

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ –
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ
ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ**



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
Dr. ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ Μ.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
**ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ ΣΥΝΝΕΦΗ
ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ
ΚΥΡΙΤΣΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ**

ΠΑΤΡΑ 2008

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε ιδιαίτερος την εισηγήτρια καθηγήτρια Dr. Μ. Μπατσολάκη για τη βοήθεια και καθοδήγηση που μας παρείχε κατά την διάρκεια εκπόνησης της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Επίσης ευχαριστούμε τους γονείς μας για τη συνεχή συμπαράστασή τους στην επίτευξη των στόχων μας.

***Αλεξοπούλου Σοννέφη
Θεοδοροπούλου Δήμητρα
Κυρίτση Χρυσούλα***

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	8
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ: ΟΡΙΣΜΟΣ.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

1.1. Ορισμός	19
1.2. Ιστορική αναδρομή	20
1.2.1. Η διανοητική ανορεξία	20
1.3. Επιδημιολογία	21
1.3.1. Οριακό σύνδρομο	25
1.3.2. Επιδημιολογικά στοιχεία ψυχογενούς ανορεξίας στους άνδρες	26
1.3.4. Επιδημιολογικά στοιχεία συνοπτικά	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

2.1. Σημασία διατροφικών διαταραχών	28
2.2. Ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές στο σήμερα	28
2.3. Τι είναι οι ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές;	29
2.4. Ομάδες κινδύνου διατροφικών διαταραχών	29
2.5. Βασικοί άξονες εκτίμησης ύπαρξης ψυχογενούς προβλήματος διατροφής	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°

ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ – ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

3.1.	Διάκριση της ψυχογενούς ανορεξίας	32
3.1.1.	Τα κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας	32
3.2.	Χαρακτηριστικά της νόσου	33
3.3.	Η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας	37
3.4.	Τα σωματικά γνωρίσματα της ψυχογενούς ανορεξίας	38
3.5.	Διαταραχές της περιόδου στην ψυχογενή ανορεξία	41
3.6.	Στάδια εγκατάστασης	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

4.1.	Αίτια της ψυχογενούς ανορεξίας	46
4.2.	Τύποι ψυχογενούς ανορεξίας	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

5.1.	Γενικά διαγνωστικά στοιχεία	51
5.2.	Η ψυχογενής ανορεξία στα παιδιά	52
5.3.	Νευρογενής ανορεξία στους άνδρες	54
5.4.	Μεταεφηβικό ξεκίνημα της νευρικής ανορεξίας στις γυναίκες	55
5.5.	Η νευρική ανορεξία σε νευρο-ψυχιατρικές διαταραχές	57
5.6.	Διαφορική διάγνωση	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ – ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ -ΠΡΟΓΝΩΣΗ

6.1.	Συμπτώματα –Κλινικά σημεία	58
6.1.1.	Φυσική εξέταση	61
6.1.2.	Εργατηριακά ευρήματα	62
6.2.	Πρόγνωση της νευρογενούς ανορεξίας	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ – ΣΤΑΔΙΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

7.1.	Επιπτώσεις της νόσου	66
7.1.1.	Μακροπρόθεσμες συνέπειες της ψυχογενούς ανορεξίας	67
7.1.2.	Επιπτώσεις στην οικογένεια	67
7.3.	Διαφοροποιήσεις στα συμπτώματα	68
7.3.1.	Άλλες μορφές διατροφικών διαταραχών	68
7.2.	Στάδια ψυχογενούς ανορεξίας	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°

ΠΟΡΕΙΑ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

8.1.	Πορεία νόσου – Επιπλοκές	77
8.1.1.	Σοβαρές επιπλοκές που απειλούν τη ζωή	77
8.2.	Θεραπεία	78
8.2.1.	Στόχοι της θεραπείας	81
8.3.	Η έκβαση τη ψυχογενούς ανορεξίας	88
8.4.	Ανακεφαλαίωση της θεραπείας της ψυχογενούς ανορεξίας	90
8.5.	Η δίαιτα των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία	92
8.6.	Ψυχοθεραπεία	92
8.6.1.	Ατομική ψυχοθεραπεία	92
8.6.2.	Φαρμακοθεραπεία	94
8.7.	Λύση /Διαχείριση	95
8.8.	Διατροφικό άγχος /φοβία/απώλεια βάρους	96

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9°

ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ -ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

9.1.	Ο ρόλος του νοσηλευτή	98
9.2.	Στάδιο θεραπείας	99
9.2.1	Διατροφική αποκατάσταση	99
9.2.2.	Διαταραχές υγρών - ηλεκτρολυτών	101
9.2.3.	Δερματολογικός έλεγχος	102

	Σελίδα
9.2.4. Διαδικασία σκέψης	102
9.2.5. Διαταραχή σωματικής εικόνας - αυτοπεποίθησης	102
9.2.6. Νοσηλευτής και οικογένεια	103
9.2.7. Ανικανότητα για εκπαίδευση	105

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

10.1. Αγωγή Υγείας	107
10.1.1. Πρωτογενής πρόληψη	108
10.1.2. Δευτερογενής πρόληψη	108
10.1.3. Τριτογενής πρόληψη	109
10.2. Προληπτική Νοσηλευτική στην οικογένεια	109
10.2.1. Αξιολόγηση της οικογένειας - Συλλογή πληροφοριών	109
10.3. Εφαρμογή Προγράμματος φροντίδας	112
10.3.1. Ανάλυση πληροφοριών	112
10.3.2. Εφαρμογή του προγράμματος - Αξιολόγηση του αποτελέσματος	113
10.3.3. Η πρόληψη στο σχολείο	114
10.3.4. Αγωγή υγείας στον σχολικό πληθυσμό	114
10.4. Αγωγή υγείας στους χώρους εργασίας	119

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

11.1. Νοσηλευτική διεργασία	122
11.1.1. Περίπτωση 1 ^η	122
11.1.2. Περίπτωση 2 ^η	125
Προτάσεις – Συμβουλές	128
Περίληψη εργασίας	130

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Στόχοι της έρευνας	132
Σκοπός της έρευνας	133
Μεθοδολογία έρευνας	134
Αποτελέσματα έρευνας	136
α. Η περιγραφική κατανομή των απαντήσεων	137
β. Οι στατιστικές συγκρίσεις μεταξύ των υποομάδων του δείγματος	165
Συζήτηση	215
Συμπεράσματα	218
Προτάσεις	219
Περίληψη	220
Summary	221
Βιβλιογραφία	222

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο	226
Ιστορικά περιπτώσεων	233
- Ιστορικό περιπτώσεως: Άλισον	234
- Ιστορικό περιπτώσεως από εφημερίδα «Έθνος»	237
- Μαρτυρία: Κάθε μέρα χωρίς βοήθεια είναι μια χαμένη μέρα	239
Ανεξαρτησία από έναν κόσμο με εμμονή στο βάρος	241
Ειδικό ερωτηματολόγιο διατροφικών διαταραχών	242

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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.

Τα ακριβή αίτια της νευρογενούς ανορεξίας δεν είναι ακόμη πλήρως εξακριβωμένα. Υπάρχουν ενδείξεις για κληρονομική προδιάθεση, ενώ έχουν βρεθεί συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου, αλλά και κάποιες βιοχημικές ουσίες, οι οποίες παρουσιάζονται διαταραγμένες στις ασθένειες αυτές. Πιθανότατα σχετίζονται περιοχές του εγκεφάλου που ευθύνονται για το πώς αντιλαμβάνεται ο ασθενής το σώμα του. από ψυχολογική άποψη, υποστηρίζεται ότι η νόσος συνιστά αντίδραση στις απαιτήσεις για ανεξαρτησία και για ενεργό κοινωνική και σεξουαλική ζωή κατά την εφηβεία, ενώ η ψυχαναλυτική σχολή τη σχετίζει με αδυναμία των ασθενών να αποδεσμευτούν από τη μητέρα τους και με καταπιεσμένες σεξουαλικές ή επιθετικές ενορμήσεις.

Η αναζήτηση θεραπείας, δεδομένης της σοβαρότητας και επικινδυνότητας της διαταραχής, είναι επιτακτική. Στις περισσότερες, μάλιστα, περιπτώσεις απαιτείται εισαγωγή σε νοσοκομείο, με σκοπό την πρόσληψη βάρους, αλλά και την παρακολούθηση και αντιμετώπιση των δυνητικά θανατηφόρων συνεπειών που περιλαμβάνει η νόσος. Η θεραπεία δεν είναι εύκολη καθώς, μέχρι στιγμής, δεν υπάρχουν φάρμακα με τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα. Φαρμακευτική θεραπεία χρησιμοποιείται σχεδόν αποκλειστικά για την αντιμετώπιση τυχούσας συνυπάρχουσας κατάθλιψης. Απαιτείται εντατική ψυχοθεραπεία, που αποσκοπεί

στην ριζική μεταβολή της στάσης και των συνηθειών της ασθενούς απέναντι στη λήψη τροφής. Σημαντικότερη, τέλος, είναι η στάση του κοινωνικού περιβάλλοντος απέναντι στην ασθενή, η οποία πρέπει να είναι ειλικρινής - χωρίς υπεκφυγές και εθελουφλισμό, να δίδεται όμως πάντα μέσα από κλίμα αγάπης, κατανόησης και ειλικρινούς στήριξης, και να έχει σαν σκοπό την καθοδήγηση της ασθενούς προς αναζήτηση σωστής και άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης.



ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο όρος ψυχογενής ανορεξία χρησιμοποιείται για να δηλώσει μια ειδική μορφή υποσιτισμού που εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα κατά την εφηβεία.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η διεύρυνση της ψυχογενούς ανορεξίας στις γυναίκες, στους άνδρες αλλά κυρίως απευθύνεται στις έφηβες κοπέλες.

Θέτοντας ως κύριο άξονα τον σκοπό αυτό, διατυπώθηκαν οι επιμέρους στόχοι της μελέτης, έτσι ώστε να δοθούν όλες οι σύγχρονες απόψεις και τάσεις που έχουν αναπτυχθεί γύρω από το πρόβλημα της ψυχογενούς ανορεξίας. Επίσης θελήσαμε μ' αυτόν τον τρόπο να καλύψουμε όσο το δυνατόν περισσότερες πλευρές του προβλήματος.

- Να προσδιοριστεί εννοιολογικά ο όρος ψυχογενής ανορεξία έτσι ώστε να διαχωριστούν από τις υπόλοιπες διαταραχές στην πρόσληψη τροφής.
- Να δοθεί η κλινική εικόνα που παρουσιάζουν οι νόσοι καθώς και οι αιτιολογικές θεωρίες που κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί και ερμηνεύουν το πρόβλημα.
- Να επισημανθεί η πρόληψη, η εξέλιξη και η πρόγνωση που παρουσιάζει η νόσος καθώς και η θεραπεία που ακολουθείται.
- Να γίνει ενημέρωση του πληθυσμού ή επικίνδυνων ομάδων όπως είναι τα κορίτσια στην εφηβεία.

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

Η εργασία μας, λοιπόν, απευθύνεται σε όσους θέλουν να ενημερωθούν και είναι μια απόπειρα ενασχόλησης με τον άνθρωπο ψυχοσωματικά.

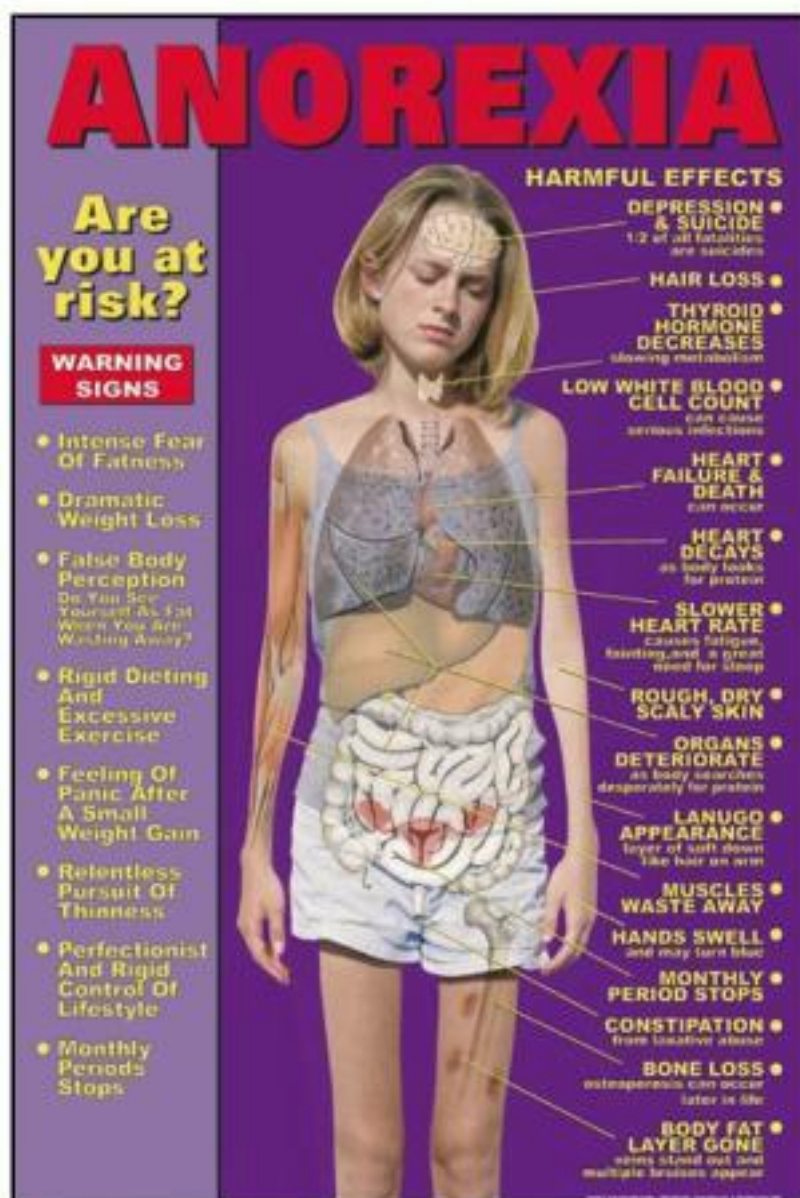
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νευρογενής ανορεξία είναι ένα πολύ σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα το οποίο ταλανίζει το τελευταίο καιρό μεγάλο ποσοστό ενηλίκων κυρίως όμως κορίτσια και γυναίκες. Χρονικά το πρόβλημα αυτό δεν εμφανίζεται το τελευταίο διάστημα αλλά υπήρχε και τα προηγούμενα χρόνια, στα οποία όμως το ποσοστό των ενηλίκων που πάσχιζαν από νευρική ανορεξία ήταν πολύ μικρότερο από το σημερινό. Σοβαρή ασθένεια η οποία αρχίζει να παίρνει διαστάσεις «επιδημίας». Όλο και περισσότερες νέες προσπαθούν να μιμηθούν διάφορα πρότυπα, τα οποία να ανταποκρίνονται στα κοινά καλοσχηματισμένα και σκελετωμένα κορμιά των μοντέλων. Επομένως λοιπόν για να ασχοληθεί μια νεαρή κοπέλα με το μόντελινγκ και γενικότερα με την showbiz πρέπει να ανταποκρίνεται σε αυτά ακριβώς τα πρότυπα που κάποιοι φροντίζουν να πλασάρουν μη σκεπτόμενοι τις συνέπειες του οργανισμού και κυρίως τις δυσάρεστες συνέπειες της υγείας. Πρότυπα λοιπόν που δεν ανταποκρίνονται στις φυσιολογικές καταστάσεις στις οποίες πρέπει να βρίσκεται ο οργανισμός μας δημιουργώντας έτσι αλλεπάλληλα προβλήματα και κυρίως ψυχολογικές συνέπειες στον οργανισμό. Η ανορεξία λοιπόν είναι μια ασθένεια που δεν προκαλείται από κανένα ιό ή μικρόβιο αλλά από το ίδιο το ανθρώπινο μυαλό. Όπως αναφέρθηκε συμβαίνει συνήθως σε γυναίκες και κορίτσια νεαρής ηλικίας, τα οποία θεωρούν τον εαυτό τους εύσωμο, είτε είναι στην πραγματικότητα είτε όχι. Αναπτύσσουν μια αποτροπή προς το φαγητό και γυμνάζονται ασταμάτητα με την προσδοκία να φτάσουν το “ιδανικό βάρος” σύμφωνα με τα δικά τους βέβαια δεδομένα.¹¹ Αντί όμως να φτάσουν στο βάρος που θα ήταν το ιδανικό για το σώμα τους συνεχίζουν να ακολουθούν παράλογες και εξαντλητικές δίαιτες, φτάνοντας σε σημείο να μην τρώνε τίποτα ή να τρώνε για παράδειγμα μόνο ένα μήλο την ημέρα ή και καθόλου έτσι ώστε να θέτουν σε κίνδυνο την ίδια τους τη ζωή. Έχουν λοιπόν αυτήν την εντύπωση για τον εαυτό τους γιατί δεν βλέπουν στον καθρέφτη αυτό που τους δείχνει πραγματικά δηλαδή τον απόλυτα φυσιολογικό εαυτό τους. Αυτό λοιπόν που επηρεάζει περισσότερο τα κορίτσια αυτά είναι ο συνεχής συσχετισμός του “λεπτού με το ωραίο”. Τα μοντέλα που υποτίθεται αποτελούν το πρότυπο ομορφιάς, γίνονται όλο και πιο λεπτά ούτως ώστε να χαρακτηρίζεται κανείς όμορφος μόνο όταν είναι λεπτός.^{2,6} Αν δούμε όμως

τα μοντέλα αυτά με μάτια ορθάνοιχτα θα καταλάβουμε πως δεν είναι τίποτα άλλο παρά “κινούμενα κόκκαλα” !



Επίσης, άτομα που ασχολούνται με αθλητισμό, μπαλέτο, πατινάζ έχουν την τάση να χάνουν βάρος αφού ξέρουν πώς όλοι παρακολουθούν το σώμα τους και πιστεύουν πως χάνοντας βάρος μπορούν να γίνουν ακόμη πιο τέλειοι. Τα άτομα λοιπόν που πάσχουν από αυτή την ψυχική ασθένεια αρχίζουν να μισούν την πείνα, αποφεύγουν τα γεύματα βρίσκοντας διάφορες δικαιολογίες και εξασκούνται συνεχώς με πολύ έντονους ρυθμούς προσπαθώντας να καταναλώσουν ακόμη και εκείνα τα λίγα που έφαγαν. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το σώμα να μην παίρνει την ενέργεια που χρειάζεται για να λειτουργεί κανονικά. Γι' αυτό και τα άτομα που πάσχουν από ανορεξία έχουν συχνά πονοκεφάλους, κρυώνουν ενώ η θερμοκρασία είναι κανονική, η πίεση του αίματος χαμηλώνει, τα νύχια αδυνατούν και ραγίζουν εύκολα, τα μαλλιά αρχίζουν να πέφτουν και σε κάποιο στάδιο αρχίζουν να παθαίνουν βλάβες οι νεφροί, το συκώτι και η καρδιά.³



Εκτός όμως από αυτά, επειδή τα άτομα αυτά ξέρουν πώς ο τρόπος σκέψης και η συμπεριφορά τους δεν είναι κανονική, νιώθουν τύψεις, με αποτέλεσμα όχι μόνο να μην επανέρχονται πίσω σε φυσιολογική κατάσταση, αλλά να παθαίνουν κατάθλιψη και να απομακρύνονται από την οικογένεια και τους φίλους τους. Το πιο σημαντικό είναι ό,τι το 20% των ατόμων που πάσχουν από ανορεξία οδηγούνται στο θάνατο επειδή φτάνουν στο σημείο να έχουν αδυνατίσει τόσο πολύ το σώμα τους ώστε να μην μπορεί πια να λειτουργήσει. Όλη αυτή η κατάσταση είναι ιδιαίτερα επώδυνη και εξοντωτική. Τα άτομα προσκολούνται στην εξωτερική τους εμφάνιση με συνέπεια να έχουν πολλές οργανικές δυσλειτουργίες. Οι ασθενείς που

σχετίζονται με την πάθηση αυτή, διακατέχονται από συνεχείς σκέψεις για την σωματική τους εικόνα, για το βάρος τους, για το φαγητό και τις θερμίδες. Υποφέρουν από την κατάσταση και μάλιστα ο ύπνος τους μπορεί να διαταράσσεται από όνειρα που έχουν σχέση με την διατροφή, την διαδικασία του φαγητού και την σωματική εξάσκηση. Εκτός από την ψυχοπνευματική κατάρευση του ατόμου πολλές είναι και οι σωματικές διαταραχές που παρουσιάζει. Οι γυναίκες που πάσχουν από νευρική ανορεξία αισθάνονται ένα έντονο φόβο για να παχύνουν και συνεχώς ασχολούνται για το πώς θα χάσουν βάρος. Σημειώνεται δε ότι η νευρική ανορεξία έχει ένα από τα ψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας των ψυχικών νόσων.



Μεγάλο ρόλο στην επικράτηση αυτής της ιδεολογίας έχουν και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Προσπαθούν όσο το δυνατόν περισσότερο να επιβραβεύουν αυτές τις καταστάσεις με την προβολή διαφόρων οργανώσεων και επιδείξεων μόδας επιλέγοντας διάφορα αδυνατισμένα μοντέλα δημιουργώντας κακόβουλα πρότυπα για όλους τους τηλεθεατές και πολύ περισσότερο για όλες τις νέες γυναίκες που της τοποθετούν σαν πρότυπα, και προσπαθούν να τις μιμηθούν φέρνοντας οι περισσότερες τον οργανισμό τους και το σώμα τους σε επικίνδυνες αποστολές. Δυστυχώς οι περισσότεροι από αυτούς δεν έχουν συνειδητοποιήσει την επικινδυνότητα της κατάστασης και το πιο σημαντικό απ' όλα είναι ότι δεν ενδιαφέρονται για όλα αυτά τα κορίτσια που για να ανταπεξέλθουν σε αυτό το μοτίβο που έχουν πλασάρει σχεδιαστές και γενικότερα τα άτομα της showbiz έρχονται σε τραγικές καταστάσεις και σε υπερβολική ψυχολογική πίεση. Πέρα όμως από τα πρότυπα που μας περνάνε τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, υπάρχει και η γενικότερη αντίληψη που έχει ο κάθε άνθρωπος ότι το αδύνατο είναι και το ωραίο

και πως για να θεωρηθεί μια κοπέλα όμορφη πρέπει να έχει, σύμφωνα με τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και τη γενικότερη ομολογία, το “τέλειο κορμί”. Βέβαια τον τελευταίο καιρό που το πρόβλημα έχει πάρει πλέον ομολογουμένως μεγάλες διαστάσεις και αναγνωρίζεται πλέον ως “εθνικό πρόβλημα”, έχουν αρχίσει και ορισμένες κινητοποιήσεις. Η πολιτεία λοιπόν ΤΩΡΑ αρχίζει να κινητοποιείται αναγνωρίζοντας ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι από τις πιο συνηθισμένες ψυχικές νόσους και πλήττουν συνήθως τους νέους που είναι πιο επιρρεπείς καθώς δεν είναι ολοκληρωμένες προσωπικότητες και επηρεάζονται εύκολα. Οι Υπουργοί Υγείας και Αθλητισμού τέθηκαν λοιπόν επικεφαλής ενός φιλόδοξου προγράμματος κόστους 1000000 ευρώ. Σύμφωνα, λοιπόν, με το πρόγραμμα αυτό σχολεία, γυμναστήρια, κέντρα αδυνατίσματος και μέσα μαζικής ενημέρωσης καλούνται να ακολουθήσουν νέους κανόνες, που θα προβάλλουν την πιο υγιή εικόνα του γυναικείου σώματος και θα αποβάλουν το μέχρι τότε καθιερωμένο κατά τη γνώμη μας.^{2,4}

Αφορμή της κινητοποίησης αυτής στάθηκε η εικόνα μιας αποστεωμένης γυναίκας σε διαφημιστική καμπάνια του Ιταλού φωτογράφου Ολιβιέρι Τοσκάνι, η οποία παρουσιάστηκε σε αφίσες, περιοδικά και τηλεοπτικά σποτ, σοκάροντας την ιταλική κοινωνία και όχι μόνο.



Παράλληλα ο θάνατος του 20χρονου μοντέλου από τη Βραζιλία, λόγω νευρικής ανορεξίας, έκανε τη μόδα να ταχθεί κατά των ανορεκτικών μοντέλων. Αποσκελετωμένα μοντέλα άρχισαν λοιπόν να αποβάλλονται από τις πασαρέλες

προκειμένου να μην συνεχιστεί η προβολή λάθος προτύπων. Το ερώτημα που δημιουργείται λοιπόν είναι ιδιαίτερα εύλογο. Έπρεπε η κοινωνία να φτάσει στο έσχατο σημείο για να αρχίσει τις κινητοποιήσεις; Γιατί να φτάσουμε λοιπόν στο σημείο όπου όλα τα μοντέλα είναι στα πρόθυρα νευρικής ανορεξίας, πολλές κοπέλες έχουν χάσει τη ζωή τους και άλλες νοσούν θανάσιμα; Βέβαια δεν θα έπρεπε να παραπονούμαστε καθώς η κοινωνία συνηθίζει να κάνει τα στραβά μάτια και να αδιαφορεί σε πολλά από τα κοινωνικά προβλήματα. Ήταν βέβαια αρκετά σημαντικές οι κινητοποιήσεις που έγιναν αλλά θα μπορούσαν να είχαν γίνει νωρίτερα αυτές ώστε να μην είχε πάρει τόσο μεγάλες διαστάσεις το πρόβλημα.^{3,6}

Όλο, λοιπόν, αυτό το πρόβλημα μας δημιουργεί έντονο θυμό και μια απέραντη θλίψη καθώς τα περισσότερα άτομα δεν έχουν συνειδητοποιήσει την σοβαρότητα της κατάστασης και τις οδυνηρές συνέπειες που θα δημιουργήσουν στον εαυτό τους. Πρέπει λοιπόν όλοι εμείς να αρχίσουμε να προβληματιζόμαστε με όλο αυτό το θέμα που τις τελευταίες μέρες έχει γίνει το επίκεντρο των εφημερίδων, ειδήσεων, περιοδικών, και εκπομπών με αφορμή μια σκελετωμένη ραδιοφωνική παραγωγός καθώς και παρουσιάστρια πρωινής εκπομπής, η οποία δεν είχε συνειδητοποιήσει το κακό που προκαλούσε στον ίδιο της τον εαυτό.



Σιγά-σιγά συνειδητοποιούμε ότι ο αριθμός των ατόμων που προσβάλλονται αντί να λιγοστεύει γίνεται όλο και μεγαλύτερος. Ήρθε ο καιρός λοιπόν να αρχίζουμε μετά από όλα αυτά τα επεισόδια να καταλαβαίνουμε την σοβαρότητα της κατάστασης και να προσπαθούμε να αποφεύγουμε τέτοιου είδους ενέργειες. Σε τέτοιες περιπτώσεις λοιπόν αν γενικά κάποια από εμάς πιστεύει ότι βρίσκεται σε μια τέτοια κατάσταση επικίνδυνη το πρώτο και πιο σημαντικό βήμα είναι να

αναγνωρίζει πως κάτι δεν πάει καλά. Το επόμενο είναι να μιλήσει με τους γονείς της και να ζητήσει επαγγελματική βοήθεια. Έτσι αν βρεθούμε σε μια κοινή παρέα που θέμα συζήτησης είναι το πώς θα χάσουμε βάρος ή αν ακόμη μας κοροϊδεύουν για τα επιπλέον κιλά που ίσως έχουμε ή νομίζουμε πώς έχουμε, προσπαθούμε πολύ απλά να αποφεύγουμε το θέμα ή να βρούμε καινούργιους φίλους που να έχουνε πιο ...ενδιαφέροντα θέματα συζήτησης. Αν γνωρίζουμε κάποιον που έχει ανορεξία, δεν υπάρχει λόγος να τον αποφεύγουμε διότι η ανορεξία δεν είναι μεταδοτική, δεν υπάρχει περίπτωση να “κολλήσετε”. Αντίθετα, αυτό που χρειάζονται τα περισσότερα απ’ όλα τα άτομα που πάσχουν από αυτή την ασθένεια είναι η υποστήριξη των φίλων και της οικογένειας. Προσπαθούμε να μιλήσουμε με το άτομο αυτό, ή ακόμη καλύτερα να τον αφήσουμε να μιλήσει σε εμάς για αυτά που νιώθει και να του δώσουμε έξυπνες συμβουλές. Έτσι λοιπόν το καλύτερο είναι να αποδεχτούμε όλοι τον εαυτό μας ακριβώς έτσι όπως είναι. Δεν μπορούμε όλοι να είμαστε οι ίδιοι ...φανταστείτε πόσο ανιαρός θα ήταν ο κόσμος εάν είχαμε όλοι το ιδανικό σώμα και τα ίδια εντελώς συμμετρικά πρόσωπα....^{5,6}

Ένα γενικότερο συμπέρασμα λοιπόν που κρίνεται θεμιτό να γίνει αντιληπτό από όλους μας είναι ότι η ολοκληρωμένη και αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση όπως επίσης και το κατάλληλο υποστηρικτικό οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον συντείνουν στην επιτυχή αποθεραπεία και στην καλή πρόγνωση.^{1,5,6}



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ: ΟΡΙΣΜΟΣ. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

1.1. Ορισμός

Στις ψυχογενείς διαταραχές κατατάσσεται συχνά και η ψυχογενής ανορεξία.⁷ Η ψυχογενής ανορεξία (ή νευρογενής ανορεξία - anorexia nervosa) είναι ένα σύνδρομο αυτο-επιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ. Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος, έντονος φόβος του ατόμου μήπως γίνει παχύ, διαταραχή στη σωματική εικόνα, σημαντική απώλεια βάρους, και αμηνόρροια στις γυναίκες. Άτομα με τη διαταραχή αυτή λένε ότι «νιώθουν παχιά» όταν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ή ακόμα κι όταν έχουν απισχνανθεί κι αυτό γιατί ή απώλεια του βάρους δεν καθησυχάζει το φόβο τους που είναι η παχυσαρκία.

Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη του σώματός τους ολόκληρου και της εξωτερικής τους σωματικής εικόνας, δεν μπορούν να αναγνωρίσουν σωματικές αισθήσεις, συμπεριλαμβανομένου του αισθήματος της πείνας, πιστεύουν ότι το σώμα τους ή διάφορα μέρη του είναι «πολύ παχιά» ακόμα κι όταν είναι κάτω από το φυσιολογικό βάρος.

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. 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.⁸

1.2. Ιστορική αναδρομή

Περιγράφηκε για πρώτη φορά στην Αγγλία το 1689 και έγινε θέμα συστηματικής μελέτης στα μέσα του περασμένου αιώνα στην Ευρώπη ως μια μορφή υστερίας. Όπως με την υστερία, η διαταραχή αποδόθηκε σε κάποια κληρονομική ανωμαλία του κεντρικού νευρικού συστήματος, που εμφανίζεται αποκλειστικά σε νεαρές γυναίκες. Ο Μπαμπίνσκι, στενός συνεργάτης του Σαρκό στη μελέτη της υστερίας, την ονόμασε παρθενοανορεξία. Γύρω στα τέλη του αιώνα και για τα επόμενα πενήντα χρόνια, η διαταραχή ταυτίστηκε με τη νόσο του Σάιμοντς, που οφείλεται σε μια δυσλειτουργία της υποφύσεως.⁷

Όσον αφορά τη νόσο του Σάιμοντς, όπως θα δούμε στη συνέχεια της ιστορικής αναδρομής και σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές πηγές, μάλλον συμβαίνει το αντίθετο.

Το 1951, ο Γερμανός Χένι πρότεινε τον όρο ψυχογενής ανορεξία, που επικράτησε στην Ευρώπη, αλλά όχι στην Αμερική, όπου αναφέρεται ακόμα ως ανορέξια νεβρόζα.⁷

1.2.1. Η διανοητική ανορεξία

Η νηστεία είναι ένα προνομιακό μέσο ρήξης με την ύλη, μία πρόσβαση στην υπέρβαση. Όποιοι επιδόθηκαν στη νηστεία και σε σοβαρούς διατροφικούς περιορισμούς περιέβαλαν συχνά την ενέργειά τους με θρησκευτικά ή φιλοσοφικά κίνητρα. Έτσι, στο τέλος του Μεσαίωνα στην Ευρώπη, πολλές γυναίκες, που ονομάστηκαν "αγίες ανορεκτικές", άσκησαν τη νηστεία· κάποιες από αυτές ανακηρύχτηκαν αγίες. Παραθέτουμε ενδεικτικά την Αγία Αικατερίνη της Σιένας (Catherine de Sienne), τον 19^ο αιώνα, η οποία έχοντας σταματήσει να τρέφεται και επιβάλλοντας στον εαυτό της πολλαπλές στερήσεις και πράξεις μετάνοιας, πέθανε σε ηλικία τριάντα τριών χρόνων, την Αικατερίνη του Πάτζι (Catherine de Pazzi), η οποία νηστεύοντας σχεδόν σε μόνιμη βάση και κάνοντας εμετό, πέθανε σε ηλικία σαράντα ενός ετών. Η Μητέρα Ανιές του Ιησού (Mere Agnes de Jesus), τον 17^ο αιώνα, η Λουίζα Λατώ (Louise Lateau), τον 19^ο αιώνα, η Τερέζα Νιούμαν (Therese Neumann) και η Μάρθα Ρόμπιν (Marthe Robin) τον 20^ο αιώνα μπορούν να θεωρηθούν ως αγίες ή μάρτυρες από θρησκευτικής απόψεως, ή ως διανοητικά ανορεκτικές από μία ψυχοπαθολογική οπτική γωνία.

Μολονότι ο Αβικέννας (Avicenne), τον 11^ο αιώνα, και ο Ρίτσαρντ Μόρτον (Richard Morton), τον 17^ο αιώνα, περιγράφουν ήδη περιπτώσεις διανοητικής ανορεξίας, μόνο με τις κλινικές περιγραφές του Γάλλου Κάρολου Ερνέστου Λαζέγκ, (Charles Ernest Lasegue), το 1873, και του Άγγλου σερ Γουίλιαμ Γουίτλι Γκαλ (William Witley Gull), το 1874, οι περιπτώσεις των ανορεκτικών συμπεριφορών εντάσσονται στην ιατρική επιστήμη. Αν, γι' αυτούς τους συγγραφείς, η διανοητική ανορεξία ήταν μία καθαρά ψυχοπαθολογική διαταραχή, η ιατρική στις αρχές του 20^{ου} αιώνα την αντιλαμβάνεται ως ασθένεια φυσικής προέλευσης.

Ο Σάμοντς (Simmonds), το 1914, αποκαλύπτει μία μορφή γενικευμένης εξασθένησης του οργανισμού, ή καχεξία, η οποία οφείλεται σε νέκρωση του αδένου της υπόφυσης. Μετά απ' 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. Μόνο από τη δεκαετία του '50 αρχίζει να επανέρχεται η ιδέα μίας **καθαρά ψυχολογικής προέλευσης της ασθένειας**.

