνωστό, ότι ρυθμίζει την όρεξη και την απώλεια βάρους και πληροφορεί τον εγκέφαλο πόση ενέργεια διαθέτει το σώμα. Μέχρι τώρα, οι επιστήμονες είχαν μελετήσει το ρόλο της λεπτίνης στην παχυσαρκία. Η ουσία αυτή δημιουργείται από το λίπος του σώματος και για αυτό, οι γυναίκες που είναι πολύ αδύνατες, όπως οι αθλήτριες, με πολύ σκληρό πρόγραμμα προπόνησης ή οι γυναίκες, που κάνουν πολύ αυστηρές δίαιτες, παράγουν λιγότερη λεπτίνη.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, μάλιστα, το σώμα της γυναίκας μπαίνει σε μία φάση αρνητικής ισορροπίας ενέργειας και το αναπαραγωγικό της σύστημα παύει να λειτουργεί, ώστε να αποτρέψει μία ενδεχόμενη εγκυμοσύνη και να εξοικονομήσει ενέργεια. Αυτό λέγεται υποθαλαμική αμηνόρροια ή δυσλειτουργία. Επίσης, η συγκεκριμένη ομάδα γυναικών κινδυνεύει να πάθει οστεοπόρωση, λόγω έλλειψης θηλυκών ορμονών.



**Εικόνα 14.**

Ο Δρ. Κρίστος Μαντζόρος και οι συνάδελφοί του από το Beth Israel Deaconess, του Χάρβαρντ, μελέτησαν αν η χορήγηση λεπτίνης μπορεί να αποκαταστήσει την ισορροπία της ενέργειας και να αντιστρέψει τις δυσμενείς συνθήκες.

Η επιστημονική ομάδα εξέτασε τις περιπτώσεις οκτώ αθλητριών, οι οποίες δεν είχαν εμμηνόρροια για τουλάχιστον πέντε χρόνια. Οι οκτώ γυναίκες, άρχισαν να λαμβάνουν λεπτίνη σε ενέσιμη μορφή δύο φορές την ημέρα για τρεις μήνες. Μετά από τη συγκεκριμένη θεραπεία, οι πέντε άρχισαν ξανά να έχουν έμμηνο ρύση, ενώ οι τρεις από τις πέντε εμφάνισαν ξανά ωορρηξία. Επίσης, οι εξετάσεις έδειξαν, ότι βελτιώθηκε η ποιότητα των οστών και των οκτώ.

Αντίθετα, έξι γυναίκες αθλήτριες, που δεν έλαβαν καμία θεραπεία, δεν έδειξαν καμία βελτίωση. Σύμφωνα με τον Δρ. Μαντζόρος τα οφέλη είναι σε τρία επίπεδα. "Αυτό θα μπορεί να αποβεί ευεργετικό στους ασθενείς, που πάσχουν από νευρική ανορεξία, αθλητές με εύθραυστα οστά αλλά και στις γυναίκες, που παρουσιάζουν προβλήματα γονιμότητας, τα οποία αποδίδονται σε υποθαλαμική δυσλειτουργία.

Οι ερευνητές σκοπεύουν να διεξάγουν επιπλέον έρευνες προκειμένου να διασφαλίσουν την απόλυτη ασφάλεια, τη δόση και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με λεπτίνη.<sup>6</sup>

## **Σημαντικά πορίσματα**

Ο Δρ. Ρίτσαρντ Φλέμινγκ, ειδικός της αναπαραγωγικής ενδοκρινολογίας στο Βασιλικό Θεραπευτήριο της Γλασκόβης, και μέλος της Βρετανική Ένωση Γονιμότητας δήλωσε στο BBC, πως τα αποτελέσματα είναι "ενδιαφέροντα και σημαντικά". Επεσήμανε, όμως, πως πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στις γυναίκες, που δεν έχουν κανονικά αποθέματα ενέργειας καθώς η εγκυμοσύνη θα μπορούσε να αποβεί επικίνδυνη και για τη γυναίκα και για το παιδί.

