

**ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΠ
ΣΧΟΛΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ:
« ΑΣΙΤΙΑ ΕΦΗΒΩΝ ΣΕ ΕΝΑ ΚΟΣΜΟ
ΑΦΘΟΝΙΑΣ»
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΞΑΝΘΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΓΕΝΙΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ:

ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ

ΠΑΤΡΑ, 2006



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ -----	6
1.1 ΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟ ΣΗΜΕΡΑ -----	6
1.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ; -----	6
1.3 ΠΟΙΟΣ ΕΜΦΑΝΙΖΕΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ;-----	7
1.4 ΓΙΑΤΙ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ;-----	8
1.4.1 Βιολογικοί Παράγοντες -----	8
1.4.2 Ψυχολογικοί Παράγοντες και προσωπικότητα -----	9
1.4.3 Κοινωνικοί Παράγοντες -----	9
1.4.4 Κληρονομικότητα -----	10
2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ -----	11
2.1 ΟΡΙΣΜΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ-----	11
2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ -----	12
2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ -----	13
2.4 ΤΥΠΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ-----	14
2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΑ -----	14
2.6 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ -----	16
2.7 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΨΑ-ΑΙΤΙΑ -----	18
2.8 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ -----	18
2.9 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ -----	20
2.9.1 Ψυχογενής Βουλιμία -----	21
2.9.2 Επιδημιολογία Ψ.Β. -----	21
2.9.3 Αιτιολογία Ψ.Β. -----	22
2.9.4 Διάγνωση και κλινικά χαρακτηριστικά -----	23
2.10 ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ -----	25
2.11 ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ -----	26
3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ -----	26
3.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ-----	26
3.2 ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ -----	28
3.2.1 Αύξηση του σωματικού βάρους -----	28
3.2.2 Εγκαθίδρυση φυσιολογικής συμπεριφοράς στο φαγητό-----	29
3.2.3 Γνωσιακή συμπεριφορική προσέγγιση-----	30
3.2.4 Οικογενειακή θεραπευτική προσέγγιση-----	30
3.2.5 Ψυχοδυναμική προσέγγιση-----	31
3.2.6 Βιολογικές θεραπείες-----	31

3.3	ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	32
4	ΚΕΦΑΛΑΙΟ	32
4.1	ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	32
4.1.1	ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ	33
4.1.2	ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ	36
5	ΚΕΦΑΛΑΙΟ	38
5.1	Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΡΕΚΤΗΣ	38
6	ΚΕΦΑΛΑΙΟ	40
6.1	ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ	40
6.1.1	Άρνηση σεξουαλικότητας	41
6.1.2	Αβεβαιότητα για την σεξουαλικότητα	41
6.1.3	Σεξουαλική παθητικότητα	42
6.1.4	Σεξουαλικά δραστήριες	42
7	ΚΕΦΑΛΑΙΟ	43
7.1	Η ΑΝΔΡΙΚΗ ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	43
8	ΚΕΦΑΛΑΙΟ	44
8.1	ΔΙΑΙΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΑ	44
9	ΚΕΦΑΛΑΙΟ	46
9.1	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	46
ΕΠΙΛΟΓΟΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ		44
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ		47
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		59

*Ένα βαθιά ριζωμένο δυτικό
πολιτιστικό στερεότυπο
ισχυρίζεται το εξής:
«Ό,τι είναι ωραίο είναι καλό,
ό,τι είναι άσχημο είναι κακό».
Άνδρες και γυναίκες με ωραία
εμφάνιση είναι αντικείμενα
ευνοϊκών προκαταλήψεων.*

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία 75 χρόνια, με άφθονη προσφορά τροφίμων και καλή κατανομή τροφών σε πολλές από τις ανεπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου, σχεδόν για πρώτη φορά στην ιστορία το λεπτό σώμα άρχισε να γίνεται της μόδας. Αυτό τεκμηριώνεται στα περιοδικά μόδας, στις στατιστικές των διαστάσεων των γυναικών που κερδίζουν στα καλλιστεία και στα βιβλία σχετικά με τις δίαιτες που κυκλοφορούν σήμερα σχεδόν κάθε χρόνο. Τις δύο τελευταίες δεκαετίες η αντίληψη του κοινού είναι ότι μια γυναίκα είναι ελκυστική, επιθυμητή και επιτυχημένη όταν είναι λεπτή. Στο ίδιο διάστημα δημοσιεύονται κατά τακτά διαστήματα στα γυναικεία περιοδικά άρθρα για «νέες και συναρπαστικές» δίαιτες(που συχνά είναι διαιτητικά ανεπαρκείς και μερικές φορές επικίνδυνες) και ο αριθμός τους αυξάνει. Είναι σίγουρο πως η σύγχρονη κοινωνία έχει να επιδείξει πολλά στοιχεία που συνέβαλαν αποφασιστικά στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου στις ανεπτυγμένες χώρες. Παράλληλα όμως φαίνεται πως υπάρχουν και σημαντικές «παρενέργειες»-στη-γενικότερη-συμπεριφορά-του-ατόμου. Στη διατροφική πλευρά του θέματος παρατηρούνται ολοένα και νέα προβλήματα. Οι περισσότεροι άνθρωποι που ζουν στις ανεπτυγμένες χώρες δέχονται ένα σταθερό κύμα εντυπώσεων από τις τηλεοπτικές διαφημίσεις που χρησιμοποιούν νέες, γοητευτικές και λεπτές γυναίκες για να διαφημίσουν τα πιο ετερόκλητα προϊόντα όπως π.χ. αναψυκτικά, τσιγάρα, πρόχειρο φαγητό κ.τ.λ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ



Οι διαταραχές στην πρόληψη τροφής έχουν συγκεντρώσει μεγάλο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός κυρίως εφήβων αναφέρει έντονα προβλήματα στην συμπεριφορά τους σχετικά με το φαγητό. Δύο κλινικά σύνδρομα

φαίνεται να προεξάρχουν στην εφηβεία: η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία. Αν και αυτές οι διαταραχές περιγράφονται σαν πρωτογενείς, δηλαδή ότι δεν είναι το αποτέλεσμα κάποιας σωματικής νόσου πρέπει να σημειώσουμε ότι πολλοί ασθενείς με ανορεξία ή βουλιμία μπορεί να έχουν και άλλες ψυχικές διαταραχές, ψυχώσεις, νευρώσεις, και κυρίως διαταραχές προσωπικότητας.

Γι' αυτό όταν κανείς συναντά άτομα που αναφέρουν προβλήματα σχετικά με την πρόσληψη τροφής, όπως επεισόδια υπερφαγίας και έμετο ή που η διαίτά τους τους φτάνει σε ~~απίσχνανση, θα πρέπει να ψάχνει προσεκτικά για υποκείμενες~~ άλλες διαταραχές πριν αποφασίσει ότι η διαταραχή στην πρόσληψη τροφής είναι ένα μεμονωμένο πρόβλημα (Μάνος, 1997, σελ. 266).

Οι πολιτισμικές απόψεις αλλά και οι θρησκευτικές μας ακόμα πεποιθήσεις φαίνεται ότι καθορίζουν την οπτική γωνία κάτω από την οποία βλέπουμε και αντιμετωπίζουμε την ~~απίσχνανση~~ ή την παχυσαρκία.

Στις δυτικές κοινωνίες η λεπτόσωμη εμφάνιση στις γυναίκες έγινε συνώνυμη με τη δύναμη, την επιτυχία, τον έλεγχο αλλά και την σεξουαλική ελκυστικότητα ενώ η παχυσαρκία αντιπροσωπεύει την οκνηρία, την αυτοεγκατάλειψη και την έλλειψη θέλησης (Χριστοδούλου, Γ., 2004).

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να τονίσει την διάσταση που έχει πάρει το επικίνδυνο αυτό φαινόμενο της **ψυχογενούς ανορεξίας** στις μέρες μας και τις δυσάρεστες επιπτώσεις που επιφέρει στην υγεία.

ΜΕΡΟΣ Α

1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1.1 ΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟ ΣΗΜΕΡΑ

Ζούμε σε μία εποχή όπου η εικόνα μας και πώς μας βλέπουν οι φίλοι μας και οι συνάδελφοί μας φαίνεται να είναι κυρίαρχος στην καθημερινή ζωή μας. Παράλληλα με αυτό υπάρχει μία επίμονη εμμονή με το φαγητό και τη διαίτα. Βομβαρδιζόμαστε με χιλιάδες εικόνες και συμβουλές στο πώς να αποκτήσουμε μία «τέλεια γραμμή». Συνεπώς, οι διατροφικές διαταραχές απλώνονται σε τέτοια έκταση όπου θα ήταν αδιανόητο να συνέβαινε κάτι τέτοιο πριν 20 χρόνια. Έτσι, έχουν δημιουργηθεί αρκετοί μύθοι και παρανοήσεις. Πολλοί άνθρωποι έχουν μία λανθασμένη εντύπωση πως κάποιος με ψυχογενή διατροφική διαταραχή φαίνεται και συμπεριφέρεται.

Οι περιπτώσεις ψυχογενών διατροφικών διαταραχών αυξάνονται καθημερινά με όλο και περισσότερους ανθρώπους να αναζητούν εξειδικευμένη βοήθεια και υποστήριξη. Είναι πολύ σημαντικό να είμαστε ενήμεροι για την ύπαρξή τους, την σπουδαιότητά τους και τους κινδύνους που φέρνουν μαζί τους.

1.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ;

Οι ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές είναι πολύπλοκες διαταραχές όπου οι διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες μαζί με τις ψυχολογικές δυσκολίες χρειάζεται να θεραπευτούν. Αυτές περιλαμβάνουν την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία που σχετίζονται και τυπικά ξεκινούν στην εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή.

Οι ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές αναπτύσσονται ως εξωτερικά σημάδια συναισθηματικών και ψυχολογικών

προβλημάτων. Γίνονται ο τρόπος όπου τα άτομα αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στη ζωή τους αλλά και το γενικότερο στυλ ζωής τους. Η υπερφαγία ή η μη λήψη φαγητού χρησιμοποιείται να καταστείλει συναισθήματα και σκέψεις που πονούν. Χωρίς κατάλληλη βοήθεια και θεραπεία, οι διατροφικές διαταραχές πιθανόν να επιμείνουν σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου.

Αναπτύσσοντας μία ισορροπημένη σχέση με το φαγητό και παράλληλα έχοντας το άτομο μία ισορροπημένη διαίτα βοηθώντας το να έρθει σε επαφή με τα καταπιεσμένα συναισθηματικά θέματα –πηγή των διατροφικών προβλημάτων- μπορεί να βοηθηθεί να ανταπεξέλθει και να διαχειριστεί τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει με ένα τρόπο που δεν είναι βλαβερός προς τον εαυτό του.

1.3 ΠΟΙΟΣ ΕΜΦΑΝΙΖΕΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ;

Οποιοσδήποτε μπορεί να αναπτύξει μία ψυχογενή διατροφική διαταραχή, άσχετα από την ηλικία, το φύλο, ή το εκπαιδευτικό του επίπεδο. Ωστόσο, νεαρές γυναίκες είναι περισσότερο ευπαθείς ιδιαίτερα μεταξύ των ηλικιών 15-25 ετών.

Πανεπιστημιακές έρευνες φανερώνουν πως τα γονίδια ενός ατόμου ίσως προδιαθέτουν το άτομο να αναπτύξει μία τέτοια διαταραχή που όταν ερεθιστούν από περιβαλλοντικούς παράγοντες- επίδραση από την στάση άλλων μελών της οικογενείας τους προς το φαγητό- ευνοείται η ανάπτυξή τους. Επίσης σε καταστάσεις όπου υπάρχουν υψηλές ακαδημαϊκές προσδοκίες ή κοινωνικές πιέσεις, το άτομο μπορεί να εστιάσει σε θέματα γύρω από το φαγητό ως ένα τρόπο να διαχειριστεί τις αγχώδεις καταστάσεις.

Τραυματικά γεγονότα μπορεί να προκαλέσουν νευρική ανορεξία ή βουλιμία όπως: διαδικασία πένθους, κακομεταχείριση ή κακοποίηση, δυσκολίες μέσα στην οικογένεια (διαζύγιο) ή ανησυχίες γύρω από το σεξουαλικό προσανατολισμό των ατόμων (<http://www.ipse.gr/psyfood.htm>).

1.4 ΓΙΑΤΙ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ;

Παρά την σημαντική έρευνα που έγινε τις τρεις τελευταίες δεκαετίες δεν μπόρεσε να δοθεί ομόφωνη απάντηση στην ερώτηση: γιατί μερικές έφηβες έχουν διαταραχές της διατροφής;

Το αν και κατά πόσο μια ΔΠΤ θα εμφανιστεί και θα συνεχίσει την πορεία της, εξαρτάται από την παρουσία συνθηκών που ενεργοποιούν την επιρρέπεια του ατόμου σε ειδικούς παράγοντες κινδύνου ή το προσανατολίζουν προς την κατεύθυνση προστατευτικών μηχανισμών. Η διαπλοκή και η αλληλεπίδραση μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων φαίνεται ότι μπορεί να δώσει απαντήσεις σχετικά με την αιτιοπαθογένεια των ΔΠΤ. Μεταξύ των πιθανών βιολογικών παραμέτρων συμπεριλαμβάνονται γενετικοί και νευροβιολογικοί παράγοντες, ενώ η νευροπεπτιδική ρύθμιση της όρεξης φαίνεται να αποτελεί μια εναλλακτική πρόταση σχετικά με την αιτιολογία των ΔΠΤ (Abraham, S., Jones, L., 1990).

1.4.1 Βιολογικοί Παράγοντες

Από τις πρώτες ημέρες της ζωής ενός μωρού, η ποιότητα της φροντίδας της μητέρας και η αγάπη που δείχνει στο μωρό έχουν τουλάχιστον έμμεση σχέση με την ποσότητα λίπους που σκεπάζει το σώμα του (http://www.ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ_ΣΤΗΝ_ΠΡΟΣΛΗΨΗ_ΤΡΟΦΗΣ.htm). Η μητέρα και οι γειτόνισσές της θεωρούν ένα παχουλό μωρό καλοφροντισμένο. Και στην παιδική ηλικία η εξασφάλιση σημαντικών ποσοτήτων φαγητού, συχνά πλούσιων σε εκλεπτυσμένους υδατάνθρακες και λίπος θεωρείται σαν ένας τρόπος εκδήλωσης της αγάπης για τα παιδιά και εξασφάλισης επαρκούς θρέψης (Ιεροδιακόνου, 1991, σελ. 163).