Σήμερα πλέον, *αμφισβητείται* το γεγονός ότι η διακοπή της διατροφής επιφέρει διάφορες ενδοκρινικές και νευροενδοκρινικές διαταραχές, και όχι το αντίστροφο.⁹

1.3. Επιδημιολογία

Οι διαφόρου τύπου διαταραχές πρόσληψης τροφής που έχουν αναφερθεί αφορούν εφήβους και νεαρής ηλικίας σπουδαστές σε ποσοστό μέχρι 4%. Η ψυχογενής ανορεξία αναφέρεται πιο συχνά τις τελευταίες δεκαετίες απ' ότι στο παρελθόν, με αυξανόμενη διάδοση της διαταραχής σε κορίτσια και αγόρια προεφηβικής ηλικίας και κατέχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών.¹⁰

Σπάνια η αρρώστια εμφανίζεται για πρώτη φορά σε μια γυναίκα που έχει περάσει τα 25, και αν εμφανιστεί, η διαταραχή της διατροφής συνοδεύει συνήθως μια σοβαρή πνευματική ή σωματική αρρώστια.¹¹



Η συνηθέστερη ηλικία έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας είναι το μέσο της εφηβείας, αλλά για ένα ποσοστό ανορεξικών ασθενών, το οποίο φτάνει μέχρι και το 5%, τοποθετείται στα πρώτα χρόνια της 3ης δεκαετίας (από τα 20 έως τα 25 έτη). Υπολογίζεται ότι η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται στο 0,5 με 1% των εφήβων κοριτσιών. Εμφανίζεται 10-20 φορές συχνότερα στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες. Ένα ποσοστό 90-95% των ασθενών με διαγνωσμένες διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι γυναίκες. Το υπόλοιπο 5-10% πρόκειται για άνδρες στους οποίους έχει διαγνωσθεί είτε ψυχογενής ανορεξία ή ψυχογενής βουλιμία. Από αυτούς το 0,2% είναι έφηβοι και άνδρες στην πρώτη νεότητα. Δεδομένου ότι στους άνδρες απουσιάζει ένα από τα κυριότερα συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας, η αμηνόρροια, συχνά εξαιρούνται των ερευνών. Αυτή η εξαίρεση έχει ιδιαίτερα αρνητικό αντίκτυπο στο ποσοστό ανίχνευσης της ψυχογενούς ανορεξίας μεταξύ των ανδρών.¹²

Η ψυχογενής ανορεξία ήταν ανέκαθεν πιο διαδεδομένη στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις παρά στις κατώτερες και μεταξύ εργατών. Σήμερα οι γνώμες δίστανται, κάποιες έρευνες επιβεβαιώνουν αυτήν την αντίληψη ενώ άλλες δε δείχνουν μια τέτοια διασπορά. Επίσης, η ανάπτυξη και η διάδοση των διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι υψηλότερη στις αστικές περιοχές, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι στις αγροτικές περιοχές δεν εμφανίζεται το πρόβλημα. Μάλιστα, ο κίνδυνος για

διαταραχές πρόσληψης τροφής στις αγροτικές περιοχές είναι αυξημένος συγκριτικά με ότι ίσχυε στο παρελθόν.¹³

Τα περιστατικά ψυχογενούς ανορεξίας είναι συχνότερα στις ανεπτυγμένες χώρες ή αλλιώς αποκαλούμενες Δυτικές κοινωνίες, όπου επικρατεί η αντίληψη ότι η ισχύτητα συνεπάγεται υγεία φόρμα και ελκυστικότητα, ενώ η παχυσαρκία συνεπάγεται φτωχή υγεία, έλλειψη δύναμης της θέλησης και αυτοελέγχου και ασχήμια. Αντίθετα, στις μη Δυτικές κοινωνίες η ψυχογενής ανορεξία και οι σχετικές με αυτήν διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι σπάνιες. Υπάρχουν δυο θεωρίες που ίσως να εξηγούν την χαμηλή συχνότητα διάδοσης αυτών των διαταραχών στις παραπάνω κοινωνίες. Η πρώτη υποστηρίζει ότι οι πληθυσμοί αυτοί όχι μόνο δείχνουν μεγαλύτερη αποδοχή σε μεγαλύτερα σωματικά βάρη, αλλά πολλές φορές συνδυάζουν τα υπέρβαρα σώματα με την καλή υγεία, ενώ η ισχύτητα θεωρείται πρόβλημα. Η άλλη θεωρία αφορά την εκπόνηση ερευνών στους πληθυσμούς αυτούς. Είναι λιγιστές οι μελέτες που πραγματοποιούνται σε αυτές τις περιοχές συγκριτικά με τις αντίστοιχες που λαμβάνουν χώρα στις Δυτικές Κοινωνίες (π.χ., Η.Π.Α.). Επιπλέον, είναι δυσκολότερη η διεξαγωγή μιας έρευνας σε μη Δυτικές κοινωνίες αφού όλα τα απαραίτητα μέσα-εργαλεία (π.χ., ερωτηματολόγια) είναι σχεδιασμένα για τις Δυτικές κοινωνίες και χρειάζονται ειδική προσαρμογή ώστε να χρησιμοποιηθούν στους πληθυσμούς αυτούς.^{12,14}

Φυσικά δεν πρέπει να παραληφθεί το γεγονός ότι σε πολλούς μη Δυτικούς πολιτισμούς, οι υπεύθυνοι για την υγεία φορείς επικεντρώνουν την προσοχή τους στην πρόληψη και ίαση των ασθενειών. Συνεπώς οι διαταραχές πρόσληψης τροφής ίσως να μην αντιμετωπίζονται ως σοβαρές ασθένειες που χρήζουν ιατρική θεραπεία (εκτός κι αν ο ασθενής πεθαίνει). Επιπροσθέτως, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, όπως και άλλες ψυχιατρικές ασθένειες, ίσως να θεωρούνται οικογενειακά προβλήματα και όχι προβλήματα που αφορούν τους ειδικούς της υγείας.

Η ενασχόληση με συγκεκριμένα επαγγέλματα και δραστηριότητες, όπως χορός, μόντελινγκ και αθλήματα που απαιτούν ισχύτητα (π.χ., δρόμοι μεγάλων αποστάσεων, κολύμβηση, ρυθμική ή ενόργανη γυμναστική) συσχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά διάδοσης διαταραχών πρόσληψης τροφής και στα δύο φύλα.¹⁵ Επίσης, η ψυχογενής ανορεξία φαίνεται πως έχει μεγαλύτερη συχνότητα διάδοσης μεταξύ ατόμων τις Καυκάσιες φυλές έναντι των Αφρικανών, των Ασιατών και των Ισπανοφώνων (Λατίνων).¹⁵

Στην Ευρώπη, την Βόρειο Αμερική και την Αυστραλία η καταγραμμένη συχνότητα της νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας είναι υψηλότερη μεταξύ των λευκών παρά μεταξύ των μαύρων και των άλλων φυλών. Οι διατροφικές διαταραχές στους μαύρους καταγράφονται σπάνια, πιθανόν εξαιτίας δισταγμού μεταξύ του ιατρικού προσωπικού να εφαρμόσει την διάγνωση ή εξαιτίας της μειωμένης χρηστικότητας ιατρικής φροντίδας από τους αναξιοπαθούντες πληθυσμούς. Οι αποδείξεις υποδεικνύουν ότι κλινικά χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών μεταξύ των μαύρων είναι παρόμοια με εκείνα που διακρίνονται μεταξύ των λευκών ασθενών.¹⁶

Συμπερασματικά οι διαταραχές της όρεξης στην εφηβεία είναι συνήθως συνώνυμες με τη νευρογενή ανορεξία και τη νευρογενή βουλιμία. Η νευρογενής ανορεξία εμφανίζεται τυπικά σε κορίτσια κατά την εφηβεία, αν και έχει περιγραφεί και πρόωμη έναρξη σε παιδιά 8-14 ετών. Είναι πολύ σπάνια σε αγόρια.¹⁷

Όσον αφορά τα κορίτσια, πρόκειται συνήθως για νέες κοπέλες της μεσοαστικής και της μεγαλοαστικής τάξης, οι οποίες υπολογίζουν ιδιαίτερα την κοινωνική άνοδο και την επαγγελματική επιτυχία, και έχουν οξυμένο το ένστικτο του ανταγωνισμού. Η τυπική νεαρή ανορεκτική είναι μία καλή μαθήτρια, η οποία έχει βαθμό νοημοσύνης (IQ) συχνά ανώτερο από τον μέσο όρο, ή, σε διαφορετική περίπτωση, τον εξισορροπεί με πρόσθετη εργασία.⁹

Πρόκειται συνήθως για νέες κοπέλες της μεσοαστικής και της μεγαλοαστικής τάξης, οι οποίες υπολογίζουν ιδιαίτερα την κοινωνική άνοδο και την επαγγελματική επιτυχία, και έχουν οξυμένο το ένστικτο του ανταγωνισμού. Η τυπική νεαρή ανορεκτική είναι μία καλή μαθήτρια, η οποία έχει βαθμό νοημοσύνης (IQ) συχνά ανώτερο από τον μέσο όρο, ή, σε διαφορετική περίπτωση, τον εξισορροπεί με πρόσθετη εργασία. Ως αυτό το σημείο, είναι για τους γονείς της αντικείμενο στοργής και φροντίδας.

Όλα αρχίζουν συνήθως με τον τυποποιημένο και παραπλανητικό τρόπο: η έφηβή μας, 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 απόρριψη του σώματος. Δεν πρέπει να πιστέψουμε ότι η διανοητικά

ανορεκτική δεν υποφέρει από την πείνα. Στην πραγματικότητα, έχει πολύ κακώς επιλεχτεί ο όρος ανορεξία, που σημαίνει απουσία όρεξης.⁹

Bulimia nervosa	Σύνδρομο ανεξέλεγκτης υπερφαγίας ή Binge eating disorder
Βουλιμία	Υπερφαγική παχυσαρκία
Κρίσεις υπερφαγίας που εξισορροπούνται με εκούσιους εμετούς ή άλλες μεθόδους αναίρεσης	Κρίσεις υπερφαγίας που εναλλάσσονται με περιόδους διατροφικού περιορισμού
Κυμαινόμενο Βάρος, συχνά φυσιολογικό	Παχυσαρκία, συχνά κυμαινόμενο βάρος ⁹

1.3.1. Οριακό σύνδρομο

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η ψυχογενής ανορεξία πιστεύεται ότι είναι μια ειδική εκδήλωση οριακής διαταραχής προσωπικότητας, που η ψυχοπαθολογία της ανάγεται στη φάση της επαναπροσεγγίσεως που περιέγραψε η Μάλερ ή στην πρώτη πρωκτική περίοδο της ψυχοσεξουαλικής εξελίξεως που περιέγραψε ο Φρόντ. Η κατάσταση χαρακτηρίζεται από μian έμμομη απασχόληση με το φαΐ και το μαγείρεμα, περιόδους νηστείας που ακολουθούνται από βουλιμία και την πρόκληση εμετού. Συνοδεύεται από τη διακοπή της έμμηνης ρήσης, που μπορεί να συμβεί και πριν ακόμα ελαττωθεί σημαντικά το βάρος του ατόμου, και δυσκοιλιότητα, που χρησιμεύει ως δικαιολογία για την κατάχρηση καθαρτικών, που πραγματικός σκοπός τους είναι η πιο γρήγορη απώλεια βάρους. Υπόταση, αναιμία, κρύο, ξερό δέρμα και βραδυκαρδία είναι συμπτώματα μιας προχωρημένης καχεξίας, που καταλήγει σε μια πραγματική ανορεξία.

Και όταν ακόμα η κατάστασή του φτάσει στο σημείο που δεν κρύβεται, ο άρρωστος -συνήθως κοπέλα- αρνείται ότι έχει κάποιο πρόβλημα και δε δέχεται καμιά βοήθεια. Η συγκεκριμένη ταυτότητά της αντανακλά στην παραμορφωμένη εικόνα που έχει για το σώμα της. Κάτω από ένα χαρούμενο ή αδιάφορο προσωπείο, κρύβονται συναισθήματα επιθετικά, μοχθηρά ή ζηλόφθονα, τυπικά εναντίον της μητέρας, και τύψεις, από τις οποίες η άρρωστη προσπαθεί να εξιλεωθεί με μια τελειοκρατική επίδοση στη δουλειά της, με αυτοκατηγορίες και αυτοτιμωρητικές

δραστηριότητες, όπως παρατεταμένες νηστείες, σκληραγωγία και επίπονες γυμναστικές ασκήσεις. Είναι ατίθαση και υπερκινητική, υπερευαίσθητη σε κάθε κριτική παρατήρηση ή απλώς υπόδειξη, στις οποίες αντιδρά με θυμό και πεισματικό αρνητισμό. Χωρίς να το δείχνει, αισθάνεται άγχος, ανία ή μεγάλη μοναξιά, αποτυχημένη και αβοήθητη. Όπως οι περισσότεροι οριακοί άρρωστοι, το άτομο που πάσχει από ψυχογενή ανορεξία κατατρώχεται από πολύμορφες σαδομαζοχιστικές φαντασίες, τις οποίες προσπαθεί να καταπνίξει, καθώς και κάθε ένδειξη σεξουαλικότητας. Η απόρριψη της τροφής συμβολίζει την άρνηση κάθε σεξουαλικής επιθυμίας, ενώ ο φόβος του πάχους συνδέεται με την ιδέα της εγκυμοσύνης.⁷

1.3.2. Επιδημιολογικά στοιχεία ψυχογενούς ανορεξίας στους άνδρες

Η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται στους άνδρες δεκαπέντε φορές λιγότερο συχνά από όσο στις γυναίκες. Αρχίζει με τον ίδιο τρόπο και η πορεία της είναι παρόμοια. Οι περισσότεροι άντρες με ψυχογενή ανορεξία έχουν μανία με τη γυμναστική και περνούν ατέλειωτες ώρες κάθε μέρα κάνοντας τζόγκινγκ, πρες-απς και άλλες ασκήσεις. Έχουν εξίσου έμμονη ιδέα με το φαγητό όσο και οι γυναίκες αλλά είναι λιγότερο πιθανό να δείχνουν το ίδιο ενδιαφέρον για το μαγείρεμα και τα βιβλία μαγειρικής.

Δεν είναι φανερό γιατί οι άντρες επιδιώκουν τόσο ανελέητα το αδυνάτισμα, γιατί οι έφηβοι έχουν την τάση να είναι μάλλον μώδεις παρά αδύνατοι. Οι άντρες που παθαίνουν ψυχογενή ανορεξία μπορεί επίσης να τρώνε με βουλιμία.¹¹

1.3.4. Επιδημιολογικά στοιχεία συνοπτικά

- Επίπτωση 0.5-1%
- Κορίτσια / αγόρια: 20 / 1
- Υψηλή κοινωνικο-οικονομική θέση
- Λευκή φυλή
- Υψηλό μορφωτικό επίπεδο, πολύ καλή σχολική ή ακαδημαϊκή επίδοση
- Ηλικία : δεύτερη δεκαετία ζωής
 - 13 εώς 20 ετών: 85%,
 - έναρξη στην παιδική ηλικία: 3%,

- δικόρυφη καμπύλη εμφάνισης της νόσου: 14 και 18 ετών
- Σημαντική αύξηση επίπτωσης της νόσου (1930-1980)¹⁸
- Αύξηση της επίπτωσης στα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα
- Αύξηση της επίπτωσης σε άλλες φυλές
- Αύξηση της επίπτωσης σε αναπτυσσόμενες χώρες¹⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

2.1. Σημασία διατροφικών διαταραχών

- Σημαντική επίπτωση που συνεχώς αυξάνεται
- Σημαντική νοσηρότητα- οργανική και ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία □
πάσχοντος
- Σοβαρές επιπλοκές
- Δύσκολη αντιμετώπιση, συχνές υποτροπές
- Επιφυλακτική πρόγνωση, υψηλή θνητότητα¹⁹

2.2. Ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές στο σήμερα

Ζούμε σε μια εποχή όπου η εικόνα μας και πως μας βλέπουν οι φίλοι μας και οι συνάδελφοί μας φαίνεται να είναι κυρίαρχο στην καθημερινή ζωή μας. Παράλληλα με αυτό υπάρχει μια επίμονη εμμονή με το φαγητό και την διαίτα. Βομβαρδιζόμαστε με χιλιάδες εικόνες και συμβουλές στο πώς να αποκτήσουμε μια ‘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 μια 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.

Πανεπιστημιακές έρευνες έχουν αποδείξει ότι αναγνωρίζοντας την ύπαρξη μιας τέτοιας διαταραχής σε ένα αρχικό στάδιο, όπου ακολουθείται από κατάλληλη ψυχολογική θεραπεία, έχει πολύ θετικά αποτελέσματα σε θέματα ανάρρωσης του

ατόμου από την διαταραχή. Αυξάνοντας την γνώση μας και κατανοώντας τα ψυχογενή διατροφικά νοσήματα, μειώνονται οι πιθανότητες εμφάνισης αυτών των πολύ επικίνδυνων για την υγεία νοσημάτων.²⁰

2.3. Τι είναι οι ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές;

Οι ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές αναπτύσσονται ως εξωτερικά σημάδια συναισθηματικών και ψυχολογικών προβλημάτων. Γίνονται ο τρόπος όπου τα άτομα αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην ζωή τους αλλά και το γενικότερο στυλ ζωής τους. Η υπερφαγία ή μη λήψη φαγητού χρησιμοποιείται να καταστείλει συναισθήματα και σκέψεις που πονούν. Χωρίς κατάλληλη βοήθεια και θεραπεία, οι διατροφικές διαταραχές πιθανόν να επιμείνουν σε όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου.

Οι ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές είναι πολύπλοκες διαταραχές όπου οι διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες μαζί με τις ψυχολογικές δυσκολίες χρειάζεται να θεραπευτούν. Αναπτύσσοντας μια ισορροπημένη σχέση με το φαγητό και παράλληλα έχοντας το άτομο μια ισορροπημένη διαίτα βοηθώντας το να έρθει σε επαφή με τα καταπιεσμένα συναισθηματικά θέματα –πηγή των διατροφικών προβλημάτων- μπορεί να βοηθηθεί να αντεπεξέλθει και να διαχειριστεί τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει με ένα τρόπο που δεν είναι βλαβερός προς τον εαυτό του.²⁰

2.4. Ομάδες κινδύνου διατροφικών διαταραχών

Οποιοσδήποτε μπορεί να αναπτύξει μια ψυχογενή διατροφική διαταραχή, άσχετα από τη 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 μια τέτοια διαταραχή που όταν ερεθιστούν από περιβαλλοντικούς παράγοντες -επίδραση από την στάση άλλων μελών της οικογενείας του 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 βουλιμία ή ανορεξία όπως- διαδικασία πένθους, κακομεταχείριση ή κακοποίηση, δυσκολίες μέσα στην οικογένεια (διαζύγιο) ή ανησυχίες γύρω από τον σεξουαλικό προσανατολισμό του ατόμου.^{20,21}



2.5. Βασικοί άξονες εκτίμησης ύπαρξης ψυχογενούς προβλήματος διατροφής

Είναι σημαντικό να γίνει αντιληπτό πως τα ψυχογενή διατροφικά προβλήματα δεν είναι μια ασθένεια όπως για παράδειγμα η γρίπη. Δεν είναι δηλαδή μια ασθένεια που ή την έχεις ή όχι. Οι περισσότερες γυναίκες αλλά και άντρες ενδιαφέρονται/ ανησυχούν από το τι τρώνε και το πώς φαίνονται, αλλά κάποιοι επιλέγουν ασυνήθιστους χειρισμούς προκειμένου να ελέγξουν το βάρος τους.

Υπάρχουν τρεις βασικοί άξονες πάνω στους οποίους στηρίζεται η εκτίμηση για το εάν κάποιος υποφέρει από κάποιο ψυχογενές πρόβλημα διατροφής:

Σκέφτομαι ...	Αισθάνομαι ...	Συμπεριφέρομαι ...
<p>Το πρώτο είναι το τι σκέφτεσαι γύρω από το φαγητό. Είναι οι σκέψεις αυτές αρνητικές; Μήπως σε είδαν οι άλλοι τι έφαγες; Ξεπέρασες τις θερμίδες που στόχευες; Δεν μπορείς να σταματήσεις να σκέφτεσαι τι έφαγες ή τι θα φας, ή τι θα έπρεπε να φας; Πάλι δεν έδειξες τη θέληση που έπρεπε;</p>	<p>Το δεύτερο είναι το πώς αισθάνεσαι για το φαγητό. Νιώθεις ένοχες, άγχος, φόβο; Νιώθεις βαριά ακόμη κι αν οι φίλοι σου λένε πως είσαι εντάξει; Νιώθεις εκτός ελέγχου, αβοήθητη; Πόσο έντονα είναι αυτά τα συναισθήματα;</p>	<p>Ο τρίτος άξονας είναι το πώς οι σκέψεις σου και τα συναισθήματά σου οδηγούν τη συμπεριφορά σου γύρω από το φαγητό και το βάρος σου. Μήπως τρως κρυφά; Αποφεύγεις να φοράς συγκεκριμένα ρούχα επειδή αισθάνεσαι κάπως για το σώμα σου; Ζυγίζεσαι συχνά; Είσαι συνεχώς μέσα ή έξω από δίαιτα;²⁰</p>

Τα παραπάνω είναι απλά μια γενική παρουσίαση των τριών αξόνων αξιολόγησης κάποιου ψυχογενούς προβλήματος διατροφής. Η ακριβής εκτίμηση είναι έργο εξειδικευμένων επιστημόνων όπου πάρα πολλοί άλλοι παράγοντες συνεκτιμώνται.²⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ – ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

3.1. Διάκριση της ψυχογενούς ανορεξίας

Το πρώτο βήμα για την γνωριμία της ανορεξίας θα πρέπει να είναι η διάκρισή της από άλλες καταστάσεις που βιώνουν οι άνθρωποι. Η ψυχογενής ανορεξία είναι κάτι διαφορετικό από την απώλεια της όρεξης. Απώλεια της όρεξης για φαγητό μπορεί να έχουμε και σε άλλες καταστάσεις χωρίς να έχουμε ψυχογενή ανορεξία (π.χ. σε καταστάσεις κατάθλιψης ή άγχους). Για να ξεκαθαρίσουμε τι ακριβώς είναι η ψυχογενής ανορεξία παραθέτουμε τα κριτήρια που θέτει το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας (American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.).²²

3.1.1. Τα κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας

- A. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό όριο σύμφωνα με την ηλικία του και το βάρος 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 ανάπτυξης που οδηγεί σε βάρος 15% κάτω από το αναμενόμενο.
- B. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύσαρκο, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
- Γ. Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται το βάρος και το σχήμα του σώματός του, ή άρνηση της σοβαρότητας που έχει πάρει το υπερβολικά χαμηλό του βάρος.
- Δ. Σε γυναίκες, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τριών τουλάχιστον διαδοχικών εμμηνορυσίων.²²

3.2. Χαρακτηριστικά της νόσου

Τα κύρια χαρακτηριστικά της νόσου είναι η διαταραγμένη εικόνα του σώματος και ένας καταναγκασμός των ασθενών στο να είναι αδύνατοι, πράγμα που τους κάνει να επιμένουν ότι είναι παχείς ακόμη και όταν είναι πολύ πιο κάτω από το κανονικό τους βάρος. Χάνουν βάρος αποφεύγοντας τροφές που παχαίνουν, έχουν συχνά παράξενες κρυφές διατροφικές συνήθειες και συνήθως χρησιμοποιούν επιπρόσθετα μέσα, όπως κατάχρηση υπακτικών, πρόκληση εμετών και έντονη άσκηση.¹⁷

Η νευρική ανορεξία παρουσιάζεται από τα μέσα ενημέρωσης ως η νέα λαίλαπα που μαστίζει τις νεαρές γυναίκες στην Ελλάδα. Η νευρική ανορεξία είναι πλέον της μόδας, όλες οι νεαρές τη φοβούνται, μα οι περισσότερες ανησυχούν για το βάρος τους, το σώμα τους, προσέχουν τι τρώνε, πως το τρώνε, πότε το τρώνε. Αναζητούν να είναι τέλειες μέσα σε ένα τέλειο σώμα, με ένα τέλειο μυαλό, με υψηλές επιδόσεις στο σχολείο, στο πανεπιστήμιο, στην επαγγελματική ζωή. Είναι τα τέλεια παιδιά που δεν δημιούργησαν ποτέ πρόβλημα, ήταν πάντα συνεπείς, τακτικές, προσεκτικές και ποτέ αντιδραστικές και αυθάδεις προς τους γονείς τους. Τώρα όμως απειλούνται από τις τραγικές και καταστροφικές συνέπειες της νευρικής ανορεξίας. Νομίζουν ότι είναι υπέρβαρες, ότι δεν είναι αρκετά τέλειες και εμφανίζουν τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας για να αντισταθούν και οι ίδιες στη τελειομανία τους.²³

Συμπεριφορές που **σηματοδοτούν την ύπαρξη της νόσου:**

- 1) Το παιδί σας αξιολογεί τον εαυτό του με βάση το πόσα κιλά είναι, στρεσάρεται υπερβολικά με το νούμερο της ζυγαριάς. Έχει έντονη ενασχόληση με το βάρος και την εικόνα σώματος. Βάζει συνεχώς στόχους για απώλεια βάρους και θεωρεί τον εαυτό της ανάξιο αν δεν καταφέρει να το χάσει. Ο περιορισμός τροφής έχει ήδη ξεκινήσει. Υπάρχουν ανωμαλίες στην περίοδο ή απώλεια περιόδου.
- 2) Χρησιμοποιεί τελετουργικό κατά τη διάρκεια των γευμάτων, αργεί πολύ να φάει, μασάει αργά, τεμαχίζει την τροφή σε πολύ μικρά κομμάτια. Κάνει μονοφαγία, επιλέγει συνεχώς τις ίδιες τροφές με τις οποίες νιώθει ασφαλής. Αντιδρά όταν της λέτε κάτι για την τροφή. Διαπιστώστε αν το παιδί σας έχει μια ρουτίνα καθημερινότητας από την οποία δεν

παρεκκλίνει ποτέ. Δηλαδή, ποιά ώρα θα ξυπνήσει, τι ώρα θα φάει, θα ασκηθεί, θα διαβάσει, θα κοιμηθεί, θα δει τηλεόραση. Να θυμάστε είναι όλα προγραμματισμένα, ο “απόλυτος έλεγχος”.

- 3) Αρνείται να τρώει μαζί σας για να μην την ελέγχετε. Βρίσκετε πεταμένες τροφές στον κάδο, ή στο δωμάτιο, ή στην αυλή. Βρίσκετε υπολείμματα τροφών στην τουαλέτα στην περίπτωση που κάνει εμετό, χάπια διαίτης ή καθαρτικά στην τσάντα ή στα συρτάρια.
- 4) Έντονη φυσική δραστηριότητα, αποφεύγει το ασανσέρ για να πάει με τις σκάλες, περπατά μεγάλες αποστάσεις χιλιομέτρων, αρνείται ότι κάνει υπεργυμναστική, ενώ αναζητά την άσκηση καθημερινά σχεδόν την ίδια ώρα της ημέρας για να νιώσει ασφαλής ότι δεν θα πάρει θερμίδες.
- 5) Έχει την τάση να μαγειρεύει γλυκίσματα ή λιπαρά για όλη την οικογένεια χωρίς η ίδια να τα δοκιμάζει ποτέ. Μαζεύει συνταγές και παρακολουθεί εκπομπές μαγειρικής. Δεν υπάρχει μεγαλύτερη απόλαυση από αυτό, να προετοιμάζει τη τροφή χωρίς τελικά να την αναζητά να την γευτεί. Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να τονίσω την αλαζονεία της Νευρικής Ανορεξίας: καταφέρνει και αντιστέκεται στο βασικό ένστικτο της πείνας κάτι στο οποίο οι υπόλοιποι θνητοί αποτυγχάνουν!
- 6) Έντονη σωματική υπερδιέγερση, είναι συνεχώς όρθια, προτιμά να περπατά, είναι σε ένα συνεχές στρες, αγχώνεται με το παραμικρό. Δεν μπορεί να κοιμηθεί, αναζητά την παρέα κάποιου δίπλα στο κρεβάτι της.
- 7) Αρχίζει να αλλάζει τη σχέση της με τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους. Γίνεται ευερέθιστη, αγχώδης, αντιδραστική, απόλυτη. Αρχίζει να πιστεύει ότι οι φίλες της τη ζηλεύουν για τα κιλά της και τις υψηλές επιδόσεις στο σχολείο. Δεν έχει κανένα ενδιαφέρον για το άλλο φύλο ή αδυνατεί να συσχετιστεί μαζί τους. Νομίζει ότι όλοι θέλουν να την παχύνουν. Η μόνιμη ενασχόληση της με το βάρος και την τροφή την κάνει να συγκρίνει εμμονικά το σώμα της με το σώμα των άλλων (γονιών, αδερφών, φίλων, καθηγητών).²³

Αν ένα παιδί έχει τις παραπάνω συμπεριφορές, πρέπει αρχικά να αναζητήσουν βοήθεια οι γονείς ώστε να μάθουν τεχνικές και τρόπους για την αντιμετώπιση του συμπτώματος. Πρέπει να θυμάται κανείς ότι όλα αυτά τα έχει η

νευρική ανορεξία και όχι το παιδί του, αφού το ίδιο έχει νικηθεί από το φάντασμά της. Άμεσα να ζητηθεί βοήθεια για να εκπαιδευτούν οι γονείς να μην ανταποκρίνονται και να μην συσχετίζονται με τη νευρική ανορεξία. Το παιδί είναι αδύνατο και ευάλωτο. Το 70% των περιπτώσεων θεραπεύεται αν το προλάβει κανείς στα πρώτα στάδια της νόσου και η ελπίδα θεραπείας είναι πιο ισχυρή όταν υπάρχει άμεση βοήθεια από εξειδικευμένους ειδικούς στις διατροφικές διαταραχές.^{23,24}



Οι περισσότερες ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία έχουν μια επίμονη ενασχόληση με το φαγητό και τον έλεγχο του βάρους τους. Το φαγητό και η αποφυγή του γίνεται ένα χόμπι που τις απορροφά εξ ολοκλήρου αποκλείοντας τις περισσότερες άλλες δραστηριότητες που θα ταίριαζαν κανονικά στην ηλικία τους και ιδιαίτερα τις κοινωνικές εκδηλώσεις όπου υπάρχει συνήθως φαγητό και αναμένεται να φάνε. Η ενασχόληση με το βάρος είναι τέτοια ώστε οι περισσότερες ασθενείς μπορούν να δώσουν ένα λεπτομερές ιστορικό των αλλαγών του βάρους τους, που περιλαμβάνουν ακόμη και διαφορές μισού κιλού σε διάστημα μιας εβδομάδας. Η ενασχόληση με το φαγητό και τον έλεγχο του βάρους και η υπερβολικά έντονη παρόρμηση να γίνουν λεπτές οδηγεί τις ασθενείς με ψυχογενή

ανορεξία στη χρήση μιας ποικιλίας συμπεριφορών στο φαγητό για να πετύχουν αυτό που επιθυμούν.¹¹

Οι νέες γυναίκες που το βάρος τους ήταν συνήθως μέσα στα φυσιολογικά όρια πριν αρχίσει η διαταραχή τους, χάνουν γενικά βάρος με την απλή μέθοδο του να τρώνε λιγότερο και αποφεύγοντας καταστάσεις στις οποίες πρέπει να φάνε. Για να αποφύγουν να φάνε βρίσκουν δικαιολογίες όπως «δεν πεινάω αυτή τη στιγμή και θα φάω αργότερα» όταν οι γονείς τους τους λένε ότι το γεύμα είναι έτοιμο. Μπορεί να είναι ανταγωνιστικές και έχουν συχνά μανία με τη δουλειά τους, πράγμα που τους επιτρέπει να αποφεύγουν τις κοινωνικές εκδηλώσεις με φαγητό. Εκτός από την αυστηρή διαίτα, μπορεί να χρησιμοποιούν τη γυμναστική ως μέθοδο για να χάνουν βάρος. Μπορεί να κάνουν τζόγκινγκ, να παίζουν σκουός, να πηγαίνουν σε «φάρμες υγείας» ή να «προπονούνται» σ' ένα γυμναστήριο ατέλειωτες ώρες.^{11,24}

Η δεύτερη ομάδα ασθενών με ψυχογενή ανορεξία, που συνήθως ήταν υπέρβαρες πριν από την έναρξη της αρρώστιας και που το βάρος τους τείνει να εμφανίζει διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της αρρώστιας, χρησιμοποιούν μεθόδους που μπορεί να είναι επικίνδυνες για να χάσουν βάρος. Σ' αυτή τη συμπεριφορά μοιάζουν με τις βουλιμικές. Συνήθως αρνούνται ότι ενδιαφέρονται καθόλου για το βάρος τους. Όταν βρίσκονται με κόσμο ή με την οικογένειά τους φαίνεται να τρώνε κανονικές ποσότητες φαγητού. Αφού φάνε όμως, βρίσκουν δικαιολογίες για να φύγουν από την ομάδα και να προκαλέσουν εμετό συχνά σε συνδυασμό με υπερβολική χρήση καθαρτικών.