Αλλά και ο Δρ. Γκορτνάνα Πρέλεβιτς, καθηγητής στην αναπαραγωγική ενδοκρινολογία στο Royal Free και μέλος της Ένωσης Ενδοκρινολογίας, δήλωσε στο BBC, πως πρόκειται να μία "εξαιρετική μελέτη, η οποία απέδειξε αυτό, που ήδη υποπτεύονταν οι επιστήμονες". Τόνισε, δε, πως θα μπορούσε να είναι πολύ καλή θεραπεία για τις στειρές γυναίκες των οποίων η στειρότητα οφείλεται στην έλλειψη λεπτίνης εξ αιτίας της υπερβολικής άσκησης ή του υποσιτισμού.<sup>44</sup>



**Εικόνα 15.**

## Ανακαλύφθηκε η ορμόνη που ρυθμίζει την όρεξη

**Λονδίνο:** Η ανακάλυψη της ορμόνης που ρυθμίζει την όρεξη δίνει ελπίδες για την επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα άτομα με διαταραχές της σίτισης, όπως η ψυχογενής ανορεξία και η βουλιμία ή η ανορεξία των καρκινοπαθών, σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνητικής μελέτης που ανακοινώθηκαν στο ετήσιο συνέδριο της Βρετανικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας που διεξήχθη στο Λονδίνο.

Επιστήμονες από το Imperial College του Λονδίνου ανακάλυψαν ότι η ορμόνη ghrelin (που σχετίζεται με την αυξητική ορμόνη) επηρεάζει το αίσθημα της πείνας και πιθανότατα θα αποτελέσει τη λύση για το πρόβλημα της παχυσαρκίας, καθώς και της ανορεξίας.

Οι ερευνητές πιστεύουν ότι αυξάνοντας τεχνητά τα επίπεδα της συγκεκριμένης ορμόνης θα μπορούσαν να ενισχύσουν το αίσθημα της πείνας στα ανορεξικά άτομα (πάσχοντες από νευρική ανορεξία, καρκινοπαθείς ή ασθενείς με AIDS) ή μειώνοντάς τα να περιορίσουν την όρεξη των παχύσαρκων ατόμων.

Η Δρ Άλισον Γρεν και οι συνεργάτες της παρατήρησαν αρχικά την επίδραση της εν λόγω ορμόνης σε πειραματόζωα (ποντίκια) πριν ξεκινήσουν τις κλινικές δοκιμές σε εννέα εθελοντές. Παρατήρησαν ότι όλοι οι συμμετέχοντες στο πείραμα εμφάνισαν αύξηση της όρεξής τους κατά 30% μετά την ενέσιμη χορήγηση της ορμόνης και ανέφεραν ότι ένιωθαν περισσότερο πεινασμένοι, παρά το γεγονός ότι δεν γνώριζαν εκ των προτέρων πότε θα τους χορηγηθεί.

"Γνωρίζουμε ότι το δείγμα της μελέτης μας είναι μικρό, αλλά είναι πολύ σημαντικό αν αναλογιστεί κανείς ότι στη βιβλιογραφία δεν αναφέρεται καμία άλλη παρόμοια μελέτη" δήλωσε στο BBC η Δρ Γρεν.

Παρόμοια άποψη εξέφρασε και ο καθηγητής Στιβ Μπλουμ του Imperial College του Λονδίνου σχολιάζοντας ότι η ανακάλυψη αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς η εν λόγω ορμόνη είχε έως σήμερα σχετιστεί με τελείως διαφορετική δράση.

## Το λίπος έχει γεύση

Στην άλλη πλευρά του Ατλαντικού, διερευνώντας το μυστήριο της όρεξης, οι επιστήμονες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η γεύση και όχι η μυρωδιά των τροφίμων που είναι πλούσια σε λίπη ευθύνονται για την ιδιαίτερη προτίμηση που τους δείχνουν οι καταναλωτές.

Στο παρελθόν, οι επιστήμονες υποστήριζαν ότι το λίπος είναι άγευστο, αλλά σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη που δημοσιεύθηκε στο έντυπο *Physiology & Behavior* το λίπος αντιπροσωπεύει μία από τις πέντε κύριες γεύσεις που αντιλαμβάνεται ο άνθρωπος.

"Ο ανθρώπινος εγκέφαλος διεγείρεται λόγω της γεύσης και όχι της μυρωδιάς των τροφίμων. Από ό,τι φαίνεται, αντίθετα από τη μέχρι σήμερα ισχύουσα άποψη, το λίπος αποτελεί ιδιαίτερα εύγεστο συστατικό των τροφίμων" δήλωσε στο Reuters ο Δρ Ρίτσαρντ Μάτες, καθηγητής Διαιτολογίας του Πανεπιστημίου του Purdue, ο οποίος ηγήθηκε της μελέτης. Ίσως αυτός να είναι ο λόγος που τα τρόφιμα light (χαμηλής θερμιδικής αξίας) μας φαίνονται άγευστα...<sup>6</sup>



Εικόνα 16.