1.4.2 Ψυχολογικοί Παράγοντες και προσωπικότητα

Επειδή το φαγητό είναι ένα βασικό ένστικτο έχει υποτεθεί ότι οι άνθρωποι που πάσχουν από μία διαταραχή της διατροφής έχουν μία αναγνωρίσιμη προσωπικότητα, και είναι πιο ιδεοληπτικοί ή νευρωτικοί από εκείνους που τρώνε κανονικά. Μερικές μελέτες που χρησιμοποίησαν ερωτηματολόγιο προσωπικότητας δείχνουν ότι οι γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία είναι πράγματι πιο «νευρωτικές» ή «ιδεοληπτικές» από τις γυναίκες που το βάρος τους βρίσκεται στα «επιθυμητά όρια». Οι μελέτες δείχνουν επίσης ότι οι γυναίκες που έχουν χάσει βάρος με δίαιτα και υπερβολική γυμναστική είναι πιο εσωστρεφείς, αγχώδεις και πιο εξαρτημένες από τις γυναίκες που έχουν φυσιολογικό βάρος ή τις γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία που χρησιμοποιούν τον έμετο ή τα καθαρτικά ως μεθόδους για να χάσουν βάρος.

Η υστερική δομή υποκείμενης προσωπικότητας συναντάται συχνά στους ανορεκτικούς ασθενείς. Εμφανίζουν υψηλά ποσοστά μείζονος κατάθλιψης (68%), αγχωδών διαταραχών (65%), ψυχαναγκαστικής/καταναγκαστικής διαταραχής (26%) και κοινωνικής φοβίας (34%).

1.4.3 Κοινωνικοί Παράγοντες

Στην δυτική κουλτούρα η κοινωνία και κυρίως τα μέσα ενημέρωσης προσφέρουν δύο αντικρουόμενα μηνύματα σχετικά με το φαγητό. Το πρώτο μήνυμα είναι ότι μία λεπτή γυναίκα είναι επιτυχημένη, ελκυστική, υγιής, ευτυχισμένη, σε φόρμα και δημοφιλής. Το να γίνει λεπτή, με όλα όσα συνεπάγεται αυτό, θεωρείται μία κύρια επιδίωξη πολλών γυναικών. Το δεύτερο μήνυμα είναι ότι το φαγητό είναι μία ευχάριστη δραστηριότητα που ικανοποιεί πολλές ανάγκες, εκτός του ότι ανακουφίζει την πείνα, και οι γυναίκες δικαιούνται να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους. Στα γυναικεία περιοδικά αυτά τα δύο αντικρουόμενα μηνύματα έχουν την τάση να εμφανίζονται

ανακατεμένα. Σχεδόν σε κάθε τεύχος τα περιοδικά δημοσιεύουν συναρπαστικές νέες δίαιτες που εγγυώνται απώλεια βάρους με ελάχιστη δυσκολία και κίνητρα και αυτές οι δίαιτες ακολουθούνται συχνά από συνταγές και υπέροχες φωτογραφίες λαχταριστών γλυκών και φαγητών με πλούσιες σάλτσες. Είναι δύσκολο να δεις τηλεόραση χωρίς να βρεθείς αντιμέτωπη με μία εναλλαγή από διαφημίσεις για υποκατάστατα διαιτητικά φαγητά και πρόχειρα φαγητά ή κάτι αντίστοιχο. Οι κοινωνικές (και συνήθως οικογενειακές) πιέσεις είναι επίσης αντιφατικές: πρέπει να τρως ό,τι σου δίνουν οι άλλοι αλλά δεν πρέπει να παχύνεις (http://www.ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ_ΣΥΛΛΟΓΟΣ_ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ.htm).

Η παροχή φαγητού θεωρείται στην κουλτούρα μας σημείο φροντίδας και το κοινό φαγητό θεωρείται μία από τις κύριες κοινωνικές επαφές (Βάρσου, 2002, σελ. 180).

1.4.4 Κληρονομικότητα

Όσον αφορά το ρόλο της κληρονομικότητας η ΨΑ παρουσιάζεται με σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα σε άτομα που έχουν βιολογική συγγένεια με ανορεκτικούς ασθενείς, ένα εύρημα το οποίο παραπέμπει στην πιθανή ύπαρξη μηχανισμών μεταβίβασης της νόσου στα μέλη μιας οικογένειας. Στο γενετικό επίπεδο υπάρχουν ενδείξεις ότι η ΨΑ εμφανίζεται με ποσοστά σύμπτωσης σχεδόν 50% μεταξύ μονοζυγωτικών διδύμων (Χριστοδούλου, Γ., 2004, σελ. 487-488).

ΜΕΡΟΣ Β

2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

- Η **Ψυχογενής Ανορεξία** (ή νευρογενής ανορεξία-anorexia nervosa) είναι ένα σύνδρομο αυτό-επιβαλλόμενης αστίας στο οποίο το άτομο με τη θέλησή του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ (Μάνος, 1997, σελ. 266).
- Η **Ψυχογενής Ανορεξία** χαρακτηρίζεται από έντονη και σοβαρή διαταραχή του σώματος του ίδιου του ατόμου και από ανυποχώρητη επιδίωξη της λεπτότητάς του. Πρόκειται για ένα παράλογο φόβο του πάχους και οδηγεί το άτομο σε σκόπιμα αυτοεπιβαλλόμενο περιορισμό στην πρόσληψη τροφής και επιλογή των τροφών σε ποσότητα και ποιότητα, ώστε να οδηγείται σε απώλεια βάρους και απίσχνανση, η οποία προοδευτικά μπορεί να φθάσει σε κατάσταση λιμοκτονίας (Χριστοδούλου, 2004, σελ. 486).
- Η **Ψυχογενής Ανορεξία** είναι μια συμπεριφορά που εκδηλώνεται με περιορισμό της τροφής και που έχει λίγο-πολύ ταχεία και σφαιρική εξέλιξη. Πρόκειται για μια διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στην τροφή και τη διατροφή, παρά για ανορεξία με τη στενή έννοια της λέξης, αφού είναι εκούσια και θεληματική (Venisse, 1987, σελ. 5).

Βέβαια η λέξη «ανορεξία» είναι αποπροσανατολιστική. Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης, γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνον αργά στην πορεία της νόσου. Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στην ταυτότητα και στην αυτονομία, για λόγους που ακόμα δεν γνωρίζουμε (Κακούρος, Μανιαδάκης, 2003, σελ. 25).

2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο Richard Morton ήταν ο πρώτος που περιέγραψε δύο περιπτώσεις με συμπτωματολογία τυπικής ψυχογενούς ανορεξίας και το 1689 δημοσίευσε άρθρο που περιελάμβανε την πρώτη αναφορά ψυχογενούς ανορεξίας (Οικονομοπούλου, 2002,σελ. 392). Το 1874 ο Sir William Gull, ένας γιατρός στο νοσοκομείο Guy' s του Λονδίνου, δημοσίευσε ένα άρθρο στο οποίο περιέγραφε τα ιστορικά 4 περιπτώσεων, από τις οποίες η μία είχε καταλήξει στο θάνατο. Σχεδόν ταυτόχρονα, ο καθηγητής της ιατρικής στο Παρίσι, Ernest Lasegue, δημοσίευσε το άρθρο του «Περί της Υστερικής Ανορεξίας», όπου περιέγραφε 8 ασθενείς, κυρίως νεαρές κοπέλες, στις οποίες η έναρξη της νόσου είχε προκληθεί από κάποιο συγκινησιακό ερέθισμα. Οι κλινικές περιγραφές που έδωσε ήταν παρόμοιες με αυτές του Gull και τόνισε την ικανοποίηση των ίδιων των ασθενών του με την κατάστασή τους, παρά την ανησυχία και τις απειλές των μελών της οικογένειάς τους (Χριστοδούλου, 2004, σελ. 486). Ο όρος *νευρική ανορεξία* (anorexia nervosa) επινοήθηκε από τον Huchard το 1883. Ο Simmonds το 1914, αποκαλύπτει μία μορφή γενικευμένης εξασθένησης του οργανισμού, τη καχεξία, η οποία οφείλεται σε νέκρωση του αδένου της υπόφυσης. Μετά από αυτόν, οι ενδοκρινολόγοι θεωρούν ότι η διανοητική ανορεξία οφείλεται σε ολική ανεπάρκεια του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης (νόσος του Simmonds) και επομένως απαιτείται ενδοκρινική θεραπεία (Arfeldofer, 1997, σελ. 30-31). Το 1951, ο Γερμανός Χένι πρότεινε τον όρο *ψυχογενή ανορεξία*, που επικράτησε στην Ευρώπη αλλά όχι στην Αμερική, όπου αναφέρεται ακόμα ως anorexia nervosa (Χαρτοκόλλης, 1986, σελ. 275).

Σύμφωνα με στοιχεία που ελήφθησαν από τα εθνικά συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών και αφορούσαν την περίοδο 1965-1991, η επίπτωση της Ψ.Α. αυξήθηκε κατά 6 φορές (Οικονομοπούλου, 2002, σελ. 393).

2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει μία αλματώδη αύξηση των διαταραχών διατροφής. Η συνηθέστερη ηλικία έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας είναι 16-18 ετών, αν και ένα ποσοστό ανορεκτικών εμφανίζουν την έναρξη της νόσου μετά τα 20 έτη. Ένα επίσης ανησυχητικό εύρημα είναι πως έχουν αρχίσει να αναφέρονται αυξανόμενα περιστατικά νευρικής ανορεξίας σε ηλικίες 8-13ετών, γεγονός που έχει καταγραφεί από το 1992 από τους ερευνητές Lask και Bryant-Waugh (<http://www.eatingdisorders.gr>). Η ψυχογενής ανορεξία εκτιμάται ότι παρουσιάζεται σήμερα στο 0,5%-1% των εφήβων κοριτσιών. Συμβαίνει 10-20 φορές συχνότερα σε θήλεα παρά σε άρρενα άτομα. Οι άτυπες μορφές ανορεκτικών συμπεριφορών, εκτιμάται ότι φθάνουν το 5%. Φαίνεται να είναι συχνότερη στις ανεπτυγμένες χώρες σε σύγκριση με χώρες του τρίτου κόσμου, όπου σπανίζει. Επίσης εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε νεαρές κοπέλες που ασχολούνται με επαγγέλματα που απαιτούν λεπτά σώματα, όπως είναι τα μοντέλα, οι χορεύτριες μπαλέτου, οι αθλήτριες ορισμένων αθλημάτων κ.λ.π. Είναι η μοναδική ψυχιατρική διαταραχή που μπορεί να οδηγήσει απευθείας στο θάνατο με ποσοστό θνησιμότητας γύρω στο 10% σύμφωνα με τα στοιχεία της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (Χριστοδούλου, 2004, σελ. 487).

Σύμφωνα με έκθεση της BMA (Βρετανική Ιατρική Ένωση), αυτή τη στιγμή, κάθε οικογενειακός γιατρός στην Βρετανία έχει 2 ασθενείς που υποφέρουν από ψυχογενή ανορεξία και 18 από ψυχογενή βουλιμία (<http://www.news in.gr>).

2.4 ΤΥΠΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Διακρίνουμε δύο τύπους της ΨΑ:

- **Ανορεξία στερητικού τύπου ή περιοριστικός τύπος:** ο στερητικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από μία παρατεταμένη και αυστηρή αποχή από το φαγητό. Οι ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου συνήθως χαρακτηρίζονται από περισσότερη εσωστρέφεια και αρνούνται να παραδεχτούν ότι νιώθουν πείνα και άγχος (<http://www.eatingdisorders.gr>).
- **Ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου ή τύπος βουλιμίες/ εμετοί:** το άτομο παρουσιάζει ανεξέλεγκτες υπερφαγίες συνοδευόμενες από συμπεριφορές εξισορρόπησης για την πρόληψη μιας αύξησης βάρους, όπως η πρόκληση εμετών και οι καταχρηστικές λήψεις καθαρτικών ή διουρητικών (Apfeldorfer, 1997, σελ. 34). Χαρακτηρίζονται από εξωστρέφεια, αναφέρουν συχνότερα άγχος, κατάθλιψη και ενοχές, παραδέχονται πως έχουν έντονη όρεξη και τείνουν να είναι μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με ασθενείς στερητικού τύπου.

2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΨΑ

Η νευρική ανορεξία μας δίνει στοιχεία για την παρουσία της σε τρεις τομείς: στην συμπεριφορά, στο σώμα και στην ψυχολογία του ατόμου.

Στην συμπεριφορά παρατηρείται:

- ✓ Τελετουργική στάση προς το φαγητό, όπως κόβοντας το φαγητό σε πολύ μικρά κομμάτια
- ✓ Μυστικότητα
- ✓ Υπερκινητικότητα
- ✓ Φορώντας πολύ μεγάλο μέγεθος ρούχα
- ✓ Προκαλώντας εμετό/ χρήση καθαρτικών

Στο σώμα φανερώνονται στοιχεία:

- ✓ Στους ενήλικες, ακραία απώλεια βάρους, στα παιδιά και στους εφήβους φτωχή ή ανεπαρκής αύξηση βάρους σε σχέση με την ανάπτυξή τους
- ✓ Κοιλιακά άλγη
- ✓ Ζαλάδες και λιποθυμίες
- ✓ Πρηξίματα στο στομάχι και πρόσωπο
- ✓ Προβλήματα στο κυκλοφορικό και μόνιμη αίσθηση κρύου
- ✓ Ξηρό, άγριο, δύσχρομο δέρμα
- ✓ Διακοπές στο εμμηνορριακό κύκλο ή αμηνόρροια
- ✓ Χάσιμο της λίμπιντο
- ✓ Μείωση της οστεϊκής μάζας και τελικά οστεοπόρωση

Η ψυχολογία του ατόμου χαρακτηρίζεται από:

- ✓ Έντονος φόβος να μην πάρει βάρος, ακόμα και αν κυμανθεί μέσα στα κανονικά πλαίσια βάρους σύμφωνα με το ύψος του ατόμου
- ✓ Δυσλειτουργικές αντιλήψεις για το σχήμα του σώματος ή του βάρους
- ✓ Άρνηση για την ύπαρξη του προβλήματος
- ✓ Αλλαγές στην προσωπικότητα του ατόμου και μεταπτώσεις στη διάθεση
(<http://www.eatingdisorders.gr>).

2.6 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Όλα αρχίζουν συνήθως με τον τυποποιημένο και παραπλανητικό τρόπο: η έφηβη, βρίσκοντας ότι είναι πολύ στρογγυλή, αποφασίζει, όπως και τόσες άλλες στην ηλικία της, να αδυνατίσει. Όμως η δίαιτα καταλήγει να κυριεύσει όλη της την ύπαρξη. Χωρίς να πολυγνωρίζουμε ποια στιγμή ξέφυγαν από τον έλεγχο τα πράγματα, έχουμε περάσει από ένα φαινόμενο μόδας σε μια αναζήτηση αγνότητας, ίσως και απόρριψης του σώματος. Η ανορεκτική παλεύει ασταμάτητα ενάντια στις ορέξεις της. Κάποιες από αυτές, οι στενά διανοητικά ανορεκτικές, καταφέρνουν πάντα να νικούν. Άλλες, οι διανοητικά βουλιμικές ανορεκτικές –που κάνουν εμετό– υποφέρουν κατά καιρούς από έντονα ενοχοποιημένη βουλιμία και επιτυγχάνουν την ισχνότητα που τις χαρακτηρίζει μόνο κάνοντας εμετό.