Εξαιτίας των συνηθειών τους στο φαγητό, φάσεις σοβαρής μείωσης βάρους, που προκαλεί απίσχναση, εναλλάσσονται με περιόδους αύξησης βάρους. Τείνουν να είναι αρκετά κοινωνικές και είναι λιγότερο ιδεοληπτικές από εκείνες που κάνουν δίαιτα. Σε μερικές περιπτώσεις η γυναίκα ήταν βουλιμική για αρκετούς μήνες ή ακόμη και χρόνια πριν πάρει την απόφαση να χάσει βάρος που την οδηγεί ανελέητα στην ψυχογενή ανορεξία.¹¹

3.3. Η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας

Πάντως, όταν πρωτοάρχισα να κάνω δίαιτα, όρισα στον εαυτό μου μια συγκεκριμένη ποσότητα που επιτρεπόταν να φάω κάθε μέρα - συνήθως μερίδες κατάλληλες για πουλιά. Υπέφερα πάρα πολύ αν τα σχέδιά μου χαλούσαν από μια πρόσκληση για φαγητό. Το να φάω ένα μεγάλο γεύμα στη μέση της ημέρας ήταν αιτία για μεγάλες τύψεις συνειδήσεως επί πολλές ημέρες, τόσο ήταν το μέγεθος της παράνοιάς μου! Τηρούσα με θρησκευτική ευλάβεια τη δίαιτά μου. Αλλά η ανταμοιβή μου ήταν πάντα ένα ζαχαρωτό με καρύδα την Παρασκευή το απόγευμα, και επέτρεπα στον εαυτό μου να τρώει ψωμί το Σαββατοκύριακο.¹¹

Η απόφαση να κάνει κανείς δίαιτα για να αδυνατίσει πυροδοτείται με διάφορους τρόπους, ανάλογα με την προσωπικότητα της γυναίκας και τις ειδικές συνθήκες που αντιμετωπίζει. Συχνά η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας σε μια νέα κοπέλα ακολουθεί την επίγνωση του γεγονότος πως δεν της αρέσει το σχήμα ή το μέγεθος του σώματός της. Όπως έχουμε αναφέρει, το ενδιαφέρον για το σχήμα και το μέγεθος του σώματος είναι συνηθισμένο στις έφηβες αλλά στην περίπτωση εκείνων που έχουν ψυχογενή ανορεξία, γίνεται έμμονη ιδέα. Η ανασχόληση της νέας γυναίκας με το σώμα και το βάρος της ακολουθεί συχνά μια πρόκληση. Για παράδειγμα, οι συγγενείς ή οι φίλοι της μπορεί να την πειράζουν για το σώμα της και το βάρος της ή μπορεί να κάνει συναγωνισμό με μια φίλη της για να χάσει βάρος. Η οικογενειακή ένταση μπορεί να είναι ένας αρκετά σημαντικός παράγοντας στην πρόκληση της έναρξης της ανορεξίας.^{11,24}

Ο συνηθέστερος παράγοντας είναι ένας αγώνας ανεξαρτησίας/εξάρτησης ανάμεσα στη νέα γυναίκα και στον ένα ή και στους δυο γονείς της, που δίνουν μεικτά μηνύματα όπως π.χ. «πρέπει να είσαι ανεξάρτητη αλλά σε χρειαζόμαστε στο σπίτι». Σε άλλες περιπτώσεις η νέα γυναίκα έχει πάθει σύγχυση. Θέλει να είναι ανεξάρτητη αλλά και εξαρτημένη. Για παράδειγμα μπορεί να λέει «θέλω να κάνω τα πράγματα με το δικό μου τρόπο αλλά θέλω τη σιγουριά του σπιτιού». Σε άλλες περιπτώσεις η έναρξη της ανορεξίας σχετίζεται με μια σειρά γεγονότων που δημιουργούν από μόνα τους στρες, όπως ένας καβγάς μ' ένα φίλο, η πρώτη εμπειρία του σεξ, μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ο γάμος, μια σημαντική εξέταση ή με μια περίοδο επιδείνωσης ήδη εντασιογόνων συνθηκών όπως ο χωρισμός των γονιών ή η αυξανόμενη πίεση που δέχεται το κορίτσι για να «πετύχει» στο σχολείο ή σε εξωσχολικές δραστηριότητες όπως ο αθλητισμός ή ο χορός.¹¹

3.4. Τα σωματικά γνωρίσματα της ψυχογενούς ανορεξίας

Πριν αρχίσω να χάνω βάρος ζύγιζα περίπου 52 κιλά και είχα φτάσει στο σημερινό μου ύψος. Η κοινή λογική μου λέει πως το βάρος μου δεν ήταν μεγάλο για το ύψος μου. Αλλά η κοινή λογική με είχε εγκαταλείψει και ήθελα να ζυγίζω περίπου 43 κιλά. Και το πέτυχα! Το παράξενο είναι ότι όποτε πήγαινα ν' αγοράσω καινούργια ρούχα έβλεπα πόσο αηδιαστικά αδύνατη ήταν η εικόνα μου στον καθρέφτη. Αλλά εξακολουθούσα να νιώθω χοντρή.¹¹

Τα σωματικά συμπτώματα της αρρώστιας μπορεί να είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς που χρησιμοποίησε η κοπέλα για να χάσει βάρος ή του ίδιου του χαμηλού της βάρους. Όταν μια γυναίκα αδυνατίζει υπερβολικά, η μονωτική στοιβάδα λίπους της χάνεται σε μεγάλο βαθμό και έτσι γίνεται αναισθητη στην υψηλή και στη χαμηλή θερμοκρασία τα χέρια και τα πόδια της είναι κρύα και συχνά μελανά. Το δέρμα της μπορεί να στεγνώσει, τα μαλλιά της να γίνουν λεπτά και να εμφανιστεί στο πρόσωπο, στην πλάτη ή στα μπράτσα της ένα απαλό χνούδι. Ο καρδιακός της ρυθμός επιβραδύνεται και η πίεση του αίματός της πέφτει, ίσως γιατί ο οργανισμός της προσπαθεί να προσαρμοστεί στη χαμηλή πρόσληψη ενέργειας καταναλίσκοντας λιγότερη ενέργεια.¹¹

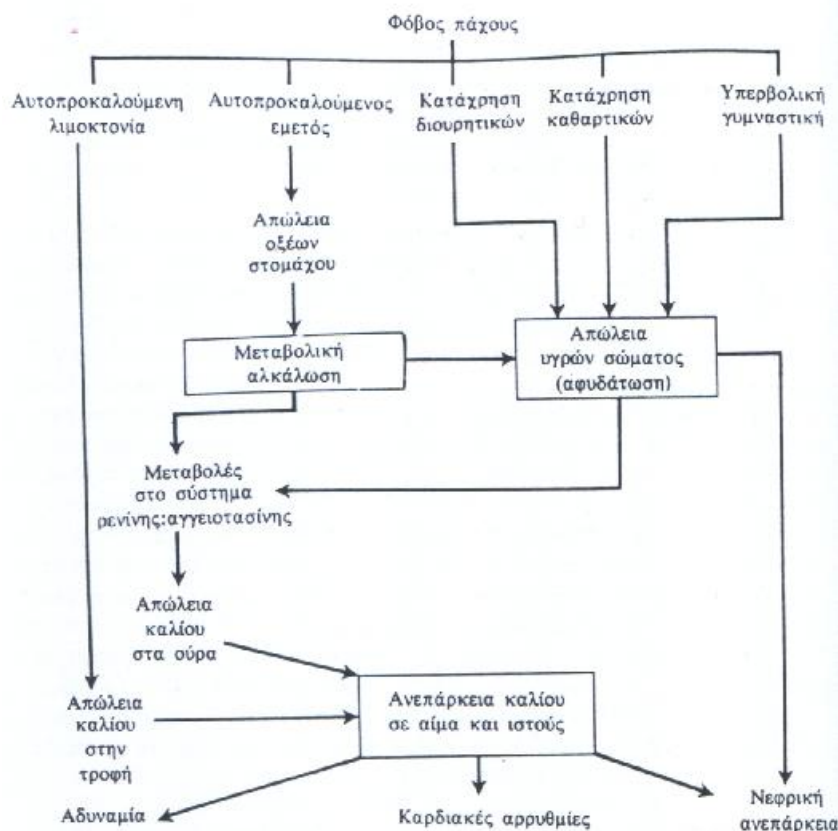
Παρ' όλα αυτά η αντίδραση των ασθενών που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία στη γυμναστική είναι φυσιολογική και ο καρδιακός ρυθμός τους αυξάνει στον ίδιο βαθμό με εκείνο των «φυσιολογικών» γυναικών. Η κινητικότητα του εντέρου πολλών ασθενών με ψυχογενή ανορεξία μειώνεται γιατί υπάρχει λιγότερη τροφή στα έντερα για να διεγείρει την περισταλτική δραστηριότητα και η δυσκοιλιότητα είναι συνηθισμένη. Αν η γυναίκα έκανε μια δίαιτα πείνας μπορεί να πάθει αβιταμίνωση που μπορεί να είναι πολύ σοβαρή.²⁴

Μπορεί να εμφανισθεί οίδημα σε μερικές γυναίκες, ιδίως μετά από μια προσπάθεια να κερδίσουν βάρος τρώγοντας περισσότερο. Αν η γυναίκα παρατηρήσει το πρήξιμο αυτό μπορεί να την αποθαρρύνει από το να προσπαθήσει να αυξήσει περισσότερο το βάρος της ή να την κάνει να χρησιμοποιήσει διουρητικά. Μπορεί επίσης να εμφανιστεί οίδημα όταν η γυναίκα σταματήσει να παίρνει διουρητικά ή καθαρτικά λόγω «αντανακλαστικής» κατακράτησης υγρών στο σώμα της. Το οίδημα μπορεί να την τρομοκρατήσει τόσο πολύ ώστε να αρχίσει και πάλι να εφαρμόζει επικίνδυνες μεθόδους ελέγχου του βάρους.²²



Η συμπεριφορά που στοχεύει στην απώλεια βάρους όπως η λιμοκτονία, η πρόκληση εμετού, η κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών και η υπερβολική γυμναστική μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικές, φυσιολογικές και βιοχημικές διαταραχές. Οι ψυχολογικές διαταραχές περιλαμβάνουν νωθρότητα και συγκινησιακή αστάθεια (βίαιες μεταβολές διάθεσης). Οι σωματικές διαταραχές περιλαμβάνουν διάταση των εντέρων που δίνει στη γυναίκα ένα αίσθημα υπερβολικού φουσκώματος και μπορεί να επιδεινώσει τη δυσκοιλιότητα που ήδη υπάρχει. Επίσης μερικές γυναίκες παθαίνουν εύκολα μώλωπες.

Οι βιοχημικές διαταραχές έχουν σοβαρότερες επιπτώσεις. Οι κύριες διαταραχές είναι η αφυδάτωση και οι μεταβολές των επιπέδων ορισμένων ηλεκτρολυτών στο αίμα. Τα επίπεδα καλίου και χλωρίου μειώνονται και το αίμα γίνεται αλκαλικό σε κάποιο βαθμό, προκαλώντας μεταβολική αλκάλωση.²⁵



Προβλήματα ηλεκτρολυτών στην ψυχογενή ανορεξία¹¹

Η αφυδάτωση και τα χαμηλά επίπεδα καλίου στον οργανισμό μπορεί να προκαλέσουν αδυναμία. Η μεταβολική αλκάλωση μπορεί να βλάψει τη νευρομυϊκή λειτουργία και η γυναίκα να εμφανίσει μούδιασμα στα χέρια και στα πόδια και να σφίγγει χωρίς να το θέλει τις γροθιές της όπως συμβαίνει στην τετανία. Το χαμηλό κάλιο του οργανισμού και η αλκάλωση μπορεί να προκαλέσει ανωμαλίες στον καρδιακό ρυθμό και αλλοιώσεις στο ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Παρά τη σοβαρότητα της απώλειας βάρους και την πιθανά επικίνδυνη φύση των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για την επίτευξή της, είναι εκπληκτικό πόσο λίγες ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία εμφανίζουν σοβαρή ανεπάρκεια καλίου. Αυτό αντικατοπτρίζει ίσως τους φυσιολογικούς αντισταθμιστικούς μηχανισμούς που λειτουργούν και το γεγονός ότι η διαίτα είναι σχετικά θρεπτική, παρ' όλο που έχει μεγάλη ανεπάρκεια ενέργειας. Πολλές γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία καταλαβαίνουν ότι η συμπεριφορά τους για να χάσουν βάρος μπορεί να προκαλέσει

εξάντληση καλίου και διαλέγουν τροφές που είναι φτωχές σε θερμίδες (ενέργεια) αλλά πλούσιες σε κάλιο (όπως οι ντομάτες, ο χυμός πορτοκαλιού και οι πιπεριές).¹¹

Πολλές ασθενείς που πάσχουν από ανορεξία είναι υπερδραστήριες, πάντοτε απασχολημένες και δεν μπορούν να χαλαρώσουν. Η υπερδραστηριότητα μπορεί να προκαλέσει αϋπνία, ιδίως ξύπνημα νωρίς το πρωί, που είναι χαρακτηριστικό μερικών ασθενών με ψυχογενή ανορεξία.¹¹

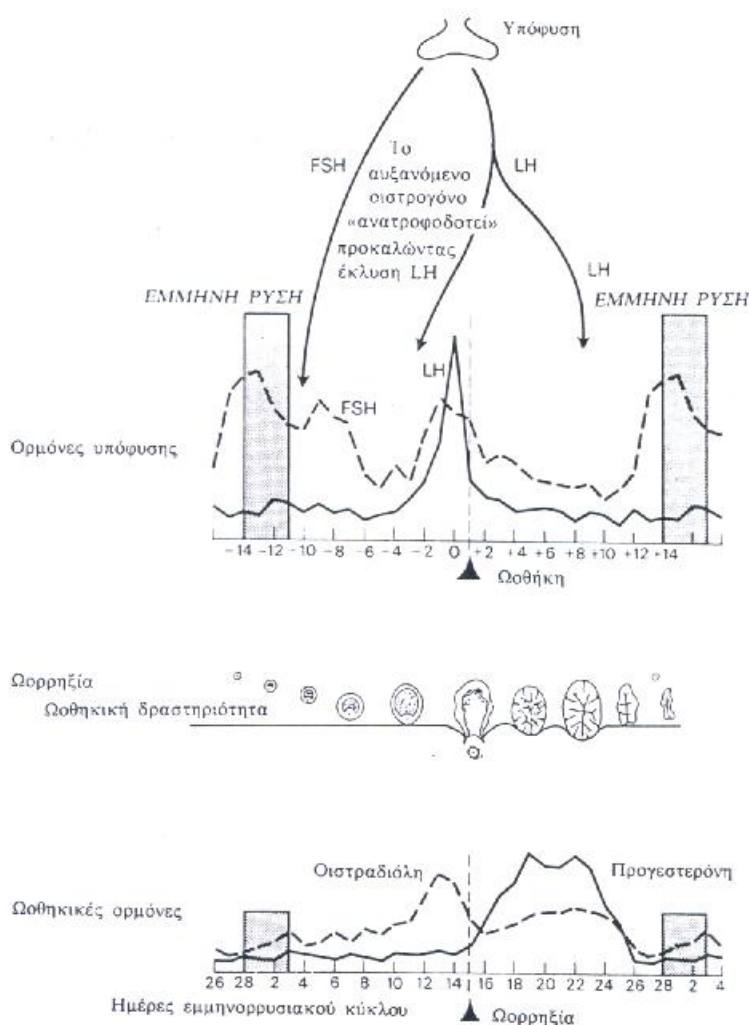
Οδοντικά προβλήματα εμφανίζονται επίσης στις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, ιδίως σε εκείνες που προκαλούν εμετό. Το κύριο πρόβλημα είναι η απώλεια του οδοντικού σμάλτου, λόγω των επιδράσεων του όξινου έμετου στα δόντια. Επίσης η αφυδάτωση, μεταβάλλοντας την ποσότητα και τη σύνθεση του σάλιου, αυξάνει την πιθανότητα χαλάσματος των δοντιών.²⁴

3.5. Διαταραχές της περιόδου στην ψυχογενή ανορεξία

Δεν είχα περίοδο τα τελευταία 10 χρόνια. Έχω ξεχάσει πως είναι φυσιολογικό να έχεις περίοδο - και δεν είναι φυσιολογικό να μην έχεις. Αν και φαίνεται πολύ πιο εύκολο και βολικό να μην υπάρχουν, καταλαβαίνω επίσης πως δεν έχω τη συγκινησιακή κατάσταση μιας πλήρως ανεπτυγμένης γυναίκας λόγω του αποκλεισμού του ορμονικού μου συστήματος. Νιώθω πως έχω στερηθεί αυτό το προνόμιο αλλά ο μοναδικός τρόπος για να μου ξαναέρθει η περίοδος είναι να κάνω το θετικό πράγμα που θα διορθώσει την κατάσταση - να τρώω!¹¹

Ένα σοβαρό σωματικό πρόβλημα στις γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία είναι ότι δεν φτάνουν στην εμμηναρχή ή οι περίοδοί τους σταματούν, συχνά πολύ πριν να χάσουν πολύ βάρος. Πράγματι, η απουσία περιόδου (αμηνόρροια) είναι από τα χαρακτηριστικά που είναι απαραίτητα για να γίνει διάγνωση.²⁵

Η εξήγηση των διαταραχών της περιόδου είναι μάλλον περίπλοκη γιατί συνεπάγεται την αλληλεπίδραση ενός αριθμού ορμονών (βλ. εικόνα). Ο έλεγχος αυτών των ορμονικών σχέσεων βρίσκεται στην περιοχή του εγκεφάλου που ονομάζεται υποθάλαμος, που με τη σειρά του επηρεάζεται από μηνύματα από άλλα τμήματα του εγκεφάλου, και από εξωτερικούς παράγοντες, όπως το συγκινησιακό σοκ.¹¹



Ο έλεγχος της έμμηνης ρύσης¹¹

Στην παιδική ηλικία, πριν από την εφηβεία, σ' όλη τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας και μέχρι το γήρας ο υποθάλαμος εκκρίνει και απελευθερώνει αρκετές ορμόνες σε μικρά αιμοφόρα αγγεία που τις μεταφέρουν στην υπόφυση όπου προκαλούν τη σύνθεση και την απελευθέρωση των ορμονών της υπόφυσης, που ασκούν βαθιές επιδράσεις στον οργανισμό. Επειδή προκαλούν την απελευθέρωση ορμονών από την υπόφυση, οι ορμόνες που κατασκευάζονται στον υποθάλαμο ονομάζονται εκλυτικές ορμόνες.¹¹

Η εκλυτική ορμόνη που επηρεάζει την ωορρηξία και την περίοδο ονομάζεται εκλυτική ορμόνη της γοναδοτροπίνης ή GnRH. Στην παιδική ηλικία απελευθερώνεται μια μικρή αλλά σταθερή ποσότητα GnRH αλλά στα χρόνια

ακριβώς πριν από την έναρξη της περιόδου λαμβάνει χώρα μια μεταβολή και η GnRH αρχίζει να εκλύεται κατά ώσεις στο διάστημα της ημέρας. Αυτές οι ώσεις αρχίζουν όταν το κορίτσι αρχίζει να μεγαλώνει μάλλον γρήγορα τα τρία ή τέσσερα χρόνια πριν από την εμμηναρχή. Όταν το σώμα της φτάσει σε ένα «κρίσιμο» βάρος, ή για την ακρίβεια όταν η αναλογία λίπους στο σώμα της υπερβεί ένα κρίσιμο όριο, έχει περίοδο για πρώτη φορά και φτάνει στην εμμηναρχή. Μόλις γίνει η εμμηναρχή, η GnRH εξακολουθεί να εκλύεται κατά ώσεις σε όλη τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας, με την ποσότητα να ποικίλλει από μέρα σε μέρα. Για παράδειγμα κατά την περίοδο λαμβάνει χώρα μια μεγάλη έξαρση GnRH και αυτή διεγείρει εξειδικευμένα κύτταρα στην υπόφυση να συνθέσουν και να απελευθερώσουν τη θυλακιοτρόπο ορμόνη (ή FSH). Όπως δείχνει το όνομά της, η FSH διεγείρει την ανάπτυξη ενός αριθμού από δομές (θυλάκια) στην ωοθήκη που περιέχουν ωάρια.^{11,22}

Κατά την εφηβεία κάθε ωοθήκη περιέχει πάνω από 200.000 θυλάκια. Κάθε μήνα ανάμεσα στην εφηβεία και στην εμμηνόπαυση 10 έως 20 θυλάκια διεγείρονται να αναπτυχθούν και ένα από αυτά ξεπερνάει σε ανάπτυξη όλα τα άλλα. Καθώς αναπτύσσονται συνθέτουν τη γυναικεία ορμόνη του φύλου, το οιστρογόνο, και την απελευθερώνουν στο αίμα που κυκλοφορεί. Το οιστρογόνο προσλαμβάνεται εκλεκτικά από τους ιστούς στα γεννητικά όργανα και στους μαστούς, και ιδίως από την αδενική επένδυση ή ενδομήτριο της μήτρας και των μαστών που αναπτύσσονται, αυξάνοντας σε πάχος. Ταυτόχρονα οι αυξανόμενες ποσότητες οιστρογόνου στο αίμα «ανατροφοδοτούν αρνητικά» τον υποθάλαμο και την υπόφυση, οδηγώντας σε αργή πτώση της ποσότητας GnRH που απελευθερώνεται και συνεπώς σε μείωση της FSH. Στη μέση του κύκλου, δηλαδή περίπου 16 ημέρες πριν από την επόμενη περίοδο, εμφανίζεται μια έξαρση έκκρισης οιστρογόνου, που προκαλεί «θετική ανατροφοδότηση» προς τον υποθάλαμο και την υπόφυση. Αντιδρώντας σ' αυτήν η υπόφυση εκλύει ένα κύμα FSH και ένα Κύμα από μια δεύτερη ορμόνη, την ωχρινοποιητική ορμόνη ή LH. Η LH, με τη σειρά της, επιδρά στο μεγαλύτερο από τα αναπτυσσόμενα θυλάκια που έχει τριπλάσιο μέγεθος από όλα τα άλλα, και έχει διάμετρο περίπου 23 χλστ. Το θυλάκιο έχει τεντώσει την επιφάνεια της ωοθήκης. Το θυλάκιο «σκάει» και απελευθερώνει το ωάριό του. Έχει λάβει χώρα ωορρηξία. Η LH προκαλεί επίσης μεταβολές στο χαρακτήρα του σπασμένου θυλακίου που ονομάζεται τώρα «ωχρο σωματίο». Κιτρινίζει και αρχίζει να συνθέτει και να

απελευθερώνει μια δεύτερη γυναικεία ορμόνη του φύλου, την προγεστερόνη. Η προγεστερόνη αναπτύσσει ακόμη περισσότερο το ενδομήτριο, ώστε να είναι έτοιμο αν γονιμοποιηθεί το ωάριο. Εάν δεν λάβει χώρα γονιμοποίηση, το ωχρό σωματίο πεθαίνει, και σταματάει να παράγει ορμόνες. Αυτό οδηγεί σε έμμηνη ρύση (περίοδο) και επανάληψη του ορμονικού κύκλου.¹¹

Έχει παρατηρηθεί ότι οι στενές σχέσεις των ορμονών μπορούν να διακοπούν από διάφορους παράγοντες. Εάν το βάρος του σώματος πέσει κάτω από ένα κρίσιμο επίπεδο, ο υποθάλαμος δεν απελευθερώνει GnRH κατά ώσεις. Έτσι η υπόφυση δεν εκλύει αρκετή F H για να διεγείρει τις ωοθήκες, και η περίοδος σταματάει. Όταν το βάρος του σώματος αυξηθεί πάνω από το κρίσιμο επίπεδο, η περίοδος ξαναρχίζει, συχνά με κάποια καθυστέρηση. Είναι επίσης γνωστό ότι η υπερβολική γυμναστική αναστέλλει την κατά ώσεις απελευθέρωση της GnRH με επακόλουθη αμηνόρροια. Μια γυναίκα που το βάρος της είναι κάτω από το κανονικό, αλλά πάνω από το κρίσιμο επίπεδο, και που γυμνάζεται υπερβολικά, Π.χ. μια χορεύτρια μπαλέτου, δεν έχει επίσης περίοδο και γίνεται αμηνόρροια.²⁶

Οι ορμονικές μεταβολές που συζητήσαμε δίνουν μια εξήγηση για τις διαταραχές της περιόδου. Όταν ο δείκτης Quetelet μιας γυναίκας (βλέπε σελ. 25) πέσει στο 15 ή χαμηλότερα, ή το βάρος του σώματός της πέσει κάτω από το κρίσιμο επίπεδο που είναι περίπου 80 τοις εκατό του Μέσου Βάρους Σώματος, σταματάει η κατά ώσεις απελευθέρωση GnRH και τα κύματα GnRH αντικαθίστανται από σταθερή μικρή έκκριση, παρόμοια με εκείνη που συνέβαινε πριν από την εφηβεία. Επειδή η GnRH δεν απελευθερώνεται πια κατά ώσεις, η υπόφυση δεν απελευθερώνει FSH και LH σε επίπεδα αρκετά για να διεγείρουν τις ωοθήκες να εκκρίνουν επαρκείς ποσότητες των γυναικείων ορμονών του φύλου και το αποτέλεσμα είναι αμηνόρροια.¹¹

Είναι ενδιαφέρον ότι μεταξύ 10 και 20 τοις εκατό των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία εμφανίζουν αμηνόρροια πριν να χάσουν καθόλου βάρος (στην πραγματικότητα το βάρος τους μπορεί ακόμη και να αυξάνει) και σε άλλες η περίοδος δεν ξαναρχίζει τακτικά επί μήνες ή και χρόνια μετά την επάνοδο σε φυσιολογικά βάρη σώματος. Εάν ληφθεί ένα λεπτομερές ιστορικό από αυτές τις γυναίκες συνήθως ανακαλύπτεται ότι έχουν χρησιμοποιήσει μεθόδους απώλειας βάρους όπως η υπερβολική γυμναστική, ο αυτοπροκαλούμενος έμετος και η κατάχρηση καθαρτικών πριν από την απώλεια βάρους ή κατά και μετά την

πρόσκτηση βάρους. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η-διαταραχή της περιόδου συνδέεται σχεδόν με βεβαιότητα με τη συμπεριφορά απώλειας βάρους.

Όμως όλες οι ασθενείς που συνεχίζουν να έχουν αμηνόρροια πριν χάσουν πολύ βάρος ή μετά την επανασίτιση δεν χρησιμοποιούν τέτοιες μεθόδους και έτσι είναι πιθανή μια άλλη εξήγηση. Προς το παρόν δεν ξέρουμε ποια είναι.¹¹



3.6. Στάδια εγκατάστασης

- Υποθερμидική δίαιτα + πρόγραμμα γυμναστικής
- Απώλεια βάρους
- Αμηνόρροια
- Απώλεια όρεξης, αίσθημα ικανοποίησης
- Στόχοι για όλο και μεγαλύτερη απώλεια βάρους
- Μεταβολή συμπεριφοράς: εμμονή, απομόνωση, απόλυτη αφοσίωση στο «στόχο»
- Σημαντική απώλεια βάρους - απίσχναση
- Επιπλοκές^{19,26}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

4.1. Αίτια της ψυχογενούς ανορεξίας

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

Τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει μια αλματώδη αύξηση των διαταραχών διατροφής. Το ποσοστό της νευρικής ανορεξίας κυμαίνεται από 0,4 σε 0,7% και κυρίως εκδηλώνεται σε γυναίκες ηλικίας 15-19 ετών. Είναι η μοναδική ψυχιατρική διαταραχή που μπορεί να οδηγήσει απ' ευθείας στο θάνατο με ποσοστό θνησιμότητας γύρω στο 10% σύμφωνα με τα στοιχεία της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας. Ένα επίσης ανησυχητικό εύρημα είναι πως έχουν αρχίσει να αναφέρονται αυξανόμενα περιστατικά νευρικής ανορεξίας σε ηλικίες 8-13 ετών, γεγονός που ήδη είχε καταγραφεί από το 1992 από τους ερευνητές Lask και Bryant-Waugh. Τα αίτια της νευρικής ανορεξίας φαίνεται να είναι πολυπαραγοντικά. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κοινωνίας, του τρόπου σκέψης, του συναισθήματος αλλά και της οικογένειας στην οποία ζουν τα άτομα με ανορεξία έχουν ενοχοποιηθεί σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό για την εκδήλωση της διαταραχής αυτής. Οι παράγοντες αυτοί περισσότερο φαίνεται να συμπληρώνουν ο ένας τον άλλον κι όχι να αποκλείουν ο ένας τον άλλον.²⁷

Το είδος της κοινωνίας μέσα στην οποία μεγαλώνει ένα άτομο φαίνεται να είναι πολύ σημαντικό για το αν θα αναπτύξει κάποια διαταραχή διατροφής ή όχι. Τα τελευταία είκοσι χρόνια στις δυτικές κοινωνίες, όλο και πιο πολύ προβάλλεται το αδύνατο σώμα όχι μόνο σαν πρότυπο ομορφιάς αλλά και σαν προϋπόθεση για αυτοεκτίμηση, επιτυχία κι ευτυχία. Ταυτόχρονα, όλο και πιο πολύ αυξάνονται τα ποσοστά των διαταραχών διατροφής. Σε μη δυτικές κοινωνίες που δεν υπήρχαν αυτά τα δυτικά πρότυπα δεν αναφέρονταν περιστατικά ανορεξίας. Με την εισβολή των δυτικών προτύπων ομορφιάς και κομψότητας μέσα από διαφημίσεις, περιοδικά και σταρ του κινηματογράφου άρχισαν να αναφέρονται όλο και πιο πολλά περιστατικά

ανορεξίας. Ακόμη, τα παιδιά των οικογενειών χωρών της Μέσης Ανατολής και της Ασίας που πήγαν στην Αγγλία π.χ., ανέπτυξαν διαταραχές διατροφής με το που ήρθαν σε επαφή με τις νέες αξίες, ενώ στις χώρες τους τα ποσοστά ανορεξίας είναι κοντά στο 0. Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα των ερευνών είναι πως οι έγχρωμες γυναίκες της Αμερικής δεν θεωρούν πως ένα αδύνατο σώμα είναι απαραίτητο για να είναι επιτυχημένες και ελκυστικές, αλλά αντίθετα πως η ελκυστικότητα εξαρτάται από τη συνολική στάση και προσωπικότητα της γυναίκας. Το 70% των έγχρωμων γυναικών δηλώνουν ευχαριστημένες με το σώμα τους ενώ μόλις 11% των λευκών γυναικών της Αμερικής δηλώνουν το ίδιο. Συνολικά πολύ λίγες έγχρωμες Αμερικάνες έχουν νευρική ανορεξία σε σχέση με τις λευκές Αμερικάνες και οι έγχρωμοι Αμερικάνοι είναι πολύ πιο πρόθυμοι από τους λευκούς να φλερτάρουν με μια παχύτερη γυναίκα. Σύμφωνα με τους Αμερικάνους ψυχολόγους Sue και Sue, φαίνεται πως η κουλτούρα των νέγων της Αμερικής «θωρακίζει» τις γυναίκες τους από τα δυτικά πρότυπα ομορφιάς και κατ' επέκτασιν και από τις διαταραχές διατροφής.²²

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

Το συναίσθημα των ανορεξικών χαρακτηρίζεται από στενοχώρια και άγχος και μια διάγνωση κατάθλιψης συχνά συνοδεύει μια διάγνωση νευρικής ανορεξίας. Κάποιοι ερευνητές, όπως οι Blouin και συνεργάτες υποθέτουν πως η νευρική ανορεξία είναι μια παραλλαγή της κατάθλιψης ενώ άλλοι, π.χ. οι Vanderlinden, Norre και Vandereycken θεωρούν πως η κατάθλιψη μπορεί απλά να είναι το αποτέλεσμα της όλης ζωής και των προβλημάτων του ανορεξικού.²²

Στον τομέα της οικογένειας, υπάρχει η άποψη πως οι οικογένειες των ατόμων με νευρική ανορεξία δεν επιτρέπουν στα νεαρά μέλη τους να αποδεχτούν μέσα από την εφηβεία το νέο τους σώμα και δεν βοηθούνται να αποκτήσουν μια νέα ενήλικη ταυτότητα. Κατά αυτό τον τρόπο οι έφηβες κοπέλες νιώθουν αμηχανία και δυσκολία να δημιουργήσουν μια νέα ταυτότητα σώματος και να την περιλάβουν με αυτοεκτίμηση. Έτσι καταφεύγουν σε έναν ασκητικό τρόπο διατροφής «αρνούμενες να μεγαλώσουν». Σε όλα τα παραπάνω αν προσθέσουμε και την άποψη πως το φαγητό είναι ένας τρόπος επικοινωνίας της μητέρας με τα παιδιά της, θέματα διατροφής κι ανάπτυξης μπορεί να εμπεριέχουν και παιχνίδια εξουσίας στο χώρο της οικογένειας.²²

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

Για το σκοπό αυτό χρησιμοποίησαν την τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET scan). Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων δημιουργεί τρισδιάστατες εικόνες, οι οποίες απεικονίζουν μεταβολικές και χημικές λειτουργίες του εγκεφάλου.²⁸

Εξέτασαν τον εγκέφαλο 13 γυναικών που είχαν περιοριστικού τύπου ανορεξία και οι οποίες είχαν ανακάμψει από την πάθησή τους. Το ίδιο έκαναν και για 12 γυναίκες με νευρική ανορεξία με βουλιμία. Τα αποτελέσματα από τις ανορεξικές γυναίκες συγκρίθηκαν με εκείνα από 18 υγιείς γυναίκες.²⁸

Τα συμπεράσματα των ερευνητών ήταν ότι η νευρική ανορεξία σχετίζεται με διαταραχές στο μεταβολισμό της σεροτονίνης. Είναι πιθανόν ότι οι ανωμαλίες με χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης, οδηγούν σε αυξημένο άγχος που με τη σειρά του μπορεί να είναι αιτία έναρξης της νευρικής ανορεξίας.²⁸

Η σεροτονίνη είναι σημαντικός νευροδιαβιβαστής στο εγκέφαλο. Η δράση της σχετίζεται με την ψυχική διάθεση, την κατάθλιψη και τις αγχώδεις καταστάσεις. Οι υποδοχείς των εγκεφαλικών κυττάρων για τη σεροτονίνη βρέθηκαν να έχουν ρόλο στη διατροφική συμπεριφορά και στο άγχος.²⁸

Τα στοιχεία που προέκυψαν θα μπορούσαν να αποτελέσουν την αρχή για την καλύτερη κατανόηση της αιτίας της νευρικής ανορεξίας. Στη συνέχεια θα μπορούσαν να αναπτυχθούν νέα φάρμακα που θα στοχεύουν επιλεκτικά στη

διόρθωση των βιοχημικών ανωμαλιών που φαίνεται ότι υπάρχουν και προκαλούν τη νευρική ανορεξία.²⁸

Συμπερασματικά, η ακριβής αιτία της νευρογενούς ανορεξίας δεν είναι γνωστή. Οι περισσότεροι συγγραφείς, το τελευταίο χρονικό διάστημα, αποδίδουν πολλά από τα σημεία και τα συμπτώματα στην κακή θρέψη. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ένας συνδυασμός από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες συμβάλλει στην εμφάνιση της νευρογενούς ανορεξίας.²⁹

Γενετική προδιάθεση, οικογενειακά προβλήματα και συγκινησιακά προβλήματα σε συνδυασμό, σε ένα δεδομένο κοινωνικό περιβάλλον, μπορεί να ευθύνονται για την πρόκληση της τυπικής διαιτητικής συμπεριφοράς των ατόμων με νευρογενή ανορεξία.²⁹

4.2. Τύποι ψυχογενούς ανορεξίας

Η ψυχογενής ανορεξία εκδηλώνεται με δύο διαφορετικούς τύπους:

A) Ανορεξία στερητικού τύπου (restricting type):

Ο στερητικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από μια παρατεταμένη και αυστηρή αποχή από το φαγητό. Οι ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου συνήθως χαρακτηρίζονται από περισσότερη εσωστρέφεια κι αρνούνται να παραδεχτούν πως νιώθουν πείνα και άγχος.²²

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

Ο υπερκαταναλωτικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από σποραδικά επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθούνται από τεχνητή πρόκληση εμετού. Οι ασθενείς με ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου χαρακτηρίζονται από εξωστρέφεια, αναφέρουν συχνότερα άγχος, κατάθλιψη κι ενοχές, παραδέχονται πως έχουν έντονη όρεξη και τείνουν να είναι μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τους ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου.²²



Εξαντλητική γυμναστική

Συμπτώματα των δύο τύπων νευρικής ανορεξίας:

Στον ένα τύπο οι περιπτώσεις ανορεξίας χαρακτηρίζονται από στέρηση φαγητού (ανορεξία περιοριστικού τύπου).