## **ΈΡΕΥΝΑ:**

### **Μασαχουσέτη :**

Το 92 % των γυναικών που πάσχουν από ανορεξία παρουσιάζει σημαντική μείωση της οστικής πυκνότητας (οστεοπενία), κυρίως στη λεκάνη και τη σπονδυλική στήλη. Η νέα έρευνα, στην οποία συμμετείχαν 130 γυναίκες που έπασχαν από την ασθένεια, αποκαλύπτει ότι σε ποσοστό 38% των ασθενών η απώλεια οστικού ιστού είναι τόσο έντονη ώστε να πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της οστεοπόρωσης.

Οι επιστήμονες του Γενικού Νοσοκομείου της Μασαχουσέτης, όπου διεξήχθη η έρευνα, διαπίστωσαν ότι όσο μεγαλύτερη είναι η απώλεια βάρους τόσο πιο έντονη είναι η οστεοπενία. Οι πλέον αδύνατες γυναίκες έπασχαν από οστεοπόρωση σε μεγάλο ποσοστό.

Η ανορεξία προκαλεί διαταραχές στον κύκλο των γυναικών και μείωση των επιπέδων των οιστρογόνων. Το ένα τέταρτο των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα έπαιρνε οιστρογόνα για τη ρύθμιση του κύκλου, η θεραπεία όμως αυτή δεν κατάφερε να αντιστρέψει την απώλεια της οστικής μάζας (οιστρογόνα χορηγούνται σε συνδυασμό με ασβέστιο στις γυναίκες που έχουν περάσει την εμμηνόπαυση, για να προληφθεί η οστεοπόρωση). Η χορήγηση ασβεστίου (που είναι κύριο συστατικό των οστών) επίσης δεν κατάφερε να αντιστρέψει τις απώλειες, όπως αναφέρει το BBC.

Οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι οι βλάβες που προκαλεί η ανορεξία στα οστά δεν επιδέχονται θεραπεία, και τονίζουν ότι οι γυναίκες που πάσχουν από την ασθένεια ή έχουν πολύ σωματικό βάρος θα πρέπει να υποβάλλονται σε τεστ οστικής πυκνότητας.

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:

1. Λήψη λεπτομερούς ιστορικού.
2. Κλινική εξέταση.
3. Βιοχημικές εξετάσεις.
4. Ελεγχόμενη επαναφορά φυσιολογικού βάρους.
5. Συμμετοχή του ασθενή στη διαμόρφωση της διατροφής του.

6. Διατροφολογική εκπαίδευση.
7. Βελτίωση της αυτοπεποίθησης.

Με τη συστηματική υποστήριξη από ειδικούς και του κοντινού περιβάλλοντος, πλήρη εξατομίκευση και ενεργό συμμετοχή του ασθενή σε κάθε στάδιο της διαδικασίας, μπορούμε μεσοπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα να οδηγηθούμε σε πλήρη διαλεύκανση και κατανόηση των αιτίων του προβλήματος από το ίδιο το άτομο, αποκατάσταση της γενικότερης συμπεριφοράς του και κατ' επέκταση στην πλήρη αντιμετώπιση του προβλήματος.<sup>10</sup>

## **Η ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΕΙΝΑΙ ΣΥΧΝΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ**

(01/07/2004)

*Πολλές γυναίκες που έλαβαν επιτυχημένη αγωγή για ανορεξία βρίσκονται σε κίνδυνο υποτροπής για δύο τουλάχιστον χρόνια μετά.*

Σε μελέτη όπου συμμετείχαν 51 γυναίκες που εισήχθησαν σε νοσοκομείο και έλαβαν επιτυχημένη αγωγή για νευρική ανορεξία, διαπιστώθηκε ότι το ένα τρίτο υποτροπίασε μέσα σε δύο χρόνια από την ολοκλήρωση της θεραπευτικής αγωγής.

Η πιο επικίνδυνη περίοδος εντοπίζεται ανάμεσα στους 6 και στους 17 μήνες μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο.