Η ανορεκτική ζει με τον τρόπο του πάχους και θεωρεί το σώμα της παχύσαρκο, ενώ αντίθετα είναι αφύσικα ισχνό. Το ιδανικό θα ήταν ένα σώμα χωρίς υπόσταση, χωρίς όγκο, χωρίς λίπος, ίσως και χωρίς μύες. Οι γυναικείες καμπύλες, στήθος και γοφοί, γίνονται αντικείμενο απέχθειας, η σεξουαλικότητα απορρίπτεται στο σύνολό της, η εμμηνόπαυση φέρνει την ανακούφιση.

Το μισητό κορμί γίνεται αντικείμενο βασανιστηρίων, όπως καταναγκαστικές πορείες, παγωμένα μπάνια και πράξεις μετάνοιας. Αυτή η αναζήτηση του μαρτυρίου, την οποία και χαρακτηρίζουμε ως μαζοχιστική συμπεριφορά, θεωρείται από την ανορεκτική ως θετική στάση ασκητικής φύσης, με προορισμό τη σωματική πειθαρχία, τον πλήρη έλεγχο του σώματος και τελικά την απελευθέρωση από αυτό.

Οι περισσότερες εκδηλώσεις της αποκλίνουσας συμπεριφοράς που αποσκοπεί στην απώλεια βάρους συμβαίνουν κρυφά. Συνήθως οι ανορεκτικές ασθενείς αρνούνται να φάνε με την οικογένειά τους ή σε δημόσιους χώρους. Κρύβουν τροφές σε διάφορα σημεία του σπιτιού, σε τσέπες ή τσάντες, κατά τη διάρκεια του γεύματος πετούν μέρος της τροφής τους σε μικρά-μικρά κομματάκια και καθυστερούν

υπερβολικά να ολοκληρώσουν το γεύμα τους. Αν ερωτηθούν γι' αυτές τις περίεργες συμπεριφορές, αρνούνται ότι είναι ασυνήθιστες ή αρνούνται κάθε συζήτηση γι' αυτό το θέμα (Arfeldorfer, 1997, σελ. 33-35).

Μερικές ασθενείς που δεν μπορούν να διατηρήσουν τον έλεγχο που συνεχώς ασκούν στη λήψη τροφής και έχουν επεισόδια υπερφαγίας, τα οποία κατά κανόνα συμβαίνουν κρυφά, τις νυκτερινές ώρες, ακολουθούνται από αυτοπροκαλούμενους εμέτους.

Άλλοι τρόποι που συχνά χρησιμοποιούνται είναι η κατάχρηση υπακτικών, εμετικών ή διουρητικών σκευασμάτων και ακόμα η υπερβολική σωματική δραστηριότητα όπως γυμναστική, ποδηλασία, περπάτημα, τρέξιμο.

Συχνά περιγράφονται ιδεοψυχαναγκαστικές συμπεριφορές, κατάθλιψη και άγχος στην ψυχιατρική συμπτωματολογία αυτών των ασθενών, οι οποίες είναι κατά κανόνα δύσκαμπτες και τελειοθηρικές. Επίσης υπάρχουν σωματικά ενοχλήματα, ιδιαίτερα επιγαστρική δυσφορία. Κάποιες φορές συμβαίνει να εμφανίζονται και καταναγκαστικές κλοπές (κλεπτομανία), συνήθως γλυκών ή υπακτικών ή ~~σπανιότερα άλλων αντικειμένων.~~ Συνήθως, ~~στα πλαίσια της~~ διαταραχής υπάρχει κακή σεξουαλική προσαρμογή, που εκδηλώνεται στις έφηβες με καθυστέρηση στην ψυχοκοινωνική σεξουαλική ανάπτυξη ή στους ενήλικες με μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον.

Συμπτώματα και φυσικά σημεία σε αυτή την κατάσταση είναι η υποθερμία, η βραδυκαρδία, η υπόταση, το οίδημα στάσεως, η εμφάνιση lanugo (χνούδι που μοιάζει με αυτό του νεογνού) ,και ποικιλία μεταβολικών διαταραχών.

2.7 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΨΑ-ΑΙΤΙΑ

Η ψυχογενής ανορεξία θεωρήθηκε συχνά σαν ένας τρόπος αντίδρασης σε μια τραυματική κατάσταση του συναισθηματικού και του σεξουαλικού φάσματος. Οι παράγοντες πρόκλησης είναι:

- Θάνατος ή χωρισμός από ένα στενό συγγενή, η απομάκρυνση από το οικογενειακό περιβάλλον και όλες οι καταστάσεις που τα άτομα έρχονται αντιμέτωπα με την εξάρτηση από το περιβάλλον και με το άγχος του χωρισμού, της αυτονόμησης.
- Αντιπαράθεση με τη σεξουαλική προβληματικότητα, είτε αυτή είναι πραγματική και άμεση είτε, συχνότερα, έμμεση και φαντασιωσική.
- Ύπαρξη περισσότερου φυσιολογικού βάρους, το οποίο είναι σχετικά εμφανές, προπάντων όταν προκαλεί κοροϊδευτικά σχόλια.
- Προοπτική εξετάσεων ή αποτυχία σ' αυτές, συνθήκες που επαναδραστηριοποιούν το συναίσθημα ανικανότητας (Venisse, 1987, σελ. 13-14)
- ~~Δυσλειτουργία υποθαλάμου (Sidorow, 2002, σελ. 483)~~
- Διαταραχές της προσωπικότητας
- Προβλήματα του συναισθηματικού κόσμου
- Οικογενειακές πιέσεις
- Γενετική ή βιολογική προδιάθεση
- Πολιτισμικοί παράγοντες και υπεραφθονία τροφών
- Έμμενες ιδέες για ισχύτητα σώματος (<http://sitemaker.gr>)

2.8 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία μπορούν να εμφανίσουν τις παρακάτω επιπλοκές:

- **Καχεξία:** απώλεια λίπους, μυϊκής μάζας, μειωμένος θυρεοειδικός μεταβολισμός, δυσανεξία στο κρύο, δυσκολίες στη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος

- **Καρδιακές:** ατροφία καρδιακού μυός, καρδιακές αρρυθμίες, έκτακτες κοιλιακές και κολπικές συστολές, παράταση του QT διαστήματος, βραδυκαρδία, κοιλιακή ταχυκαρδία, ανακοπή (αιφνίδιος θάνατος)
- **Γαστρεντερικές:** καθυστέρηση της γαστρικής εκκένωσης, επιγαστρικά άλγη, δυσκοιλιότητα, μετεωρισμός
- **Μεταβολικές:** υπογλυκαιμία, υποκαλιαιμία, σιδηροπενία, έλλειψη Ca, P, Zn, Mg
- **Αναπαραγωγικές:** αμηνόρροια, χαμηλά επίπεδα LH, FSH
- **Δερματολογικές:** Lanugo, οίδημα στάσεως
- **Αιματολογικές:** αναιμία, λευκοπενία
- **Νευροψυχιατρικές:** διαταραχές γεύσης, απάθεια, διαταραχές προσοχής και συγκέντρωσης, ήπιες γνωσιακές διαταραχές
- **Σκελετικές:** οστεοπόρωση, αναστολή της ανάπτυξης στο ύψος (σε πρώιμη έναρξη)

Συνδεόμενες με την καθαρτική συμπεριφορά:

- **Μεταβολικές:** υποκαλιαιμία, υποχλωραιμική αλκάλωση, υπομαγνησιαμία
- **Γαστρεντερικές:** διόγκωση και φλεγμονή σιαλογόνων αδένων(κυρίως παρωτίδων), και παγκρέατος, αύξηση αμυλάσης ορού, οισοφαγικές και στομαχικές διαβρώσεις, διαταραχές κενώσεων
- **Οδοντικές:** διάβρωση της αδαμαντίνης (ιδιαίτερα των κοπτήρων), τερηδόνα, κακή κατάσταση οδόντων
- **Νευροψυχιατρικές:** κρίσεις σπασμών(συνδεόμενες με μεγάλες μεταβολές ύδατος και ηλεκτρολυτών), ήπιες μυοπάθειες, κόπωση και αδυναμία, ήπιες γνωσιακές διαταραχές (Χριστοδούλου, 2004, σελ. 490).

2.9 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας είναι ιδιαίτερα δύσκολη αφού η ασθενής αρνείται να συζητήσει τα συμπτώματα και γενικότερα υπάρχει μία μυστικότητα γύρω από τις τελετουργίες στη συμπεριφορά φαγητού.

Ο κλινικός πρέπει να αποκλείσει με ασφάλεια την ύπαρξη **σωματικής νόσου** που μπορεί να είναι υπεύθυνη για την απώλεια βάρους (π.χ. όγκο εγκεφάλου, καρκίνο, σύνδρομο δυσαπορρόφησης).

Οι **καταθλιπτικές διαταραχές** έχουν ορισμένα συμπτώματα κοινά με την ψυχογενή ανορεξία, όπως καταθλιπτικό συναίσθημα, κλάματα, διαταραχή του ύπνου, σκέψεις, αυτοκτονίας. Ωστόσο, στην κατάθλιψη, εφόσον υπάρχει απώλεια βάρους, συνυπάρχει σοβαρή διαταραχή της όρεξης, ενώ η ανορεκτική ασθενής ισχυρίζεται ότι έχει φυσιολογική όρεξη και ότι αισθάνεται την πείνα. Η ανησυχία που συνοδεύει την κατάθλιψη είναι διαφορετική από την υπερκινητικότητα της ανορεκτικής ασθενούς, η οποία είναι σκόπιμη και έχει τελετουργικό χαρακτήρα. Η ενασχόληση με τις θερμίδες, τη σύνθεση των τροφών, τις συνταγές και την παρασκευή γευμάτων δεν παρουσιάζεται στην κατάθλιψη ούτε βέβαια ο φόβος του πάχους και δεν υπάρχει άρνηση της απώλειας βάρους.

Στην **σχιζοφρένεια** μπορεί να υπάρχει αλλόκοτη συμπεριφορά στην πρόσληψη τροφής, ωστόσο, το πλήρες σύνδρομο της ψυχογενούς ανορεξίας σπάνια είναι παρόν. Η σχιζοφρενής ασθενής σπάνια υπεραπασχολείται με το φόβο του πάχους και δεν εμφανίζει τη χαρακτηριστική υπερκινητικότητα της ανορεκτικής ασθενούς.

2.9.1 Ψυχογενής Βουλιμία

Η ψυχογενής ανορεξία πρέπει να διακρίνεται από τη ψυχογενή βουλιμία. Στην ψυχογενή βουλιμία αν υπάρχει απώλεια βάρους δεν είναι της έκτασης που συμβαίνει στην ψυχογενή ανορεξία ούτε και υπάρχει διαταραχή της σωματικής πείνας (Μάνος, 1997, σελ. 268).

Η ψυχογενής βουλιμία ταξινομήθηκε ως ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία το 1980, δηλαδή μετρά μόλις 30 χρόνια αναγνώρισης (<http://www.otenet.gr>). Ο όρος βουλιμία, που σημαίνει μεγάλη και ακόρεστη πείνα, αρχικά χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει απληστία για την τροφή, συνοδευόμενη από αισθήσεις αδυναμίας και είναι πιο συχνή από τη νευρική ανορεξία (<http://www.iatronet.gr>). Χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας και πρόκλησης εμετού. Αρχίζει συνήθως στην εφηβική ηλικία και πολύ συχνά η αιτία έναρξης της είναι η αποτυχία μίας νεαρής κοπέλας να ακολουθήσει μία περιοριστική δίαιτα. Αντιδρά τρώγοντας υπερβολικά με κρίσεις υπερφαγίας. Τα επεισόδια υπερφαγίας χαρακτηρίζονται από κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφών πολύ γρήγορα σε μικρό χρονικό διάστημα. Το άτομο που πάσχει από νευρική βουλιμία νιώθει ότι δεν μπορεί να έχει έλεγχο στις ποσότητες φαγητών που τρώει κατά το επεισόδιο υπερφαγίας, και στην συνέχεια νιώθει άσχημα για την υπερβολική λήψη τροφής. Καταφεύγει στην πρόκληση εμετού, χρήση καθαρτικών, διουρητικών και στην υπερβολική σωματική άσκηση (http://www.in_gr_health.htm).

2.9.2 Επιδημιολογία Ψ.Β.

Οι εκτιμήσεις για το δείκτη επικράτησης της ψυχογενούς βουλιμίας αναφέρουν ποσοστά 1-3% στις νεαρές γυναίκες. Είναι και αυτή συχνότερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, αλλά η έναρξη της διαταραχής γίνεται συχνότερα προς το τέλος της εφηβείας ή στην αρχή της ενηλικίωσης.

2.9.3 Αιτιολογία Ψ.Β.

- **Βιολογικοί παράγοντες.** Ορισμένοι ερευνητές έχουν συνδέσει τους κύκλους υπερφαγικών-καθαρτικών επεισοδίων με τη λειτουργία των νευροδιαβιβαστικών συστημάτων και ιδιαίτερα με εκείνα της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης. Οι απόψεις αυτές ενισχύονται από το γεγονός ότι τα αντικαταθλιπτικά που δρουν μέσω νευροδιαβιβαστικών συστημάτων, συχνά βοηθούν τους ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία. Εξάλλου, τα επίπεδα ενδορφίνης στο πλάσμα ασθενών με βουλιμία μετά από εμετό βρίσκονται αυξημένα, οδηγώντας στην άποψη ότι τα αισθήματα ανακούφισης που αναφέρουν μερικοί ασθενείς μετά τον εμετό πιθανόν να επιτυγχάνονται μέσω της αύξησης των επιπέδων των ενδορφινών.
- **Κοινωνικοί παράγοντες.** Οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία όπως και εκείνες με ψυχογενή ανορεξία έχουν την τάση να είναι φιλόδοξες και τελειοθηρικές, θέλουν να επιτυγχάνουν και επομένως ενσωματώνουν τις κοινωνικές πιέσεις επίτευξης του λεπτόσωμου ιδεώδους. Πολλές φορές στο οικογενειακό τους ιστορικό αναφέρεται συχνότερη εμφάνιση κατάθλιψης ή άλλων συναισθηματικών διαταραχών. Ωστόσο, στις οικογένειες των βουλιμικών παρουσιάζονται διαφορετικά χαρακτηριστικά απ' ότι στις οικογένειες των ανορεκτικών: οι σχέσεις είναι λιγότερο στενές με πιο ανοικτές συγκρούσεις και συχνά οι ασθενείς περιγράφουν τους γονείς ως απορριπτικούς ή αδιάφορους.
- **Ψυχολογικοί παράγοντες.** Οι πάσχουσες από ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν και αυτές δυσκολίες προσαρμογής στις απαιτήσεις της εφηβείας και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ωστόσο, είναι συνήθως πιο εξωστρεφείς, θυμωμένες ή

παρορμητικές σε σχέση με τις ανορεκτικές. Συχνά συνυπάρχουν στη ψυχογενή βουλιμία έντονη συναισθηματική ευμεταβλητότητα, ακόμα και απόπειρες αυτοκαταστροφής. Εξάρτηση από αλκοόλ και κλεπτομανία. Γενικά, πάντως, οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία βιώνουν την έλλειψη ελέγχου στην πρόσληψη τροφής ως πολύ δυσάρεστη και ενοχλητική εμπειρία και γι' αυτό είναι πρόθυμες να ζητήσουν βοήθεια από τον ειδικό. Χαρακτηρίζονται από δυσκολίες στον έλεγχο παρορμήσεων, είναι συχνά εξαρτητικές, με αδυναμία εγκατάστασης σταθερών, ισότιμων σχέσεων. Γι' αυτό, συχνά εμπλέκονται σε αμφιθυμικές και σαδομαζοχιστικές σεξουαλικές σχέσεις. Στο ιστορικό πολλών τέτοιων ασθενών διαπιστώνονται δυσκολίες αποχωρισμού και έντονα αμφιθυμική σχέση με τη μητέρα.