Στο δεύτερο τύπο, χαρακτηρίζονται από περιόδους στέρησης που εναλλάσσονται από επεισόδια βουλιμίας με υπερφαγία που ακολουθούνται όμως από προκλητούς εμετούς (ανορεξία περιοριστικού - βουλιμικού τύπου).³⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

5.1. Γενικά διαγνωστικά στοιχεία

Αυτό που είναι πολύ σημαντικό είναι η έγκαιρη διάγνωση, καθώς όσο νωρίτερα διαγνωστεί η νευρική ανορεξία τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση για την ασθενή. Αν λοιπόν αντιληφθείτε ότι κάποιο κοντινό σας πρόσωπο εμφανίζει κάποια από τα χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν τότε θα πρέπει να απευθυνθείτε σε εξειδικευμένους επιστήμονες ψυχολόγους και διαιτολόγους που θα διαγνώσουν και θα αντιμετωπίσουν το πρόβλημα. Ειδικότερα για τους έφηβους στο Κέντρο Πρόληψης και Υγείας των Εφήβων λειτουργεί ειδική μονάδα με διαιτολόγο, ψυχολόγο και παιδίατρο.²⁷

Τα σύγχρονα κύρια διαγνωστικά κριτήρια για την νευρογενή ανορεξία (DMS-IV, American Psychiatric Association, 1994) περιλαμβάνουν:

- Εξεσημασμένη απώλεια βάρους η οποία είναι αυτοπροκαλούμενη και μη αποδοχή της ελάχιστης αύξησης του βάρους σώματος κατά τη διάρκεια έντονης ανάπτυξης όπως είναι η εφηβεία.
- Ειδική ψυχοπαθολογία που χαρακτηρίζεται από τον φόβο για το πάχος.
- Διαταραχή στην αυτοεκτίμηση ως προς την εικόνα του σώματος και άρνηση της σοβαρότητας της κατάστασης μετά από μεγάλη απώλεια βάρους.
- Ενδοκρινολογικές διαταραχές που εκδηλώνονται με αμηνόρροια (συνεχής απουσία τουλάχιστον τριών κύκλων εμμηνου ρύσης) και απώλεια του ερωτικού ενδιαφέροντος στα κορίτσια και ανικανότητα στα αγόρια.²⁹

Άλλα κριτήρια διάγνωσης:

- Υπερδραστικότητα, έντονη σωματική άσκηση, διαταραχές ύπνου
- Ψυχικές μεταβολές, «περίεργη» διαιτητική συμπεριφορά και χειρισμός της τροφής
- Απουσία υποκείμενης οργανικής νόσου που να ευθύνεται για την απώλεια βάρους¹⁹

Διαιτητικοί τύποι:

- A. Περιοριστικός (νηστείας, αποχής από την τροφή)
- B. Βουλμικός (επεισόδια πολυφαγίας σε συνδυασμό με τη πρόκληση εμέτου και τη χρήση καθαρτικών ή διουρητικών)¹⁹

5.2. Η ψυχογενής ανορεξία στα παιδιά

Επιδημιολογία. Η συχνότητα της προεφηβικής ανορεξίας εκτιμάται να είναι το 3% του συνόλου των καταγεγραμμένων περιπτώσεων νευρικής ανορεξίας. Τα θηλυκά αποτελούν το 86% από όλες τις καταγεγραμμένες περιπτώσεις στην παιδική ηλικία. Η νευρική ανορεξία αναφέρεται να λαμβάνει χώρα τόσο νωρίς όσο το τέταρτο έτος της ηλικίας.¹⁶

Αιτιολογία. Η αιτιολογία της νευρικής ανορεξίας στην παιδική ηλικία είναι άγνωστη. Οι δυναμικές της νευρικής ανορεξίας στην παιδική ηλικία είναι παρόμοιες με τις δυναμικές της ανορεξίας στους εφήβους. Διάφορα γεγονότα της ζωής που επικεντρώνονται σε απώλειες, ψυχικά τραύματα ή σε χωρισμό γονέων ίσως να είναι παράγοντες που σχετίζονται με το ξεκίνημα της νευρικής ανορεξίας στην παιδική και στην προ-εφηβική ηλικία. Στην παιδική νευρική ανορεξία θα πρέπει να τονίζονται θέματα όπως χωρισμός-ατομικότητα παρά θέματα όπως φόβοι σεξουαλικότητας που βρίσκουμε στην εφηβική νευρική ανορεξία. Η σχέση της παιδικής ανορεξίας με την επηρεαστική διαταραχή δεν είναι ξεκάθαρη.¹⁶

Διαγνωστικά κριτήρια. Οι κλινικές εκδηλώσεις της παιδικής νευρικής ανορεξίας θα πρέπει να καλύπτουν τα περισσότερα από τα κριτήρια DSM-III-R για το ξεκίνημα της εφηβικής ανορεξίας. Παρ' όλο αυτά, μια μείωση της τάξης του 15% από το ιδανικό σωματικό βάρος αντί του 25% είναι αρκετή για να γίνει διάγνωση στα παιδιά. Η διαστρέβλωση της εικόνας του σώματός τους ίσως να τονιστεί λιγότερο από ότι σε ενήλικες ανορεκτικούς ασθενείς. Η αλεξιθυμία είναι συχνά παρούσα.^{16,20}

Κλινικά χαρακτηριστικά

1. Υποκατηγορίες. Τρεις υποκατηγορίες παιδιών προεφηβικής ηλικίας με νευρική ανορεξία έχουν περιγραφεί.

α. Μια υποκατηγορία νεαρών αρσενικών και θηλυκών (10 ετών) παρουσιάζεται με έντονους φόβους ότι θα γίνουν παχύσαρκοι, με σοβαρούς περιορισμούς στην πρόσληψη τροφής, ανεπαρκή πρόσληψη βάρους και με κοντό ανάστημα.

β. Μια υποκατηγορία που αποτελείται κυρίως από θηλυκά(10-12 ετών) τα οποία είναι ψυχολογικά ψευδοανώριμα και των οποίων οι γονείς ενθαρρύνουν μια ψευδοεφηβική συμπεριφορά.

γ. Μια υποκατηγορία που αποτελείται από θηλυκά και αρσενικά προεφηβικά παιδιά με ανορεξία, που παρουσιάζεται με μέγιστες ανεπάρκειες του εγώ τους και γενική ψυχολογική βλάβη.

2. Οι ψυχοδυναμικές του ξεκινήματος της ανορεξίας στην παιδική ηλικία είναι παρόμοιες με εκείνες του ξεκινήματος της ανορεξίας στην εφηβεία και περιλαμβάνουν διαταραχές ταυτότητας, φόβους ανάπτυξης, κακοπροσαρμοσμένες προσπάθειες ελέγχου και αποτυχία στον χωρισμό-ατομικότητα.

3. Σημάδια. Τα σημάδια της ανορεξίας που παρατηρούνται σωματικά αλλά και σε εργαστηριακά ευρήματα, σχετίζονται με τον λιμό και τυπικά περιλαμβάνουν την υπερένταση, συγκοπή, υποθερμία, ξηροδερμία, ηλεκτρολυτική και υποθαλάμια δυσλειτουργία, υπογλυκαιμία, γαστρικό έλκος και αρρυθμία.^{16,20}

4. Προ της νόσου χαρακτηριστικά.

α. Εξάρτηση, φόβος και σχιζοειδή χαρακτηριστικά με στοιχεία κατάθλιψης.

β. Διαταραχές στην ανάπτυξη του εγώ, προψυχωτικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας και ψυχωτικά επεισόδια.

γ. Ένα ιστορικό με εξεζητημένο διατροφολόγιο.

5. Γεγονότα που σχετίζονται με το ξεκίνημα της ανορεξίας στην παιδική ηλικία συμπεριλαμβάνουν τα ακόλουθα:

α. Γέννηση ενός νέου παιδιού στην οικογένεια. β. Στέρηση του ενός γονιού ή συγγενή.

γ. Οικογενειακή ασυμφωνία.

δ. Κριτική συνομηλίκων για το μέγεθος του σώματός τους.

ε. Φόβος παχυσαρκίας.

στ. Ξεκίνημα της ανάπτυξης στήθους.

ζ. Φόβοι πνιγμού κατά την διάρκεια του φαγητού.

η. Ξεκίνημα εντερικής φλεγμονής.¹⁶

Θεραπεία. Η θεραπεία θα πρέπει να επικεντρωθεί στο να σταθεροποιηθεί η διατροφή για να αποφύγουμε μόνιμη παρέμβαση στην ανάπτυξη του αναστήματος και στην καθυστέρηση της εφηβείας και των δευτερογενών σεξουαλικών χαρακτηριστικών. Μια πολύπλευρη προσέγγιση, που συμπεριλαμβάνει ατομική ψυχοθεραπεία, τροποποίηση της συμπεριφοράς, οικογενειακή θεραπεία και ιατρική διαχείριση, είναι απαραίτητη. Η από κοντά παρακολούθηση της σωματικής κατάστασης του ασθενούς με εργαστηριακή και σωματική εξέταση είναι σημαντική. Η ανάγκη για θεραπευτική εργασία με τους γονείς είναι πιο ευθέως αναγνωρίσιμη σε περιπτώσεις ανορεξίας που ξεκίνησαν στην παιδική ηλικία παρά σε περιπτώσεις ανορεξίας που ξεκίνησαν στην εφηβεία.¹⁹

Αποτέλεσμα. Τα αποτελέσματα των διαφορετικών μορφών θεραπείας είναι δύσκολο να τα προβλέψουμε επειδή ποικίλουν, εξαρτώμενα από τον βαθμό ψυχοπαθολογίας. Συνήθως, παρ' όλα, αυτά η πρώιμη διάγνωση και θεραπεία μειώνουν την θνησιμότητα.²⁰

5.3. Νευρογενής ανορεξία στους άνδρες

Επιδημιολογία. Η νευρική ανορεξία στους άντρες, αποτελεί το 6% των υποθέσεων που παρουσιάζεται σε κλινικές διατροφικών διαταραχών. Ο μέσος όρος ηλικίας του ξεκινήματος των συμπτωμάτων στους άντρες με νευρική ανορεξία κυμαίνεται μεταξύ 17 και 24 ετών. Τυπικά ένας ανορεκτικός άντρας αναζητά θεραπεία 3,5 χρόνια αφού έχουν ξεκινήσει τα συμπτώματα. Στους περισσότερους άντρες ανορεκτικούς η ήπια παχυσαρκία ίσως προηγηθεί του ξεκινήματος της ανορεξίας. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση δεν φαίνεται να είναι παράγοντας στους άντρες με ανορεξία παγκοσμίως, στις Η.Π.Α. παρ' όλα αυτά, μια συσχέτιση με την υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση έχει καταγραφεί.

Αιτιολογία. Η αιτιολογία της νευρικής ανορεξίας στους άντρες δεν έχει προσδιοριστεί. Η διαταραχή στην ταυτότητα του γένους έχει χαρακτηρίσει την πριν τη νόσο ανδρική ανορεξία.¹⁶

Διαγνωστικά κριτήρια. Τα διαγνωστικά κριτήρια για την νευρική ανορεξία στους άνδρες είναι παρόμοια με εκείνα των γυναικών ανορεκτικών, συμπεριλαμβάνοντας μια απώλεια του 25% ή και περισσότερο από το φυσιολογικό βάρος, επίμονη επιδίωξη του να είναι αδύνατοι και διαστρεβλωμένη σωματική εικόνα.^{16,19}

1. Ενδοκρινικές διαταραχές παρούσες στους άντρες με ανορεξία περιλαμβάνουν μειωμένα επίπεδα ορμονών, αναλογικά με την απώλεια βάρους. Οι ορμόνες που επηρεάζονται είναι η τεστοστερόνη και η γοναδοτροπίνη : luteinizing hormone (LH) και η ορμόνη που διεγείρει τους θύλακες της τρίχας (FSH) . Τα επίπεδα αυτών των ορμονών επιστρέφουν στο φυσιολογικό όταν αποκτάται το φυσιολογικό σωματικό βάρος.
2. Η μειωμένη λίμπιντο και η σεξουαλική απόδοση στους ανορεκτικούς άνδρες έχει βρεθεί να συσχετίζονται με τα μειωμένα επίπεδα των ορμονών LH και FSH.
3. Σχιζοειδή/ενδοσκοπικά χαρακτηριστικά, μανιώδη, παθητικά ή εξαρτημένα και αντικοινωνικά χαρακτηριστικά έχουν αναφερθεί ως εκδηλώσεις στους άντρες με νευρική ανορεξία.
4. Οι άντρες ανορεκτικοί, πάρα πολύ συχνά, εκδηλώνουν μη διαφοροποιημένη (ανώριμη) ψυχολογική δομή και υστερικά, υποκριτικά και αντικοινωνικά χαρακτηριστικά πολύ περισσότερο από ότι τα εκδηλώνουν οι ανορεκτικές γυναίκες.
5. Οι άντρες με νευρική ανορεξία ίσως βιώσουν σεξουαλική απομόνωση, σεξουαλική αδράνεια, έλλειψη της λίμπιντο και αντιμαχόμενη ομοφυλοφιλία.²⁰

5.4. Μεταεφηβικό ξεκίνημα της νευρικής ανορεξίας στις γυναίκες

Επιδημιολογία. Η συχνότητα της νευρικής ανορεξίας στον γενικό πληθυσμό είναι 0.37 ανα 100,000. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις η νευρική ανορεξία αρχίζει στην εφηβεία. Λιγότεροι από 100 ασθενείς (άντρες και γυναίκες) με νευρική ανορεξία, η οποία ξεκινά όταν είναι ενήλικοι, έχουν καταγραφεί. Η συχνότητα της νευρικής ανορεξίας στην τρίτη ηλικία είναι άγνωστη.¹⁶

Αιτιολογία και συμβάντα. Η αιτιολογία είναι αβέβαιη. Στους παράγοντες ρίσκου, για το ξεκίνημα της ανορεξίας στους ενήλικες, συμπεριλαμβάνονται η υψηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, πολλαπλές χειρουργικές διαδικασίες ή ασθένεια, ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία, δευτερογενές στρες της γέννησης ή του γάμου, θάνατος του ενός από τους δύο συζύγους. Το πιο συχνό μοτίβο είναι ένα γεγονός με τρομερό άγχος το οποίο προκαλεί το ξεκίνημα της ανορεξίας σε ενήλικες που έχουν ιστορικό στο να τρώνε παράξενα φαγητά. Η εκ νέου εμφάνιση στην ανορεξία στους ενήλικες είναι ασυνήθιστη.^{16,19}

Διαγνωστικά κριτήρια. Τα διαγνωστικά κριτήρια για το μετά εφηβικό ξεκίνημα της νευρικής ανορεξίας στις γυναίκες είναι τα ίδια με αυτά των κριτηρίων για το ξεκίνημα της ανορεξίας στην εφηβεία.

Κλινικά χαρακτηριστικά. Σοβαρή μείωση του συνόλου πρόσληψης τροφής, ταχεία απώλεια βάρους καθώς επίσης και άρνηση των σημαδιών ή των συμπτωμάτων της διαταραχής είναι τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά. Ενδοκρινικές και μεταβολικές ανωμαλίες μπορεί να λάβουν χώρα.

Η πορεία της ασθένειας. Η πορεία της ανορεξίας στους ενήλικες είναι ευμετάβλητη και η ασθένεια έχει χαρακτηριστεί ως χρόνια κατάσταση με αυθόρμητες παροξύνσεις και ραθυμίες. Η πορεία της χρόνιας 'διαδικασίας' στους πιο ηλικιωμένους ανορεκτικούς πρέπει να διακρίνεται από την 'αντιδραστική' αυτό-περιορισμένη πορεία που χαρακτηρίζει ασθενείς που η ανορεξία ξεκίνησε στην εφηβεία τους.¹⁶

Θεραπεία και πρόγνωση. Η θεραπεία είναι απαραίτητως η ίδια με της ανορεξίας που ξεκινά στην εφηβεία. Η αποτυχία να διατηρήσουμε το κατάλληλο σωματικό βάρος από 4 έως 8 χρόνια μετά το ξεκίνημα και την θεραπεία, συσχετίζεται με την παρουσία της ασθένειας για μια ολόκληρη ζωή.²⁰

5.5. Η νευρική ανορεξία σε νευρο-ψυχιατρικές διαταραχές

- **Η ασθένεια Tourette.** Η νευρική ανορεξία έχει σχετιστεί με την ασθένεια Tourette. Δεν είναι ξεκάθαρο εάν η ασθένεια Tourette και η ανορεξία μεσολαβούν από κοινό κεντρικό νευρικό σύστημα ή από νεύρο ορμονικούς μηχανισμούς.
- **Σχιζοφρένεια.** Η νευρική ανορεξία έχει περιγραφεί σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Ο συσχετισμός της ανορεξίας με σχιζοεπιδραστική διαταραχή μπορεί να είναι ισχυρότερος από αυτών με σχιζοφρένεια. Συμπτώματα κατάθλιψης και τάσεις αυτοκτονίας πριν από την ψύχωση και την κύρια κατάθλιψη, σε οικογένειες με ασθενείς με σχιζοεπιδραστική ανωμαλία, δείχνουν να είναι οι κύριοι παράγοντες για την ανάπτυξη της ανορεξίας στην σχιζοφρένεια.
- **Μανιοεξανασταστική διαταραχή.** Μερικοί ασθενείς με σοβαρή μανιοεξανασταστική διαταραχή που δεν πληρούν τα κριτήρια DSM-III-R μπορεί να περιορίσουν την πρόσληψη φαγητού σε συσχετισμό με το τελετουργικό μέτρημα, κόψιμο και φάγωμα του.¹⁶

5.6. Διαφορική διάγνωση

Περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας μπορεί να καλύπτουν μια σχιζοφρένεια ή μια ψυχωτική κατάθλιψη ή να είναι ακραίες εκδηλώσεις μιας ψυχανασταστικής νευρώσεως. Η διαφορική διάγνωση με περιπτώσεις καχεξίας που οφείλονται σε μολυσματικές, νεοπλαστικές ή άλλες οργανικές διαταραχές, δεν παρουσιάζει δυσκολίες, καθώς το ιστορικό της ψυχογενούς ανορεξίας και τα ψυχολογικά της συμπτώματα είναι παθογνωμονικά.⁷

Η νόσος του Σάιμοντς, από την άλλη μεριά, συνοδεύεται από ορμονικές διαταραχές καθώς και από μian ανωμαλία στα δευτερεύοντα σεξουαλικά χαρακτηριστικά του αρρώστου, ενώ η μόνη σχετική ανωμαλία στην ψυχογενή ανορεξία είναι μια προσωρινή ελάττωση των γοναδοτροπινών, που συνοδεύεται από μείωση των οιστρογόνων στα ούρα.⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ – ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ -ΠΡΟΓΝΩΣΗ

6.1. Συμπτώματα –Κλινικά σημεία

Τα κύρια συμπτώματα της νευρογενούς ανορεξίας είναι: απώλεια βάρους, αμηνόρροια, υπερδραστηριότητα, δυσκοιλιότητα (δευτεροπαθής σε διαιτητικούς παράγοντες και έλλειψη απάντησης στο εντερικό αντανακλαστικό αφόδευσης), τριχόπτωση, πόνος στο επιγάστριο, ναυτία, εμετοί, κόπωση, μυϊκή αδυναμία και κάματος (βλ. πίνακα).^{29,31}



Τα συμπτώματα και τα κλινικά σημεία της νευρογενούς ανορεξίας

Συμπτώματα	Κλινικά σημεία
Απώλεια βάρους	Καχεξία
Αμηνόρροια	Υποθερμία
Υπερδραστηριότητα	Βραδυκαρδία
Δυσκοιλιότητα	Υπόταση
Ζάλη	Κυάνωση άκρων
Κατάθλιψη	Οίδημα
Τριχόπτωση	Ψυχρά άκρα
Ωχρο δέρματος	Αλλαγές στα νύχια
Απασχόληση με το φαγητό	Υπερτρίχωση (Χνούδι)
Διάταση κοιλίας και άλγος	Συστολικό καρδιακό φύσημα ²⁹

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

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

- Εμμονή με το σωματικό βάρος
- Εμμονή με τις θερμίδες, τα λίπη, τους υδατάνθρακες
- Απομόνωση και εσωστρέφεια
- Ευερεθιστότητα – Οξυθυμία
- Μεταβολές διάθεσης
- Τελειομανία
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Διαταραχές άγχους και κατάθλιψης²⁷

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

- Υπερβολικά αργή κατανάλωση φαγητού
- Κατακερματισμός της τροφής σε πολύ μικρά κομμάτια
- Κατανάλωση φαγητού με ακατάλληλα σκεύη
- Ασυνήθιστοι συνδυασμοί τροφίμων
- Υπερβολική χρήση μπαχαρικών, ξυδιού, λεμονιού
- Αποφυγή συγκεκριμένων τροφίμων και επιλογή «ασφαλών» τροφίμων
- Μικρή ποικιλία τροφίμων
- Πολύ χαμηλή ή υπερβολική κατανάλωση υγρών με σκοπό είτε να μην «βαρύνει» λόγω του νερού είτε να «φουσκώσει» με την κατανάλωσή του
- Προσπαθεί να κρύψει την τροφή που δεν έχει καταναλώσει²⁷

ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- Απώλεια βάρους
- Αμηνόρροια
- Απώλεια όρεξης
- Ναυτία
- Κοιλιακός πόνος
- Δυσκολία στην κατάποση
- Διαταραχές ύπνου
- Αφυδάτωση
- Απώλεια τριχών κεφαλής και εφηβαίου
- Δέρμα ξηρό με «βρώμικη» όψη
- Lanugo (χνούδι στο πρόσωπο, τους ώμους, την ράχη)
- Τρίχωση στέρνου και κοιλιακής χώρας
- Υποθερμία
- Βραδυκαρδία

- Υπόταση
- Οιδήματα κάτω άκρων
- Οδοντική διάβρωση
- Ζαλάδα και αδυναμία συγκέντρωσης
- Μείωση μυϊκής μάζας
- Καθυστερημένη γαστρική κένωση **à** κορεσμός και φούσκωμα
- Μειωμένη κινητικότητα λεπτού εντέρου **à** δυσκοιλιότητα
- Καθυστέρηση ήβης
- Λιποθυμίες^{27,29}



6.1.1. Φυσική εξέταση

1. Απίσχυση, αφυδάτωση
2. Απώλεια τριχών κεφαλής και εφηβαίου
3. Δέρμα : ξηρότητα, «βρώμικη» όψη, χνούδι προσώπου, ώμων, ράχης, τρίχωση στέρνου, κοιλιακής χώρας
4. Υποθερμία (θερμοκρασία ορθού 36.20 C)
5. Βραδυκαρδία (60 παλμοί / λεπτό), υπόταση < 80/50 mmHg
6. Οιδήματα κάτω άκρων
7. Σημεία οιστρογονικής ανεπάρκειας
(ξηρότητα κόλπου, υποπλαστική μήτρα, οστεοπενία-οστεοπόρωση)^{19,32}

6.1.2. Εργατηριακά ευρήματα

A. ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ:

- Φυσιολογικές τιμές σε πρώιμα στάδια
- Αυξημένη τιμή ουρίας πλάσματος
- Αυξημένη τιμή χοληστερόλης
- Αυξημένες τιμές τρανσαμινασών
- Χαμηλές τιμές ψευδαργύρου
- Υποφωσφαταιμία (όψιμο και δυσμενές εύρημα)¹⁹

B. ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΑ:

- Χαμηλές (πρεεφηβικές τιμές) γοναδοτροπινών
- Χαμηλές τιμές των ορμονών του φύλου (οιστρογόνων, ανδρογόνων)
- Υπερκορτιζολαιμία
- Ελάττωση της θυρεοειδικής λειτουργίας (T3, T4)

Γ. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ:

- Πολύ χαμηλή ΤΚΕ (< 10mm/h)

ΟΨΙΜΑ

- Λευκοπενία
- Θρομβοπενία
- Αναμία

ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου)¹
- Ινοκυστική νόσος²
- Κακοήθειες, νεοπλάσματα εγκεφάλου
- Σύνδρομο απίσχνασης του AIDS
- Σύνδρομο δυσαπορρόφησης
- Ινσουλινοεξαρτώμενος ΣΔ³
- Θυρεοτοξίκωση

¹ Νοσήματα με αυξημένη επίπτωση διατροφικών διαταραχών (comorbidity)

² ό.π.

³ ό.π.

- Παρασιτώσεις πεπτικού
- Κατάθλιψη
- Σχιζοφρένεια
- Νευρώσεις
- Διαταραχή προσωπικότητας
- Χρήση ουσιών¹⁹

6.2. Πρόγνωση της νευρογενούς ανορεξίας

Εκείνο που είναι δύσκολο να προσδιοριστεί είναι η πρόγνωση της διαταραχής, που ενδεχομένως εξαρτάται από την υποδομή της προσωπικότητας. Μια οριακή ή ψυχωτική δομή συνεπάγεται μιαν αινιγματική και συχνά απαισιόδοξη πρόγνωση. Η πορεία της διαταραχής μπορεί να είναι επεισοδιακή ή χωρίς ύφεση ως το θάνατο από αστία.⁷



Η πρόγνωση γενικά για τους ασθενείς με νευρογενή ανορεξία χωρίς θεραπεία είναι πολύ πτωχή. Παράγοντες που σχετίζονται με κακή πρόγνωση είναι η έναρξη σε μεγάλη ηλικία (όσο μικρότερης ηλικίας είναι ο ασθενής, τόσο λιγότερες και ευκολότερα αντιμετωπίσιμες είναι οι ψυχιατρικές δυσκολίες), η μακρά ασθένεια, οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, η χρήση καθαρτικών, η άρνηση του ασθενή να τρώει παρουσία άλλων, η πτωχή λειψωτική προσαρμογή κατά την παιδική ηλικία και οι κοινές σχέσεις με τους γονείς).

Η ασθένεια συνεπάγεται θανάσιμο κίνδυνο. Μελέτες που περιέλαβαν μεγάλο αριθμό ατόμων μιλούν για ποσότητα θανάτου της τάξης του 0 έως 8% στις σοβαρές μορφές. Όμως στην νευρογενή ανορεξία της εφηβείας υπάρχει μεγάλη ποικιλία έντασης και σοβαρότητας, που εξηγεί τις διαφορές της θεραπευτικής αντιμετώπισης ανάλογα με τη μέθοδο που ακολουθεί ο γιατρός. Πίσω από αυτή την ποικιλία υπάρχει ενότητα συμπτωμάτων και αναμφίβολα ψυχοπαθολογική ενότητα.

Η έκβαση της νευρογενούς ανορεξίας ακολουθεί γενικά τον κανόνα: 1/3 ίαση, 1/3 βελτίωση και 1/3 χρονικότητα. Σε μια ανασκόπηση ασθενών που νοσηλεύτηκαν για θεραπεία νευρογενούς ανορεξίας, μετά από τουλάχιστον 4 έτη, στο 44% η έκβαση εκτιμήθηκε ως «καλή», με φυσιολογική εμμηνορρησία και ικανοποιητική αύξηση βάρους, στο 27% ως «μέτρια», με διαταραχές της εμμηνορρησίας και μικρή αύξηση βάρους, στο 24% ως «κακή», με αμηνόρροια και μικρή απώλεια βάρους. Συγκριτικές μελέτες σε ασθενείς που βρισκόντουσαν κάτω από συστηματική και μη συστηματική θεραπεία δείχνουν σαφώς ότι οι συστηματικά αντιμετωπισμένες ασθενείς έχουν μια θνητότητα 5% έναντι 12% της ομάδας σύγκρισης. Οι έφηβες με νευρογενή ανορεξία έχουν καλύτερη πρόγνωση από τους ενήλικες, επειδή παρουσιάζουν συνήθως λιγότερα σοβαρές ψυχιατρικές επιπλοκές. Επίσης και το κατάλληλο υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον συντείνει στην επιτυχημένη αποθεραπεία και στην καλή πρόγνωση.^{33,34}

Όσον αφορά την πρόγνωση συμπερασματικά αναφέρουμε τα πιο κάτω στοιχεία¹⁹:

- Πλήρης αποκατάσταση: 40%
- Βελτίωση: 30%
- Μη βελτίωση: 20%
- Θνητότητα: 5-10%

- Αίτια θανάτου: αυτοκτονία, καρδιακή αρρυθμία, επιπλοκές επανασίτισης, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, λοιμώξεις

- Επιβαρυντικοί παράγοντες :
 - Όψιμη διάγνωση
 - Ανδρικό φύλο
 - Μεγαλύτερη ηλικία εμφάνισης
 - Βουλιμικός τύπος¹⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ – ΣΤΑΔΙΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

7.1. Επιπτώσεις της νόσου

‘Νευρική Ανορεξία’ φαίνεται να σημαίνει ‘έλλειψη της όρεξης για νευρικούς λόγους’ αλλά αυτό είναι τόσο πραγματικό γιατί το άτομο έχει πράγματι χάσει την ικανότητα να επιτρέπει στον εαυτό του να ικανοποιήσει την όρεξή του. Εστιάζουν στο φαγητό σε μια προσπάθεια να ανταπεξέλθουν με την ζωή περιορίζοντας τις ποσότητες που τρώνε και πίνουν, μερικές φορές σε επικίνδυνο επίπεδο.

Είναι ένας τρόπος να δείξουν ότι έχουν τον έλεγχο του βάρους του σώματος τους και του σχήματος τους. Ωστόσο, η διαταραχή από μόνη της παίρνει τον έλεγχο από το άτομο και οι χημικές αλλαγές που προκαλούνται στο σώμα επηρεάζουν τον εγκέφαλο κάνοντας αδύνατον για το άτομο να πάρει λειτουργικές αποφάσεις για το φαγητό. Καθώς η διαταραχή εξελίσσεται, πολλά άτομα υποφέρουν από εξάντληση λόγω της ασιτίας.²⁰

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

Στη 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 καθαρτικών²⁰

Στο σώμα φανερώνονται στοιχεία:

- Στους ενήλικες, ακραία απώλεια βάρους, στα παιδιά και 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, δύσχρωμο δέρμα
- Διακοπές στο εμμηνοιακό κύκλο ή αμηνόρροια
- Χάσιμο της λίμπιντο
- Μείωση της οστεϊκής μάζας και τελικά οστεοπόρωση^{20,33}

Η ψυχολογία του ατόμου χαρακτηρίζεται από:

- Έντονο φόβο 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 στην διάθεση²⁰

7.1.1. Μακροπρόθεσμες συνέπειες της ψυχογενούς ανορεξίας

Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της ανορεξίας επάνω στο σώμα και στο μυαλό μπορεί να είναι σοβαρές. Ευτυχώς πολλές από εκείνες τις συνέπειες είναι αναστρέψιμες – από την στιγμή που το σώμα πάρει τα απαραίτητα συστατικά και τα λαμβάνει σε συχνά διαστήματα.

Από την στιγμή που το άτομο βρίσκεται στο μονοπάτι της ανάρρωσης, παίρνει μερικές εβδομάδες ή μήνες στο σώμα και στο μυαλό να προσαρμοστεί στην νέα πραγματικότητα. Τρώγοντας και πίνοντας με συχνότητα μπορεί να προκαλέσει στο σώμα μια αίσθηση φουσκώματος όπου είναι παροδική. Η προσωπικότητα του ατόμου και οι αλλαγές στην διάθεσή του χρειάζονται επίσης λίγο χρόνο για να βελτιωθούν, εξαρτώμενα από τις συναισθηματικές δυσκολίες συσχετιζόμενα με την Νευρική ανορεξία όπου το άτομο αντιμετωπίζει.³³

7.1.2. Επιπτώσεις στην οικογένεια

Η ανορεξία δεν επηρεάζει μόνο το πρόσωπο το οποίο υποφέρει από τη διαταραχή – ολόκληρη η οικογένεια επηρεάζεται. Κάθε οικογένεια είναι

διαφορετική αλλά μερικά κοινά στοιχεία έχουν βρεθεί. Τα άτομα τα οποία έχουν αναπτύξει ανορεξία συνήθως ως παιδιά συμμορφώνονταν με όλες τις οδηγίες και υπήρξαν υπάκουα. Ήταν πολύ λιγότερο πιθανόν να θυμώσουν και είχαν την τάση να ευχαριστούν τους άλλους. Έχουν μάθει να κρύβουν τα συναισθήματα τους και τις ανησυχίες τους.²⁰

7.3. Διαφοροποιήσεις στα συμπτώματα

7.3.1. Άλλες μορφές διατροφικών διαταραχών

Καταστάσεις σύνθετες όπως οι διατροφικές διαταραχές αναπόφευκτα παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις στα συμπτώματα όπως παρουσιάζονται στο κάθε άτομο. Για αυτό μερικές φορές εμφανίζεται η συνολική εικόνα των συμπτωμάτων να διαφέρει από άτομο σε άτομο, π.χ. μια γυναίκα με νευρική ανορεξία πιθανόν να έχει ακανόνιστη περίοδο και άλλη να μην παρουσιάζει αυτό το σύμπτωμα. Όπως επίσης τα βουλιμικά επεισόδια διακρίνονται από πολύ μεγάλη συχνότητα μέσα στην ίδια μέρα και μέχρι 2 φορές μέσα στην εβδομάδα. Τέτοιες περιπτώσεις ταξινομούνται ως «μερικώς σύνδρομο».

Επίσης υπάρχουν περιπτώσεις που παρουσιάζουν μικτά συμπτώματα δύο διατροφικών διαταραχών. Συνήθης είναι η περίπτωση της «Βουλιμο - Ανορέξιας». Έτσι, η θεραπευτική παρέμβαση σε τέτοιες περιπτώσεις απαιτεί εξαιρετικά ειδικευμένους και έμπειρους ψυχολόγους λόγω της πολυπλοκότητας της διαταραχής.³³

7.2. Στάδια ψυχογενούς ανορεξίας

Προκειμένου να γίνει κατανοητή η ψυχογενής ανορεξία, μπορούμε να διαιρέσουμε την πρόοδο της διαταραχής σε τέσσερα στάδια. Αυτά τα στάδια καθορίζουν τη διαταραχή καθώς οι σκέψεις, τα συναισθήματα και η προσωπικότητα του ασθενούς διαστρεβλώνονται.³⁵

Η εξέλιξη της ψυχογενούς ανορεξίας χαρακτηρίζεται ιατρικά από απώλεια βάρους, ακολουθούμενη από μείωση της θερμοκρασίας του σώματος, μείωση της αρτηριακής πίεσης, επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού, απώλεια της εμμηνορρυσίας, λέπτυνση της τρίχας, κόπωση και άλλα σημάδια υποσιτισμού. Καθώς ο ανορεξικός ασθενής συνεχίζει να χάνει βάρος, νέα συμπτώματα

παρουσιάζονται και επιδεινώνονται συνεχώς. Το τελικό, θανάσιμο στάδιο για τους ανορεξικούς ασθενείς είναι η ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια και τελικά η καρδιακή ανεπάρκεια.³⁵

Η αντίστοιχη εξέλιξη σε επίπεδο συμπεριφοράς του ασθενούς περιλαμβάνει συνεχή μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων, πιθανή αύξηση της έντασης της άσκησης και επιπρόσθετες προσπάθειες απώλειας βάρους όπως κατάχρηση καθαρτικών, προκειμένου να «ξεπλένεται» ο οργανισμός από την τροφή, και διουρητικών ώστε να αφυδατώνεται το σώμα, δημιουργώντας τη λανθασμένη αντίληψη μείωσης του σωματικού βάρους. Όλα αυτά συνδυάζονται με έναν παράλογο φόβο των πρωτεϊνούχων τροφίμων και με αντικατάσταση της ζάχαρης με τεχνητές γλυκαντικές ουσίες και καταλήγουν σε ένα σοβαρά υποσιτισμένο οργανισμό, με ανεπάρκεια πρωτεϊνών, υπερβολικά γυμνασμένο, άλλα με ανεπαρκή μυϊκή μάζα.³⁵

ΣΤΑΔΙΟ 1ο: ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ (THE ACHIEVEMENT STAGE)

Η ψυχογενής ανορεξία τυπικά ξεκινά με την επιθυμία του ατόμου να χάσει βάρος, να είναι λεπτό ώστε να είναι κοινωνικά αποδεκτό από τους τριγύρω του. Αυτό το στάδιο της ασθένειας δεν υποδεικνύει υπερβολική ή αφύσικη συμπεριφορά. Αντιθέτως, το άτομο δείχνει να συμβαδίζει με τη σύγχρονη αντίληψη ότι είναι ανεπίτρεπτο να προσλαμβάνει κανείς βάρος με πιθανό αποτέλεσμα την παχυσαρκία.