Η ανορεξία, που πλήττει το 1-2% των γυναικών σε κάποια στιγμή της ζωής τους, δημιουργεί για τους γιατρούς μια ιδιαίτερη πρόκληση θεραπείας, τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή βλέπουν το σώμα τους ως υπέρβαρο ακόμη κι όταν το σωματικό τους βάρος πέσει πολύ κάτω από το φυσιολογικό.

Οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στη μελέτη υπέφεραν από την κατάσταση αυτή για ένα διάστημα 6 ετών κατά μέσο όρο πριν προλάβουν να αποταθούν σε γιατρό. Όσες υποτροπίασαν είχαν ιστορικό προηγούμενης θεραπείας για την ανορεξία ή απόπειρας αυτοκτονίας. Επιπλέον η υπερβολική άσκηση μετά την έξοδο από το νοσοκομείο ήταν ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας υποτροπής. Αντίθετα. Η φυσιολογική άσκηση για άλλες γυναίκες λειτούργησε θετικά, μες το δεδομένο ότι μέσω αυτής έγινε επανάκτηση του αυτοελέγχου.

Ένας άλλος παράγοντας υποτροπής ήταν το αν η γυναίκα εξακολουθούσε να



ανυσηχεί υπέρμετρα για το σωματικό της βάρος. Αν και η αλλοιωμένη εικόνα για το σώμα είναι ένα πολύ γνωστό χαρακτηριστικό της ανορεξίας, οι ερευνητές υπογραμμίζουν ότι πολλές μορφές αγωγής δεν στοχεύουν κατευθείαν στην αντίληψη αυτή.

Η έρευνα καθοδηγήθηκε από τη δρ. Jaqueline Carter, επίκουρο καθηγήτρια της ψυχιατρικής στο πανεπιστήμιο του Τορόντο, Καναδάς και τα στοιχεία της δημοσιεύονται στο *Psychological Medicine*, του Μαΐου 2004.

*(Psychological Medicine)*<sup>8</sup>



**Εικόνα 17.**

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ακόλουθο ερωτηματολόγιο θα σας δώσει μία ένδειξη εάν έχετε ή όχι έναν τρόπο ζωής που δείχνει ανορεκτικές ή βουλιμικές τάσεις. Απαντήστε στις ακόλουθες ερωτήσεις ειλικρινά. Γράψτε τον αριθμό απάντησής σας στο διάστημα στα αριστερά.

Ηλικία: Φύλο: Βάρος: Ύψος:  
Γραμματικές γνώσεις: Επάγγελμα:  
Τόπος κατοικίας: Τόπος μόνιμης κατοικίας:

\_\_\_ 1. Έχω τροφικές συνήθειες που είναι διαφορετικές από εκείνες της οικογένειας και των φίλων μου.

1) *Συχνά*                      2) *Μερικές φορές*                      3) *Σπάνια*                      4) *Ποτέ*

\_\_\_ 2. Πανικοβάλλομαι όταν δεν μπορώ να κάνω γυμναστική όπως είχα σχεδιάσει επειδή φοβάμαι μην παχύνω.

1) *Σχεδόν πάντα*                      2) *Μερικές φορές*                      3) *Σπάνια*                      4) *Ποτέ*

\_\_\_ 3. Οι φίλοι μου λένε ότι είμαι αδύνατος/η αλλά εγώ δεν τους πιστεύω γιατί αισθάνομαι παχύς/παχιά.

1) *Συχνά*                      2) *Μερικές φορές*                      3) *Σπάνια*                      4) *Ποτέ*

\_\_\_ 4. (Γυναίκες μόνο) Η εμμηνορροϊκή περίοδός μου έχει σταματήσει ή έχει γίνει ανώμαλη χωρίς να υπάρχει προφανής ιατρικός λόγος.

1) *Αληθινό*                      2) *Ψεύτικος*

\_\_\_ 5. Έχω γίνει μανιακός/ή με το φαγητό σε σημείο που να μην μπορώ να περάσω μία μέρα χωρίς να ανησυχώ για το τι θα φάω και τι όχι.

1) *Συχνά*                      2) *Μερικές φορές*                      3) *Σπάνια*                      4) *Ποτέ*

\_\_\_ 6. Έχω χάσει περισσότερα από 15 τοις εκατό του κανονικού βάρους για το ύψος μου (π.χ., 20 κιλά, από 60 κιλά.)