2.9.4 Διάγνωση και κλινικά χαρακτηριστικά

Η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από εναλλαγή επεισοδίων υπερφαγίας με αντιρροπιστικές συμπεριφορές. Οι έμετοι είναι συχνοί και αρχικά τουλάχιστον οι ασθενείς τους προκαλούν ερεθίζοντας με το δάκτυλο τον φάρυγγα, αν και ορισμένοι κάνουν εύκολα αντανάκλαστικά εμετό. Ο εμετός ανακουφίζει από το επιγαστρικό άλγος και το μετεωρισμό και επιτρέπει στην ασθενή να συνεχίσει να τρώει χωρίς το φόβο της αύξησης του βάρους. Συνήθως, οι τροφές που καταναλώνονται στα επεισόδια υπερφαγίας είναι οι απαγορευμένες υπό κανονικές συνθήκες τροφές, όπως γλυκά ή φαγητά πλούσια σε λιπαρά και υδατάνθρακες και συχνά καταπίνονται βιαστικά ή και αμάσητες. Τα επεισόδια υπερφαγίας κατά κανόνα γίνονται κρυφά, όταν το άτομο είναι μόνο στο σπίτι ή κατά την διάρκεια του νυκτερινού ύπνου των μελών της οικογένειας.

Ως προς το βάρος τους, συνήθως οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία βρίσκονται γύρω από το κανονικό αν και ορισμένες μπορεί να είναι λιποβαρείς ή αντίθετα υπέρβαρες. Επειδή είναι εξαιρετικά ευαίσθητες στα θέματα εμφάνισης και σωματικής

εικόνας νοιάζονται πολύ για το πώς τις βλέπουν οι άλλοι και ανησυχούν για την ελκυστικότητά τους και την σεξουαλικότητά τους, για την οποία, σε αντίθεση με τις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία ενδιαφέρονται πολύ.

Οι ασθενείς με τον καθαρτικό τύπο της βουλιμίας εμφανίζουν συχνά κίνδυνο σοβαρών ιατρικών επιπλοκών, όπως η υποκαλιαιμία, η υποχλωραιμική αλκάλωση, οι γαστρικές ή οισοφαγικές αιμορραγίες, η ρήξη στομάχου ή οισοφάγου, οι καρδιακές αρρυθμίες από σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Όσον αφορά την περίοδο, συχνά υπάρχουν ανωμαλίες αλλά σπάνια αμηνόρροια που να συνεχίζεται πάνω από τρεις κύκλους (<http://Ιδρυμα Υγεία του Παιδιού- Ψυχογενής Ανορεξία-Βουλιμία.htm>).

Η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται συχνά σε άτομα με συναισθηματικές διαταραχές και με διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων. Επίσης, σε άτομα με διαφόρων τύπων διαταραχές προσωπικότητας, κυρίως μεθοριακή, ναρκισσιστική και εξαρτητική διαταραχή. Οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία είναι επιρρεπείς σε ανάπτυξη ουσιοεξαρτήσεων, π.χ. αλκοολισμού, και συχνά αναφέρεται σεξουαλική κακοποίηση στο ιστορικό τους (Χριστοδούλου, 2004, σελ. 492-494).

Για την διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας πρέπει ο ασθενής να παρουσιάζει τουλάχιστον δυο επεισόδια υπερφαγίας με επεισόδια ακύρωσης εβδομαδιαίως, για τρεις μήνες (<http://www.eportal.gr>).

Τέλος, η βουλιμία μπορεί να απειλήσει τη ζωή όπως και η ανορεξία. Εάν δεν αντιμετωπισθεί η βουλιμία μπορεί να προκαλέσει τα ακόλουθα:

- Διαταραχές στο στομάχι
- Καρδιακά προβλήματα
- Νεφρικά προβλήματα
- Οδοντικά προβλήματα λόγω των οξέων του στομάχου από τους εμετούς
- Αφυδάτωση

Όσο πιο γρήγορα γίνει η διάγνωση της νευρικής βουλιμίας και αρχίσει η θεραπευτική αντιμετώπιση τόσο καλύτερη είναι η

πρόγνωση. Χρειάζονται ψυχολογικές και κοινωνικές παρεμβάσεις, διατροφική αποκατάσταση και φάρμακα.

Η θεραπεία των προβλημάτων της ψυχικής διάθεσης και των αγχώδων διαταραχών, αποτελεί ένα από τους βασικούς στόχους αντιμετώπισης. Η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά. Σε άτομα με κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές που δεν έχουν ανταποκριθεί στη ψυχολογική θεραπεία, ορισμένα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν και να αποτρέψουν υποτροπές του προβλήματος.

Είναι σημαντικό να δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην έγκυρη ανίχνευση, διάγνωση και αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών, ιδιαίτερα σε κορίτσια και νεαρές γυναίκες. Η νευρική βουλιμία και η ανορεξία είναι ψυχικές ασθένειες με ακραίες συμπεριφορές όσον αφορά τη διατροφή για τις οποίες όμως υπάρχει δυνατότητα επιτυχούς αντιμετώπισης (<http://eportal.gr>).

Η ανορεξία και η βουλιμία μπορούν να συνυπάρξουν. Πολλοί ασθενείς ψυχογενούς βουλιμίας έχουν ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας, ενώ άλλοι βουλιμικοί ενδέχεται να χάσουν βάρος και να γίνουν ανορεξικοί. Περίπου οι μισοί από τους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία συμμετέχουν σε συμπεριφορές ακύρωσης που συνδέονται με τη βουλιμία (<http://www.e-psychology.gr>).

2.10 ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Σύμφωνα με τους Χριστοδούλου και Βάρσου η πορεία της ψυχογενούς ανορεξίας ποικίλλει πολύ από την αυτόματη ίαση χωρίς θεραπεία, την αποκατάσταση μετά από ποικίλες θεραπείες, την κυμαινόμενη πορεία με αποκατάσταση του βάρους που ακολουθείται από υποτροπές, μέχρι την συνεχή σταδιακή επιδείνωση της πορείας που οδηγεί στο θάνατο, ο οποίος προκύπτει από επιλοκές του υποσιτισμού. Γενικά η πρόγνωση δεν είναι καλή. Σε ασθενείς που έχουν επανακτήσει ικανοποιητικό βάρος, συχνά συνεχίζεται η επίμονη ενασχόληση

με την τροφή και το βάρος, η κοινωνικότητά τους παραμένει περιορισμένη και συχνά συνυπάρχει καταθλιπτικό συναίσθημα. Η βραχυπρόθεσμη απάντηση των ασθενών σε ενδονοσοκομειακή νοσηλεία είναι συνήθως καλή.

2.11 ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ

Αιτίες θανάτου στην ψυχογενή ανορεξία μπορούν να είναι η έλλειψη ισορροπίας σε νερό και μεταλλικά άλατα, καρδιακές ή νεφρικές διαταραχές, ή ακόμα μία λοίμωξη στο άτομο που έχει γίνει τόσο ευάλωτο, ίσως και διάτρηση στομάχου μετά από μία βουλιμία ή μία πολύ βίαιη αποκατάσταση της διατροφής.

Σε άλλες περιπτώσεις η ανορεκτική δεν πεθαίνει, αλλά η ασθένειά της γίνεται χρόνια. Μετά από μερικά χρόνια και μετά την αποτυχία πολλαπλών αγωγών βρισκόμαστε απέναντι σε έναν άνθρωπο απροσδιόριστης ηλικίας, σαν μούμια, σε οικτρή φυσική κατάσταση.

3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

3.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στο παρελθόν έχουν προταθεί και χρησιμοποιηθεί πολλές θεραπείες για την ψυχογενή ανορεξία όπως η θεραπεία με σοκ ινσουλίνης, η αναγκαστική σίτιση, η σίτιση με σωλήνα, η υπνοθεραπεία και η χρήση φαρμάκων που διεγείρουν την όρεξη. Αυτές οι θεραπείες εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται και μπορεί να φέρουν αποτέλεσμα και η ασθενής μπορεί να πάρει βάρος όσο βρίσκεται στο νοσοκομείο, αλλά σε καμιά περίπτωση δεν ανακοινώθηκε περίοδος παρακολούθησης πάνω από 12 μήνες. Αυτές οι θεραπείες δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται γιατί δεν αφήνουν τις ασθενείς να μάθουν ή να ξαναμάθουν τη φυσιολογική συμπεριφορά στο φαγητό και συχνά προκαλούν αισθήματα απώλειας ελέγχου και πανικού.

Οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία είναι άτομα. Έχουν διαφορετικά προβλήματα, διαφορετικές ανάγκες, και βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια της αρρώστιας τους όταν έρχονται για θεραπεία. Χρειάζονται θεραπεία από ένα πρόσωπο που μπορεί να προσφέρει συμπάθεια, κατανόηση και ατομική αντιμετώπιση (<http://www.care.gr>).

Οι ποικίλες ανάγκες των ανορεξικών επιβάλλουν μια προσέγγιση πολλαπλών ειδικοτήτων, που περιλαμβάνει τη βοήθεια ενός διαιτολόγου ή κοινωνικού λειτουργού.

Το βασικό πρόβλημα στη θεραπεία είναι ότι η ασθενής θέλει να φάει, αλλά φοβάται πως αν το κάνει θα χάσει τον έλεγχο του φαγητού της και δεν θα μπορεί να περιορίσει την πρόσκτηση βάρους της. Ο φόβος μήπως χάσει τον έλεγχο επεκτείνεται συχνά και σε άλλες πλευρές της ζωής της ασθενούς, αλλά έχει ιδιαίτερη σχέση με το βάρος του σώματος και την πρόσληψη τροφής (Οικονόμου, σελ. 95).

Η θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας είναι εξαιρετικά δύσκολη. Πρώτος στόχος είναι η βελτίωση της κακής θρέψης του ατόμου και για να σταθεροποιηθεί η σωματική του κατάσταση και για να αναστραφούν οι ψυχολογικές διαταραχές (όπως η δυσκολία να αφομοιώσει το άτομο καινούριες πληροφορίες) που προέρχονται ειδικά από την ασιτία. Μόνο όταν η φοβερή ασιτία με τα σωματικά συνεπακόλουθά της αναστραφεί σχετικά μπορεί κανείς να αρχίσει να προσπαθεί να διαγράψει κάποιο ακριβές πλαίσιο της βασικής ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου. Ένα, επίσης, ενθαρρυντικό σημάδι είναι η επανεμφάνιση της εμμηνόρροιας, αν και σε πολλές περιπτώσεις καθυστερεί ως και 3 χρόνια ύστερα από την επιστροφή σε ομαλές συνθήκες διατροφής.

Το σύνθετο πρόγραμμα που απαιτείται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει ενδονοσοκομειακή νοσηλεία σε συνδυασμό με ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις, όταν η σωματική κατάσταση της ασθενούς το επιτρέπει, μπορεί να αντιμετωπιστεί η κατάσταση και εξωνοσοκομειακά.

3.2 ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Μερικές ενδείξεις για εισαγωγή στο νοσοκομείο αποτελούν: α) η απώλεια του 25% ή περισσότερο του βάρους, β) η παρουσία ή η πιθανότητα ύπαρξης σοβαρής ηλεκτρολυτικής ανισορροπίας ως αποτέλεσμα αδυναμίας να αντιμετωπίσει κανείς την καθημερινή ζωή χωρίς τη χρήση καθαρτικών, διουρητικών, χαπιών αδυνατίσματος ή αυτοπρόκληση εμέτων, γ) οικογενειακές συγκρούσεις που έχουν ως αποτέλεσμα την απομάκρυνση του ασθενούς από την οικογένεια, δ) έντονη κατάθλιψη με μεγάλη πιθανότητα αυτοκτονίας και ε) ανικανότητα ή έλλειψη θέλησης για συνεργασία κατά τη διάρκεια της εξωνοσοκομειακής θεραπείας.

Τα ενδονοσοκομειακά ψυχιατρικά προγράμματα για ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία περιλαμβάνουν συνδυασμό συμπεριφερολογικών πρακτικών, ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας. Η επιτυχία εξαρτάται από τις δεξιότητες του νοσηλευτικού κυρίως προσωπικού και από τον υψηλό βαθμό συνεργασίας της ψυχιατρικής ομάδας. Απαραίτητο στοιχείο της θεραπευτικής προσπάθειας είναι η συνεργασία, η υποστήριξη και η εμπιστοσύνη των μελών της οικογένειας.

3.2.1 Αύξηση του σωματικού βάρους

Έχει σημασία να συνειδητοποιήσει η ασθενής ότι ο μακροπρόθεσμος στόχος είναι να μάθει να αυξάνει το βάρος της και να το διατηρεί μέσα στα φυσιολογικά επιθυμητά όρια για την ηλικία και το ύψος της. Το ζύγισμα περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα δεν έχει νόημα.

Η αύξηση του βάρους επιτυγχάνεται με την **επανάσitiση**. Κατά την επανάσitiση η ασθενής μαθαίνει ότι καθώς παίρνει βάρος θα νιώθει σωματικά καλύτερα και θα μπορεί να αντιμετωπίσει καλύτερα τα καθημερινά της προβλήματα.

Στο νοσοκομείο δίνουν πρώτα στη γυναίκα την ευκαιρία να αναλάβει την ευθύνη για την αύξηση του βάρους της, με την

υποστήριξη του διαιτολόγου και της ομάδας νοσηλείας. Σε αυτό το διάστημα είναι περιπατητική, κάνει ελαφρές ασκήσεις, μιλάει με εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και παρακολουθεί ομάδες συζήτησης με άλλες γυναίκες για να βοηθηθεί να αποκτήσει επίγνωση των προβλημάτων της. Ενθαρρύνεται να ασχοληθεί με ενδιαφέροντα, όπως η χειροτεχνία, η ζωγραφική και η δακτυλογράφηση. Οι περισσότερες ανταποκρίνονται σε αυτή την επιεική προσέγγιση.

Εάν δεν ανταποκριθεί θα πρέπει να εφαρμοστεί ένα πιο οργανωμένο πρόγραμμα. Σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί να παρακολουθείται συνεχώς ή να μένει σε κάπως αυστηρή απομόνωση σε ένα μονόκλινο δωμάτιο και να χρειάζεται να μείνει στο κρεβάτι ώσπου να επιτευχθεί το **βάρος-στόχος** με την επανασίτιση.