Η πλειοψηφία των υπέρβαρων ατόμων βρίσκει τις δίαιτες βαρετές και καταθλιπτικές και θεωρεί ότι η διαίτα στερεί μία από τις απολαύσεις της ζωής που δεν είναι άλλη από το φαγητό. Έτσι, οι περισσότεροι είτε παραιτούνται της διαίτας πριν καν φτάσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα ή εφόσον φτάσουν στο επιθυμητό τους βάρος, υιοθετούν εξαρχής τις παλιές τους διατροφικές συνήθειες με αποτέλεσμα να προσλάβουν το βάρος που έχασαν. Όμως η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων αυτών δεν είναι συναισθηματικά προδιατεθειμένοι απέναντι στην ανορεξία. Τα άτομα που είναι προδιατεθειμένα απέναντι στην ψυχογενή ανορεξία είναι τελειομανείς και διοχετεύουν όλες τις δυνάμεις τους στην προσπάθεια για την επίτευξη του στόχου τους, δηλαδή την απώλεια βάρους. Καθώς το τελειομανές άτομο συνεχίζει να χάνει βάρος τηρώντας αυστηρά τη διαίτά του, επιβραβεύεται από το περιβάλλον του με επαίνους και εκδηλώσεις θαυμασμού ή ζήλιας. Το άτομο

νιώθει ότι επιτυγχάνει το στόχο του και' το αίσθημα αυτό ενισχύει την επιμονή του στην περιοριστική διατροφική του συμπεριφορά. Οι κρίσεις πείνας μοιάζουν με φτηνά ανταλλάγματα που πρέπει να πληρώσει έναντι των συναισθημάτων αρετής και επιτυχίας και συχνά μεταφράζονται σαν αποδείξεις της επιτυχίας του.³⁵

2^ο ΣΤΑΔΙΟ: ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ - ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΜΟΥ (THE SECURITY - COMPULSIVE STAGE)

Το δεύτερο στάδιο ξεκινά με στόχο την απώλεια ενός κιλού την εβδομάδα. Η ιδέα του ιδανικού βάρους εξαφανίζεται και το άτομο όσο λεπτότερο γίνεται, τόσο παχύτερο νιώθει. Παράλληλα αρχίζει να μετράει την περιφέρειες των βραχιόνων, της μέσης, των μηρών του, δοκιμάζει ρούχα σε ολοένα και μικρότερα νούμερα, συγκρίνει τον εαυτό του με όσους ανθρώπους βλέπει και φαντάζεται ότι είναι παχύτερο από όλους. Αυτή η διαταραχή αντίληψης του σωματικού μεγέθους επινοείται από το ίδιο το άτομο, προκειμένου να έχει λόγο να εμμείνει στην «αποστολή» απώλειας βάρους. Οπότε, το άτομο ενισχύει τις προσπάθειές του περπατώντας περισσότερο ή προσθέτοντας υπερβολικά παραπάνω άσκηση στο πρόγραμμά του γενικότερα, ενώ στόχος γίνεται πλέον η απώλεια περισσότερων από ένα κιλών την εβδομάδα. Ο ανορεξικός, αντίθετα με τα φυσιολογικά άτομα που κάνουν δίαιτα, θεωρεί κάθε κιλό που χάνει ένδειξη ότι πρέπει να χάσει περισσότερο.^{33,35}

Το άτομο εστιάζει στον καταναγκασμό για απώλεια βάρους που νιώθει, σαν να έχουν εξαφανιστεί όλα τα υπόλοιπα προβλήματά του και το μόνο που υπάρχει ακόμα είναι το να χάσει βάρος. Η απώλεια βάρους γίνεται εμμονή στην οποία ο ανορεξικός βρίσκει καταφύγιο και μ' αυτόν τον τρόπο μειώνει το άγχος και τις ανησυχίες του. Αναγκάζεται να χρησιμοποιεί επανειλημμένα τις καταναγκαστικές συμπεριφορές απώλειας βάρους για να περιορίσει τους έμμοιους φόβους του που τον κατακλύζουν με άγχος.

Όλη αυτή η πνευματική δραστηριότητα αφήνει πολύ λίγο ελεύθερο χρόνο για φίλους και συγγενείς. Ο ανορεξικός σ' αυτό το στάδιο έχει αρχίσει να αποσυνδέεται συναισθηματικά από τους άλλους καθώς στρέφεται προς τα ενδόμυχά του, στη μάχη του ενάντια στην πείνα. Αυτό το αίσθημα της πείνας είναι στην πραγματικότητα μήνυμα από τον εγκέφαλο του ανορεξικού ότι επιπλέον απώλεια βάρους θα

οδηγήσει σε ανικανότητα του σώματος να διατηρεί ομοιόσταση, σταθερή θερμοκρασία, σταθερή αρτηριακή πίεση, σταθερό καρδιακό ρυθμό και να μη χάνει μυϊκή μάζα. Στη φάση αυτή της εξέλιξης της ψυχογενούς ανορεξίας σχηματίζονται πτυχές στο δέρμα των κλειδώσεων του αγκώνα, του γόνατου και της μασχάλης, διότι το σώμα του ασθενούς έχει συρρικνωθεί περισσότερο απ' όσο μπορεί να συσταλθεί το δέρμα του. Βέβαια, το άτομο θεωρεί ότι οι πτυχές στο δέρμα του προκλήθηκαν από το πάχος.³³

Καθώς ο ανορεξικός γίνεται λεπτότερος, είναι ανίκανος να σκεφτεί οτιδήποτε άλλο εκτός από το φαγητό. Ο εγκέφαλός του προσαρμόζεται στα ερεθίσματα που λαμβάνει, όπως το αίσθημα της έντονης πείνας, το οποίο πλέον είναι απαραίτητο να υπάρχει για τον ασθενή. Το άτομο σκέφτεται συνέχεια το φαγητό και το πώς θα απαλλαγεί απ' αυτό. Η εμμονή του αυτή συχνά εκφράζεται με ένα πάθος για τη συλλογή συνταγών και την παρασκευή περίπλοκων γευμάτων για τους άλλους. Προκειμένου ο ίδιος να αποφύγει την κατανάλωση θερμίδων, κρύβει στο σπίτι, στις τσάντες και στις τσέπες του τα προς κατανάλωση τρόφιμα, ώστε οι γύρω του να νομίζουν ότι έχουν καταναλωθεί. Τεμαχίζει το φαγητό του σε μικρά κομμάτια και διαθέτει πολύ χρόνο τακτοποιώντας τα κομμάτια στο πιάτο του. Όταν του γίνεται παρατήρηση γι' αυτή του τη συμπεριφορά, ο ανορεξικός ασθενής την αρνείται ή τη χαρακτηρίζει φυσιολογική. Παράλληλα, το άτομο αναπτύσσει διαταραχή ύπνου, και το μυαλό του στοιχειώνεται από σκέψεις για φαγητό. Οι σκέψεις αυτές για το ίδιο το άτομο μεταφράζονται σε ανεπτυγμένη όρεξη στην οποία αν ενδώσει θα οδηγηθεί σταδιακά στην παχυσαρκία. Ο όρος «ανορεξία», που σημαίνει απώλεια της όρεξης, είναι παραπλανητικός. Η απώλεια της όρεξης είναι κατά κανόνα σπάνια, μέχρι τα προχωρημένα στάδια της διαταραχής. Το μυαλό και το σώμα του ανορεξικού στέλνουν μηνύματα για να σταματήσει τη λιμοκτονία και να σωθεί από το θάνατο. Το άτομο όμως που πάσχει από ψυχογενή ανορεξία βρίσκεται σε σύγχυση και διπλασιάζει τις προσπάθειές του να χαλιναγωγήσει την ήδη πενιχρή πρόσληψη τόσο τροφής όσο και ποτών. Οι περισσότεροι ανορεξικοί αναπτύσσουν φοβίες και για τις υγρές και για τις στερεές τροφές.³⁵

Με τον καιρό οι φοβίες του ατόμου που πάσχει από ψυχογενή ανορεξία πολλαπλασιάζονται. Έτσι ο ανορεξικός μπορεί να παρουσιάσει φοβία πάχους, φοβία φαγητού, φοβία πρόσληψης βάρους, φοβία αύξησης όρεξης, φοβία αργού μεταβολισμού. Το τελευταίο δεν είναι απλώς μια φοβία του ασθενούς. Πραγματικά

καθώς το άτομο χάνει βάρος ή όταν φτάνει σε απίσχναση, ο οργανισμός καταναλώνει λιγότερες θερμίδες ανά κιλό σωματικού βάρους στην προσπάθειά του να διατηρηθεί εν ζωή μέχρι η τροφή να γίνει διαθέσιμη ξανά. Το σώμα δηλαδή προβαίνει σε μια κάποιου είδους τακτική οικονομίας. Καθώς η πρόσληψη θερμίδων δεν επαρκεί, η θερμοκρασία του σώματος είναι αδύνατον να διατηρηθεί στους 37° C, και το άτομο κρυώνει συνεχώς. Για τον ίδιο λόγο το άτομο παρουσιάζει υπόταση, η οποία είναι πιθανό να του προκαλεί ζαλάδα. Επίσης εξαιτίας της χαμηλής θερμοϊδικής πρόσληψης και ο καρδιακός ρυθμός είναι χαμηλότερος του φυσιολογικού, με αποτέλεσμα η καρδιά να συρρικνώνεται και ο αριθμός των παλμών ανά λεπτό να ελαττώνεται. Και οι αποθήκες πρωτεϊνης μειώνονται, έτσι ο οργανισμός δεν καταναλώνει πρωτεϊνες για λειτουργίες πέραν των βασικών όπως η ανάπτυξη των μαλλιών, που συχνά γίνονται λεπτότερα και αδύναμα. Ο έμμηνος κύκλος απαιτεί ικανές ποσότητες θερμίδων, πρωτεϊνών και σιδήρου προκειμένου να διατηρηθεί, αλλά ο οργανισμός διακόπτει αρκετές ζωτικές λειτουργίες για να διατηρηθεί ζωντανός. Όλες αυτές τις σωματικές αλλαγές, δυστυχώς, ο ανορεξικός τις μεταφράζει λανθασμένα. Πιστεύει ότι χρειάζεται λιγότερες θερμίδες για να τραφεί και νομίζει ότι απλώς έχει έντονη όρεξη την οποία πρέπει να καταπολεμά διότι αν υποκύψει σ' αυτήν θα προσλάβει βάρος και θα καταντήσει παχύσαρκος.^{33,35}

Το άτομο προσπαθεί με το να τρώει όσο το δυνατόν λιγότερο και να ασκείται παράλληλα, να νιώθει σιγουριά και ασφάλεια, και αυτός είναι ο μόνος τρόπος για να νιώσει ασφαλής ο ανορεξικός. Η εμμονή του αυτή να επιτυγχάνει την ασφάλεια δια των φόβων του, οδηγεί στην υιοθέτηση διαρκώς διευρυνόμενων προστατευτικών συμπεριφορών, τις οποίες όμως καταναγκάζεται να εφαρμόζει.

Το στάδιο αυτό είναι μια διαρκώς αυξανόμενη, απελπισμένη προσπάθεια από πλευράς ασθενούς να αποφύγει την ανασφάλεια, η οποία είναι καταδικασμένη εξαρχής σε αποτυχία. Το άτομο καταλήγει με εμμονές, καταναγκασμούς, απομακρυσμένο από τον περίγυρό του, ντροπισμένο, αποκαρδιωμένο και με μελαγχολικό.³⁵

3^ο ΣΤΑΔΙΟ: ΤΟ ΚΑΤΗΓΟΡΗΜΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ (THE ASSERTIVE STAGE)

Συχνά, τα άτομα που αναπτύσσουν ψυχογενή ανορεξία, είθισται να είναι ευγενικά, προστατευτικά, συγκαταβατικά, υπάκουα, ευχάριστα άτομα που αποφεύγουν τις διαμάχες και τις συγκρούσεις, και που δεν έτυχαν αρκετής προσοχής στα πλαίσια της οικογενείας τους, που συνήθως είναι καταπιεστική. Το τρίτο στάδιο αναπτύσσεται όταν το άτομο που πάσχει από Ψυχογενή Ανορεξία δέχεται κριτική για το πόσο αδύνατο έχει γίνει από πολλούς ανθρώπους γύρω του. Έχει παραβλέψει τις συμβουλές τους και τώρα οι απαιτήσεις τους να προσλάβει ο ανορεξικός βάρος ανανεώνονται. Στο σημείο αυτό, το άτομο συνειδητοποιεί ότι είναι πιθανώς η πρώτη φορά που είναι ανυπάκουο σε όλο του το περιβάλλον. Δε φοβάται πλέον να συγκρουστεί και δεν ανησυχεί για το τι σκέφτεται ο οποιοσδήποτε για τις πράξεις του. Δεν νιώθει πια καμία υποχρέωση να ευχαριστεί τους άλλους. Ωστόσο, γνωρίζει ότι νιώθει ήρεμος και ασφαλής με την προσφάτως ευρεθείσα ανυπακοή μόνο γιατί τη χρησιμοποιεί για να αμυνθεί και να κρύψει την ανορεξία. Το άτομο νιώθει υποσυνείδητα νέο συναίσθημα ενδυνάμωσης, ακόμα κι αν περιορίζεται σ' αυτόν τον τομέα, ο οποίος πλέον έχει γίνει ο σημαντικότερος της ζωής του. Ο ανορεξικός φανερώνει στο περιβάλλον του ότι έχει φτάσει στο τρίτο στάδιο όταν αρχίζει να απαιτεί ιδιαίτερες προϋποθέσεις για να φάει. Επί- παραδείγματι, μπορεί να πηγαίνει τους οικείους του από εστιατόριο σε εστιατόριο, ψάχνοντας για το τέλειο, εντελώς άπαχο μενού ή πιάτο. Στο σπίτι, μπορεί να στέκεται δίπλα σε όποιον παρασκευάζει το γεύμα, ώστε να σιγουρευτεί ότι δεν προστίθενται κρυφά επιπλέον θερμίδες στο γεύμα του. Ταυτόχρονα, γίνεται επιθετικός σε συζητήσεις που αφορούν στο σωματικό του βάρος και υποστηρίζει ότι πρέπει να ζυγίζει λιγότερο και ότι είναι παχύς και όχι αδύνατος όπως νομίζουν οι άλλοι.^{35,36}

Το ίδιο το άτομο πιστεύει ότι οι υπόλοιποι ζηλεύουν τη δύναμη της θέλησης και την ισχύότητά του και θέλουν να το ωθήσουν στην παχυσαρκία. Ο ανορεξικός νιώθει υπερβολικό και διαρκώς αυξανόμενο θυμό όταν παραβιάζονται οι επιθυμίες του που αφορούν στη διαδικασία της σίτισης. Ίσως να ζητάει να μη βρίσκεται κανείς στην κουζίνα όταν γευματίζει ή η κουζίνα να μη βρίσκεται στο βεληνεκές της όρασης ή της ακοής οποιουδήποτε βρίσκεται μες στο σπίτι όση ώρα ο ίδιος τρώει. Αν η οικογένεια ακολουθήσει α~τές τις τυραννικές διαταγές, μπορεί να καταλήξει εκτός σπιτιού προκειμένου να φάει το άτομο που πάσχει από ψυχογενή ανορεξία.

Βέβαια, η οικογένεια του ανορεξικού φοβάται να παραβεί τις εντολές του διότι κατά βάση φοβούνται την περαιτέρω απώλεια βάρους. Δεν έχουν εμπειρία στην αντιμετώπιση του ανορεξικού, καθώς αυτός ήταν πάντα ευγενικό άτομο. Ο δε ανορεξικός, είναι ενθουσιασμένος με την προσφάτως ανακαλυφθείσα δύναμή του, άλλωστε από αυτή τη δύναμη αντλεί την επιβεβαίωση που έψαχνε καιρό. Αυτή την απόλυτη και ακραία αντιδραστική συμπεριφορά, ο ανορεξικός τη χρησιμοποιεί μόνο σε ότι αφορά τη διατροφή και το βάρος του και κυρίως στο οικείο του περιβάλλον. Όταν βρίσκεται εκτός σπιτιού και ασχολείται με άλλα θέματα, συνεχίζει να είναι ο πρᾶος, χαρούμενος, υποχωρητικός άνθρωπος που ήταν ανέκαθεν, παρόλο που η αίσθηση του χιούμορ και η φιλική του συμπεριφορά στο σχολείο ή τη δουλειά έχουν πλέον επισκιαστεί από τη μόνιμη επαγρύπνηση του φαγητού και του βάρους. Αυτό το κατηγορηματικό (assertive) στάδιο προειδοποιεί την οικογένεια και το οικείο περιβάλλον του ασθενούς για την επιμονή της ασθένειας και είναι η κυριότερη ένδειξη ότι ο εφιάλτης της ανορεξίας έχει αρχίσει. Ο ανορεξικός από τη μεριά του είναι ευτυχής και ενθουσιασμένος με το νέο του εαυτό. Η ασθένεια του παρέχει μια αίσθηση δύναμης την οποία δεν προέβλεπε όταν ξεκίνησε να χάνει βάρος. Η ιδιαίτερη ισχύότητά του έχει γίνει η ιδιαίτερη επιβεβαίωσή του.³⁵

4^ο ΣΤΑΔΙΟ: ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΨΕΥΔΟ - ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ (THE PSEUDO - IDENTITY STAGE)

Αργά ή γρήγορα, η απώλεια βάρους του ανορεξικού γίνεται εμφανής στην οικογένεια και τον κοινωνικό του περίγυρο, οι οποίοι προσαρμόζονται μαθαίνοντας να το «δέχονται». Η ανορεξία δεν προσφέρει καμία μυστικότητα. Ορισμένα θύματα κρύβουν την ιδιαίτερη ισχύότητά τους κάτω από στρώσεις ενδυμάτων, ενώ άλλοι νιώθουν υπερήφανοι και επιδεικνύουν το σώμα τους όσο το δυνατόν περισσότερο φορώντας ρούχα όπως: κοντά παντελόνια και κοντά μπλουζάκια το καλοκαίρι και στενά κολλητά παντελόνια το χειμώνα. Αυτή η επιδειξιμανία γίνεται ένα όπλο - μια κήρυξη πολέμου ενάντια στους άλλους, ως δήλωση του ποιος έχει τη μεγαλύτερη δύναμη θέλησης, ποιος μπορεί να ελέγξει καλύτερα την όρεξή του. Ίσως αυτό εξηγεί την εχθρότητα που βιώνουν κάποιοι άνθρωποι με την επίδειξη της ισχύτητας. Και ενώ οι συγγενείς και οι φίλοι παρακολουθούν το «υπό εξαφάνιση» άτομο με

απογοήτευση και ανησυχία, κάποιιο άλλοι ανταγωνίζονται την παθολογική κατάσταση συναγωνισμού του ασθενούς. Όμως όλοι - φίλοι, δάσκαλοι, γιατροί, σύμβουλοι και συγγενείς - αναφέρονται στον ασθενή ως «ο ανορεξικός». Ανεξάρτητα από το είδος της αντίδρασης, είτε είναι θυμός, είτε είναι ανησυχία ή απογοήτευση, όλοι αντιδρούν. Ο ασθενής απ' τη δική του σκοπιά έχει πετύχει αυτό που νομίζει ότι είναι η ταυτότητά του, έναν τρόπο να είναι γνωστός ως ξεχωριστός, ως διαφορετικός. Αυτή η ψευδο - ταυτότητα γεμίζει την κενότητα που κρυφά ένιωθε για καιρό ο ασθενής.

Αυτό το τέταρτο στάδιο δε χαρακτηρίζεται από νέες συμπεριφορές, αλλά μάλλον από την καινούρια αίσθηση δύναμης που νιώθει ο ανορεξικός, τη «φήμη» του, που έχει σηματοδοτήσει μια βαθιά πεποίθηση ότι βρίσκεται στο σωστό δρόμο. Τώρα νιώθει ότι η προσωπικότητά του έχει επίδραση και διακρίνεται καθαρά από τους άλλους. Εκτιμά το νέο του αυτό-προσδιορισμό, αλλά τα «επιτεύγματά» του σπανίως εκτιμώνται σε συνειδητό επίπεδο. Ο ανορεξικός, χωρίς αμφιβολία, δεν εναντιώνεται στις περιγραφές και τις γενικότητες που τον παρουσιάζουν πονηρό και παραπλανητικό. Άλλωστε ενδέχεται να μη γνωρίζει καν ότι οι άλλοι τον χαρακτηρίζουν έτσι.³⁶

Ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια ώστε να γνωρίσει τις ανάγκες του και τις παθολογικές δοκιμασίες στις οποίες έχει υποβάλλει τον εαυτό του, και τη βοήθεια αυτή μπορεί να του την προσφέρει μόνο η ψυχοθεραπεία. Με τη βοήθεια ειδικών θα ανακαλύψει εναλλακτικούς, πιο υγιεινούς τρόπους να πετύχει τους στόχους του. Μέσα στις ανάγκες του ασθενούς συγκαταλέγονται και ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης και προσήλωσης με τα άτομα που θα τον βοηθήσουν σε αυτή τη διαδικασία. Ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια ώστε να γνωρίσει τις ανάγκες του και τις παθολογικές δοκιμασίες στις οποίες έχει υποβάλλει τον εαυτό του, και τη βοήθεια αυτή μπορεί να του την προσφέρει μόνο η ψυχοθεραπεία. Με τη βοήθεια ειδικών θα ανακαλύψει εναλλακτικούς, πιο υγιεινούς τρόπους να πετύχει τους στόχους του. Μέσα στις ανάγκες του ασθενούς συγκαταλέγονται και ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης και προσήλωσης με τα άτομα που θα τον βοηθήσουν σε αυτή τη διαδικασία. Ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια ώστε να γνωρίσει τις ανάγκες του και τις παθολογικές δοκιμασίες στις οποίες έχει υποβάλλει τον εαυτό του, και τη βοήθεια αυτή μπορεί να του την προσφέρει μόνο η ψυχοθεραπεία. Με τη βοήθεια ειδικών θα ανακαλύψει εναλλακτικούς, πιο υγιεινούς τρόπους να πετύχει τους στόχους του.

Μέσα στις ανάγκες του ασθενούς συγκαταλέγονται και ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης και προσήλωσης με τα άτομα που θα τον βοηθήσουν σε αυτή τη διαδικασία.³⁶

Η διαταραχή όμως χειροτερεύει. Τα θύματα δεν ξεπερνούν απλά την κατάσταση καθώς μεγαλώνουν. Αν και υπάρχει μια μειονότητα που αναρρώνει χωρίς τη βοήθεια άλλων, εκτιμάται ότι το 70% των ανορεξικών ποτέ δε συνέρχεται εντελώς και ότι το ποσοστό θνησιμότητας της ψυχογενούς ανορεξίας αγγίζει το 9%.

Η απάντηση ίσως να βρίσκεται στη φύση της ασθένειας. Καθώς η διαταραχή εξελίσσεται, γίνεται πιο πολύτιμη για την προσωπικότητα του ασθενούς, παρά τα όσα χάνονται σε επίπεδο σωματικής υγείας, σχέσεων και αληθινών επιτεύξεων. Η ανορεξία ξεκινά από την επιθυμία ενός αδύνατου σωματότυπου, την ανάγκη ενός αισθήματος ασφάλειας - σιγουριάς ώστε να περιοριστούν στο ελάχιστο οι ανασφάλειες, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και οι ανησυχίες για το μέλλον. Το αποτέλεσμα της ανορεξικής συμπεριφοράς παράγει μια αίσθηση επιβεβαίωσης και ταυτότητας. Το να αναρρώσει κανείς από την ψυχογενή ανορεξία σημαίνει το να χάσει προσωρινά τον εαυτό του και όσα έχει]ε.τύχει δια μέσου της ασθένειας.^{36,37}

Σ' αυτό το σημείο διευκρινίζεται ότι η συμπεριφορά ενός ανορεξικού μπορεί έως ένα σημείο να ομοιάζει με τις συμπεριφορές ατόμων που υποκύπτουν στην τρέχουσα τάση προς την υγιεινή διατροφή και την άσκηση. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να αποτρέπονται τα άτομα από την υγιεινή διατροφή και σωματική δραστηριότητα, καθώς αυτές οι πρακτικές βελτιώνουν την ποιότητα ζωής και χαρίζουν καλή υγεία και μακροβιότητα. Αυτό που πρέπει να αποφεύγεται σε κάθε περίπτωση είναι η υπερβολή και η επιβολή περιορισμών αυστηρών και ανούσιων.³⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΠΟΡΕΙΑ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

8.1. Πορεία νόσου – Επιπλοκές

■ **Περιοριστικός τύπος:**

1. Καταστολή του μυελού των οστών
(αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία)
2. Ανοσοανεπάρκεια (διαταραχή της χυμικής και κυτταρικής ανοσίας)
3. Λοιμώξεις (όταν απώλεια βάρους < 40% του βάρους σώματος)
4. Κλινική εκδήλωση ανεπάρκειας ψευδαργύρου (αργή επούλωση των πληγών, ψυχικές διαταραχές)
5. Υποφωσφαταιμία : καρδιακή ανεπάρκεια, καταστολή ΚΝΣ, αιμολυτική αναιμία, ραβδομύλυση

■ **Βουλιμικός τύπος:**

- Πρόκληση εμέτου και χρήση καθαρτικών : απώλεια υγρών – υποογκαιμία
- Παραγωγή αλδοστερόνης από τους νεφρούς (δευτεροπαθής υπεραλδοστερονισμός)
- Αποκατάσταση όγκου και μικρή κατακράτηση υγρών
- Πανικός ασθενούς, πρόκληση εμέτων και κατάχρηση καθαρτικού (εως 60 δόσεις ημερησίως !!!)¹⁹

8.1.1. Σοβαρές επιπλοκές που απειλούν τη ζωή

■ **Βουλιμικός τύπος:**

A. Πρόκληση εμέτων

- Υποογκαιμία
- Υπονατριαιμία, υποκαλιαίμια
- Υποχλωραιμική μεταβολική αλκάλωση
- Κατάχρηση ιπεκακουάνας – μυοκαρδιοπάθεια

Β. Κατάχρηση καθαρτικών

- Υποογκαιμία
- Μεταβολική οξέωση
- Υποκαλιαιμία (< 15 mEq/Lit σε τυχαίο δείγμα ούρων)

Γ. Κατάχρηση διουρητικών

- Υπερχλωραιμική οξέωση
- Υπονατριαιμία, υποκαλιαιμία (> 30 mEq/Lit σε τυχαίο δείγμα ούρων)

■ Βουλμικός τύπος:

- Υποογκαιμικό shock
- Καρδιακή αρρυθμία
- Οξεία νεφρική ανεπάρκεια
- Υποχλωραιμική μεταβολική αλκάλωση
- Μεταβολική οξέωση
- Σοβαρή υπερνατριαιμία¹⁹

8.2. Θεραπεία

Είναι καιρός να ξεπεράσω την ανορεξία μου και συμφωνώ πως έχασα αρκετό χρόνο μ' αυτήν. Αλλά μερικές φορές σκέφτομαι πως ακολουθώ τον παλιό τρόπο συμπεριφοράς στο φαγητό ή μάλλον στο να μην τρώω, σαν το μοναδικό σίγουρο πράγμα που μπορώ να βγάλω από αυτή τη συνεχώς μεταβαλλόμενη ζωή που, όπως νιώθω μερικές φορές, αναποδογυρίζεται. Συχνά νιώθω πως είναι το μόνο μέρος της ζωής μου πάνω στο οποίο μπορώ να ασκήσω οποιοδήποτε έλεγχο αν και καταλήγει στον παραλογισμό να νιώθω πως είναι εξ ολοκλήρου μια πράξη απώλειας ελέγχου.¹¹

Πριν προτείνει οποιαδήποτε θεραπεία, ο γιατρός πρέπει να έχει πάρει ένα προσεκτικό ιστορικό για να επιβεβαιώσει ότι η γυναίκα έχει ψυχογενή ανορεξία και το βάρος του σώματός της δεν είναι χαμηλό επειδή πειραματίζεται με δίαιτες, λόγω της καριέρας της ή εξαιτίας του τρόπου ζωής της. Η διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας μπορεί να είναι δύσκολη γιατί πολλές νέες γυναίκες που έχουν αυτή την πάθηση αρνούνται αρχικά την αρρώστια τους.¹¹

Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια ψυχολογική αρρώστια, στη διάρκεια της οποίας μπορεί να εμφανιστούν σωματικά συμπτώματα λόγω της αυτοπροκαλούμενης ασιτίας και των άλλων μεθόδων απώλειας βάρους. Η κύρια θεραπεία είναι **ψυχολογική** και περιλαμβάνει υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, συμβουλές σχετικά με το φαγητό και τις πιθανόν επικίνδυνες μεθόδους απώλειας βάρους και, όταν χρειάζεται, άλλα είδη ψυχολογικής υποστήριξης όπως η χαλάρωση, η οικογενειακή θεραπεία και η συζυγική θεραπεία.

Στο παρελθόν έχουν προταθεί και χρησιμοποιηθεί πολλές θεραπείες για την ψυχογενή ανορεξία όπως η θεραπεία με σοκινσουλίνης, η αναγκαστική σίτιση, η σίτιση με σωλήνα, η «υπνοθεραπεία» και η χρήση φαρμάκων που διεγείρουν την όρεξη. Αυτές οι θεραπείες εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται και τα αποτελέσματα ανακοινώνονται σε διάφορα συνέδρια. Είναι αλήθεια ότι 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 μηνών. 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. Σπάνια χρειάζονται φάρμακα αλλά μπορεί να χρειασθούν σε ορισμένες περιπτώσεις- για παράδειγμα, εάν μια ασθενής έχει κλινική κατάθλιψη μπορεί να χρειασθεί αντικαταθλιπτικά ή εάν έχει μια λοίμωξη μπορεί να χρειασθεί αντιβιοτικά.

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. Αυτό μπορεί να γίνει από μια ομάδα διαφόρων ειδικοτήτων εφόσον υπάρχει ένα σταθερό πρόσωπο στην ομάδα με το οποίο μπορεί να σχετισθεί η ασθενής και το οποίο συντονίζει τη θεραπεία.^{11,37}

Οι ποικίλες ανάγκες των ανορεξικών επιβάλλουν συχνά μια προσέγγιση πολλαπλών ειδικοτήτων, που περιλαμβάνει τη βοήθεια ενός διαιτολόγου ή κοινωνικού λειτουργού. Ο χρόνος που περνάει με έναν επαγγελματία της υγείας εξαρτάται από τις ανάγκες της ασθενούς και τις σχέσεις που δημιουργεί – για παράδειγμα, ο διαιτολόγος μπορεί να είναι ο θεράπων γιατρός σε ορισμένες περιπτώσεις.¹¹

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. Γι' αυτό το λόγο η ελπίδα που εκφράζουν οι γονείς, οι σύντροφοι ή οι φίλοι ενός θύματος της ψυχογενούς ανορεξίας ότι «Το μόνο που χρειάζεται για να γίνει καλά είναι να τρώει» είναι εξωπραγματική και αντιπαραγωγική. 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. Για παράδειγμα, ο φόβος μήπως χάσει τον έλεγχο του βάρους του σώματός της εμποδίζει την άρρωστη να τρώει περισσότερο από την ποσότητα που έχει ορίσει στον εαυτό της γιατί πιστεύει πως αν τρώει «ό,τι τρώνε οι άλλοι» θα πάρει γρήγορα βάρος. Εξαιτίας αυτού του φόβου οι ασθενείς ζυγίζονται κάθε μέρα ή και συχνότερα και εάν δουν ότι έχουν πάρει ένα κιλό χωρίς φανερό λόγο, περιορίζουν αμέσως την ποσότητα του φαγητού που τρώνε ή χρησιμοποιούν κάποια άλλη μέθοδο για να χάσουν βάρος. Επειδή οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία αγαπούν το φαγητό, αυτή ανάγκη να ελέγχουν την ποσότητα φαγητού που τρώνε μπορεί να προκαλέσει ψυχολογική αναστάτωση. Φοβούνται πως αν επιτρέψουν στον εαυτό τους να φάει, ίσως να μην μπορέσουν να σταματήσουν και ότι θα πάθουν βουλιμία. Επειδή πολλές έχουν γνωρίσει τη βουλιμία πριν και μετά την εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας, ο φόβος είναι πραγματικός και χρειάζεται αρκετή υπομονή από τον θεραπευτή τους για να τον διαλύσει. Ο θεραπευτής πρέπει να έχει συνεχώς επίγνωση του γεγονότος ότι η θεραπεία έχει τρεις στόχους.^{11,38}

Ο *πρώτος* είναι να βοηθήσει την ασθενή να αυξήσει το βάρος της ώστε να βρίσκεται μέσα στα φυσιολογικά όρια, αν και είναι στη χαμηλότερη πλευρά του φυσιολογικού (κατά προτίμηση περίπου 90 τοις εκατό του Μέσου Βάρους Σώματος- ή Δείκτης Quetelet περίπου 19). Ο λόγος για την επιλογή αυτού του βάρους είναι ότι οι περισσότερες φυσιολογικές λειτουργίες, όπως ο έλεγχος της θερμοκρασίας και η έμμηνη ρύση, θα έχουν επανέλθει ή θα επανέλθουν σύντομα στο φυσιολογικό σ' αυτό το βάρος. Το επίπεδο του βάρους είναι επίσης ρεαλιστικό γιατί βοηθάει την άρρωστη να αποφύγει να νιώθει ανήσυχη μήπως παχύνει. Ο *δεύτερος* στόχος είναι να βοηθήσει την άρρωστη να μάθει να αποκαθιστά μια φυσιολογική συμπεριφορά στο φαγητό και να αποφεύγει άλλες μεθόδους όπως η υπερβολική γυμναστική, ο

αυτοπροκαλούμενος έμετος ή η κατάχρηση καθαρτικών. Ο τρίτος στόχος είναι να εξηγήσει τα φυσικά συμπτώματα μ' έναν τρόπο που καταλαβαίνει η ασθενής.