1) *Αληθινό*                      2) *Ψεύτικος*

\_\_\_ 7. Πανικοβάλλομαι εάν ανέβω στη ζυγαριά την επόμενη μέρα και δω ότι έχω πάρει δύο-τρία κιλά.

1) *Σχεδόν πάντα*                      2) *Μερικές φορές*                      3) *Σπάνια*                      4) *Ποτέ*

\_\_\_ 8. Διαπιστώνω ότι προτιμώ να φάω μόνος/η ή όταν είμαι βέβαιος ότι δεν με βλέπει κανένας, χρησιμοποιώντας δικαιολογίες για να μην τρώω όταν είμαι μαζί με φίλους.

1) *Συχνά*                      2) *Μερικές φορές*                      3) *Σπάνια*                      4) *Ποτέ*

\_\_\_ 9.Μπαίνω σε μια διαδικασία ανεξέλεγκτης κατανάλωσης μεγάλης ποσότητας φαγητού σε σημείο που να αισθάνομαι άρρωστος/η και να κάνω εμετό.

- 1)3 ή περισσότερες φορές ανά ημέρα                      2)1-2 φορές ανά ημέρα  
3)1-2 φορές ανά εβδομάδα                      4)Σπάνια                      5)Ποτέ

\_\_\_ 10.Χρησιμοποιώ καθαρτικά ως μέσο ελέγχου βάρους.

- 1)Σε κανονική βάση    2)Μερικές φορές    3)Σπάνια    4)Ποτέ

\_\_\_ 11.Βρίσκω τον εαυτό μου να παίζει παιχνίδια με το φαγητό(κόβω το φαγητό σε πολύ μικρά κομματάκια, κρύβω μέρος από το φαγητό για να νομίζουν οι άλλοι ότι το έφαγα, το μασάω και το φτύνω χωρίς να το καταπιώ κ.α.)

- 1)Συχνά                      2)Μερικές φορές    3)Σπάνια    4)Ποτέ

\_\_\_ 12.Οι άνθρωποι γύρω μου έχουν αρχίσει να ενδιαφέρονται για το τι τρώω και εγώ εκνευρίζομαι που προσπαθούν να με ταΐσουν.

- 1)Συχνά                      2)Μερικές φορές    3)Σπάνια    4)Ποτέ

\_\_\_ 13.Τελευταία αισθάνομαι περισσότερο θλιμμένος/η και εκνευρισμένος/η από πριν και περνάω περισσότερο χρόνο μόνος/η μου.

- 1)Αληθινό                      2)Ψεύτικος

\_\_\_ 14.Πολλούς φόβους που έχω για το φαγητό τους κρατάω για τον εαυτό μου γιατί νομίζω ότι οι άλλοι δεν με καταλαβαίνουν.

- 1)Συχνά                      2)Μερικές φορές    3)Σπάνια    4)Ποτέ

\_\_\_ 15.Διασκεδάζω μαγειρεύοντας διάφορα φαγητά υψηλής περιεκτικότητας σε θερμίδες για άλλους, αρκεί να μην χρειαστεί να φάω εγώ καθόλου.

- 1)Συχνά                      2)Μερικές φορές    3)Σπάνια    4)Ποτέ

\_\_\_ 16.Ο μεγαλύτερος φόβος στη ζωή μου είναι αυτός του να παχύνω.

- 1)Συχνά                      2)Μερικές φορές    3)Σπάνια    4)Ποτέ

\_\_\_ 17.Περνάω ατέλειωτες ώρες διαβάζοντας βιβλία για δίαιτες, γυμναστική και υπολογισμό θερμίδων.

- 1)Συχνά                      2)Μερικές φορές    3)Σπάνια    4)Ποτέ

\_\_\_ 18.Τείνω να είμαι τελειομανής και δεν είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου αν δεν κάνω κάτι τέλεια.

- 1)Σχεδόν πάντα    2)Μερικές φορές    3)Σπάνια    4)Ποτέ

\_\_\_ 19.Περνώ μεγάλες χρονικές περιόδους χωρίς να τρώω σχεδόν τίποτα(νηστεύοντας)χρησιμοποιώντας το σαν μέσο ελέγχου βάρους.

- 1)Συχνά                      2)Μερικές φορές    3)Σπάνια    4)Ποτέ

\_\_\_ 20.Είναι σημαντικό για μένα να είμαι πιο αδύνατος/η από τους άλλους φίλους μου.