Εάν τρώει την ποσότητα του φαγητού που αναμένεται και συμμορφώνεται με τη θεραπεία και αρχίζει και παίρνει βάρος, της προσφέρεται μια **αμοιβή** ή ένα **προνόμιο**.

Οι περισσότερες ασθεντίες επιμένουν να ζυγίζεται η ασθενής κάθε μέρα την ίδια ώρα της ημέρας στην ίδια ζυγαριά, αλλά μερικοί πιστεύουν ότι επειδή συμβαίνουν μικρές καθημερινές μεταβολές στο βάρος, είναι προτιμότερο να ζυγίζεται η ασθενής δυο φορές την εβδομάδα και όχι κάθε μέρα. Το ζύγισμα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με μια ιεροτελεστία και η νοσοκόμα πρέπει να είναι σίγουρη ότι η ασθενής δεν την ξεγελάει.

3.2.2 Εγκαθίδρυση φυσιολογικής συμπεριφοράς στο φαγητό

Ο δεύτερος σκοπός της θεραπείας είναι να μάθει η ασθενής να διαλέγει από μια μεγάλη ποικιλία τροφών. Μαθαίνει να τρώει λογικά, δηλαδή να τρώει σε κοινωνικές εκδηλώσεις και να νιώθει άνετα γι' αυτό. Πρέπει επίσης να νικήσει την επίμονη ενασχόλησή της με το φαγητό και την παρόρμησή της να ζυγίζει το κάθε πράγμα που τρώει και να υπολογίζει τις θερμίδες που περιέχει. Πολλές ασθενείς δεν έχουν ιδέα πόσο μπορούν να φάνε χωρίς να πάρουν βάρος και δυσκολεύονται να

αναγνωρίσουν τις ενδείξεις της πείνας και του κορεσμού. Στη διάρκεια της θεραπείας διδάσκονται τα γενικά στοιχεία της διαιτητικής.

Οι γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία μπορεί να είναι παραπλανητικές και ανειλικρινείς όταν τις ρωτάνε για το φαγητό που τρώνε ή τις μεθόδους που χρησιμοποιούν για να χάσουν βάρος. Ο θεραπευτής καλείται να διαπιστώσει αν η ασθενής είναι πρόθυμη να συμφωνήσει να προσπαθήσει να τρώει περισσότερο. Η ειλικρινής και λογική αντιμετώπιση είναι επίσης απαραίτητη κατά τη διάρκεια της θεραπείας αν ανακαλυφθεί ότι η ασθενής κάνει ζαβολιές.

3.2.3 Γνωσιακή συμπεριφορική προσέγγιση

Η γνωσιακή συμπεριφορική προσέγγιση, αποσκοπεί στην άμεση πρόσληψη σωματικού βάρους, στοχεύοντας τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις του ασθενούς σε σχέση με τη συμπεριφορά πρόσληψης τροφής. Το γνωσιακό μοντέλο υποστηρίζει πως τα συμπτώματα των ανορεκτικών διακωνίζονται και διατηρούνται μέσα από το χαρακτηριστικό σύνολο των πεποιθήσεων που αφορούν στο βάρος του σώματος και στο φαγητό και πως η κεντρική ιδέα στην ψυχογενή ανορεξία είναι ότι η αξία του εαυτού αναπαριστάται στο βάρος και στο σχήμα του σώματος.

3.2.4 Οικογενειακή θεραπευτική προσέγγιση

Η οικογενειακή θεραπευτική προσέγγιση (Ο.Θ.Π.), η οποία χρησιμοποιείται συχνότερα σε ανήλικους ασθενείς, όπου η οικογένεια του αρρώστου μέλους συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία. Η συστηματική Ο.Θ.Π. αντιμετωπίζει την οικογένεια ως σύστημα προσώπων που αλληλεπιδρούν και των οποίων η συμπεριφορά αλληλοκαθορίζεται. Μεγάλη βαρύτητα δίνεται στο νόημα που λαμβάνουν τα συμπτώματα του ασθενούς μέσα στη γενικότερη λειτουργία της οικογένειας. Η Ο.Θ.Π. λαμβάνει

χώρα, συνήθως, με μεμονωμένες οικογένειες, με την παρουσία όλων των μελών τους και σε λίγες αραιές συνεδρίες (http://www.eating_disorder_treatment.htm).

3.2.5 Ψυχοδυναμική προσέγγιση

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση στοχεύει στην αποκωδικοποίηση των βαθύτερων υποσυνείδητων αιτημάτων και συναισθημάτων του ασθενούς. Η ανορεξία, που ισοδυναμεί με τον πλήρη έλεγχο στο σώμα, συμβολίζει για τον ψυχοθεραπευτή τον αγώνα του ανορεκτικού να αποκοπεί από τη γονεϊκή αιχμαλωσία, να δείξει πως διεκδικεί τη δική του ταυτότητα και πως θέλει να ζήσει για λογαριασμό του.

3.2.6 Βιολογικές θεραπείες

Σύμφωνα με διάφορες μελέτες δεν υπάρχει μία βέβαιη θεραπευτική δράση ως προς τον πυρήνα της ψυχοπαθολογίας της νόσου. Για αυτό το λόγο, η χορήγηση ψυχοφαρμάκων περιορίζεται σε εμπειρική συμπτωματική χρήση, ανάλογα με τα επιφανειακά συμπτώματα- στόχους.

Χορηγούνται βιταμινούχα σκευάσματα και εκχυλίσματα διαφόρων φυτών που βοηθούν αφενός την όρεξη, αλλά και συμπληρώνουν την ελλειμματική διατροφή του πάσχοντος. Συχνά όμως καταφεύγουμε στη χορήγηση αγχολυτικών και αντικαταθλιπτικών για την αντιμετώπιση συνοδών ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων. Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών σε ασθενείς υποσιτισμένους ή με επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα, πρέπει να γίνεται προσεκτικά και με σταδιακά αυξανόμενες δόσεις. Σε περίπτωση συννοσηρότητας με μείζονα κατάθλιψη μπορεί να εφαρμοστεί ηλεκτροσπασμοθεραπεία (Οικονομοπούλου, 2002, σελ. 394-395).

3.3 ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη είναι κατάλληλη για ορισμένες ασθενείς. Τα πλεονεκτήματα είναι ότι σαν εξωτερική ασθενής η ασθενής μπορεί να αυξάνει το βάρος της με τη δική της ταχύτητα ώστε να νιώθει πως είναι ασφαλής και έχει τον έλεγχο. Πρέπει να αναλάβει την ευθύνη του φαγητού της και με την υποστήριξη και την καθοδήγηση του θεραπευτή της μπορεί να ξαναμάθει τρόπους φαγητού που είναι κατάλληλοι για τον τρόπο ζωής της. Με την υποστήριξη και την ενθάρρυνση του θεραπευτή της μαθαίνει πόσο χρειάζεται να τρώει για να ελέγχει το βάρος της σε κατάλληλο επίπεδο.

Ο θεραπευτής έχει επίσης την ευθύνη να βοηθήσει την ασθενή να προσαρμοστεί στα άλλα προβλήματα που μπορεί να έχουν δημιουργηθεί εξαιτίας του φόβου της ασθενούς μήπως χάσει τον έλεγχο.

Ο ρόλος του θεραπευτή είναι να διερευνήσει αυτά τα προβλήματα με την ασθενή και να ενθαρρύνει τα κίνητρά της για επιστροφή στο φυσιολογικό φαγητό. Πρέπει επίσης να δώσει στην ασθενή την εμπιστοσύνη για να συνεχίσει τη θεραπεία και πρέπει να τη διδάξει να διατηρεί το βάρος του σώματός της μέσα στα φυσιολογικά όρια.

Μερικές ασθενείς λένε πως όταν έχουν τον έλεγχο της πρόσληψης φαγητού και του βάρους του σώματός τους, νιώθουν πως ελέγχουν τη ζωή τους (Κυριακίδου, 2004, σελ. 185-186).

4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

4.1 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Ο όρος *διατροφική υποστήριξη* αναφέρεται στην παροχή ειδικά σχεδιασμένων θρεπτικών συστατικών χορηγούμενων παρεντερικά ή παρεντερικά ώστε να διατηρηθεί ή να αποκατασταθεί η ιδανική διατροφική κατάσταση. Η *εντερική σίτιση* χορηγείται μέσα στο γαστρεντερικό σωλήνα είτε από το

στόμα είτε από σωλήνα. *Παρεντερική ή ενδοφλέβια σίτιση* μπορεί να χορηγηθεί μέσω ενός κεντρικού φλεβικού καθετήρα ή περιφερικής φλέβας. Η εντερική σίτιση είναι προτιμότερη από την παρεντερική όποτε φυσικά είναι εφικτή. Επίσης, η εντερική σίτιση είναι λιγότερο δαπανηρή και παρουσιάζει λιγότερο κίνδυνο ανάπτυξης σήψης σε σχέση με την παρεντερική σίτιση. Ένα από τα φυσιολογικά πλεονεκτήματα της εντερικής σίτισης είναι ότι βοηθάει στη διατήρηση της ακεραιότητας του εντερικού βλεννογόνου, που αποτελεί σημαντικό φραγμό για τους λοιμώδεις οργανισμούς. Τα άτομα που διατρέφονται παρεντερικά αρκετά συχνά παρουσιάζουν ατροφία του εντερικού βλεννογόνου. Επιπλέον, τα θρεπτικά συστατικά που χορηγούνται μέσω της εντερικής διατροφικής οδού απορροφώνται από την πυλαία φλέβα και τα εντερικά λεμφαγγεία και μέσω αυτών μεταφέρονται στο ήπαρ πριν ελευθερωθούν στη γενική κυκλοφορία, ενώ τα θρεπτικά συστατικά που χορηγούνται παρεντερικά εισέρχονται στην κυκλοφορία προτού παρουσιαστούν στο ήπαρ κι αυτό μπορεί να επηρεάσει το μεταβολισμό τους. (Το ήπαρ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό πολλών θρεπτικών συστατικών, στον έλεγχο των επιπέδων της γλυκόζης μετά από τη σίτιση καθώς και στην αποθήκευση των υδατανθράκων υπό μορφή γλυκογόνου).

Η επιλογή της οδού και του τύπου της διατροφικής υποστήριξης εξαρτάται από τις ανάγκες του κάθε ασθενή, λόγω όμως των φυσιολογικών πλεονεκτημάτων της εντερικής σίτισης είναι συχνά επιθυμητό για τους ασθενείς που τρέφονται παρεντερικά να λαμβάνουν επίσης και παρεντερική σίτιση ακόμη και αν μόνο μικρά ποσοστά αυτής είναι ανεκτά.

4.1.1 ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ

Η εντερική σίτιση μπορεί να χορηγηθεί με τρεις τρόπους:

- Με δίαιτες από το στόμα κανονικών ή τροποποιημένων τροφών

- Με θρεπτικά συμπληρώματα που χορηγούνται από το στόμα
- Μέσω καθετήρα

Τροποποιημένες δίαιτες:

Οι τροποποιημένες δίαιτες χρησιμοποιούνται από στόμα με ειδικές δυσκολίες στην πρόσληψη, πέψη, απορρόφηση ή μεταβολισμό των τροφών που συνήθως περιέχονται στις κανονικές δίαιτες.

Συμπληρώματα για στοματική χορήγηση:

Αυτά τα συμπληρώματα είναι χρήσιμα για άτομα που μπορούν να πέσουν και να απορροφήσουν θρεπτικά συστατικά. Είναι πολύ αποτελεσματικά για ανθρώπους που καταναλώνουν κάποιες τροφές, αλλά δεν μπορούν να προσλάβουν αρκετή ποσότητα λόγω της ανορεξίας.

Μερικά άτομα προτιμούν σπιτικά φαγητά όπως γρανίτες και ροφήματα αυγού. Εμπορικά σκευάσματα που περιέχουν πρωτεΐνη, υδατάνθρακες, λίπη, βιταμίνες και μεταλλικά στοιχεία μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν. Γενικά, τα προϊόντα για στοματική χορήγηση θα πρέπει να παρέχουν τουλάχιστον 1,5kcal/mL, καθότι είναι δύσκολο να προσλάβει κανείς αρκετές ποσότητες περισσότερων αραιωμένων προϊόντων.

Ειδικά πρόσθετα που παρέχουν θερμίδες (από υδατάνθρακες, λιπίδια ή πρωτεΐνες) μπορούν να συνοδεύουν τέτοια φαγητά όπως είναι τα μαγειρεμένα ή αποξηραμένα δημητριακά πρωινού, ο πουρές, η σάλτσα μήλου, οι διάφοροι χυμοί, το τσάι, ο καφές, οι γρανίτες, οι σούπες και η γέμιση των σάντουιτς. Από τα ειδικά πρόσθετα οι υδατάνθρακες είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι καθότι μπορούν να περιέχονται στις περισσότερες μαλακές τροφές ή υγρά χωρίς να αλλοιώνουν το άρωμα ή τη σύσταση αυτών.

Σίτιση με καθετήρα:

Η σίτιση με καθετήρα μπορεί να εφαρμοστεί στον οισοφάγο, στο στομάχι, στο λεπτό έντερο. Για προσωρινή σίτιση χρησιμοποιούνται ρινογαστρικοί καθετήρες, ρινοδωδεκαδακτυλικοί καθετήρες και ρινονηστιδικοί καθετήρες, ενώ η οισοφαγοστομία, η γαστροστομία και η νηστιδοστομία χρησιμοποιούνται για μακροχρόνια σίτιση.

Τρόποι επιβεβαίωσης της σωστής τοποθέτησης του καθετήρα σίτισης:

1. Με ακτινογραφία της κοιλιακής χώρας
2. Με έλεγχο του pH του υγρού που λαμβάνεται από τον καθετήρα
3. Με εισαγωγή αέρα στον καθετήρα, ενώ ταυτόχρονα γίνεται ακρόαση του άνω τεταρτημορίου της κοιλιακής χώρας με στηθοσκόπιο.

Ανακούφιση ασθενούς:

Τα άτομα που λαμβάνουν τεχνική εντερική σίτιση, συχνά διαμαρτύρονται ότι αισθάνονται δίψα, έλλειψη γεύσης των τροφών, ερεθισμούς στη μύτη ή το λαιμό και ξηροστομία. Ανακούφιση μπορεί να επιτευχθεί με τους εξής τρόπους:

- Ενθαρρύνουμε την πρόληψη τροφής και υγρών σε περίπτωση που δεν αντενδείκνυται
- Χορηγούμε αρκετά υγρά.
- Ασχολούμαστε με τη σωστή φροντίδα του στόματος και την ενεργοποίηση της σιελόρροιας.
- Χρησιμοποιούμε αδρανείς σωλήνες με όσο το δυνατόν μικρότερη διάμετρο.
- Ακινητοποιούμε τον καθετήρα με ταινία έτσι ώστε να μη μετακινείται μπροστά πίσω.