8.2.1. Στόχοι της θεραπείας

■ **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. Αυτό δε σημαίνει πως πρέπει να ελέγχει το βάρος της με ακρίβεια μισού κιλού σε καθημερινή βάση. Αντίθετα, το ζύγισμα περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα δεν έχει νόημα (εκτός εάν η γυναίκα βρίσκεται στο νοσοκομείο και υποβάλλεται σε θεραπεία) γιατί είναι φυσιολογικό να κυμαίνεται το βάρος κατά περισσότερο από 1 κιλό σε διάστημα ημερών. Αν και ένα βάρος που αντιστοιχεί σε Δείκτη Quetelet 19 ορίζεται σαν βάρος-στόχος, αυτό είναι το ελάχιστο βάρος για την κανονική φυσιολογική λειτουργία όπως η επάνοδος της περιόδου. Σ' αυτό το βάρος, η ασθενής εξακολουθεί να βρίσκεται στα χαμηλά φυσιολογικά όρια και επειδή πολλές γυναίκες δείχνουν καλύτερα όταν το βάρος τους είναι μεγαλύτερο ίσως ενθαρρυνθεί να το επιχειρήσει. Υπάρχουν ορισμένες εξαιρέσεις. Για παράδειγμα, εάν η γυναίκα είναι μοντέλο ή χορεύτρια μπορεί να μην δέχεται σαν επιθυμητό ένα βάρος που αντιστοιχεί σε δείκτη Quetelet άνω του 19 και εκείνη και ο θεραπευτής της πρέπει να συμφωνήσουν πως ένα μικρότερο βάρος είναι κατάλληλο στην περίπτωσή της. Μπορεί επίσης να πρέπει να συμφωνήσουν πως είναι πιθανό να εξακολουθήσει να ασχολείται πολύ με το φαγητό της και να περιορίζει το φαγητό της, ώστε να μπορεί να διατηρήσει το σχήμα του σώματος που αναμένεται από το επάγγελμά της.³⁷

Η αύξηση του βάρους επιτυγχάνεται με την «επανασίτιση». Κατά την επανασίτιση η ασθενής μαθαίνει ότι καθώς παίρνει βάρος θα νιώθει σωματικά καλύτερα και θα μπορεί να αντιμετωπίσει καλύτερα τα καθημερινά προβλήματά της.

Η αύξηση του βάρους μπορεί να γίνει σε εξωτερική βάση ή μπορεί να είναι απαραίτητη η εισαγωγή σε νοσοκομείο, ή να την προτιμάει η ασθενής.

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. Σ' 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 γυναίκες ανταποκρίνονται σ' αυτή την επιεική προσέγγιση.¹¹

Εάν η γυναίκα δεν ανταποκριθεί, θα πρέπει να εφαρμοστεί ένα πιο οργανωμένο πρόγραμμα. Σε ακραίες περιπτώσεις η γυναίκα μπορεί να χρειαστεί να παρακολουθείται συνεχώς ή να μένει σε κάπως αυστηρή απομόνωση σ' ένα μονόκλινο δωμάτιο και να χρειάζεται να μείνει στο κρεβάτι ώσπου να επιτευχθεί το «βάρος-στόχος» με την επανασίτιση. Αυτή η στρατηγική είναι απαραίτητη επειδή πολλές ασθενείς προσπαθούν να βρουν τρόπους για να αποφεύγουν να τρώνε (πετώντας το φαγητό στην τουαλέτα ή στο νιπτήρα ή αλλού) ή για να απαλλαγούν από το φαγητό προκαλώντας εμετό ή κάνοντας κατάχρηση καθαρτικών (βλέπε πίνακα που ακολουθεί).¹¹

Απάτες σχετικά με το φαγητό όπως τις αναφέρουν οι ασθενείς

1. Κρύβουν το φαγητό σε πετσέτες.
2. Αφήνουν την κόρα της φρυγανιάς ή του ψωμιού στο πιάτο, και πετάνε το υπόλοιπο.
3. Πετάνε το φαγητό σε βάζα, ντουλάπια ή από το παράθυρο
4. Κρατάνε το φαγητό στο στόμα τους και το πετάνε όταν καθαρίζουν τα δόντια
5. Ταΐζουν κρυφά το σκύλο της οικογένειας κάτω από το τραπέζι³⁷

Εάν τρώει την ποσότητα του φαγητού που αναμένεται και συμμορφώνεται στη θεραπεία αποφεύγοντας τις στρατηγικές απώλειας βάρους, και αρχίζει να παίρνει βάρος, της προσφέρεται μια «αμοιβή» ή ένα «προνόμιο». Για παράδειγμα μπορεί να της επιτραπεί να σηκωθεί και να κάνει ντους ή να δει τηλεόραση. Από την άλλη πλευρά, αν δεν πάρει βάρος ξέρει πως μπορεί να της στερήσουν τα προνόμια και να τη διατάξουν να γυρίσει στο κρεβάτι της και να μείνει εκεί. 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, π.χ. βάζοντας βάρη στις τσέπες της ή πίνοντας μια μεγάλη ποσότητα νερού ακριβώς πριν από το ζύγισμα (βλέπε πίνακα που ακολουθεί).^{11, 12}

Απάτες που οδηγούν σε φαινομενική αύξηση βάρους όπως τις διηγούνται οι ασθενείς

1. Πίνουν μεγάλες ποσότητες νερού τη νύχτα πριν από το ζύγισμα
2. Αποφεύγουν να αδειάσουν την κύστη τους πριν να ζυγιστούν
3. Πίνουν νερό από το μπάνιο ή το ντους
4. Τρώνε πολύ την προηγούμενη νύχτα
5. Φοράνε βαριά κοσμήματα ή βαριά ρούχα (π.χ. σιδεράκια του σκι)
6. Ράβουν βάρη στα νυχτικά τους χωρίς το πρωί όταν πρόκειται να ζυγιστούν



Κατά τη διάρκεια της επανασίτισης στο νοσοκομείο αναμένεται ότι η ασθενής θα τρώει ένα ποικίλο διαιτολόγιο που εξασφαλίζει μεταξύ 2.900 kJ και 10.400 kJ (2200 έως 2500 θερμίδες) την ημέρα. Ο στόχος είναι μια αύξηση βάρους 1 κιλό την εβδομάδα. Στα πρώτα στάδια της επανασίτισης αυτή η αύξηση μπορεί να επιτευχθεί με μικρότερη ποσότητα τροφής που δίνει περίπου 8.400 kJ (2.000 θερμίδες). Στο τελευταίο μέρος του προγράμματος συνήθως απαιτείται αυξημένη ποσότητα φαγητού. Η διαίτα σχεδιάζεται για να περιέχει επαρκή ποσότητα σύνθετων υδατανθράκων ώστε να αποφευχθεί το μεταβολικό πρόβλημα της κέτωσης.^{11,37}

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. Μερικές γυναίκες μπορεί να βοηθηθούν αν

η γυναίκα και ο θεραπευτής της συμφωνήσουν ότι μπορεί να διατηρήσει το ίδιο βάρος για μερικές εβδομάδες πριν να επιχειρηθεί μια περαιτέρω αύξηση βάρους.

Η στρατηγική αυτή βοηθάει την άρρωστη να αποκτήσει την πεποίθηση ότι έχει τον έλεγχο. Με την υποστήριξη και την ενθάρρυνση του θεραπευτή της μαθαίνει πόσο χρειάζεται να τρώει για να ελέγχει το βάρος της σε κατάλληλο επίπεδο. Πρέπει να καταλάβει πως δεν θα πάρει καμιά ανταμοιβή αν κερδίσει γρήγορα βάρος, γιατί αυτό μπορεί να δείχνει απλώς ότι τρώει με βουλιμία.

Ο θεραπευτής έχει επίσης την ευθύνη να βοηθήσει την ασθενή να προσαρμοστεί στα άλλα προβλήματα (όπως π.χ., τα προβλήματα σχέσεων) που μπορεί να έχουν δημιουργηθεί εξαιτίας του φόβου της ασθενούς μήπως χάσει τον έλεγχο.

Η λειτουργία 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.^{37,39}

Καθώς ο θεραπευτής αποκτά επίγνωση του φόβου της ασθενούς μήπως χάσει τον έλεγχο και της αντίστασής της στην αλλαγή της συμπεριφοράς της στο φαγητό μπορεί να γίνει φανερό ότι η θεραπεία θα πρέπει να καθυστερήσει ώσπου η ασθενής να είναι «έτοιμη να βελτιωθεί», ακόμη κι αν αυτό σημαίνει ότι η ασθενής θα αρρωστήσει βαριά και θα πρέπει να σωθεί από τον επικείμενο θάνατο με επείγουσα εισαγωγή στο νοσοκομείο. Άλλες ασθενείς που χρειάζονται εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι εκείνες που είναι σοβαρά άρρωστες κατά την πρώτη εξέταση, εκείνες που δεν σημειώνουν πρόοδο σαν εξωτερικές ασθενείς, και εκείνες που δεν μπορούν να ανταποκριθούν στη θεραπεία εξαιτίας των σωματικών και πνευματικών συνεπειών του πολύ χαμηλού βάρους του σώματός τους. Σε άλλες περιπτώσεις ο γιατρός της ασθενούς μπορεί να πιστεύει ότι πρέπει να εισαχθεί στο νοσοκομείο, ή εκείνη η ίδια να προτιμάει τη θεραπεία σε νοσοκομείο.

Κατά το χρόνο αύξησης του βάρους η ασθενής νιώθει συχνά «πολύ γεμάτη» και το στομάχι της μπορεί να φουσκώνει. Πρέπει να της πούμε ότι αυτό θα συμβεί και πρέπει να τη διαβεβαιώσουμε ότι το φούσκωμα στην κοιλιά δε θα μείνει. Αν δεν γίνει αυτό, μπορεί να νιώσει πως χάνει τον έλεγχο. Αυτά είναι Προσωρινά συμπτώματα που πρέπει να υπομείνει η ασθενής για να πετύχει το στόχο της. Το

πρήξιμο της κοιλιάς οφείλεται σε διάταση των εντέρων και μόλις η λειτουργία του εντέρου γίνει φυσιολογική, η κοιλιά γίνεται επίπεδη ενώ το λίπος εναποτίθεται στα άκρα και στο σώμα. Κατά την επανασίτιση η ασθενής πρέπει να αποφεύγει να αγοράζει εφαρμοστά ρούχα όπως τζιν, γιατί σε δυο ή τρεις εβδομάδες όταν πετύχει το επιθυμητό της βάρος και υποχωρήσει η διάταση, θα της είναι πολύ μεγάλα. Το «φουσκωμένο στομάχι» είναι συνήθως πιο έντονο στις ασθενείς που παραπέμπονται σε νοσοκομεία παρά στις εξωτερικές ασθενείς.¹¹

Όταν επιτευχθεί μια λογική αύξηση βάρους κάθε εβδομάδα, θα γίνει φανερό ότι η ποσότητα του βάρους μειώνεται καθώς πλησιάζουμε στο «επιθυμητό» σωματικό βάρος. Σ' αυτό το στάδιο οι γυναίκες που νοσηλεύονται σε νοσοκομείο πρέπει να μείνουν στο νοσοκομείο δυο ή τρεις εβδομάδες αφού το βάρος τους θα φτάσει στα φυσιολογικά όρια, ώστε να είναι βέβαιο ότι το βάρος θα διατηρηθεί, ότι θα βεβαιωθούν ότι ελέγχουν το βάρος τους και ότι θα μάθουν πόσο πρέπει να - τρώνε.¹¹

Μεταξύ των εξωτερικών ασθενών η αύξηση του βάρους έχει την τάση να είναι πιο αργή και η γυναίκα μπορεί να γυμνάζεται περισσότερο απ' όσο στο νοσοκομείο. Και οι δύο αυτοί παράγοντες τείνουν να ανακατανέμουν το λίπος που κερδίζει με το φαγητό και να αυξάνουν τον τόνο των εντέρων.^{38,39}

Μερικές ασθενείς λένε πως όταν έχουν τον έλεγχο της πρόσληψης φαγητού και του βάρους του σώματός τους, νιώθουν πως ελέγχουν τη ζωή τους. Για παράδειγμα, όταν ετοιμάζεται για μια εξέταση η ασθενής μπορεί να νιώθει πως θα ήταν «καλό» να πάρει βάρος, αλλά αντιστέκεται γιατί αν αρχίσει να χάνει τον έλεγχο της συμπεριφοράς της στο φαγητό φοβάται πως θα χάσει τον έλεγχο της αυτοπειθαρχίας της, δε θα- μελετήσει και θα αποτύχει στις εξετάσεις. Ο έλεγχος της συμπεριφοράς της στο φαγητό μπορεί να συνεχισθεί για άλλους λόγους. Μπορεί να γίνει μέρος ενός συστήματος ανταμοιβής-τιμωρίας. Μπορεί να προβάλλει το επιχείρημα: «Αν φάω κάτι παραπάνω, θα μου συμβεί κάτι φοβερό». Μπορεί να το χρησιμοποιήσει για να εκμεταλλευτεί τους γονείς ή το σύζυγό της, για να κερδίσει την προσοχή τους ή σαν μια δικαιολογία αν δεν αποδίδει τόσο καλά όσο περιμένουν: «Αν είμαι αδύνατη, οι άλλοι ξέρουν πως κάτι πάει στραβά και δεν περιμένουν τόσο πολλά».¹¹



■ Εγκαθίδρυση φυσιολογικής συμπεριφοράς στο φαγητό

Επειδή οι περισσότερες ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία περιορίζουν τον αριθμό των διαφορετικών τροφών που τρώνε, ο δεύτερος σκοπός της θεραπείας είναι να μάθει η ασθενής να διαλέγεται από μια μεγάλη ποικιλία τροφών. Η μεγάλη δυνατότητα εκλογής δίνει στο σώμα της τις πολλές θρεπτικές ουσίες που χρειάζεται. Βοηθείται επίσης να πάψει να βλέπει τις τροφές σαν «καλές» (δηλαδή με μικρή περιεκτικότητα σε ενέργεια) ή «κακές» (με μεγάλη περιεκτικότητα σε ενέργεια) και μαθαίνει να τρώει μια μεγάλη ποικιλία τροφών σε λογικές ποσότητες. Το να τρώει λογικά περιλαμβάνει το να μαθαίνει να τρώει σε κοινωνικές εκδηλώσεις και να νιώθει άνετα γι' αυτό. Για παράδειγμα, αν κάποια που έχει ψυχογενή ανορεξία πάει σε μια κοινωνική εκδήλωση όπως ένας γάμος ή ένα κινέζικο συμπόσιο, μπορεί να φάει πολύ περισσότερο απ' όσο χρειάζεται ο οργανισμός της εκείνη την ημέρα και πρέπει να μάθει να δέχεται πως αυτό είναι φυσιολογικό. 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 μαθαίνουν να αναγνωρίζουν αυτές τις ενδείξεις και διδάσκονται τα γενικά στοιχεία της διαιτητικής.³⁸

Ένα κύριο μέλημα είναι να αλλαχθεί η πιθανόν επικίνδυνη συμπεριφορά απώλειας βάρους στην οποία καταφεύγουν πολλές γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία. Πολλές ασθενείς ανταποκρίνονται στις πληροφορίες σχετικά με τις βραχυπρόθεσμες και τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του εμετού και της κατάχρησης καθαρτικών, διουρητικών και χαπιών αδυνατίσματος και είναι πρόθυμες, τουλάχιστον στην αρχή, να μειώσουν τη συχνότητα αυτών των τύπων συμπεριφοράς. Καθησυχάζουν μαθαίνοντας τι αποτελέσματα πρέπει να περιμένουν όταν σταματήσουν να κάνουν

εμετό και να χρησιμοποιούν καθαρτικά, όπως π.χ. ότι μπορεί να κερδίσουν προσωρινά βάρος καθώς επανυδατώνονται και ότι η δυσκοιλιότητα μπορεί να επιμείνει για ένα διάστημα όπως και το φούσκωμα και οι κράμπες στην κοιλιά. Επειδή οι ασθενείς ασχολούνται υπερβολικά με το βάρος του σώματός τους και το φούσκωμα της κοιλιάς τους, αυτά είναι ακριβώς τα συμπτώματα που θα τις κάνουν ν' ανησυχίσουν και μπορεί να τις κάνουν να ξαναρχίσουν τους εμετούς και τα καθαρτικά εκτός εάν ξέρουν ότι αυτά τα συμπτώματα είναι αναμενόμενα.¹¹

Οι γυναίκες που έχουν ψυχογενή ανορεξία μπορεί να είναι παραπλανητικές και ανειλικρινείς όταν τις ρωτάνε για το φαγητό που τρώνε ή για τις μεθόδους που χρησιμοποιούν για να χάσουν βάρος. Μπορεί ο θεραπευτής να χρειαστεί να αντιμετωπίσει την ασθενή πριν να αρχίσει η θεραπεία, για να διαπιστώσει κατά το δυνατόν, αν 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. Για παράδειγμα μπορεί να φαίνεται ότι παίρνει όλο το φαγητό που της προσφέρουν και μετά να πετάει το μεγαλύτερο μέρος του. στα κρυφά στο νεροχύτη ή να βάζει βάρη στις τσέπες της ρόμπας της όταν ξέρει πως πρόκειται να ζυγιστεί. Μπορεί επίσης να καταφεύγει μυστικά στην πρόκληση εμετού ή να κάνει κατάχρηση καθαρτικών όταν αποφασίσει πως έχει φτάσει σ' ένα ορισμένο βάρος και δεν θέλει να πάρει περισσότερο, γιατί φοβάται πως χάνει τον έλεγχο του φαγητού της.^{11, 12, 38}

■ Η εξήγηση των φυσικών συμπτωμάτων

Μερικές γυναίκες είναι ευχαριστημένες που δεν έχουν πια περίοδο, αλλά αν είναι στα τέλη' της εφηβείας ή γύρω στα είκοσι μπορεί να χρειάζονται διαβεβαίωση ότι η περίοδος θα ξαναρχίσει αν διατηρήσουν το μεγαλύτερο βάρος τους, έστω και αν μπορεί να καθυστερήσει μερικούς μήνες. Καθώς η ασθενής παίρνει βάρος μπορεί να θέλει να ξαναρχίσει η περιόδός της γιατί το βλέπει σαν μια απόδειξη ότι καλυτερεύει. Άλλες γυναίκες χρειάζονται συζήτηση και διαβεβαιώσεις ότι το ξερό τους δέρμα, οι σπασμένες τρίχες των μαλλιών και το χνούδι θα εξαφανιστούν καθώς βελτιώνεται η θρέψη τους. Η εγκυμοσύνη, που μπορεί να συμβεί κατά την περίοδο ανάρρωσης, μπορεί να δημιουργήσει σημαντικά προβλήματα, ιδίως εάν η γυναίκα

εξακολουθεί να χρησιμοποιεί τις δυνητικά επικίνδυνες συμπεριφορές της αυτοπρόκλησης εμετού ή της κατάχρησης καθαρτικών ή διουρητικών. Εάν επιμένει σ' αυτή τη συμπεριφορά κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να γεννήσει ένα μωρό που θα έχει μικρότερο βάρος από το κανονικό, γιατί η ανάπτυξή του μέσα στη μήτρα έχει καθυστερήσει. Τα προβλήματα μπορεί να περιοριστούν στο ελάχιστο με καλή προγεννητική φροντίδα.¹¹



8.3. Η έκβαση τη ψυχογενούς ανορεξίας

Οι **στόχοι της θεραπείας** είναι, **πρώτον**, να πειστεί η γυναίκα να πετύχει και να διατηρήσει ένα βάρος μέσα στα φυσιολογικά όρια, δηλαδή ένα δείκτη Quetelet 19 ή περισσότερο ή μεταξύ 90 και 110 τοις εκατό του Μέσου Βάρους Σώματος **δεύτερο**, να μπορέσει να αποφύγει τη δυνητικά επικίνδυνη συμπεριφορά στο φαγητό και **τρίτον** να καταλάβει πως δεν χρειάζεται να φοβάται μήπως γίνει παχύσαρκη, με την προϋπόθεση ότι θα προσέξει τις συνήθειές της στο φαγητό.^{11, 13}

Περίπου το 70 τοις εκατό των ασθενών με ανορεξία πετυχαίνουν αυτούς τους στόχους μετά από θεραπεία που διαρκεί έξι μήνες μέχρι έξι χρόνια, αλλά πολλές χρειάζονται συνεχώς συμβουλές, ιδίως όταν αντιμετωπίζουν εντασιογόνες καταστάσεις. Μπορεί να χρειαστεί υποστήριξη από το θεραπευτή για χρόνια.

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

Ένα άλλο 10 με 20 τοις εκατό των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία εξακολουθούν να πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία και χρειάζονται θεραπεία κατά

διαστήματα για πολλά χρόνια. Οι δύο τελευταίες ομάδες ασθενών χρειάζονται την υποστήριξη και τις συμβουλές ενός θεραπευτή κατά διαστήματα για αρκετά χρόνια μετά από την επανασίτιση, επειδή τα στρες της ζωής και της ανάπτυξης μπορεί να προκαλέσουν μια υποτροπή. Η επανασίτιση, η επανεκπαίδευση στις διατροφικές συνήθειες και η εξήγηση των φυσικών συμπτωμάτων είναι μόνο αρχικοί στόχοι στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας και για πολλές ασθενείς πρέπει να υπάρξει συνεχιζόμενη θεραπεία.¹¹

Αυτό σημαίνει ότι η γυναίκα μπορεί να χρειάζεται να ξέρει ότι μπορεί να επικοινωνήσει με το θεραπευτή της ανά πάσα στιγμή και να έχει τακτικά ραντεβού με το θεραπευτή της για μερικά χρόνια. Σ' αυτές τις συναντήσεις, ο στόχος είναι να βοηθηθεί η γυναίκα να εξακολουθήσει να ξεφεύγει από την ενασχόληση με την αύξηση του βάρους και το φαγητό που έτρωγε όταν ήταν άρρωστη και να βοηθηθεί να αντιμετωπίσει το στρες της ζωής και τα άλλα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν, Ύ χωρίς να καταφύγει στην προηγούμενη διαταραγμένη συμπεριφορά της στο φαγητό.³⁹

Ο θάνατος από ψυχογενή ανορεξία γίνεται πρωτοσέλιδο στις εφημερίδες, ιδίως αν το θύμα είναι μια διασημότητα όπως η Κάρεν Κάρπεντερ. Αλλά λιγότερο από 5 τοις εκατό των ασθενών πεθαίνουν από τις επιπτώσεις της αρρώστιας. Σε βραχυπρόθεσμες έρευνες, κυρίως σε γυναίκες εφηβικής ηλικίας, το ποσοστό θνησιμότητας είναι περίπου 2 τοις εκατό. Μακροπρόθεσμες έρευνες που περιλαμβάνουν το 20 τοις εκατό των ατόμων με χρόνια ψυχογενή ανορεξία, δείχνουν ότι 9 τοις εκατό αυτών των ασθενών θα πεθάνουν σε διάστημα ετών. Πάντως με μεγαλύτερη επίγνωση της κοινότητας σχετικά με την ψυχογενή ανορεξία ώστε τα θύματα να ζητάνε βοήθεια νωρίτερα κατά τη διάρκεια της αρρώστιας τους, και περισσότερους γιατρούς εκπαιδευμένους στην αντιμετώπιση της αρρώστιας το ποσοστό θνησιμότητας είναι πιθανό να μειωθεί κατά την επόμενη δεκαετία.¹¹

8.4. Ανακεφαλαίωση της θεραπείας της ψυχογενούς ανορεξίας

<ul style="list-style-type: none"> • Ηλικία: 18 ετών και άνω 	<ul style="list-style-type: none"> • Ηλικία: κάτω των 18 ετών
<ul style="list-style-type: none"> • Όχι σοβαρά άρρωστη κλινικώς 	<ul style="list-style-type: none"> • Σοβαρά άρρωστη κατά την κλινική εξέταση
<ul style="list-style-type: none"> • Αποτυχία προηγούμενης νοσοκομειακής 	<ul style="list-style-type: none"> • Αποτυχία εξωνοσοκομειακής θεραπείας
	<ul style="list-style-type: none"> • Η γυναίκα εκφράζει κάποια προτίμηση
↓	↓
Αξιολόγηση βιοχημικής κατάστασης	
↓	↓
Συνήθως εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση	Συνήθως εισαγωγή σε νοσοκομείο
Άλλες υποδείξεις και υποστήριξη για να βοηθηθεί η ασθενής:	Εξασφάλιση προγράμματος για να βοηθηθεί η ασθενής:
<ul style="list-style-type: none"> • Να αυξήσει αργά το βάρος της 	<ul style="list-style-type: none"> • Να αυξάνει το βάρος της κατά 1 κιλό την εβδομάδα
<ul style="list-style-type: none"> • Να σταματήσει να χρησιμοποιεί συμπεριφορά απώλειας βάρους 	<ul style="list-style-type: none"> • Να σταματήσει τη συμπεριφορά απώλειας βάρους
<ul style="list-style-type: none"> • Να μάθει λογικούς τρόπους φαγητού 	<ul style="list-style-type: none"> • Να μάθει λογικούς τρόπους φαγητού
↓	<ul style="list-style-type: none"> • Να γυμνάζεται σωστά για το βάρος του σώματός της
Εάν οι παραπάνω στόχοι δεν επιτευχθούν συνήθως γίνεται εισαγωγή στο νοσοκομείο ¹¹	

Σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος εξασφαλίστε:

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



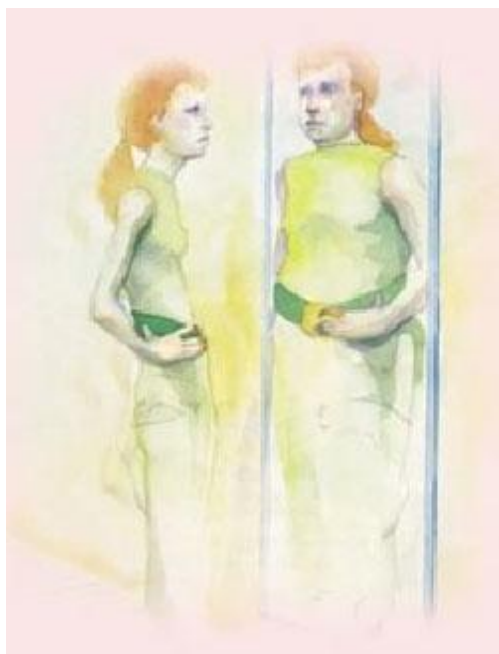
Αργότερα βοηθήστε την ασθενή:

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



Γενικός στόχος είναι να τη βοηθήσετε:

- Να ζήσει μια φυσιολογική ζωή
- Να μπορέσει να αντιμετωπίσει τη ζωή^{11,40}



8.5. Η διαίτα των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία

Όπως αναφέρθηκε, οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία έχουν επίμονη ενασχόληση με το φαγητό. Μαζεύουν και διαβάζουν βιβλία και άρθρα σε περιοδικά που αφορούν το φαγητό, τη διαίτα και το σωματικό βάρος. Συχνά αναλαμβάνουν το μαγείρεμα της οικογένειας. Ξέρουν περισσότερα πράγματα για τη διατροφή από το ευρύτερο κοινό. Αρκετοί ερευνητές έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που έχουν ψυχογενή ανορεξία αποφεύγουν τους υδατάνθρακες στη διατροφή τους και ότι η χαμηλή πρόσληψη υδατανθράκων είναι το χαρακτηριστικό που διακρίνει το διαιτολόγιο που έχουν διαλέξει για να χάσουν βάρος. Μια πρόσφατη όμως έρευνα στο Σίντνεϋ αμφισβητεί το κατά πόσον η «έλλειψη υδατανθράκων» είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα της ψυχογενούς ανορεξίας. Δεκαεπτά ασθενείς που έπασχαν από ψυχογενή ανορεξία επί λιγότερο από 15 μήνες προσφέρθηκαν εθελοντικά να απαντήσουν στις ερωτήσεις ενός διαιτολόγου δύο φορές: από τις συνεντεύξεις αυτές βγήκαν συμπεράσματα για την καθημερινή πρόσληψη τροφών και το διαιτολόγιο που έτρωγαν οι γυναίκες στο αποκορύφωμα της αρρώστιας τους συγκρίθηκε με εκείνο των «φυσιολογικών» γυναικών της ίδιας ηλικίας. Το διαιτολόγιο μιας ασθενούς με ψυχογενή ανορεξία περιείχε το ένα έκτο της ενέργειας, το ένα έκτο των υδατανθράκων, το ένα τρίτο των πρωτεϊνών και το ένα ένατο του λίπους του διαιτολογίου μιας φυσιολογικής γυναίκας. Όταν υπολογίστηκε η αναλογία ενέργειας από τους υδατάνθρακες, τις πρωτεΐνες και τα λίπη, η ποσότητα από τους υδατάνθρακες ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες. Αυτό δείχνει ότι οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία μείωναν όλα τα στοιχεία του διαιτολογίου τους για απώλεια βάρους και δεν στερούσαν κατά προτίμηση τους υδατάνθρακες. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι έχουν καλύτερη γνώση από το μέσο όρο σχετικά με τη διατροφή, αλλά αυτές οι γυναίκες, αν και πήραν μεγαλύτερους βαθμούς σε ένα τεστ διαιτολογικών γνώσεων σαν ομάδα, εμφάνισαν μεγάλες ατομικές διαφορές.^{11,12}

8.6. Ψυχοθεραπεία

8.6.1. Ατομική ψυχοθεραπεία

Οι περισσότερες μορφές ψυχοθεραπείας δίνουν έμφαση στο χτίσιμο μιας καλής σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και στον θεραπευτή. Η ψυχοθεραπεία εστιάζει

στα τρέχοντα προβλήματα του ασθενή αλλά και σε πλευρές της προσωπικής του ιστορίας. Οι περισσότεροι θεραπευτές προσπαθούν να ενθαρρύνουν υγιείς διατροφικές συνήθειες, να ενισχύσουν την επανάκτηση βάρους και κάποιες συνεδρίες περιστρέφονται σχεδόν αποκλειστικά σε θέματα αυτοεικόνας και εικόνας σώματος. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις, η θεραπεία εστιάζεται σε άλλα θέματα και ο θεραπευόμενος ενθαρρύνεται να διερευνήσει και να εκφράσει τα συναισθήματά του γύρω από μια ευρεία γκάμα θεμάτων όπως είναι η επιτυχία και η αποτυχία, τα σεξουαλικά ζητήματα και ο αυτοέλεγχος. Αν κι έχουν αναφερθεί πάνω από 200 διαφορετικές μορφές ψυχοθεραπείας αναφέρουμε ενδεικτικά δυο από τις δημοφιλέστερες αναφορικά με τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας:²²

α) Γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία: Πρόκειται για θεραπευτικά προγράμματα που περιλαμβάνουν ημερολόγια σίτισης κι εκτενή εκπαίδευση σχετικά με θέματα διατροφής στα οποία υπογραμμίζονται οι κίνδυνοι του υποσιτισμού κι ενθαρρύνεται η συζήτηση για θέματα υγείας και αντιλήψεων σε σχέση με το φαγητό. Πολλά γνωσιακά προγράμματα θεραπείας έχουν αναπτυχθεί με στόχο την αλλαγή των μη ρεαλιστικών αντιλήψεων των ασθενών σε θέματα εικόνας του σώματος και διατροφής. Συχνά οι διαταραχές διατροφής χαρακτηρίζονται από την απουσία ελέγχου στη σίτιση και η ανάπτυξη αυτοελέγχου είναι από τους βασικούς στόχους της γνωσιακής θεραπείας. Αντίθετα, όταν η απώλεια του βάρους είναι αποτέλεσμα υπερβολικού αυτοελέγχου, βαρύτητα δίνεται στην υιοθέτηση πιο ελαστικών σχημάτων ελέγχου της συμπεριφοράς.²²

β) Συστημική θεραπεία οικογένειας: Οι συγγενείς των ανορεξικών σπάνια μένουν απλοί θεατές της θεραπείας του. Οι πιο πολλοί εμπλέκονται ενεργά σε προσπάθειες να πείσουν, να εξαπατήσουν, να απειλήσουν ή και να ικετέψουν τον άνθρωπό τους να φάει. Κάποιες φορές αυτές οι απόπειρες μπορεί να φέρουν αποτέλεσμα αλλά συνήθως δυσκολεύουν την κατάσταση του ανορεξικού. Οι οικογενειακοί θεραπευτές βλέπουν την ανορεξία σαν μια κατάσταση που γεννιέται και συντηρείται από το οικογενειακό σύστημα. Υπογραμμίζουν την υπερπροστατευτικότητα, την υπερεμπλοκή και την αποφυγή της σύγκρουσης σαν χαρακτηριστικά των οικογενειών των ανορεξικών.

8.6.2. Φαρμακοθεραπεία

Δεν υπάρχει ολοκληρωμένη φαρμακευτική θεραπεία της ανορεξίας αλλά διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα έχουν θέση στην αντιμετώπιση της ανορεξίας. Σε συνδυασμό με αυστηρά προγράμματα σίτισης και ψυχοθεραπείας τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα συχνά αποδεικνύονται χρήσιμα. Επίσης, όταν η ανορεξία συνοδεύεται από υψηλά επίπεδα άγχους τα ηρεμιστικά φάρμακα ενδέχεται να βοηθήσουν.²²



Κάθε είδους θεραπεία, από ψυχανάλυση και ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία ως οικογενειακή θεραπεία και θεραπεία συμπεριφοράς, από φαρμακοθεραπεία με νευροληπτικά ή αντικαταθλιπτικά ως την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, έχει εφαρμοστεί με αποτελέσματα που διαφέρουν από περίπτωση σε περίπτωση, από εντελώς ικανοποιητικά ως εντελώς αρνητικά. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας εξαρτάται από το είδος της υποδομής της προσωπικότητας, που μπορεί να ποικίλλει από νευρωτική, στις ελαφρύτερες περιπτώσεις, ως ψυχωτική, με κυριαρχούσα την οριακή.⁷

Νοσηλεία με υποχρεωτική ή καταναγκαστική σίτιση είναι απαραίτητη όταν η απώλεια βάρους δημιουργεί κινδύνους για την επιβίωση του αρρώστου. Η θνησιμότητα, σε τέτοιες περιπτώσεις, φτάνει το 40%. Ένα ενθαρρυντικό σημάδι είναι η επανεμφάνιση της εμμηνορροίας, αν και σε πολλές περιπτώσεις καθυστερεί ως και τρία χρόνια ύστερα από την επιστροφή σε ομαλές συνθήκες διατροφής.^{7,41}



8.7. Λύση /Διαχείριση

Οι διατροφικές διαταραχές είναι σοβαρές ασθένειες και χρειάζεται εξειδικευμένη ψυχολογική φροντίδα, για τις ψυχολογικές δυσκολίες που προκαλούν τραύμα και βαθιά θλίψη αλλά και για τα σωματικά προβλήματα που το άτομο αντιμετωπίζει. Πιθανόν σκέφτεσαι ότι ο «τρόπος να αλλάξω το πώς αισθάνομαι για τον εαυτό μου είναι να αλλάξω το σώμα μου». Αλλά είναι ένας τέτοιος τρόπος υγιές για να αλλάξεις το πώς αισθάνεσαι για τον εαυτό σου; Με μια γενικότερη θεώρηση των πραγμάτων μάλλον η απάντηση φαίνεται να είναι ένα ηχηρό «όχι».

Τα συναισθήματα και οι προσωπικές μας ανάγκες έχουν θεμελιώδη αιτιολογική σχέση με το φαγητό. Όλοι έχουμε ένα βιολογικό λόγο για να τρώμε, αλλά ο καθένας από εμάς ξεχωριστά έχει τους δικούς του διαφορετικούς λόγους για να τρώει περισσότερο από ότι χρειάζεται και να ικανοποιήσει τις υπόλοιπες ανάγκες του.^{20,42}

Οι ατομικές καταστάσεις χρειάζεται να καλυφθούν με μεγάλη λεπτομέρεια έτσι ώστε να είμαστε ικανοί να έχουμε μια βαθιά ολοκληρωμένη εικόνα των προσωπικών σας αιτιών που σας προκαλούν τα διατροφικά προβλήματα.