- 1)Σχεδόν πάντα    2)Μερικές φορές    3)Σπάνια    4)Ποτέ

**Προσθέστε τα αποτελέσματά σας μαζί και συγκρίνετε με τον πίνακα κατωτέρω:**

Κάτω από 30

Ισχυρές τάσεις προς τη νευρική ανορεξία

30-45

Ισχυρές τάσεις προς τη βουλιμία

45-55

Βάρος συνειδητό. Όχι απαραίτητα με ανορεκτικές ή βουλιμικές τάσεις

Πάνω από 55

Καμία ανησυχία



**Εικόνα 18.**

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Garfinkel PE. Eating disorders In:Kaplan HI, Sadock BJ (eds) Comprehensive Textbook of Phychiatry, επιμέλεια: Μισσιρά Μ., Baltimore, Williams and Wilkins, second edition, 1995, 136-137
2. Κοτανίδης Α., [www.psychologia.gr/disorders/diatrofi.htm](http://www.psychologia.gr/disorders/diatrofi.htm)
3. Μπεράτη Σ., [www.eatingdisorders.gr](http://www.eatingdisorders.gr) → Περί ανορεξίας, τελευταία ενημέρωση: 17 Σεπτεμβρίου 2004
4. Αθανασοπούλου Ι., [www.diatrofi.gr/epistimonika/psyxogenis\\_anorexia.htm](http://www.diatrofi.gr/epistimonika/psyxogenis_anorexia.htm)
5. Σκαπινάκης Π., [www.web4health.info/el/answers](http://www.web4health.info/el/answers) τελευταία ενημέρωση : 24 Ιουνίου 2004
6. Κολαζή Θ., [www.ert.gr/afieromata/diatrofi/diat-diataraxes.htm](http://www.ert.gr/afieromata/diatrofi/diat-diataraxes.htm)
7. [www.thesydney Morningherald.com](http://www.thesydney Morningherald.com)
8. [www.medis.com](http://www.medis.com)
9. Joergensens. The epidemiology of eating disorders in Fyn Coyntry, Acta Phychiat, Denmark,1977-1986, επιμέλεια: Σταυροπούλου Ε., second edition, 1992, 30-39
10. [www.focusmag.gr/artcles/view-article.rx?oid=1443](http://www.focusmag.gr/artcles/view-article.rx?oid=1443)
11. Pagsberg AK Wang AR. Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa, Denmark, επιμέλεια: Κοντοπίδης Γ., ACTA Psychitr second edition, 1994, 259-265
12. Beb-Torim DI, Mortons, The epidemiology of anorexia nervosa in South Australia, επιμέλεια: Κοντοπίδης Γ., Aust New Zeal, Psychiatry 1990, 182-186
13. [www.care.gr](http://www.care.gr) - Εγκυκλοπαίδεια Υγείας-Ψυχολογία
14. Beumont PI, The clinical presrntation of anorexia and bulimia nervosa, In:eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook Brownell KD, Fairburn CG (eds), NewYork-London, επιμέλεια: Κοντοπίδης Γ., The Guilford Press 1995, 151-158, 159-164
15. Ζουμπανέας Ε., [www.diatrofi.gr/epistimonika/psyxogenis\\_anorexia.htm](http://www.diatrofi.gr/epistimonika/psyxogenis_anorexia.htm)
16. Παπαδημητρίου Γ., Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. Μονάδα κλινικής και μοριακής Νευρογενετικής, Αιγινήτειο Νοσοκομείο.
17. Strober M. Family-genetic studies of eating disorders, επιμέλεια: Μισσιρά Μ., I