Εντερική σίτιση στο σπίτι:

Η εκπαίδευση του ατόμου και της οικογένειας που θα αναλάβουν την σίτιση με εντερικό καθετήρα στο σπίτι περιλαμβάνει:

- 1) Την εφαρμογή καθαριότητας
- 2) Τη φροντίδα της συσκευής σίτισης
- 3) Τον έλεγχο για υπολειπόμενο όγκο τροφής
- 4) Την προετοιμασία της εντερικής συνθετικής τροφής, εάν αυτό είναι απαραίτητο
- 5) Την ασφαλή χορήγηση της τροφής
- 6) Τα σημεία και τα συμπτώματα των παρενεργειών
- 7) Την αυτοεκτίμηση, όπως για παράδειγμα την τακτική ζύγιση.

4.1.2 ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ

Η ολική παρεντερική σίτιση (TPN), δηλαδή η χορήγηση όλων των θρεπτικών συστατικών με ενδοφλέβια έγχυση, συνήθως συνιστάται όταν αντενδείκνυται ή είναι ανεπαρκής για τουλάχιστον 7-10 ημέρες η κανονική ή η εντερική σίτιση. Η TPN συνήθως χρησιμοποιείται για έναν από τους εξής λόγους:

- Ο γαστρεντερικός σωλήνας αδυνατεί να πέψει ή να απορροφήσει αρκετά θρεπτικά συστατικά. Παραδείγματα αποτελούν οι επιμένοντες έμετοι, όπως αυτοί που συμβαίνουν με τη χημειοθεραπεία, την ακτινοβολία και την μεταμόσχευση του μυελού των οστών. Ακόμη, η σοβαρή διάρροια, η προωρότητα, σοβαροί τραυματισμοί, εγκαύματα με αδυναμία να ανεχτεί το άτομο την απαραίτητη ποσότητα εντερικής σίτισης ώστε να ικανοποιηθούν οι μεταβολικές απαιτήσεις, παρατεταμένος ειλεός και μεγάλης έκτασης εντερεκτομή.
- Όταν υπάρχει ανάγκη για ανάπαυση του εντέρου. Παραδείγματα αποτελούν η μέτρια έως σοβαρή παγκρεατίτιδα, κατά την οποία η εντερική σίτιση ενεργοποιεί την έκκριση παγκρεατικών ενζύμων, το

εντερικό συρίγγιο, οι φλεγμονώδεις συγκολλήσεις ή αποφράξεις, όπου η χρησιμοποίηση της TPN επιτρέπει την επούλωση και την επίλυση του προβλήματος και τέλος η οξεία φλεγμονώδης εντερική νόσος.

Η αποκλειστική σίτιση με TPN συνδέεται με ατροφία των εντερικών λαχνών και επακόλουθη παθολογική απορρόφηση. Η ικανότητα του εντερικού βλεννογόνου να ενεργεί ως εμπόδιο στους μικροοργανισμούς υποθάλπεται και υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μετατόπισης ή μετακίνησης βακτηρίων διαμέσου του εντερικού τοιχώματος στην κυκλοφορία του αίματος και σε άλλα όργανα.

Οδοί παρεντερικής σίτισης:

- I. Περιφερικοί φλεβικοί καθετήρες**, οι οποίοι τοποθετούνται συνήθως στα άνω άκρα.
- II. Κεντρικοί φλεβικοί καθετήρες**, οι οποίοι συνήθως τοποθετούνται στην άνω ή κάτω κοίλη φλέβα.
- III. Κεντρικοί καθετήρες τοποθετούμενοι περιφερικά**, δηλαδή μεγάλου μήκους καθετήρες που έχουν οδηγηθεί διαμέσου της περιφερικής φλέβας στις μεγάλες κεντρικές φλέβες.

Παρεντερική σίτιση στο σπίτι:

Η προετοιμασία για μια TPN στο σπίτι είναι μια πολυπαραγοντική διαδικασία που συνήθως εμπλέκει τον γιατρό, το νοσηλευτή και το διαιτολόγο. Σε πολλές περιπτώσεις συμμετέχουν ο φαρμακοποιός και ο κοινωνικός λειτουργός. Τα σημεία που πρέπει να καλυφθούν κατά την εκπαίδευση του ασθενούς περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

1. άσηπτη τεχνική
2. φροντίδα για την συσκευή χορήγησης που περιλαμβάνει το ξέπλυμα και την ηπαρίνωση του καθετήρα και τις αλλαγές των επικαλύψεων

3. την συμπλήρωση του TPN διαλύματος
4. την έναρξη, τη χορήγηση και την διακοπή της TPN έγχυσης, που περιλαμβάνει και την χρησιμοποίηση της αντλίας χορήγησης (Moore, 2000, σελ. 133-138)

5 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

5.1 Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΡΕΚΤΗΣ

Αν και οι οικογένειες αυτές χαρακτηρίζονται συχνά ως φυσιολογικές, φαινομενικά κοινότοπες, πολλές μελέτες απέδειξαν ότι πίσω από αυτήν την πρόσοψη φυσιολογικότητας κρύβεται μια αρκετά παθολογική οικογενειακή οργάνωση. Κατά τις πρώτες συνεντεύξεις με τον γιατρό η οικογένεια αυτοπεριγράφεται με ευαρέσκεια, σαν σχεδόν ιδανική, οικογένεια που δε γνώρισε ποτέ το παραμικρό πρόβλημα, με τέλεια συνεννόηση ανάμεσα σε όλα τα μέλη της. Η ανόρεκτη κόρη ήταν συχνά το παιδί- παράδειγμα που δεν προκάλεσε ποτέ το παραμικρό πρόβλημα στους γονείς όσον αφορά την εκπαίδευση, την υγεία, τη συμπεριφορά και τη διατροφή.

Οι οικογένειες των ατόμων με νευρική ανορεξία δεν επιτρέπουν στα νεαρά μέλη τους να αποδεκτούν μέσα από την εφηβεία το νέο τους σώμα και δεν βοηθούνται να αποκτήσουν μία νέα ενήλικη ταυτότητα. Κατά αυτό τον τρόπο οι έφηβες κοπέλες νιώθουν αμηχανία και δυσκολία να δημιουργήσουν μία νέα ταυτότητα σώματος και να την περιλάβουν με αυτοεκτίμηση. Έτσι καταφεύγουν στον ασκητικό τρόπο διατροφής «αρνούμενες να μεγαλώσουν» (<http://www.philelefttheros.com>).

Η θέση της ανόρεκτης ανάμεσα στα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας εκτιμάται κατά διάφορους τρόπους: ορισμένοι συγγραφείς ανακαλύπτουν ένα σημαντικό αριθμό από μοναχοκόρες, άλλοι από πρωτότοκες κόρες, ενώ σύμφωνα με τον Jeammet η θέση της δεύτερης ανάμεσα στις αδερφές εμφανίζεται ως η πιο εκτεθειμένη.

Οι μητέρες, που συχνά περιγράφονται σαν ψυχρές, άκαμπτες, υπερπροστατευτικές, αποκαλύπτονται πολύ καταθλιπτικές, απεχθάνονται τις σωματικές επαφές και αποφεύγουν τις εκδηλώσεις στοργής. Οι ίδιες, καθοδηγούμενες από το καθήκον, προσπαθούν ασταμάτητα να αποδείξουν στον εαυτό τους πως η σχέση με το παιδί είναι καλή, ανταποκρινόμενες ή καλύτερα προλαμβάνοντας την παραμικρή εκδήλωση ανικανοποίησης από τη μεριά του παιδιού και φυσικά η διατροφή κατέχει την πρώτη θέση σε αυτή την προσπάθεια.

Στο συζυγικό επίπεδο οι μητέρες αυτές παρουσιάζονται συχνά σαν ανικανοποίητες, ανεσταλμένες στην σεξουαλική συμπεριφορά τους, απογοητευμένες ως προς τις διανοητικές προσδοκίες και δυνατότητες τους. Συνεπώς ανατίθεται στο ανόρεκτο παιδί η φροντίδα να τις αποζημιώσει για τις απογοητεύσεις τους. Οικειοποιούνται την ομορφιά του παιδιού, τις σχολικές του επιτυχίες με στόχο την καταξίωση. Το παιδί αρχικά ανταποκρίνεται στις προσδοκίες της μητέρας και οι δυσκολίες δεν θα εμφανιστούν παρά μόνο κατά την εφηβεία, με την προσπάθεια αυτονόμησης. Ένα μεγάλο ποσοστό (75%) από τις μητέρες ανορεκτικών έχουν πάθει κατάθλιψη, ή κατέφυγαν στον αλκοολισμό ή υπήρξαν κλεπτομανείς ένα χρόνο πριν από την ανορεξία της κόρης τους.

Ο πατέρας των ανόρεκτων περιγράφεται, μερικές φορές, σαν απών, σαν ανύπαρκτος. Στην πραγματικότητα φαίνεται ότι ακόμη και αν είναι παρών στον οικογενειακό σχηματισμό, τον παραμερίζουν ή θέτει ο ίδιος τον εαυτό του στο περιθώριο και θεωρείται από τη μητέρα ανάξιος σε ό,τι αφορά τους ρόλους του, του πατέρα και του συζύγου. Όσο πετυχημένος και αν είναι κοινωνικά και επαγγελματικά περιγράφεται συνήθως σαν υποταγμένος και παθητικός μέσα στον οικογενειακό κύκλο.

Το 1980, ο Φίλιπ Ζαμέ, αποκαλύπτει αυξημένη συχνότητα ψυχιατρικών διαταραχών στους πατέρες ανορεκτικών: κατάθλιψη, τάση για εσωστρέφεια, αλλά και ψυχωτικά επεισόδια σε νεαρή ηλικία. Απέναντι στην κόρη, ο πατέρας μπορεί να έχει πολύ κριτική στάση, να είναι πολύ απαιτητικός όσον αφορά την κοινωνικο-επαγγελματική της επιτυχία. Στο συναισθηματικό επίπεδο, μερικές φορές, θα κρατιέται σε

απόσταση ή πάλι δεν θα επωμίζεται τον πατρικό ρόλο και θα συμπεριφέρεται σαν δεύτερη μητέρα, ή ακόμα δεν θα τη θεωρεί κόρη του και θα επιχειρεί να την αποπλανήσει.

Διάφοροι συγγραφείς, από το 1985, επιμένουν στη συχνότητα αιμομικτικών σχέσεων σε αυτές τις οικογένειες. Οι μισές από τις ανορεκτικές που ρωτήθηκαν αναφέρουν ότι υπήρξαν θύματα σεξουαλικών αποπλανήσεων κατά την παιδική τους ηλικία. Όμως, αυτός ο εκπληκτικά υψηλός αριθμός μπορεί να τις θέσει υπό αμφισβήτηση: αυτές οι σεξουαλικές υπηρεσίες διαδραματίστηκαν στην πραγματικότητα, ή μήπως η νέα κοπέλα φαντάζεται την ολοκλήρωση της αιμομιξίας παρακινούμενη από μία διφορούμενη σχέση; Οι απόψεις δίστανται σε αυτό το σημείο (Venisse, 1987, σελ. 24, Τομαράς, Οικονόμου, 2001, σελ 89-90).

Οι παραπάνω θεωρίες προσπαθούν να δείξουν πόσο η παθολογική συμπεριφορά του ανόρεκτου παιδιού ενσωματώνεται σε ολόκληρη τη δυναμική των σχέσεων της οικογένειας, η οποία και πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στο θεραπευτικό επίπεδο.

6 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

6.1 ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ

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

αβεβαιότητα για τη σεξουαλικότητα, σεξουαλικά παθητικές και σεξουαλικά ενεργητικές.

6.1.1 Άρνηση σεξουαλικότητας

Η γυναίκα αποφεύγει την πρόκληση για τη σεξουαλικότητά της και απωθεί τα σεξουαλικά της αισθήματα. Έχει αρνητική στάση απέναντι στην εφηβεία, στην περίοδο, στον αυνανισμό, στη συνουσία. Αυτή η στάση μπορεί να επιδεινωθεί από την έλλειψη γνώσεων για την ανατομία των γεννητικών της οργάνων, την έμμηνη ρύση, την αντισύλληψη και τη σεξουαλική συμπεριφορά. Αποφεύγει να διαβάσει για την σεξουαλικότητα και έχει έμμονες ιδέες στη στάση της απέναντι στη ζωή. Επίσης, αποφεύγει να κοιτάξει το σώμα της σε καθρέφτη και δεν αγγίζει τα γεννητικά της όργανα. Χρησιμοποιεί εξωτερικές σερβιέτες και όχι ταμπόν. Δεν έχει σεξουαλικές εμπειρίες και δεν βαίνει με άνδρες. Νιώθει αμηχανία αν μια συζήτηση αφορά το σεξ, αλλά συχνά θα ήθελε να έχει ένα στενό σύντροφο.

6.1.2 Αβεβαιότητα για την σεξουαλικότητα

Αυτές οι γυναίκες χρησιμοποιούν την συμπεριφορά τους στο φαγητό για να καθυστερήσουν τις σεξουαλικές συναντήσεις ώσπου να νιώσουν πως είναι έτοιμες για αυτές. Τείνει να δυσκολεύεται να δημιουργήσει μια ζεστή, ώριμη σχέση, αν και μπορεί να παντρευτεί, οπότε τείνει να είναι εξαρτημένη από το σύζυγό της. Θέλει να είναι σαν τους άλλους και έχει συγκρούσεις σχετικά με τα σεξουαλικά της αισθήματα και τη σεξουαλική της συμπεριφορά, προσπαθώντας πάντα να είναι αυτό που θεωρεί «φυσιολογικό». Είναι δειλή και αν και μπορεί να κοιτάξει το γυμνό της σώμα στον καθρέφτη, δε νιώθει άνετα όταν το κάνει. Η ανησυχία της σχετικά με την διείσδυση στον κόλπο επεκτείνεται και στη συνουσία, που συνήθως γίνεται για πρώτη φορά σε μεγαλύτερη ηλικία από το μέσο όρο. Πιστεύει

πως δεν διεγείρεται εύκολα και ενώ θα ήθελε να μάθει για τη σεξουαλικότητα είναι πολύ δειλή για να αρχίσει μια συζήτηση.

6.1.3 Σεξουαλική παθητικότητα

Οι γυναίκες αυτής της ομάδας χρησιμοποιούν τη διαταραχή της διατροφής για να αποφύγουν τις σεξουαλικές δεσμεύσεις ώσπου να το θελήσουν. Η συμπεριφορά της γυναίκας στο φαγητό της προσφέρει την ευκαιρία να «αναστέλλει κατά περιόδους» τη σεξουαλική της δραστηριότητα. Έχει μεγάλες διακυμάνσεις στο βάρος της, με εναλλαγές βουλιμίας με περιόδους νηστείας ή αυστηρής δίαιτας. Επειδή δεν θέλει να δεσμευτεί διαλέγει συντρόφους που είναι που είναι παντρεμένοι και με τους οποίους δεν είναι δυνατός ένας μακροχρόνιος δεσμός. Χρησιμοποιεί ταμπόν για προστασία κατά την περίοδο, αλλά η ικανότητά της να κοιτάζει το σώμα της εξαρτάται από το εκάστοτε βάρος της.