Μαθαίνοντας τη σπουδαιότητα και την επίδραση μιας αλλοιωμένης, διαστρεβλωμένης εικόνας του σώματός σου είναι το πρώτο ισχυρό σίγουρο βήμα σε μια σειρά από σημαντικά βήματα που θα ακολουθήσεις για να καταρρίψεις ότι δυσλειτουργικό και μη αληθινό που πιστεύεις για τον εαυτό σου. Τα αποτελέσματα είναι πάντα θεαματικά απολαμβάνοντας μια ισχυρή αυτό-πεποίθηση με πανίσχυρη θέληση. Ο συνδυασμός αυτό-πεποίθησης και θέλησης είναι ένα πανίσχυρο εργαλείο που δεν φαίνεται χρήσιμο μόνο στην απώλεια και διατήρηση βάρους αλλά προβάλλει τα οφέλη του και σε πολλές διαφορετικές περιοχές της ζωής σου.

Μια αποτελεσματική ψυχο-διατροφική θεραπευτική παρέμβαση χρειάζεται να προετοιμάζει σταδιακά το άτομο να διαμορφώσει τη σχέση του με το φαγητό, να τροποποιήσει αντιλήψεις, πεποιθήσεις, μύθους που έχει διαμορφώσει σε σχέση με το

φαγητό, τροφές και να δώσει όλα τα απαραίτητα εφόδια–γνώσεις, ψυχολογικές τεχνικές, διατροφικές συμβουλές, απαραίτητους ελιγμούς και άλλα πολλά – για να απαλλαγτεί από τις στερήσεις και τις δίαιτες απελπισίας που το οδηγούν σε ένα ατέλειωτο φαύλο κύκλο και σε παραπανίσια κιλά.²⁰

Το ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα που απευθύνεται σε μορφές ψυχογενών διατροφικών διαταραχών χρειάζεται να είναι σχεδιασμένο και προσαρμοσμένο στις ατομικές ανάγκες του κάθε ατόμου.

Η νευρική ανορεξία αντιδρά γενικά πολύ θετικά σε ψυχολογική θεραπευτική παρέμβαση όμως στα χέρια ειδικά εκπαιδευμένων ψυχοθεραπευτών οι οποίοι κατανοούν τις αιτίες και συμπεριφορές των ψυχογενών διατροφικών διαταραχών και του στυλ ζωής που αυτά προκαλούν. Έτσι η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση δεν θα εφοδιάσει απλά το άτομο με αυτογνωσία. Θα έχει επίσης τις γνώσεις να ενδυναμώσει το άτομο που υποφέρει με ειδικές, σημαντικές πληροφορίες και καθοδήγηση. Αποκτώντας τον έλεγχο σε άλλες περιοχές της ζωής οι οποίες είναι «εκτός ελέγχου» μπορούμε ξανά να αξιώσουμε τη «φυσική πείνα» και το φαγητό να γίνει πάλι πηγή ευχαρίστησης.²⁰

8.8. Διατροφικό άγχος /φοβία/απώλεια βάρους

Μερικά άτομα, στην πρώτη τους συνεδρία, έχω ακούσει πολλές φορές να λένε ‘Θα με υπνωτίσεις και θα μου πεις να μην τρώω’. Πράγματι, είναι μια κατανοητή, αποδεκτή απαίτηση όταν σκεφτούμε ότι ζούμε σε μια κοινωνία όπου υπάρχει ένα ‘μαγικό χάπι’ που προσφέρετε τόσο γρήγορα, τόσο ελεύθερα. Χάπι για την κατάθλιψη, χάπι για τα νεύρα, χάπι για συμπλήρωση βιταμινών, χάπι για μείωση όρεξης. Καθημερινά διαβάζουμε διαφημίσεις: ‘Νέο θαυματουργό χάπι το οποίο εμποδίζει την απορρόφηση του λίπους’ ή ‘Επαναστατική μέθοδος καταμέτρησης θερμίδων’. Πόσες φορές δεν έχουμε δει ή διαβάσει ότι: ‘αυτή η νέα μέθοδος αδυνατίσματος πράγματι είναι αποτελεσματική’. Και μπαίνουμε σε μια εκ νέου προσπάθεια από όπου βγαίνουμε λιγότερο δυνατοί, λιγότερο προσανατολισμένοι, με λιγότερη πίστη σε αυτά που θέλουμε να καταφέρουμε.²⁰

Όλα αυτά τα προϊόντα έχουν τρία πράγματα κοινά:

1. Προσφέρονται να κάνουν όλοι την δουλειά για σένα
2. Δεν είναι επιλεκτικά (υποθέτουν ότι ο καθένας έχει τις ίδιες ανάγκες)
3. Τα αποτελέσματά τους είναι στην καλύτερη περίπτωση παροδικά (όταν σταματάς να παίρνεις το ‘μαγικό χάπι’ το αρχικό πρόβλημα φανερώνεται και πάλι συχνότατα με περισσότερη επιμονή δημιουργώντας μεγαλύτερη δυσκολία).

Η έρευνα δείχνει πως το 97% αυτών που κάνουν δίαιτες ξανακερδίζουν το βάρος που προσπάθησαν τόσο σκληρά να χάσουν

Απορρίπτουμε την ιδέα οποιουδήποτε μαγικού χαπιού απλά επειδή δεν δουλεύει. Η προσπάθεια δεν σημαίνει σκληρή δουλειά. Εάν ενδιαφέρεσαι και έχεις κίνητρο, προσπάθεια για μια υγιή σχέση με το φαγητό γίνεται φυσικά και σου επιστρέφεται ένα αίσθημα ικανοποίησης και ισορροπίας.

Το μεγαλύτερο εμπόδιο στην επιτυχία σου προσπάθεια είναι πιθανόν η έλλειψη κινήτρου και ο φόβος της αποτυχίας

‘Θέλεις να ζήσεις με το φόβο/ άγχος των διατροφικών σου συνηθειών τον επόμενο χρόνο... τα επόμενα 5 χρόνια... για την υπόλοιπη ζωή σου...’;²⁰

Μερικοί φόβοι είναι υγιής, και μας προστατεύουν από αληθινούς κινδύνους. Ωστόσο, οι περισσότεροι φόβοι που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι βασίζονται σε φανταστικούς κινδύνους. Και εκείνοι οι φανταστικοί κίνδυνοι με την σειρά τους προκαλούνται από τις προσδοκίες ότι το χειρότερο θα συμβεί.

Μεταξύ άλλων, κατανοώντας τις αιτίες των διατροφικών σου προβλημάτων: πτωχές διατροφικές συνήθειες και τρόπο ζωή σου, ψυχολογικές ανάγκες όπου σε οδηγούν στο φαγητό δημιουργείς μια υγιή σχέση με το φαγητό, μακριά από ενοχικά συναισθήματα, φόβους και αλλεπάλληλους κύκλους δίαιτας, αυξάνοντας την αυτοπεποίθησή σου μαθαίνοντας πως η επιτυχία είναι κάτι χειροπιαστό κάτι που εξαρτάται και ελέγχεται μόνο από εσένα.^{20,42}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ -ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

9.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή

Οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές δεν χαρακτηρίζονται από ομοιογένεια. Τα συμπτώματα μπορεί να διαφέρουν ως προς τη δριμύτητα, συχνότητα και μορφή και μπορεί να υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, καθώς και ομοιότητες με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Μια αρχική συνέντευξη είναι απαραίτητη και αποφασιστική για την εγκαθίδρυση μια σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Το κλίμα αποδοχής, που θα πρέπει να δημιουργήσει ο νοσηλευτής, θα επιτρέψει στον ασθενή να εκφραστεί με ειλικρίνεια για την κατάσταση του. Ταυτόχρονα μέσα από τη συζήτηση ο νοσηλευτής προσδιορίζει τη δύναμη των εσωτερικών κινήτρων και τις ψυχικές αντοχές του ασθενή. Για το σκοπό αυτό συλλέγονται πληροφορίες που αφορούν στη διάρκεια των διατροφικών διαταραχών, στο βαθμό σοβαρότητας των συμπτωμάτων, στην ψυχολογική πίεση που προκαλείται από αυτά τα συμπτώματα, καθώς και σε προηγούμενες προσπάθειες θεραπείας.⁴³

Ως προς το βιολογικό τομέα, η συνέντευξη θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα λεπτομερές ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό καθώς και προσεκτική παρατήρηση των βασικών συμπτωμάτων της ασθένειας (π.χ. απίσχναση, βραδυκαρδία κ.τ.λ.) των οποίων η διάρκεια και η δριμύτητα επηρεάζουν τη θεραπευτική διαδικασία. Για την μετέπειτα διατροφική αποκατάσταση είναι πολύτιμη κάθε πληροφορία για το βάρος και τη διατροφική συμπεριφορά του ασθενούς. Ερωτήσεις σχετικές με το μέγιστο ή ελάχιστο βάρος που έχει φτάσει ο ασθενής, με δίαιτες που πιθανόν έχει ακολουθήσει και χρήση καθαρτικών είναι απαραίτητο να γίνουν ακόμα και αν ο ασθενής δυσανασχετεί γι' αυτές. Τέλος, πληροφορίες για τις συνήθειες ύπνου του ασθενούς, καθώς και για τη συχνότητα και την ένταση που αυτός ασκείται σωματικά, συμπληρώνουν το βιολογικό πορτρέτο του ασθενούς.

Ως προς τα ψυχολογικά συμπτώματα της νόσου, αυτά θα πρέπει να ελέγχουν λεπτομερώς, ακόμα και αν ο ασθενής τα αρνείται ή προσπαθεί να τα ελαχιστοποιήσει. Συμπτώματα, όπως κατάθλιψη ή άλλες ψυχικές διαταραχές, καθώς

και οριακές διαταραχές προσωπικότητας απαιτούν μεγαλύτερη προσοχή γιατί συμπεριφορές που σχετίζονται με τέτοιες διαταραχές μπορούν να οδηγήσουν μέχρι και σε αυτοκτονία. Σημαντικό είναι επίσης να ερευνηθεί οποιοδήποτε ιστορικό σεξουαλικής ή ψυχολογικής βίας, αφού στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αναφέρονται τέτοια περιστατικά.

Συμπτώματα όπως μελαγχολία, άγχος, έμμονες ιδέες, παρορμητικότητα πρέπει να προσδιοριστούν μετά από εξέταση του διανοητικού επιπέδου του ασθενούς. Πληροφορίες σχετικές με το πώς αντιλαμβάνεται ο ασθενής το «φαγητό και το βάρος» με το πόσο έντονα αυτά τον απασχολούν, καθώς και με τα φαγητά τα οποία ο ασθενής θεωρεί «απαγορευμένα» αποδεικνύονται πολύ χρήσιμες κατά τη μετέπειτα θεραπευτική διαδικασία. Επίσης πολύτιμες θεωρούνται οι προσδοκίες του ίδιου του ασθενή για το αποτέλεσμα της θεραπείας του καθώς και οποιεσδήποτε δικές του προτάσεις για τη διεξαγωγή αυτής της θεραπείας. Εξίσου σημαντική είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ των συμπτωμάτων της νόσου και της κοινωνικής ζωής του ασθενούς. Η επαγγελματική ή η σχολική του επίδοση, τα κάθε είδους ενδιαφέροντα του, οι σχέσεις του εκτός της οικογένειας, καθώς και η δυναμική των οικογενειακών σχέσεων πολύ συχνά συντηρούν ή επιδεινώνουν τη διαταραχή.^{43,44}

9.2. Στάδιο θεραπείας

9.2.1 Διατροφική αποκατάσταση

Βασική προϋπόθεση είναι ο καθορισμός του κατώτατου ορίου βάρους του ασθενούς και των απαιτούμενων καθημερινών ποσοτήτων τροφής. Οι στόχοι αυτοί μπορούν να επιτευχθούν ατομικά ή σε ομάδες θεραπείας. Σε οποιαδήποτε περίπτωση ο νοσηλευτής επαινεί την αύξηση του βάρους ως αποτέλεσμα της προσπάθειας του ασθενή και διακριτικά αγνοεί την πιθανή μείωσή του. Η επαφή μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή είναι συνεχής. Ο νοσηλευτής κάθεται στο ίδιο τραπέζι κατά τη διάρκεια του φαγητού και μαζεύει τα πιάτα χωρίς σχόλια και ίχνος πίεσης. Δημιουργεί όσο το δυνατόν ευχάριστο περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα καταγράφει την καθημερινή κατανάλωση τροφής. Ανάλογα με την περίπτωση, μπορεί να μειωθεί η προγραμματισμένη ποσότητα τροφής που πρέπει να καταναλωθεί, αλλά να συμπληρώνεται με ενδιάμεσα μικρογεύματα. Με την πάροδο του χρόνου και αφού το επίπεδο αυτοπεποίθησης των ασθενή κρίνεται ικανοποιητικό, μπορεί να του

δοθεί, όσο πιο συχνά γίνεται το δικαίωμα της επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικά προγράμματα διατροφής. Στην περίπτωση αυτή όμως θα πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια από τον ασθενή το χαμηλότερο σε θερμιδική αξία διαιτολόγιο. Ποσότητες φαγητού «κρυμμένες» σε τσέπες ή πεταμένες στα σκουπίδια δεν θα πρέπει να ξεφεύγουν από την προσοχή του νοσηλευτή.

Πολύ σημαντική είναι η τήρηση αυστηρού προγράμματος μέτρησης του βάρους κατά τον ίδιο πάντα τρόπο (π.χ. κάθε Δευτέρα και Παρασκευή πριν απ' το πρωινό), στην ίδια πάντα ζυγαριά και με γραφική αναπαράσταση των δεδομένων. Ο τρόπος αυτός προσφέρει ακριβείς πληροφορίες για οποιαδήποτε αυξομείωση του βάρους του ασθενούς προστατεύοντας τον όμως ταυτόχρονα από πιθανές βασανιστικές αντιδράσεις που θα προκαλούσε η καθαρή αριθμητική έκφραση αυτής της αυξομείωσης. Μερικά προγράμματα μάλιστα, προτείνουν να ζυγίζεται ο ασθενής με την πλάτη στη ζυγαριά, αναπτύσσοντας έτσι ταυτόχρονα και μια σχέση εμπιστοσύνης με το νοσηλευτή του.

Ο έλεγχος του προσωπικού χώρου του ασθενούς και η χρήση συσκευών παρακολούθησης θα πρέπει, όταν αυτό είναι δυνατό, να αποφεύγονται. Σε περίπτωση που ο ασθενής παραβιάζει βασικούς κανόνες του διαιτητικού του προγράμματος, ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να βρίσκεται συνεχώς μαζί του, ειδικά κατά τη διάρκεια των γευμάτων, και εάν κρίνει απαραίτητο, να του στερεί το δικαίωμα χρήσης του μπάνιου για τουλάχιστον δύο ώρες μετά το φαγητό. Έτσι θα ελαχιστοποιηθούν οι προσπάθειες του ασθενούς να διατηρήσει το χαμηλό βάρος του προκαλώντας μετά το φαγητό κρυφούς τεχνητούς εμετούς. Ως προς τη σωματική άσκηση θα πρέπει να τηρούνται μέτρια προγράμματα που καταπολεμούν την κατάθλιψη και διατηρούν τη μυϊκή μάζα/ βάρος του ασθενούς. Ο καθορισμός ορίων άσκησης προλαμβάνει τη ροπή πολλών ασθενών προς ακραίες σωματικές δραστηριότητες.

Σε περίπτωση παρεντερικής σίτισης του ασθενούς θα πρέπει να αποφεύγεται οποιαδήποτε επικριτική συμπεριφορά ή ποινή εκ μέρους του νοσηλευτή, έτσι ώστε ο ασθενής να αναπτύξει σταδιακά την αυτοεκτίμηση του και να νιώσει κάποτε πως είναι ικανός να «πάρει την τύχη στα χέρια του». Επίσης θα πρέπει να γίνονται τακτικές μετρήσεις των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών του ασθενούς και συχνοί έλεγχοι της σωστής λειτουργίας του παρεντερικού σωλήνα, που πολλές φορές εσκεμμένα καταστρέφεται από αυτόν.

Εκτός από τις ατομικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ο νοσηλευτής πρέπει να βρίσκεται σε στενή συνεργασία με την ευρύτερη θεραπευτική ομάδα θεραπευτικής αποκατάστασης, να αναφέρει οποιεσδήποτε αλλοιώσεις που θα παρατηρηθούν στη στοματική κοιλότητα του ασθενούς ανάλογα με την περίπτωση, να προτείνει εναλλακτικές μεθόδους διατροφής όπως δίαιτα υγρής τροφής ή παρεντερική σίτιση.

Τέλος, στα βασικά νοσηλευτικά καθήκοντα συμπεριλαμβάνεται και η χορήγηση φαρμάκων. Στο πλαίσιο της νοσηλείας ο νοσηλευτής πρέπει να επαγρυπνεί σε περίπτωση παρενέργειας κάποιου φαρμάκου ή αλληλεπίδρασης του με κάποιο άλλο. Είναι αυτονόητο πως θα πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση καθαρτικών. Εκτός από τις ατομικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ο νοσηλευτής πρέπει να βρίσκεται σε στενή συνεργασία με την ευρύτερη θεραπευτική ομάδα θεραπευτικής αποκατάστασης, να αναφέρει οποιεσδήποτε αλλοιώσεις που θα παρατηρηθούν στη στοματική κοιλότητα του ασθενούς ανάλογα με την περίπτωση, να προτείνει εναλλακτικές μεθόδους διατροφής όπως δίαιτα υγρής τροφής ή παρεντερική σίτιση.^{43,44}

9.2.2. Διαταραχές υγρών - ηλεκτρολυτών

Καταρχάς ο νοσηλευτής καταγράφει τα ζωτικά σημεία του ασθενή. Στη συνέχεια ελέγχει την ποσότητα και το είδος των προσλαμβανόμενων υγρών καθώς και την ποσότητα των σύρων. Συζητά με τον ασθενή τρόπους αποφυγής και διακοπής των τεχνητών εμετών και της χρήσης καθαρτικών και διουρητικών. Καθορίζει δραστηριότητες (όπως συγκεκριμένο πρόγραμμα για πρόσληψη υγρών) που θα βοηθήσουν τον ασθενή να επαναφέρει και να διατηρήσει το ισοζύγιο των σωματικών του υγρών. Επιπλέον ενημερώνεται για τα αποτελέσματα των εξετάσεων ηλεκτρολυτών/νεφρικής λειτουργίας, αφού πιθανές μεταβολές τους μπορούν να επηρεάσουν την ανάρρωση του ασθενούς απαιτώντας έτσι πρόσθετες παρεμβάσεις. Σε επείγουσες περιπτώσεις διατάραξης της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας απαιτείται συμπληρωματική χορήγηση καλίου, για να αποφευχθούν επεισόδια καρδιακής δυσρυθμίας.⁴³

9.2.3. Δερματολογικός έλεγχος

Ο νοσηλευτής πρέπει να δίνει προσοχή σε οποιεσδήποτε δερματικές αλλοιώσεις παρατηρεί (π.χ. ξηρότητα, ευερεθιστότητα). Πείθει τον ασθενή να αποφεύγει το καθημερινό μπάνιο καταπολεμώντας έτσι την ξηρότητα του δέρματος. Η χρήση ενυδατικών προϊόντων δύο φορές τη μέρα και πάντα μετά το μπάνιο μειώνει τον κνησμό και ενισχύει την ελαστικότητα της επιδερμίδας. Όπου απαιτείται, ο νοσηλευτής εφαρμόζει ελαφρές μαλάξεις, ειδικά σε περιοχές που πιέζονται από οστικές προεξοχές, ενισχύοντας έτσι την καλή κυκλοφορία του αίματος. Η τακτική αυτή θα πρέπει να χρησιμοποιείται με φειδώ, όπου υπάρχει ιστορικό σεξουαλικής ή φυσικής βίας. Εάν ο ασθενής σιτίζεται παρεντερικός, πρέπει να πειστεί, πως για την καλή κυκλοφορία του αίματος και την αποφυγή συμπτωμάτων κατάκλισης, είναι απαραίτητη η συχνή αλλαγή θέσης στο κρεβάτι του.³⁵

9.2.4. Διαδικασία σκέψης

Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει αν υπάρχουν διαταραχές στην διανοητική ικανότητα του ασθενή, έτσι ώστε να διαμορφώνει κατάλληλα τις προσδοκίες που έχει από αυτόν και ταυτόχρονα να επιλέγει τον κατάλληλο τρόπο για την ψυχολογική του υποστήριξη. Ο ρόλος του «καλού ακροατή» και η ειλικρίνεια στις συζητήσεις δημιουργούν το κατάλληλο κλίμα εμπιστοσύνης. Το ακριβώς αντίθετο προκαλεί η υπερβολική και επιπόλαια αντίδραση σε τυχόν παράλογη συμπεριφορά του ασθενούς. Παράλληλα η αυστηρή τήρηση της διαιτητικής αγωγής συμβάλλει στη βελτίωση της εγκεφαλικής λειτουργίας.⁴³

9.2.5. Διαταραχή σωματικής εικόνας - αυτοπεποίθησης

Όπως προαναφέρθηκε, βασική προϋπόθεση της θεραπευτικής διαδικασίας είναι η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του ασθενούς και του νοσηλευτή, καθώς και η ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης του ασθενούς χωρίς ίχνος επικριτικής συμπεριφοράς. Για τη δημιουργία αυτού του κλίματος εμπιστοσύνης θα πρέπει από την αρχή να καθοριστούν και να συμφωνηθούν οι βασικοί κανόνες που αφορούν στο πρόγραμμα μέτρησης του βάρους, στη χορήγηση φαρμάκων και στην διαιτητική

αγωγή. Είναι αυτονόητο πως ταυτόχρονα θα πρέπει να καθοριστούν και οι συνέπειες από την μη τήρηση αυτών των κανόνων.

Ο νοσηλευτής, σε όλη την διάρκεια της θεραπείας, απαντά με ειλικρίνεια ακόμα και σε παράλογες διατυπώσεις του ασθενούς σχετικά με το σώμα ή το βάρος του, αποφεύγοντας όμως οποιαδήποτε επικριτικά σχόλια ή ακραίες αντιδράσεις. Προβλήματα προσωπικά ή οικογενειακά θα πρέπει «να αφήνονται στο σπίτι», έτσι ώστε να μπορεί ο νοσηλευτής να ελέγχει τη συμπεριφορά του προς τον ασθενή και να μην συγκρούεται αδικαιολόγητα μαζί του διατηρώντας μί αυτόν τον τρόπο ψυχολογική σταθερότητα στη μεταξύ τους σχέση.⁴³

9.2.6. Νοσηλευτής και οικογένεια

Η συνεργασία της οικογένειας με το νοσηλευτή πρέπει καταρχάς να στηριχθεί σε καθορισμένους τρόπους αλληλεπικοινωνίας και αλληλεπίδρασης. Σε πολλές περιπτώσεις τα μέλη της οικογένειας που εμπλέκονται συχνά μιλούν για λογαριασμό των άλλων. Γι' αυτό θα πρέπει να ενθαρρυνθούν να μιλούν μόνο για τον εαυτό τους και να είναι υπεύθυνα για τα λόγια και τις πράξεις τους. Μια καλή τακτική προς αυτή την κατεύθυνση είναι να μην επιτρέπεται σε δύο μέλη που συζητούν μεταξύ τους να αναφερθούν σε κάποιον τρίτο χωρίς αυτός να παρευρίσκεται.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποθαρρύνει τα μέλη απ' το να επιδιώκουν την επιδοκιμασία των άλλων. Κατά τη διάρκεια της συζήτησης προσέχει οποιαδήποτε σημάδια της παραπάνω συμπεριφοράς και δεν χάνει την ευκαιρία να αναγνωρίζει αυτεξούσιες πράξεις ή λόγια του ασθενή. Δίνει πάντα σημασία σ' αυτά που λέει, ενώ ταυτόχρονα σέβεται τον «ιδιωτικό χώρο» του καθενός και αναγνωρίζει το δικαίωμα του κάθε μέλους να μην συζητήσει δεδομένα που αυτό θεωρεί πολύ προσωπικά. Έτσι κάθε μέλος κατορθώνει να διατηρεί ανέπαφη την προσωπική του σφαίρα, ενώ ταυτόχρονα μαθαίνει να εκφράζει χωρίς τον φόβο της αποδοκιμασίας τις προσωπικές του απόψεις σε όλα τα υπόλοιπα μέλη, αυξάνοντας μ' αυτό τον τρόπο την θετική αυτοαντίληψη του και το βαθμό της αυτονομίας του.

Σε πολλές οικογένειες ανορεκτικών η έκφραση των συναισθημάτων και της διαφορετικότητας των μελών θεωρείται ταμπού, το οποίο κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας πρέπει να σπάσει. Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει κάθε αυθόρμητη έκφραση συναισθημάτων (π.χ. θυμό, κλάμα), δείχνοντας πως όλοι έχουν

το δικαίωμα να αντιδρούν διαφορετικά και αυτόνομα. Για να είναι δυνατή όμως η αυθόρμητη έκφραση των συναισθημάτων θα πρέπει να δημιουργηθεί το κατάλληλο περιβάλλον. Για το σκοπό αυτό ο νοσηλευτής βοηθά τους γονείς να προσδιορίσουν και να λύσουν πρώτα τις δικές τους συζυγικές διαφορές, αν υπάρχουν, ενώ ταυτόχρονα εμποδίζει τον ασθενή να μεσολαβήσει σε τυχόν συγκρούσεις ανάμεσα στους γονείς του, αφού πολλές φορές η ρίζα των διατροφικών διαταραχών βρίσκεται στην ψυχολογική πίεση που ασκείται στο παιδί για να πάρει το μέρος του ενός από τους δύο γονείς. Τέλος, επισημαίνει και αντιμετωπίζει άμεσα συμπεριφορές εκ μέρους των μελών της οικογένειας που μπορεί να υπονομεύσουν τη θεραπευτική διαδικασία όπως έκρηξη συναισθημάτων ενοχής, ντροπής ή απελπισίας. Αν χρειαστεί προτείνει τη συμμετοχή σε ευρύτερες ομάδες θεραπείας ή σχολές επιμόρφωσης γονέων.

Ο νοσηλευτής βοηθά τον ασθενή να αναλάβει έλεγχο σε τομείς που δεν έχουν σχέση με την αύξηση του βάρους του; όπως το να καθορίζει τις καθημερινές δραστηριότητες του, να διαλέγει τα χόμπι του κ.ά. ο ασθενής μαθαίνει να θέτει συγκεκριμένους, ρεαλιστικούς στόχους για τον εαυτό του και να καταστρώνει σχέδια για την επίτευξη τους, την οποία ακολουθούν νέοι δυσκολότεροι στόχοι. Μ' αυτόν τον τρόπο μετατοπίζεται σιγά-σιγά το κέντρο βάρους της προσοχής του σε άλλες ευχάριστες δραστηριότητες, αυξάνοντας έτσι τη δυνατότητα του να ελέγχει καταστάσεις βελτιώνοντας σημαντικά την αυτοεκτίμησή του.

Ο έλεγχος απ' τη μια, αλλά ταυτόχρονα και η αποδοχή του εαυτού όπως είναι από την άλλη, αποτελούν βασικούς στόχους της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι ασθενείς ενώ αισθάνονται υπεύθυνοι για την εικόνα τους, που πρέπει να είναι πάντα τέλεια, πολλές φορές δεν ξέρουν καν τι θέλουν και τι είναι καλό γι' αυτούς. Αν όμως υποστηριχθούν για να παίρνουν δικές τους αποφάσεις νοιώθοντας εμπιστοσύνη στον εαυτό τους χωρίς συναισθήματα ανεπάρκειας και αδυναμίας, τότε "μαθαίνουν" να αισθάνονται αποδεκτοί και να αποκτούν βαθμιαία τη δική τους "ταυτότητα", ανεξάρτητα από τα πρότυπα που τους έχουν ενδεχομένως επιβληθεί απ' την οικογένεια. Η συμμετοχή σε ομάδες θεραπείας με μέλη που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα βοηθάει πολύ προς αυτή την κατεύθυνση. Μέσα από την έκφραση και το μοίρασμα των εμπειριών τους και των φόβων τους με τους άλλους, διαμορφώνουν καθαρότερη αντικειμενική εικόνα του εαυτού τους δοκιμάζουν ευχάριστα και παρωθητικά συναισθήματα αποδοχής, ενθάρρυνσης και θετικής

αντίληψης. Για να τονιστεί η σημασία των παραπάνω συναισθημάτων, αξίζει να αναφερθεί πως ένα μεγάλο ποσοστό ανορεξικών ατόμων, μέσα από καταστάσεις κοινωνικής απόρριψης και απομόνωσης που προκαλούν συναισθήματα απαξίωσης του εαυτού τους, οδηγεί απελπιστικά τα τελικά σε αυτό καταστροφικές συμπεριφορές.

Μέσα στο κατάλληλο κλίμα εμπιστοσύνης με το νοσηλευτή του, ο ασθενής μαθαίνει πώς να σπάει την απομόνωση του, να μιλάει ανοιχτά για τις ιδέες, τις απόψεις και τα συναισθήματα του, ακόμη κι αυτά που αφορούν στη σεξουαλική του ζωή, αν δεν υπάρχει ήδη γι' αυτό ειδικευμένος θεραπευτής, και να εκφράσει λεκτικά ακόμη και το θυμό του, πράγμα που μπορεί να ήταν εντελώς απαγορευμένο στο οικογενειακό του περιβάλλον.

Τέλος, στρατηγικές όπως, το ημερολόγιο συναισθημάτων που ανασύρονται με τη σκέψη και μόνο του φαγητού και η κατ' επέκταση αντιμετώπιση τους, η άμεση αλλαγή ρούχων μετά από αύξηση βάρους, ή εκμάθηση κατάλληλων τεχνικών περιποίησης προσώπου-σώματος ώστε να μεταβληθεί η προηγούμενη παγωμένη εικόνα ως "λεπτής σιλουέτας" και η ενασχόληση με διάφορες ελεγχόμενες αθλητικές δραστηριότητες ατομικές ή ομαδικές, συμβάλλουν, (σε μεγάλο βαθμό) στην Προσπάθεια "ανάπλασης" της εικόνας του εαυτού, στην επανάκτηση ελέγχου, την ανάπτυξη θετικής αυτοαντίληψης και την τελική αποκατάσταση ψυχικής ισορροπίας.^{43,35}

9.2.7. Ανικανότητα για εκπαίδευση

Ο ασθενής μέσα από τη σχέση του με το νοσηλευτή, εκπαιδεύεται κατάλληλα ώστε να αναγνωρίζει τις συνθήκες της ανάρρωσης του και τις πιθανές θεραπευτικές του ανάγκες. Για να γίνει αυτό δεν θα πρέπει να καθοριστεί μόνο το επίπεδο των γνώσεων που ήδη διαθέτει αλλά και η ετοιμότητα του να μάθει περισσότερα, αφού η οποιαδήποτε μάθηση είναι πιο εύκολη όταν «ο μαθητής» είναι πρόθυμος.

Ο νοσηλευτής επισημαίνει αρχικά καθετί που στέκεται εμπόδιο στη μάθηση, ανεξάρτητα αν αυτό έχει βιολογικό, διανοητικό ή συναισθηματικό χαρακτήρα. Κακή διατροφή, οικογενειακά προβλήματα ή κατάχρηση ουσιών είναι προβλήματα που θα πρέπει πρώτα να αντιμετωπιστούν, διαφορετικά η οποιαδήποτε εκπαίδευση δεν θα

έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Στο πλαίσιο της εκπαίδευσης του ο νοσηλευτής βοηθάει τον ασθενή στην καταγραφή των διαιτητικών του αναγκών, του λύνει τυχόν απορίες και σχεδιάζει μαζί του νέους τρόπους διατροφής. Οι νέες διαιτητικές προτάσεις, που μπορεί να προκύψουν ως αναγκαία λύση για τη δυσκοιλιότητα που πιθανώς θα παρουσιαστεί μετά την περικοπή των καθαρτικών, μπορούν να εμποδίσουν την αναπόφευκτη επιλογή μιας πιο δραστικής θεραπείας.

Η ανορεξική συμπεριφορά και οι πιθανές μη αναστρέψιμες συνέπειες της (γαστρορραγίες, βλάβες στο συκώτι από έλλειψη πρωτεϊνών, υπολειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, ακόμα και ξαφνικός θάνατος), πρέπει να αποτελούν συνεχώς αντικείμενο συζήτησης μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή. Στην προσπάθεια αλλαγής αυτής της καταστροφικής συμπεριφοράς μπορούν να προταθούν διάφορες αντιστρεσσιογόνες και χαλαρωτικές τεχνικές, που θα βοηθήσουν τον ασθενή να αντιμετωπίσει θετικά τα συναισθήματα άγχους και φόβου που συνήθως τον βασανίζουν. Βοηθός στην καταπολέμηση των παραπάνω συναισθημάτων είναι και οι ενδορφίνες, τα φυσικά "χάπια ευτυχίας" του μυαλού, που παράγονται κατά τη διάρκεια σωματικής άσκησης, η οποία δεν πρέπει να λείπει από καμία θεραπευτική διαδικασία, με την προϋπόθεση πως ο ασθενής δεν θα οδηγηθεί σε ακρότητες. Στο πλαίσιο της γενικότερης ενημέρωσης - εκπαίδευσης του ο νοσηλευτής παρέχει στον ασθενή πληροφορίες για οποιοδήποτε θέμα τον ενδιαφέρει ή τον βοηθά στην εξέλιξη της θεραπευτικής του αγωγής. Εάν χρειαστεί μεγαλύτερη υποστήριξη τον παραπέμπει σε ευρύτερους εθνικούς ή διεθνείς οργανισμούς που ασχολούνται με το πρόβλημα του.^{43,34}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

10.1. Αγωγή Υγείας

Τα τελευταία χρόνια ο τομέας και το περιεχόμενο της αγωγής υγείας έχει μεταστραφεί από τη διδασκαλία της σωματικής υγείας και της πρόληψης της αρρώστιας στην ενημέρωση, σχετικά με την προαγωγή της σωματικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και οικολογικής ευεξίας του ατόμου, και επομένως η Αγωγή υγείας πρέπει να επικεντρωθεί στο να βοηθήσει τα άτομα να αποκτήσουν ευθύνη για τη δική τους υγεία. Όπως δε πολλοί από τους μελετητές της Αγωγής υγείας τονίζουν, παρόλο που οι κοινωνικές και πολιτιστικές αξίες επηρεάζουν την άποψη της κοινωνίας για την υγεία δεν αποτελούν ουσιαστικά τομέα της Αγωγής υγείας.⁴⁴

Βασικός σκοπός της Αγωγής υγείας είναι η παροχή πληροφοριών. Η αύξηση των γνώσεων αποτελεί τον αρχικό σκοπό με τη σκέψη ότι το άτομο με βάση τις γνώσεις αυτές θα μπορέσει να οδηγηθεί στην αλλαγή του τρόπου ζωής του. Η αλλαγή αυτή της συμπεριφοράς είναι και ο δεύτερος βασικός σκοπός της Αγωγής υγείας. Αυτός μπορεί να είναι τόσο απλός όσο και η διδασκαλία μιας απλής δεξιότητας και τόσο σύνθετος όσο η σχεδόν ριζική αλλαγή του τρόπου ζωής του ατόμου, για την προαγωγή της υγείας του. Τελικός σκοπός της Αγωγής υγείας είναι να καταστήσει το άτομο υπεύθυνο και ικανό για τη δική του φροντίδα υγείας.