clin Psychiatry 1991, 52: 9-12

18. [www.paidiatros.gr/61/pages.htm](http://www.paidiatros.gr/61/pages.htm)
19. [www.ediet.gr/html/articles-3.htm](http://www.ediet.gr/html/articles-3.htm)
20. HALMIKA. Current concepts and definitions, In: 52 Mueller G, Dave C, Treasure J(eds), Handbook of Eating Disorders, Theory, Treatment and Research, επιμέλεια: Τρίκκας Γ., Chichester, N. York, John Wiley and Sons, 1995, 29-32
21. Rothenberg A. Differential diagnosis on anorexia nervosa and depressive illness: a review of 11 studies, επιμέλεια: Μπασταλέ Χ., Comprehensive Psychiatry 1988, 427-432
22. HALMIKA, ECKERT E., MARCHI PA, SAMPUGNAROV, APPLER, COHENS, Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa, επιμέλεια: Μισσιρά Μ., Archgen Psychiat 1991, 712-718.
23. Brewerton Td, Lydiart Rb, Balenger Jc, Herzog Db, Eating disorders and social phobia, επιμέλεια: Μπασταλέ Χ., Arch Gen Psychiat 1993, 50Q70
24. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders, Waschington, DC, 1994
25. Βάρσου Ε., Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. Αιγινήτειο Νοσοκομείο.
26. Richard Harvey, Pamela Champe, Φαρμακολογία, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2003
27. Powers PS, Initial assessment and early treatment options for anorexia nervosa and bulimia nervosa, The Psychiatric Clinics of North America 1996, 19 Active 39-655
28. Russee GFM, Bulimia nervosa: anonymous variant of anorexia nervosa, επιμέλεια: Τρίκκας Γ., Psychol Med 1979, 492-498 Psychol Med 1979, 492-498
29. Δερεδινή Δ., [www.mednutrition.gr](http://www.mednutrition.gr): Το άρθρο του μήνα.
30. Joergensent, The epidemiology of eating disorders in Fyn Country, Denmark, 1977-1986, επιμέλεια: Μαδιανός Μ., ACTA Psychiat, second edition 1992, 30-34
31. Garfinkel P. Eating disorders., In: Kaplan M, Sawlock KQ Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI 6<sup>th</sup> edition, vol 2, Boston, επιμέλεια: Μαδιανός Μ., Williams, Wilkins, 1993
32. Παναγίδου Α., [www.cydadiet.org/announcements<27.html](http://www.cydadiet.org/announcements<27.html),

33. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical Descriptions and diagnostic Guidelines, second edition, μέλεια: Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., World Health Organization, Geneva 1992,
34. Μανωλαράκης Μ., [www.news.in.gr](http://www.news.in.gr)
35. [www.patris.gr/archive/2002/9/22](http://www.patris.gr/archive/2002/9/22)
36. Παντελίδη-Πασπάλη Α., [www.dikepsy.gr](http://www.dikepsy.gr)
37. Κραμπονίκης Θ., [www.stress.gr/odigos](http://www.stress.gr/odigos)
38. Κοκκόλης Κ., [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)
39. [www.health.in.gr/news/narticle.asp](http://www.health.in.gr/news/narticle.asp)
40. Χαρτοκόλλης Π., Εισαγωγή στην ψυχιατρική, εκδόσεις Θεμέλιο, Οκτώβριος 1991
41. [www.geocities.com/kimogloud/](http://www.geocities.com/kimogloud/) Νευρική ανορεξία-Σχιζοφρένεια,
42. Πολυζόπουλος Ε., [www.inpsy.gr/MIH/dictionary](http://www.inpsy.gr/MIH/dictionary)
43. Χριστοπούλου Δ., BBC, news. Pathfinder. Gr/helth/98532.html,
44. Γουλτίδης Χ., περιοδικό «Τομμορω», πλήρης οδηγός για το δίπλωμα ECDL 4, εκδόσεις Κλειδάριθμος 2005,
45. Γιακουμάκης Ε., Γκύρτης Κ., Μπελεσιώτης Β.Σ., Ξυνός Π., Εφαρμογές Πληροφορικής Υπολογιστών, οργανισμός ενώσεων διδακτικών βιβλίων, αθήνα 2005,
46. Ερωτηματολόγια: Lampson kim. [www.medline.com/pubmed/anorexia\\_nervosa/questionnaire](http://www.medline.com/pubmed/anorexia_nervosa/questionnaire)
47. Αληθινές ιστορίες, περιοδικό διατροφή και υγεία, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1988, σελ. 28,29,30 και 88,
48. [www.sciencenews.gr/articlew.asp](http://www.sciencenews.gr/articlew.asp)
49. [www.news.ert.gr](http://www.news.ert.gr)
50. [www.anred.com](http://www.anred.com)
51. [www.kidsource.com/nedo](http://www.kidsource.com/nedo)
52. [www.ta-nea.dolnet.gr/rrint\\_article.php](http://www.ta-nea.dolnet.gr/rrint_article.php)
53. [www.weighproblem.com](http://www.weighproblem.com)