6.1.4 Σεξουαλικά δραστήριες

Οι γυναίκες αυτής της ομάδας αντικατροπτίζουν τη συμπεριφορά τους στο φαγητό, που συνίσταται σε βουλιμία που ακολουθείται από επεισόδια πρόκλησης εμετού και κατάχρησης καθαρτικών, στη σεξουαλική τους συμπεριφορά. Είναι ανίκανες να δημιουργήσουν μια μακροχρόνια σχέση και έχουν συχνές τυχαίες σεξουαλικές συναντήσεις. Συνήθως έχουν την πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία σε μικρή ηλικία. Μιλάνε ελεύθερα για το σεξ και δεν τις ανησυχεί καθόλου να είναι γυμνές, όταν είναι μόνες τους ή όταν βρίσκονται με άλλους. Έχουν την τάση να είναι εκδηλωτικές και σεξουαλικά δραστήριες αλλά κάτω από αυτό κρύβεται ένα αίσθημα μοναξιάς (Abraham, Jones, 1990, σελ. 43-44-45).

7 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

7.1 Η ΑΝΔΡΙΚΗ ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η μορφή της νόσου στα αγόρια περιγράφηκε από την αρχή της εμφάνισης της έννοιας της ψυχογενούς ανορεξίας. Θεωρείται πολύ σπάνια και έχει θεωρηθεί ως ψυχωτική ανορεξία λόγω των σχιζοειδών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, σε αντίθεση με τη γυναικεία ανορεξία που θεωρείται νευρωσική. Αν και μερικές φορές παρατηρείται μια τάση προς εκλογίκευση κατά τρόπο ασκητικό με κάποια απόχρωση μυστικισμού, φαίνεται ότι η ανδρική μορφή ελάχιστα διαφέρει κλινικά στο σύνολό της από την τυπική γυναικεία μορφή. Η απουσία ερωτικής επιθυμίας και η αδυναμία στύσης ισοδυναμεί στο αγόρι με την εμμηνόπαυση και την άρνηση της σεξουαλικότητας της νέας κοπέλας (<http://www.zortal.gr>).

Όσον αφορά το γεγονός ότι η γυναικεία ανορεξία εμφανίζεται αριθμητικά πολύ περισσότερο, ελάχιστες εξηγήσεις δόθηκαν ως τώρα σχετικά με τη στατιστική αυτή διαπίστωση. Πέρα από τα κοινωνικο-πολιτιστικά δεδομένα που υπογραμμίζουν το κοινωνικό ιδανικό της λεπτής γυναίκας υπάρχει και η ανάγκη, για το μικρό κορίτσι, της ανταλλαγής του πρωταρχικού αντικειμένου –της μητέρας- με τον πατέρα μέσα στο πλαίσιο της προσέγγισης της Οιδιπόδειας τριγωνοποίησης των σχέσεων (όπως την περιγράφει ο Freud). Επίσης, έχουν προταθεί διάφορες ψυχοκοινωνιολογικές εξηγήσεις, οι οποίες επιμένουν στις διαφορετικές μορφές σεξουαλικής ωρίμανσης και στον διαφορετικό τρόπο με τον οποίο βιώνει ο καθένας τις αλλαγές της εφηβικής ηλικίας, στις ψυχολογικές ιδιαιτερότητες των δύο φύλων, στους ρόλους οι οποίοι τους έχουν αποδοθεί από την οικογένεια και την κοινωνία, στις διαφορές των σχέσεων με τους δύο γονείς. Ωστόσο, καμία από αυτές τις υποθέσεις δεν βασίζεται αληθινά σε απτές αποδείξεις (Ντολάτζας, 2002, σελ. 100-101).

Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα, 1 στους 50.000 άνδρες πάσχει από ανορεξία. Ο αριθμός αυτός που αφορά σε ηλικίες από 18-28 χρονών, δείχνει ότι το φαινόμενο βρίσκεται σε

άνοδο. Έχει μάλιστα, υπερδιπλασιαστεί τα τελευταία 20 χρόνια. Οφείλεται στη νευρωτική εμμονή να αποκτήσει κάποιος ή να διατηρήσει μια λεπτή σιλουέτα. Η επιδίωξη αυτή οδηγεί στη παθολογική αποστροφή της τροφής που εξαντλεί τον οργανισμό, οδηγώντας ακόμα και στο θάνατο. Το γεγονός ότι αυτή η διαταραχή ήταν κυρίως γυναικεία υπόθεση οδήγησε σε καθυστερημένη διάγνωση στους άνδρες. Τα άτομα αυτά πηγαίνουν σε ειδικά ιατρεία μόνο όταν διαπιστώσουν ότι έχουν **γκρίζο δέρμα, υπόταση και ιλίγγους από την αδυναμία, καθώς και εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα.** Σύμφωνα με μία έρευνα του πανεπιστημίου Michigan, αυτή η παθολογική κατάσταση εμφανίζεται συνήθως σε άνδρες με έντονη αθλητική δραστηριότητα που απαιτεί τον αυστηρό έλεγχο του σωματικού βάρους. Όμως η προσπάθειά τους να αποκτήσουν "τέλειο" σώμα γίνεται με τέτοια μανία που ξεπερνά το αρχικό μυώδες και αθλητικό πρότυπο (<http://www.focusmag.gr>).

8 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

8.1 ΔΙΑΙΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΑ

Οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία έχουν επίμονη ενασχόληση με το φαγητό. Μαζεύουν και διαβάζουν βιβλία και άρθρα σε περιοδικά που αφορούν το φαγητό, τη δίαιτα και το σωματικό βάρος. Συχνά αναλαμβάνουν το μαγείρεμα της οικογένειας(Ψωμόπουλος, 2005). Ξέρουν περισσότερα πράγματα για τη διατροφή από το ευρύτερο κοινό. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που έχουν ψυχογενή ανορεξία αποφεύγουν τους υδατάνθρακες στη διατροφή τους και ότι η χαμηλή πρόσληψη υδατανθράκων είναι το χαρακτηριστικό που διακρίνει το διαιτολόγιο που έχουν διαλέξει για να χάσουν βάρος. Μια πρόσφατη όμως έρευνα έδειξε ότι το διαιτολόγιο μιας ασθενούς με ψυχογενή ανορεξία περιείχε το 1/6 της ενέργειας, το 1/6 των υδατανθράκων, το 1/3 των πρωτεϊνών και το 1/9 του λίπους του διαιτολογίου μιας φυσιολογικής γυναίκας.

Συμπερασματικά, μείωναν όλα τα στοιχεία του διαιτολογίου τους για απώλεια βάρους και δεν στερούνταν κατά προτίμηση τους υδατάνθρακες (Αναστασόπουλος, 2000, σελ. 73)

ΜΕΡΟΣ Γ

9 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

9.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο νοσηλευτής συμμετέχει ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία. Συγκεκριμένα είναι υπεύθυνος για:

- την ανάκτηση ενός φυσιολογικού σωματικού βάρους
- την θεραπεία των βιολογικών συνεπειών του υποσιτισμού
- την υιοθέτηση ενός σταθερού προγράμματος λήψης τροφής

- την προαγωγή της εκπαίδευσης όσον αφορά τη διατροφή
- τη διόρθωση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων, σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών που σχετίζονται με τη νόσο

- την εμπλοκή και τη συνεργασία της οικογένειας στη θεραπεία

- την πρόληψη της υποτροπής (Οικονομοπούλου, 2002, σελ. 396)

Επιπλέον, είναι πάρα πολύ σημαντικό να δημιουργήσει μία σχέση συνεργασίας με τον ασθενή και να διερευνήσει αν έχει αμφιθυμία σχετικά με την μεταβολή του τρόπου διατροφής του και την αύξηση του βάρους του καθώς επίσης και να τον ρωτήσει αν έχει ανησυχίες σχετικά με την εργασία του και την τωρινή ή μελλοντική κατάσταση της υγείας του (

Επάνοδος βάρους:

Η επαναφορά του βάρους του σώματος αποτελεί τον κύριο στόχο στην πρώιμη αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών, γιατί με αυτόν τον τρόπο μπορεί να προκληθεί βελτίωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, της κοινωνικής απομόνωσης, της έμμηνης ρύσης και άλλων ενδοκρινικών διαταραχών.

Ο βραχυπρόθεσμος στόχος του νοσηλευτή είναι να κερδίσει ο ασθενής αρκετό βάρος, για να αποκατασταθεί η έμμηνος ρύση, ενώ ο μακροπρόθεσμος στόχος του είναι το επίπεδο του βάρους να βρίσκεται στο 85% του αναμενόμενου για το ύψος.

Έλεγχος προόδου και συμπεριφοράς:

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρακολουθεί τον ασθενή τακτικά κατά την διάρκεια της θεραπείας, ώστε να μπορεί να προστατευτεί και να ελαχιστοποιηθεί η απαιτούμενη θεραπεία. Όταν ο ασθενής απουσιάζει από τις ομαδικές ασχολίες αμέσως μετά τα γεύματα για αυτοπρόκληση εμέτου ή όταν φοράει επίτηδες βάρη κατά τη ζύγιση του σώματος, κρύβει τις τροφές που δεν καταναλώνει ή δεν ενεργείται πριν από την καθημερινή ζύγιση όλα αυτά δείχνουν από τη μεριά του ασθενή αδιαφορία για την θεραπεία του.

Αύξηση αυτοπεποίθησης και ικανοτήτων:

Το άτομο μπορεί να βοηθηθεί από το νοσηλευτή να αναπτύξει μια καλύτερη εικόνα για τον εαυτό του, μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και καλύτερες τεχνικές επίλυσης των προβλημάτων του. Θα πρέπει επίσης να ενημερωθεί ότι τα πωγυρίσματα είναι φυσιολογικά και θα πρέπει να μάθει να τα αποδέχεται με ηρεμία. Επιπλέον, οι κοινωνικές συνθήκες είναι πολύ αγχωτικές για το άτομο με διατροφική διαταραχή και γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να μάθει κάποιους σωστούς τρόπους αντιμετώπισης των διαπροσωπικών σχέσεων.

Αρχές μιας θρεπτικής διαίτας:

Τα περισσότερα άτομα με ψυχογενή ανορεξία έχουν παρεξηγημένες απόψεις για τις τροφές και τη διατροφή. Μπορεί να έχουν περάσει αρκετά χρόνια από τότε που έχουν καταναλώσει μια ισορροπημένη διατροφή. Χρειάζονται, λοιπόν, τη βοήθεια του νοσηλευτή για να αναγνωρίσουν και να

επιλέξουν μια θρεπτική διαίτα. (Η *πυραμίδα της διατροφής* μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην εκπαίδευση). Σκοπός είναι να καθιερώσει κανείς τη συνήθεια μιας θρεπτικής διαίτας, ενώ παράλληλα να διατηρείται μια ισορροπία με την κατανάλωση της ενέργειας για να μην είναι απαραίτητο να προσφύγει σε βλαβερές συνήθειες όπως η αυτοπρόκληση εμέτων για τον έλεγχο του βάρους.

*** Τα φαγητά που συνήθως φοβάται ο ασθενής θα πρέπει να περιλαμβάνονται στη διαίτα μόνο αφού η ανάρρωση είναι ήδη προχωρημένη.**

Συμπερασματικά, είναι απαραίτητο ο νοσηλευτής να δημιουργήσει μια σχέση συνεργασίας με τον ασθενή και να τον προσεγγίσει με κάθε τρόπο. Ο ασθενής έχει ανάγκη να αισθανθεί πως ο νοσηλευτής κατανοεί το πρόβλημά του και πως είναι διατεθειμένος να τον βοηθήσει και να τον υποστηρίξει ψυχολογικά.

Τέλος, αν εξακολουθούν να υπάρχουν σοβαρά ή επικίνδυνα συμπτώματα για την σωματική υγεία του ασθενούς, παρά τη λήψη όλων των παραπάνω μέτρων, τότε ο νοσηλευτής μπορεί να προτείνει την παραπομπή σε κάποιον ειδικό για οικογενειακή συμβουλευτική αν οι οικογενειακές συγκρούσεις προκαλούν τα προβλήματα στην πρόσληψη τροφής ή σε κάποιο διαιτολόγο (Μάνος, 1997).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Εικόνα σώματος

Κάθε φορά που κάνουμε δίαιτα πρέπει να έχουμε ρεαλιστικές απαιτήσεις όσον αφορά στο στόχο, που είναι η κατάκτηση του ιδανικού βάρους, και να σταματάμε αμέσως μόλις τον προσεγγίσουμε. Κι όμως, ο φόβος μήπως ξαναπάρουμε τα παραπάνω κιλά δεν μας επιτρέπει να σταματήσουμε τη δίαιτα.

Γι' αυτό είναι σημαντικό:

- Να γνωρίζουμε ότι το βάρος μας μπορεί να έχει скаμπανεβάσματα με αυξομειώσεις 2-5 κιλών, κάτι το οποίο δεν χρειάζεται να μας φοβίζει.
- Να αποφεύγουμε τις συγκρίσεις με άλλες γυναίκες και προσδιορίζουμε το ιδανικό βάρος με βάση το σωματότυπό μας.
- Να νιώθουμε ευχαριστημένες με τον εαυτό μας και το σώμα μας, ακόμα και αν αυτό έχει ατέλειες.

Δικλείδα ασφαλείας

Σύμφωνα με τους ειδικούς, πολλές φορές τα βαθύτερα αίτια που μας ωθούν να κάνουμε ατελείωτες δίαιτες σχετίζονται άμεσα με δικλείδες που εξασφαλίζουν τη ψυχική ισορροπία στον καθένα από εμάς. Η ψυχολογική μας ισορροπία πολύ συχνά όμως εξαρτάται από το τι και πόσο τρώμε. Είναι αρκετά συνηθισμένο ένα άτομο να καταφεύγει στην θερμιδομέτρηση χωρίς ημερομηνία λήξης ακριβώς επειδή νιώθει ότι κάνοντας δίαιτα έχει τα πάντα υπό έλεγχο εξασφαλίζει μια φαινομενική τάξη στη ζωή του. Τα άτομα και ο πυρήνας της αυτοπεποίθησης των οποίων στηρίζεται στην εμφάνισή τους, πολύ συχνά επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους στο βάρος τους, προκειμένου να αποφύγουν να ασχοληθούν με σοβαρότερα

πράγματα, όπως άλυτα προβλήματα, δυναμικές πρωτοβουλίες και αποφάσεις ή ακάλυπτα συναισθηματικά κενά.

Γι' αυτό είναι σημαντικό:

- Να νιώθουμε ότι μπορούμε να ελέγχουμε εμείς το φαγητό και όχι αυτό εμάς.
- Να μην περιστρέφεται η ζωή μας γύρω από το φαγητό και να έχουμε συναρπαστικά ενδιαφέροντα που θα αποσπών το μυαλό από τον καταναγκασμό της δίαιτας.
- Να αισθανόμαστε ικανοί και έτοιμοι να λύσουμε τα προβλήματά μας, μόνοι ή με τη βοήθεια των άλλων, χωρίς να χρειάζεται να καταφύγουμε στο φαγητό ως μέσον ανακούφισης.

Χαμηλή αυτοπεποίθηση

Ένας ακόμη λόγος που κάποιες γυναίκες καταδικάζουν τον εαυτό τους σε αιώνια δίαιτα είναι η έλλειψη αυτοπεποίθησης. Τα περιττά κιλά, εξάλλου, για πολλές γυναίκες αποτελούν ένα καλό άλλοθι για οτιδήποτε πάει στραβά στη ζωή τους. Η δίαιτα σε αυτή την περίπτωση ισοδυναμεί με τιμωρία για το γεγονός ότι δεν αισθάνονται καλά με τον εαυτό τους. Το να καταδικάζουν τον εαυτό τους με μειωμένη θερμιδική πρόσληψη είναι σα να του λένε «Αυτό σου αξίζει!». άλλες πάλι νιώθουν ότι η θερμιδομέτρηση είναι ο μόνος τρόπος για να αυτοπειθαρχηθούν στη σχέση τους με το φαγητό.

Γι' αυτό είναι σημαντικό:

- Να έχουμε κατανοήσει την ουσία του μέτρου, έτσι ώστε να μη φοβόμαστε ότι χωρίς το διαιτητικό πρόγραμμα θα καταφύγουμε σε υπερβολές όσον αφορά στην κατανάλωση τροφής.
- Να λέμε «όχι» στις απαγορεύσεις και να απολαμβάνουμε το φαγητό χωρίς να νιώθουμε τύψεις ή ενοχές για τις όποιες παραπανίσιες θερμίδες.

- Να μη καταφεύγουμε σε εξαντλητικές δίαιτες πείνας ούτε να καταδικάζουμε τον εαυτό μας σε ασιτία όταν βγαίνουμε έξω, αλλά να ακολουθούμε ένα σωστά δομημένο διατροφικό πρόγραμμα (<http://www.eone.gr>)

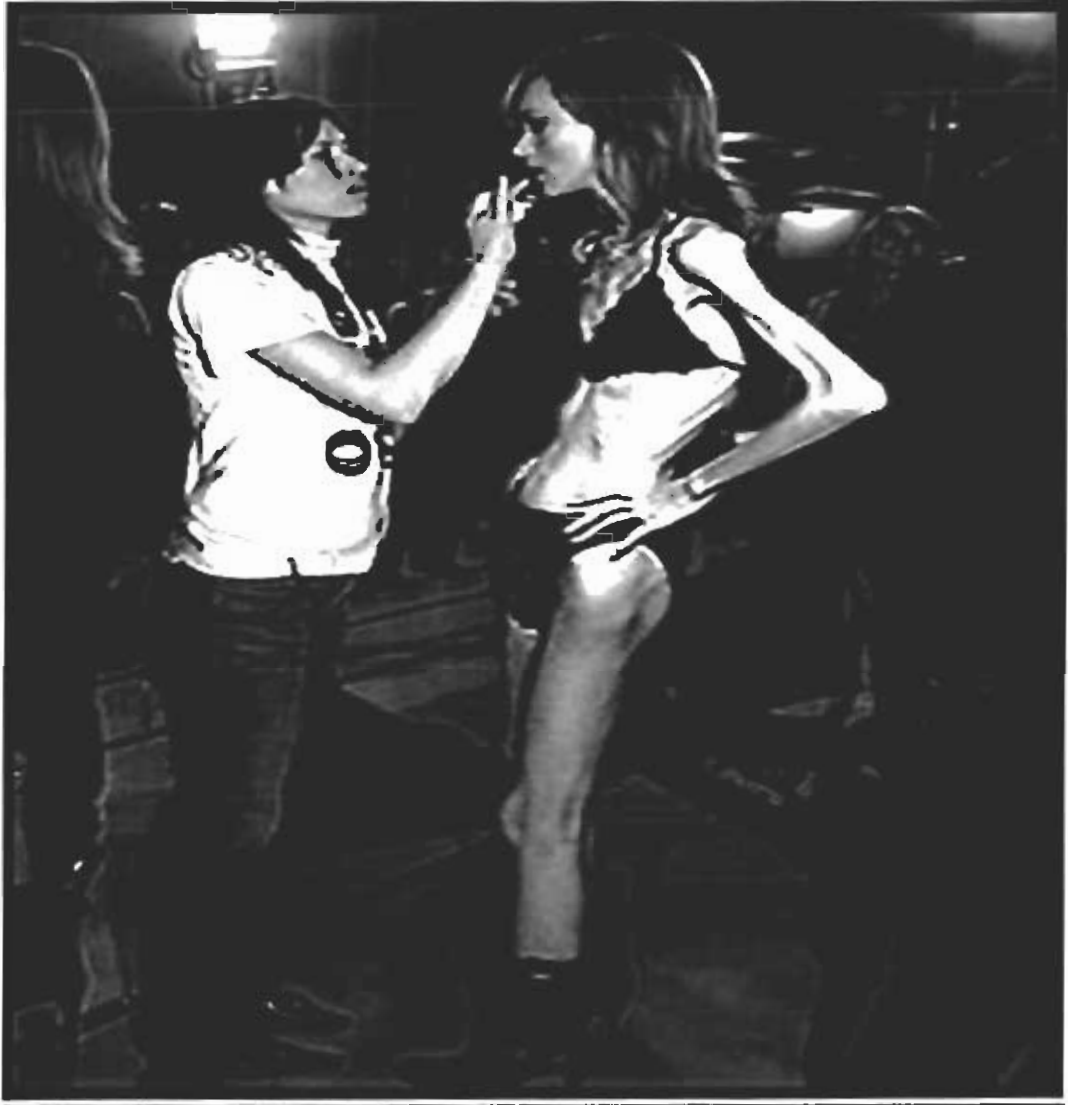


ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

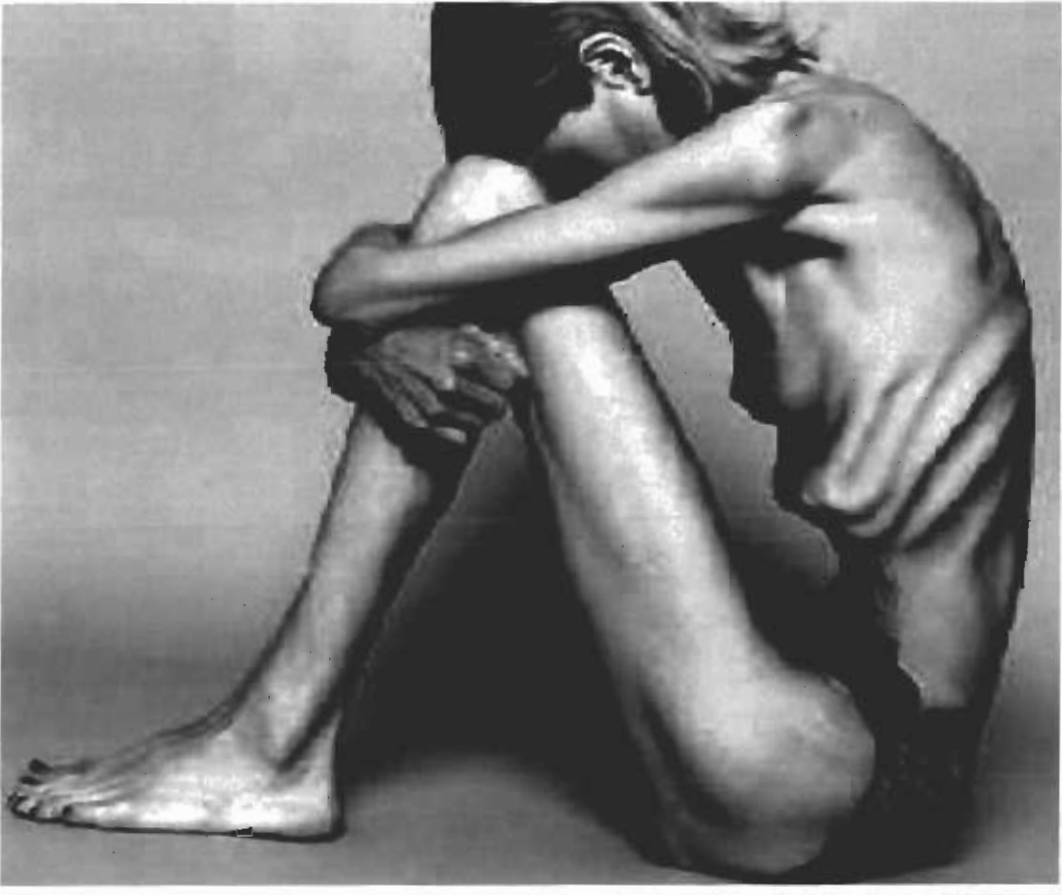


ΜΑΡΤΥΡΙΑ: Έχω μιλήσει με άλλες γυναίκες με ανορεξία και συνειδητοποιούν όπως και εγώ ότι στο χαμηλότερο βάρος μας είμαστε φοβερά αδύνατες. Θα έπρεπε να είσαι ηλίθια για να νομίζεις πως δεν είσαι, αλλά πρέπει να το κρύβεις γιατί εάν δείξεις στους γιατρούς πως ξέρεις ότι είσαι αδύνατη θα θέλουν να σου προσθέσουν βάρος. Γι' αυτό κάνεις πως δεν νομίζεις ότι είσαι αδύνατη αλλά νομίζεις ότι είσαι φυσιολογική και σκέφτονται και εκείνοι σαν και εσένα. Θυμάμαι δύο ανορεξιακές που ήταν τόσο ειλικρινείς απέναντι στον καθηγητή όταν έλεγαν πως ήταν φυσιολογικές. Τις ρώτησα αν ένιωθαν σαν εμένα, ψευτοειλικρινείς και υποκρίτριες. Μου είπαν πως ναι. Πώς θα μπορούσαν να σκέφτονται διαφορετικά όταν τα κόκαλα πετάγονται από τους γλουτούς τους. Την άλλη μέρα όταν είδα τον καθηγητή μου είπε: «*Κλάρα, νομίζεις πως είσαι αδύνατη;*». Η πρώτη μου αντίδραση ήταν «*βλέπεις, δεν ξέρει, πρέπει να είναι κουτός. Ω, δε θα του το πω, γιατί θέλω να μείνω έτσι: νιώθω ασφαλής, έξω από τον κόσμο και οι άνδρες φοβούνται να με αγγίξουν για να μη με σπάσουν*». Έτσι του απάντησα: «**Φυσικά δεν είμαι αδύνατη**».











ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Αναστασόπουλος, Δ.**, (2000). *Παιδί και Έφηβος*, Καστανιώτη
- **Βάρσου, Ε.**, (2004), Γνωσιακή- Συμπεριφορική Αντιμετώπιση. Στο: *Χριστοδούλου, Γ.*, *Ψυχιατρική*, Τόμος β, Αθήνα: ΒΗΤΑ
- **Ιεροδιακόνου, Χ.**, (1991). *Προβλήματα στα παιδιά*, Θεσσαλονίκη: Μαστορίδη
- **Κακούρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ.**, (2003). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*, Αθήνα: Τηπωθητώ
- **Κυριακίδου, Ε.**, (2004). *Κοινωνική Νοσηλευτική*, Αθήνα: Ταβηθά
- **Μάνος, Ν.**, (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*
- **Ντολάτζας, Θ.**, (2002). *Προληπτική Ιατρική*, Αθήνα: Λίγκας Books
- **Οικονόμου, Ξ.**, *Ειδική διαιτητική*, Λύχνος
- **Οικονομοπούλου, Μ.**, «Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής και ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπευτική τους προσέγγιση», *Νοσηλευτική*, Τ.χ. 4, 2002
- **Τομαράς, Β., Οικονόμου, Μ.**, (2001). *Η προσέγγιση της οικογένειας κατά την αντιμετώπιση των σχιζοφρενικών ψυχώσεων*, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών
- **Χαρτοκόλλης, Π.**, (1986). *Εισαγωγή στην ψυχιατρική*, Αθήνα: Θεμέλιο

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Abraham, S., Jones, L.**, (1990). *Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής*, Χατζηνικολή
- **Arpfelderfer, G.**, (1997). *Ανορεξία- Βουλιμία- Παχυσαρκία*, Τραυλός- Κωσταράκη
- **Moore, M.**, (2002). *Διαιτολογία*, Μετάφραση Τσαρούχης, Αθήνα: ΒΗΤΑ
- **Sdorow, M.**, (2002). *Ψυχολογία*, Ηλιάδη
- **Venisse, J.**, (1997). *Ψυχογενής Ανορεξία*, Χατζηνικολή

- **Βασιλειάδης, Γ.**, (10/12/05). *Νευρική Βουλιμία: όσα πρέπει να ξέρετε*, (<http://eportal.gr>)
- **Δοϊρανλής, Ν.**, (19/11/05). *Ψυχογενής Ανορεξία: Περιγραφή και Ταξινόμηση* (http://e_psychology.gr)
- **Καναβίτσας, Ε.**, (10/12/05). *Περί ανορεξίας* (<http://www.eatingdisorders.gr>)
- **Καναβίτσας, Ε.**, (10/12/05). *Εφηβεία: τα χρόνια της ωρίμανσης, τα χρόνια των συγκρούσεων* (<http://www.specialeducation.gr>)
- **Πασπάλη, Α.**, (19/11/05). *Ψυχογενής ανορεξία* (http://www.ψυχογενής_ανορεξία.htm)
- **Πόγκα, Μ.**, (19/11/05). *Διαταραχές λήψης τροφής: το ανελέητο κυνήγι του λεπτού σώματος* (http://www.ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ_ΣΥΛΛΟΓΟΣ_ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ.htm)
- **Σκαπινάκης, Π.**, (19/11/05). (http://www.ψυχογενής_ανορεξία-διαγνωστικά_κριτήρια.htm)
- **Τάκης, Ν.**, (19/11/05). *Ψυχογενής ανορεξία* (<http://www.iatronet.gr>)
- **Χατζηκώστα, Δ.**, (24/10/05). *Η ανορεξία δεν ξεχωρίζει ηλικία* (<http://www.fileleftheros.com>)
- **Ψωμόπουλος, Ι.**, (24/10/05). *Νευρική ανορεξία- νευρική βουλιμία* (<http://www.dietologoi.gr>)
- http://www.ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ_ΣΤΗΝ_ΠΡΟΛΗΨΗ_ΤΡΟΦΗΣ.htm
- http://www.ίδρυμα_υγείας_του_παιδιού-ψυχογενής_ανορεξία-βουλιμία.htm
- <http://www.care.gr>
- http://www.eating_disorder_treatment.htm
- <http://www.eone.gr>
- <http://www.focusmag.gr>
- <http://www.gastronomia.gr>
- http://www.in_gr_health.htm
- <http://www.ipse.gr/psyfood.htm>
- http://www.news_in.gr
- <http://www.otenet.gr>
- <http://www.sitemaker.gr>
- <http://www.zortal.gr>
- <http://www.psychologia.gr>