Η πρόληψη αποτελεί τον πρωταρχικό σκοπό της κοινοτικής νοσηλευτικής γενικά. Η προληπτική παρέμβαση ακολουθεί την φυσική εξέλιξη της αρρώστιας, η οποία αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία στηρίζεται. Η αρρώστια προχωρεί με την πάροδο του χρόνου και οι παθολογικές μεταβολές όσο αυτή προχωρεί, γίνονται λιγότερο αναστρέψιμες,

Ο αντικειμενικός σκοπός των προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων είναι να αναχαιτίσουν ή να αναστρέψουν την παθολογική διεργασία, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, προλαβαίνοντας μεγαλύτερη βλάβη. Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της αρρώστιας διακρίνονται τρία επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων. Η Πρωτογενής, η Δευτερογενής και η Τριτογενής Προληπτική Παρέμβαση.^{34,44}

10.1.1. Πρωτογενής πρόληψη

Η Πρωτογενής πρόληψη αφορά την παρέμβαση που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες, και κατά τη διάρκεια της επιρρέπειας του ατόμου. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας όσο και στην προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα.

Στις παρεμβάσεις για την προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας περιλαμβάνονται όλες οι δραστηριότητες που βελτιώνουν τις συνθήκες του περιβάλλοντος και ενισχύουν τον υγιεινό τρόπο ζωής. Η αγωγή υγείας στο επίπεδο αυτό σκοπεύει να μεταδώσει στον πληθυσμό γνώσεις σχετικά με την υγιεινή διατροφή, ανάπαυση, ψυχαγωγία και γενικά την απόκτηση υγιεινών συνηθειών. Ακόμη ενημερώνει σχετικά με τους δυσμενείς για την υγεία παράγοντες όπως την κακή διατροφή, τις διάφορες καταχρήσεις, το άγχος και ότι άλλο επιδρά αρνητικά στην υγεία.⁴⁴

10.1.2. Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια και να την θεραπεύσει αποτελεσματικά. Ο σκοπός της είναι να θεραπευθεί η αρρώστια κατά το δυνατό στα πρώτα στάδια της, σε περίπτωση δε που τούτο δεν είναι δυνατόν, να περιοριστεί η εξέλιξη της και να προληφθούν επιπλοκές και αναπηρίες. Ο προγραμματισμένος έλεγχος του πληθυσμού είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος για τη δευτερογενή πρόληψη. Ο έλεγχος αυτός μπορεί έγκαιρα να διαπιστώσει σημεία και ενδείξεις μιας νόσου, πριν ακόμη το άτομο παρουσιάσει οποιαδήποτε συμπτώματα. Παράδειγμα μπορεί να είναι: Οι αναλύσεις δειγμάτων ομάδας πληθυσμού που εμφανίζει συμπτώματα διαταραχών στην πρόσληψη τροφής, όπως η πρόωμη ανησυχία για την αύξηση του βάρους. Τμήμα της δευτερογενούς πρόληψης, πρέπει να αποτελεί και η διδασκαλία του πληθυσμού σχετικά με τη σπουδαιότητα του περιοδικού ελέγχου της υγείας τους.^{43,44}

10.1.3. Τριτογενής πρόληψη

Η Τριτογενής πρόληψη σκοπεύει στον περιορισμό της ανικανότητας που προκαλεί η αρρώστια και στην αποκατάσταση των ατόμων, παρεμβαίνει δε όταν παθολογικές βλάβες έχουν ήδη εμφανιστεί ή το άτομο παρουσιάζει κάποιο βαθμό αναπηρίας. Εδώ συμπεριλαμβάνονται και πολλές από τις θεραπευτικές μεθόδους που αναλύθηκαν σε προηγούμενα κεφάλαια.⁴⁴

10.2. Προληπτική Νοσηλευτική στην οικογένεια

10.2.1. Αξιολόγηση της οικογένειας - Σύλλογή πληροφοριών

Οι περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την οικογένεια συγκεντρώνονται στην επίσκεψη του νοσηλευτή στο σπίτι. Η αξιολόγηση στο σπίτι έχει πολλά πλεονεκτήματα σε σύγκριση με την επικοινωνία νοσηλευτή-ατόμου:

α) Οι πληροφορίες τόσο για τη σύνθεση όσο και για τις σχέσεις της οικογένειας είναι πιο εξακριβωμένες.

β) Η παρατήρηση του οικογενειακού περιβάλλοντος βοηθάει τον νοσηλευτή να διαπιστώσει τόσο τα εμπόδια και τις δυσκολίες όσο και τις δυνατότητες της οικογένειας να συμβάλλει στην επίτευξη μεγαλύτερης οικογενειακής συνοχής και προαγωγή του επιπέδου της υγείας της.

γ) Τα μέλη της οικογένειας αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια και ανεξαρτησία στο δικό τους περιβάλλον και γίνονται έτσι πιο επιδεκτικοί στις προτάσεις για αντιμετώπιση των αναγκών της υγείας τους.

Η προ της επίσκεψης φάση - Προετοιμασία επίσκεψης

Η τηλεφωνική επικοινωνία του νοσηλευτή με την οικογένεια πριν από την επίσκεψη είναι πολύ καλή ευκαιρία για πρώτη επαφή και συνεννόηση. Στην επικοινωνία αυτή εξηγεί ποιος είναι τον σκοπό της επίσκεψης στο σπίτι και πως έγινε η παραπομπή της οικογένειας (από το σχολείο, το νοσοκομείο, ή οποιαδήποτε άλλο άτομο ή υπηρεσία). Η σύντομη αυτή τηλεφωνική συζήτηση βοηθάει να διευκρινισθούν ορισμένα θέματα και ενθαρρύνει την οικογένεια στην συμμετοχή της. Προγραμματίζεται τόσο ο χρόνος όσο και η σχετική διάρκεια της επίσκεψης, έτσι ώστε να διευκολύνονται και η οικογένεια και ο νοσηλευτής. Μετά από τη συνεννόηση αυτή ο νοσηλευτής θα πρέπει να μελετήσει όλες τις πληροφορίες που

υπάρχουν σχετικά με την οικογένεια προφορικές ή γραπτές και από όλες τις πηγές όπως: έκθεση, ιατρική, πληροφορίες συναδέλφων, σχετική έκθεση από το σχολείο ή τον εργασιακό χώρο κάποιου μέλους της οικογένειας και κάθε άλλη σχετική πληροφορία.

Επίσκεψη στο σπίτι

Ο νοσηλευτής που επισκέπτεται την οικογένεια στο σπίτι, χρειάζεται να είναι προετοιμασμένος για μια τυχόν ψυχρή ή και αρνητική υποδοχή του. μερικές οικογένειες θεωρούν την επίσκεψη σαν παραβίαση τον οικογενειακού του ασύλου από κάποιον που "έρχεται να ελέγχει" το σπίτι τους και τον τρόπο ζωής τους. Το μεγαλύτερο τμήμα της πρώτης αυτής επίσκεψης θα πρέπει να διατεθεί για γνωριμία και απλή φιλική επικοινωνία ώστε να δοθεί η διαβεβαίωση στην οικογένεια ότι η επίσκεψη γίνεται από πραγματικό ενδιαφέρον και με σεβασμό προς τα μέλη της με τα οποία θέλει ειλικρινά να συνεργαστεί για την προαγωγή της δικής τους υγείας. Η συζήτηση αυτή θα βοηθήσει να μετριαστεί το άγχος και να περιοριστούν οι φραγμοί που είναι φυσικό να υπάρχουν στην πρώτη επικοινωνία.

Η επικοινωνία αυτή πρέπει να είναι μια κυκλική διεργασία, η οποία ενισχύει τα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν μόνα τους τις σκέψεις ή τα προβλήματα τους χωρίς να είναι αναγκασμένα να απαντούν σε συγκεκριμένες κατευθυνόμενες ερωτήσεις. Έτσι τα μέλη της οικογένειας με του δικό τους τρόπο εκφράζουν αυτά που θέλουν δίνοντας την ευκαιρία στο νοσηλευτή να αντιληφθεί τις απόψεις και θέσεις τους σε διάφορα θέματα. Σε αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής απλά ακούει ενεργητικά και προσεκτικά, χωρίς να σημειώνει τίποτε με χαρτί και μολύβι για να μη παρεμποδίσει την άνεση της επικοινωνίας. Στο τέλος της συζήτησης, ο νοσηλευτής προτείνει να επαναλάβουν περιληπτικά μαζί με την οικογένεια ότι συζητήθηκε και να προσθέτει ότι τυχόν προκύψει. Αφού εξασφαλιστεί κάποια απαραίτητη σχέση επικοινωνίας, συζητείται με την οικογένεια και η χρησιμοποίηση κάποιου σκελετικού ή οδηγού αξιολόγησης, ο οποίος θα καταρτιστεί και συμπληρωθεί μαζί με τα μέλη της οικογένειας.

Ένας χρήσιμος οδηγός αξιολόγησης πρέπει να περιλαμβάνει της αρχιτεκτονική και λειτουργική δομή της οικογένειας καθώς και το αναπτυξιακό της

στάδιο. Η χρησιμοποίηση ενός γονογράμματος της οικογένειας είναι πολύ βοηθητική, διότι δίνει τη γραπτή, οπτική εικόνα της οικογένειας.

Η αρχιτεκτονική δομή της οικογένειας σημειώνεται πρώτα, ακολουθεί το αναπτυξιακό στάδιο και το ιστορικό της οικογένειας. Στη συνέχεια συγκεντρώνονται πληροφορίες σχετικά με τις δραστηριότητες της οικογένειας, τις πιέσεις που ασκούνται σ' αυτήν και τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιεί. Στο τέλος, τα μέλη της οικογένειας συνεργάζονται με του νοσηλευτή στον καταρτισμό ενός πίνακα στον οποίον απαριθμούνται τόσο οι δυνατότητες της οικογένειας όσα και τα σημεία αδυναμίας που επισημάνθηκαν και χρειάζονται βελτίωση. Ο πίνακας αυτός θα χρησιμοποιηθεί σαν αρχική βάση για τον προγραμματισμό της φροντίδας της οικογένειας. Σε όλη τη διάρκεια της αξιολόγησης λαμβάνεται υπόψη η επίδραση του συστήματος των αξιών και πεποιθήσεων στην οικογένεια. Παρόλο που τόσο οι ρόλοι όσο και οι αξίες και πεποιθήσεις στην οικογένεια μεταβάλλονται η τροποποιούνται με την πάροδο του χρόνου ενώ μέλη της οικογένειας προστίθενται ή αποχωρούν από αυτήν, κατά πολύ μεγάλο ποσοστό, οι ρόλοι προσδιορίζονται από το ίδιο το σύστημα αξιών, τις πεποιθήσεις και τις συνήθειες της οικογένειας. Όλα αυτά τα συστήματα αξιών είναι εμφανή στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών, τον τρόπο επικοινωνίας των μελών μεταξύ τους καθώς και σε πολιτικές, οικονομικές, θρησκευτικές εκδηλώσεις και τοποθετήσεις σχετικά με θέματα υγείας.

Όλες οι πληροφορίες είναι αδύνατο βέβαια να συγκεντρωθούν σε μια ή δύο μόνο επισκέψεις. Μετά τη δεύτερη επίσκεψη ο νοσηλευτής ίσως είναι σε θέση να διαπιστώσει τα γενικά προβλήματα και να αποφασίσει πόσο λεπτομερειακή αξιολόγηση χρειάζεται για τη διερεύνηση τους. Όλες οι επόμενες επισκέψεις θα προγραμματιστούν με τη σύμφωνη γνώμη της οικογένειας, ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν και τα μέσα που διατίθενται για την αντιμετώπιση τους. μόλις καταρτίζεται το πρόγραμμα για επόμενη επίσκεψη αρχίζει η τελική φάση.^{35, 44}

Τελική φάση

Στην φάση αυτή ο νοσηλευτής ανακεφαλαιώνει την επίσκεψη με την οικογένεια, επανατοποθετεί το σκοπό της επίσκεψης και κρίνει κατά πόσον οι σκοποί που ετέθησαν έχουν επιτευχθεί και εάν η επίσκεψη ήταν ή όχι αποτελεσματική. Καταλήγει προγραμματίζοντας την επόμενη επικοινωνία, η οποία

μπορεί να συμπεριλαμβάνει και κάποια παραπομπή ή επίσκεψη σε άλλη υπηρεσία. Τελειώνοντας την επίσκεψη πρέπει να είναι σαφείς και κατανοητές και ενέργειες ή δραστηριότητες τις οποίες θα αναλάβει ο νοσηλευτής και η οικογένεια μέχρι την επόμενη επικοινωνία τους.⁴⁴

Μετά την επίσκεψη

Η ευθύνη του νοσηλευτή για την επίσκεψη δεν ολοκληρώνεται εάν δεν κατατεθούν γραπτά όλες τις πληροφορίες και ότι προέκυψε από την επικοινωνία με την οικογένεια. Η καταγραφή με βάση τα προβλήματα που διαπιστώθηκαν βοηθούν να διατηρηθεί το κέντρο της φροντίδας στην οικογένεια και να προγραμματιστούν οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις για επίλυση και αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών.⁴⁴

10.3. Εφαρμογή Προγράμματος φροντίδας

10.3.1. Ανάλυση πληροφοριών

Οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν από την επίσκεψη στο σπίτι αλλά και από όλες τις άλλες πιθανές πηγές, προφορικές ή γραπτές, πρέπει να οργανωθούν και να αναλυθούν για να οδηγηθούμε στα συγκεκριμένα προβλήματα. Εάν μεν η επίσκεψη στο σπίτι ήταν αρκετά αποτελεσματική ώστε να οδηγήσει σε ένα γενικό κατάλογο προβλημάτων και αναγκών ο οποίος καταρτίστηκε με την συνεργασία της οικογένειας, ένα μεγάλο μέρος της ανάλυσης έχει συμπληρωθεί. Επειδή όμως αυτό δεν είναι πάντοτε δυνατόν, ούτε και απόλυτα πλήρες, η ανάλυση ολοκληρώνεται από το νοσηλευτή λαμβάνοντας υπόψη τον οδηγό για την ανάλυση της οικογένειας που περιλαμβάνει κατά τους Wright και Leachey τα πιο κάτω:

- Τι διαδραματίζεται μέσα στη συγκεκριμένη οικογένεια, αναπτυξιακά ή λειτουργικά και πως αυτό εκδηλώνεται.
- Ποια ήταν τα αισθήματα, οι εντυπώσεις και οι διαθέσεις που εκφράστηκαν από τα μέλη της οικογένειας και ποιες οι προσωπικές εμπειρίες και εντυπώσεις του νοσηλευτή.

- Τι παρουσιάστηκε που φαίνεται σαν ασύνηθες, μη αναμενόμενο, καθώς παράξενο ή μη φυσιολογικό (π.χ. η μη φυσιολογική απώλεια βάρους ενός μέλους).
- Ποια μεταβολή επήλθε; Πώς η οικογένεια προσαρμόζεται σ' αυτή την μεταβολή; Ποιοι οι μηχανισμοί προσαρμογής της;

Στο τέλος της ανάλυσης καταγράφεται η Νοσηλευτική διάγνωση (πρόβλημα ή ανάγκη που διαπιστώθηκε και καθορίζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή του).^{35,43,44}

10.3.2. Εφαρμογή του προγράμματος - Αξιολόγηση του αποτελέσματος

Το πρόγραμμα φροντίδας της οικογένειας θα είναι αποτελεσματικό εάν έχει προηγηθεί συστηματική, λεπτομερής και προσεκτική αξιολόγηση, εάν εκτέθησαν αντικειμενικοί σκοποί μετά από κοινή συμφωνία νοσηλευτή και όλων των μελών της οικογένειας, εάν έγινε επιλογή σωστών στρατηγικών και παρεμβάσεων, οι οποίες βέβαια διεκπαιρώνονται στην εφαρμογή.

Μετά το τέλος του προγράμματος ο νοσηλευτής καταγράφει λεπτομερώς τα αποτελέσματα αξιολογώντας ξεχωριστά κάθε μια από τις φάσεις του. Ως προς την αξιολόγηση της οικογένειας βεβαιώνεται ότι ήταν λεπτομερής, πλήρης και βασισμένη σε ακριβείς πληροφορίες. Θα πρέπει ακόμη να εκτιμηθούν το ποσοστό συμμετοχής των μελών της οικογένειας κατά τη διάρκεια της κατάρτισης αλλά και της εφαρμογής του προγράμματος, καθώς και το χρονικό πλαίσιο της εφαρμογής, που αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την αποτελεσματικότητα και την εφαρμοσιμότητα του προγράμματος.

Αφού η οικογένεια αποτελεί σύνολο και σύστημα, η αρρώστια ενός μέλους του συστήματος, έχει άμεση επίπτωση σε όλο το σύστημα και ο τρόπος που το σύστημα αντιδρά έχει άμεση επίδραση στο μέλος που πάσχει. Όσο πιο σωστά και αποτελεσματικά λειτουργεί το σύστημα, τόσο πιο καλά θα προσαρμόζονται τα μέλη. Η νοσηλευτική λοιπόν, χρειάζεται να επικεντρωθεί περισσότερο στη μελέτη και τη φροντίδα ολόκληρης της οικογένειας για να εξασφαλιστεί και σωστή φροντίδα στο κάθε μέλος ξεχωριστά, πάντοτε σε στενή συνεργασία με όλη την οικογένεια.⁴⁴

10.3.3. Η πρόληψη στο σχολείο

Ψυχοκοινωνικό περιβάλλον

Σπουδαιότατο παράγοντα για την υγεία του παιδιού αποτελεί το ψυχολογικό και κοινωνικό περιβάλλον του σχολείου, στην δημιουργία του οποίου συμβάλλουν όλοι οι εργαζόμενοι σ' αυτό αλλά και οι ίδιοι οι μαθητές και οι οικογένειές τους. Συνθήκες που οδηγούν το παιδί σε απογοήτευση και κόπωση ή το κάνουν να χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό του και να αισθανθεί ανίκανο και μειονεκτικό ή ακόμη και ομαδικές συγκρούσεις και διαφορές μεταξύ των μαθητών προκαλούν δυσάρεστες καταστάσεις. Οι καταστάσεις αυτές μπορούν να δημιουργήσουν ψυχολογικό, συναισθηματικό ή και κοινωνικά προβλήματα.

Όλα αυτά έχει υποχρέωση και καθήκον η νοσηλευτική υπηρεσία να τα παρακολουθεί και να τα ελέγχει, με σκοπό να διαπιστώσει έγκαιρα διάφορες δυσκολίες, προβλήματα και ελλείψεις και να κάνει τις ανάλογες προτάσεις για την αντιμετώπισή τους. Δεν έχει βέβαια την εξουσία να ρυθμίσει όλα αυτά τα θέματα μόνη της. Εάν, όμως, η συνεργασία της με όλους τους εργαζόμενους στο σχολείο είναι τέτοια, ώστε η γνώμη της να γίνει σεβαστή και υπολογίσιμη, ασφαλώς θα μπορέσει να επιτύχει πολλά.⁴³

10.3.4. Αγωγή υγείας στον σχολικό πληθυσμό

Απαραίτητη προϋπόθεση για την διατήρηση και προαγωγή της υγείας του παιδιού είναι η απόκτηση γνώσεων και υγιεινών έξεων που θα διδάσκονται βέβαια αρχικά μέσα στην οικογένεια, συστηματοποιούνται όμως και εμπεδώνονται στο σχολείο. Πρωταρχικός σ' αυτό είναι ο ρόλος του νοσηλευτή που εργάζεται στο σχολείο. Η διδασκαλία η αγωγή υγείας που κάνει ο νοσηλευτής στο σχολείο μπορεί να περιλαμβάνεται στο ωρολόγιο πρόγραμμα των μαθημάτων και να γίνεται σε τακτικές ημέρες και ώρες μετά από συνεννόηση με το διδακτικό προσωπικό του σχολείου. Στο πρόγραμμα αυτό διδασκαλίας περιλαμβάνονται θέματα που ενδιαφέρουν και αφορούν το σχολικό πληθυσμό και έχουν κυρίως προληπτικό χαρακτήρα. Μερικά από τα θέματα που διδάσκονται είναι επίσης η ατομική υγιεινή και καθαριότητα, οι κανόνες σωστής υγιεινής διατροφής, η υγιεινή άσκηση / ψυχαγωγία/ανάλυση και πρόληψη ατυχημάτων. Τα θέματα που διδάσκονται εξαρτώνται βέβαια και από την ηλικία των μαθητών. Γενικά σε όλες τις ευκαιρίες

επικοινωνίας με τα παιδιά και το προσωπικό, ατομικά ή και συνολικά, διδάσκει και κατευθύνει σε θέματα υγείας και τονίζει πάντοτε τη σημασία της πρόληψης.⁴⁴

Ο ρόλος του νοσηλευτή στο σχολικό περιβάλλον

Ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες σε μεγάλη ποικιλία συνθηκών και ιδρυμάτων. Είναι δυνατόν να προσληφθεί για να υπηρετήσει σε ένα συγκεκριμένο σχολείο η συγκρότητα σχολείων ή ακόμη να υπηρετήσει τις ανάγκες των σχολείων μια συγκεκριμένης περιοχής. Τα μεγάλα ιδιωτικά σχολεία συνήθως έχουν τη δική τους νοσηλευτική υπηρεσία. Σε σχολεία που διαθέτουν οικοτροφεία, οι νοσηλευτές είναι δυνατόν να καλύπτουν τις ανάγκες των παιδιών όλο το 24ωρο. Παρά την ποικιλία των υπηρεσιών και ιδρυμάτων στα οποία μπορούν να εργαστούν οι νοσηλευτές σχολικής υγιεινής έχουν ορισμένες κοινές δραστηριότητες.

Η Withrow αναφέρει επτά τομείς δραστηριότητας του σχολικού νοσηλευτή και επομένως, ανάλογους ρόλους και υποχρεώσεις.

- Ο λειτουργικός ρόλος ο οποίος περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως: περιοδική εξέταση μαθητών (αρχική και συνεχιζόμενη), μέρα περιορισμού των λοιμωδών νοσημάτων, διενέργεια εμβολιασμών κ.λπ.),
- Πρωτοβάθμια φροντίδα. Παροχή άμεσης φροντίδας σε περίπτωση ασθένειας ή ατυχήματος (πρώτες βοήθειες), προγραμματισμός επιδημιολογικών προγραμμάτων, αγωγή υγείας.
- Μέλος ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει συνήθως ως συντονιστής. Η ομάδα αποτελείται από τον γιατρό, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, τον καθηγητή φυσικής αγωγής και τον καθηγητή ή τον δάσκαλο της τάξης.
- Θεραπευτικός ρόλος. Ο νοσηλευτής ανακαλύπτει τους μαθητές που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για συγκεκριμένα προβλήματα υγείας, συντονίζει και προσφέρει φροντίδα σε παιδιά με χρόνια νοσήματα, ή σε οποιοδήποτε οξύ πρόβλημα προκύψει, και προγραμματίζει συνεχιζόμενη φροντίδα για τα παιδιά αυτά και σε χώρους εκτός σχολείου όπως το σπίτι ή το νοσοκομείο.
- Διδακτικός - εκπαιδευτικός ρόλος. Εκπαιδεύει και ενημερώνει τον σχολικό πληθυσμό σχετικά με όλα τα θέματα υγείας γενικά και ειδικά:

- Σύμβουλος και συνήγορος των μαθητών. Κατά την Winthiow οι δύο αυτοί ρόλοι είναι δευτερεύοντες ή μάλλον εμπεριέχονται στους προηγούμενους. ο νοσηλευτής προσφέρει την γνώμη και την άποψη του και κάνει προτάσεις για θέματα που αφορούν ένα συγκεκριμένο παιδί ή περισσότερα παιδιά για κάποιο θέμα που τα αφορά και είναι σχετικό με την υγεία. Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να απευθύνεται προς το γιατρό, τον κοινωνικό λειτουργό, τον διευθυντή του σχολείου, τον δάσκαλο ή τους γονείς ή ακόμη και προς τους άλλους νοσηλευτές με τους οποίους συνεργάζεται στο χώρο του σχολείου ή σε άλλους τομείς της κοινότητας.³⁴

Πρωτογενής πρόληψη

Θα πρέπει με έμφαση να τονιστεί ότι πολλά από τα αίτια για νόσηση από διαταραχές Πρόσληψης τροφής μπορεί να προληφθούν. Η σημαντικότερη κοινωνική παράμετρος που σχετίζεται με τις διαταραχές Πρόσληψης τροφής είναι η επίμονη ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος. Ως προς την πρόληψη τέτοιων πεποιθήσεων το σχολείο μπορεί να παίζει πολύ σημαντικό ρόλο.

Η χρησιμοποίηση μαθημάτων από την πρώιμη κιόλας ηλικία στο νηπιαγωγείο και στο σχολείο, που ενθαρρύνουν την έκφραση των προσωπικών συναισθημάτων, αλλά και η εμπέδωση της άποψης πως ο καθένας παίζει ένα σημαντικό ρόλο στο χτίσιμο ενός δίκαιου και ασφαλούς κόσμου, μπορεί να παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στη δημιουργία μιας θετικής αντίληψης για τον εαυτό και να περιορίσει την εμμονή για το τέλειο σώμα.⁴⁴

Η θετική επίδραση του σχολείου με σαφείς τεχνικές, εξειδικευμένες και εστιασμένες ενάντια στην εμμονή αυτή, μπορεί να μειώσει τα καταστροφικά αποτελέσματα της παθολογικής ενασχόλησης με τα σχήμα και το βάρος σώματος. Επίσης μαθήματα που ενθαρρύνουν την ανάλυση του ρόλου των μέσων μαζικής ενημέρωσης, μπορούν να παραποιήσουν εικόνες, ιδέες και έννοιες προς το δικό τους όφελος και όχι προς όφελος των ίδιων των νέων. Επιπλέον στο σύστημα αξιών του σχολείου θα πρέπει να ενταχθεί κάποιο πρόγραμμα που θα συμβάλλει στη βελτίωση του αισθήματος της αυτοπεποίθησης των μαθητών. Αυτό θα βοηθήσει γενικότερα, στην πρόληψη της αντιμετώπισης και άλλων επικίνδυνων συμπεριφορών όπως της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, της επιθετικότητας, της κατάχρησης αλκοόλ και

ναρκωτικών ουσιών και των αυτοκαταστροφικών τάσεων. Παράλληλα, θα πρέπει να δίνεται συστηματικά κάποια βοήθεια και στήριξη στον ψυχολογικό- συναισθηματικό τομέα, επομένως χρειάζεται να έχουμε για τα παιδιά διαθέσιμες τις κατάλληλες λέξεις προκειμένου να εξηγήσουμε πως αισθανόμαστε ώστε το ίδιο να μάθουν να κάνουν και τα παιδιά.

Είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντικό, να εξηγήσουμε αναλυτικά και χωρίς ντροπές ή ενοχές τις φυσικές αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα κατά τη διάρκεια της εφηβείας και να εξετάσουμε τα συναισθήματα που αναδύονται εξαιτίας αυτών των αλλαγών σε σχέση πάντα με τη σύγχρονη βάση των γυναικών για λεπτότητα. Η αποδοχή της ποικιλίας των ανθρώπων σε όλους τους τομείς, περιλαμβανομένου και του σχήματος του σώματος θα πρέπει να αποτελεί αντικείμενο εστίασης. Θα πρέπει να σημειωθεί η ανάγκη της κατανόησης και πλήρους ενημέρωσης, σε ότι αφορά το πρόβλημα από το προσωπικό του σχολείου, από τους ειδικούς στο χώρο της υγείας και από τους κοινωνικούς λειτουργούς έτσι ώστε να διασφαλιστεί ότι τα σοβαρά προβλήματα αυτού του είδους επιβάλλεται να αναγνωρίζονται ώστε να προληφθούν και να αντιμετωπιστούν πριν οδηγήσουν στην έναρξη μιας σοβαρής και δυνητικά θανατηφόρας ασθένειας. Η προληπτική παρέμβαση από ειδικούς των υπηρεσιών υγείας (σχολικούς ψυχολόγους, γιατρούς, εξειδικευμένους νοσηλευτές) αλλά και η κατάλληλη υποστήριξη όσων βρίσκονται στα πρώιμα στάδια της διαταραχής θα βοηθήσει στην αποτροπή της έναρξης μιας σοβαρής και μακρόχρονης ασθένειας όπως είναι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής. Η βοήθεια μπορεί να είναι ευρεία και να περιλαμβάνει: ομάδες υποστήριξης των ευπαθών ατόμων, υπηρεσίες εικοσιτετράωρης υποστήριξης του ασθενούς, παραπομπή σε υπηρεσίες εξωνοσοκομιακής ψυχολογικής φροντίδας, ειδικά όταν οι ειδικές δομές για θεραπεία δεν είναι διαθέσιμες. Οι κρατικές υπηρεσίες υγείας- επίσης θα βοηθήσουν με την επίδοση οδηγιών που αφορούν τον τρόπο θεραπείας των διαταραχών πρόσληψης τροφής, γιατί είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε που υπάρχουν διαθέσιμες ειδικές υπηρεσίες για τη θεραπεία και από ποιους θα προσφερθεί μια ικανοποιητική θεραπευτική αντιμετώπιση σε άσους έχουν ανάγκη. Οι κρατικές υπηρεσίες υγείας- επίσης θα βοηθήσουν με την επίδοση οδηγιών που αφορούν τον τρόπο θεραπείας των διαταραχών πρόσληψης τροφής, γιατί είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε που υπάρχουν διαθέσιμες ειδικές υπηρεσίες για τη θεραπεία και από ποιους θα προσφερθεί μια ικανοποιητική θεραπευτική αντιμετώπιση σε άσους έχουν ανάγκη.

Οι κρατικές υπηρεσίες υγείας- επίσης θα βοηθήσουν με την επίδοση οδηγιών που αφορούν τον τρόπο θεραπείας των διαταραχών πρόσληψης τροφής, γιατί είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε που υπάρχουν διαθέσιμες ειδικές υπηρεσίες για τη θεραπεία και από ποιους θα προσφερθεί μια ικανοποιητική θεραπευτική αντιμετώπιση σε όσους έχουν ανάγκη.^{34,44}

Δευτερογενής Πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει παρεμβάσεις και δραστηριότητες, που σχετίζονται με έκτακτα περιστατικά σε περίπτωση ατυχήματος ή ξαφνικής αρρώστιας και παροχή άμεσης νοσηλευτικής βοήθειας. Ανίχνευση περιστατικών, παραπομπή μαθητών με ειδικά προβλήματα σε ανάλογες υπηρεσίες, καθώς και συμβουλευτική φροντίδα και παρακολούθηση των μαθητών που έχουν οποιοδήποτε πρόβλημα, επίσης αποτελούν δευτερογενείς προληπτικές παρεμβάσεις. Οι δύο σπουδαίες νοσηλευτικές δραστηριότητες είναι: η ανίχνευση περιστατικών και ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Για την ανίχνευση περιστατικών ο νοσηλευτής πρέπει να ακολουθήσει συγκεκριμένη διαδικασία. Τα δελτία μαθητικών απουσιών είναι χρήσιμο να ελέγχονται περιοδικά, διότι είναι δυνατόν να δώσουν πολύτιμα στοιχεία σχετικά με κάποιο λανθάνον πρόβλημα υγείας. Οι πληροφορίες του δασκάλου σχετικά με τα παιδιά που "φαίνονται άρρωστα" είναι επίσης αξιοσημείωτες και καθοδηγούν τον νοσηλευτή για περισσότερη παρακολούθηση και έλεγχο. Ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή περιλαμβάνει δραστηριότητες, όπως επικοινωνία και συζήτηση με κάθε μαθητή, ενημέρωση, επεξήγηση πληροφοριών και οδηγιών, υποστήριξη και ενθάρρυνση σε κάθε δυσκολία και άμεση νοσηλευτική φροντίδα, όπου χρειάζεται. Για να γίνει ο νοσηλευτής του σχολείου ένας ολοκληρωμένος και αποτελεσματικός σύμβουλος του μαθητή, χρειάζεται να διαθέτει πολλή υπομονή και αγάπη για τα παιδιά, εμπιστοσύνη στον εαυτό του, κριτική και αναλυτική σκέψη καθώς και μέσα και υποστηρικτικές πηγές ανάλογες με τις ανάγκες που παρουσιάζονται.

Συχνά οι ίδιοι οι μαθητές μπορεί να ζητήσουν τη γνώμη ή την συμβουλή του νοσηλευτή απευθείας, ή η επικοινωνία να ξεκινήσει με πρωτοβουλία των γονέων ή του δασκάλου. Συνήθως τα νέα παιδιά εμπιστεύονται το πρόβλημα ή τη δυσκολία τους στον άνθρωπο με τον οποίο συνδέονται και έχουν εμπιστοσύνη. Αυτή την

εμπιστοσύνη πρέπει να εμπνεύσει ο νοσηλευτής προκειμένου να κερδίσει τους μαθητές. Υπάρχουν βέβαια περιπτώσεις που ο νοσηλευτής δεν μπορεί να αντιμετωπίσει το πρόβλημα και είναι ανάγκη να ζητηθεί η γνώμη και να παραπεμφθεί ο μαθητής σε κάποιο άλλο ειδικό εντός ή εκτός του σχολείου. Η παρέμβαση και διαμεσολάβηση του νοσηλευτή με τη σύμφωνη γνώμη του ίδιου του παιδιού διευκολύνει την επικοινωνία αυτή.³⁵

Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει δραστηριότητες που αποσκοπούν στην αποκατάσταση της υγείας των μαθητών μετά από αρρώστια ή ατύχημα καθώς και τη φροντίδα σε παιδιά με χρόνια προβλήματα. Στις δραστηριότητες αυτές μπορεί να περιλαμβάνονται επισκέψεις στο σπίτι του αναρρώνοντος παιδιού, περιοδικός έλεγχος και παρακολούθηση της διεργασίας ανάρρωσης και αποκατάστασης και σχετική ενημέρωση των δελτίων υγείας ή ακόμη επικοινωνία και επίσκεψη στο γιατρό που το παρακολουθεί.^{43,44}

10.4. Αγωγή υγείας στους χώρους εργασίας

Εκπαιδευτικά προγράμματα

Η ενημέρωση του νοσηλευτή σχετικά με τα προβλήματα υγείας που υπάρχουν στον εργασιακό χώρο αλλά και στα προβλήματα γενικότερα τα οποία είναι δυνατόν να εμφανιστούν στην ομάδα των εργαζομένων ανάλογα με την ηλικία τους, θα τον βοηθήσει να οργανώσει το πρόγραμμα εκπαίδευσης στους χώρους εργασίας. Τα νοσηλευτικά εκπαιδευτικά προγράμματα σκοπεύουν:

- Να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας βοηθώντας τους εργαζόμενους να καταλάβουν γιατί τα μέτρα πρόληψης είναι απαραίτητα για την προστασία τους, καθώς και ποια πρέπει να είναι η δική τους συμμετοχή στην προσπάθεια αυτή.
- Να βοηθήσουν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των εργαζομένων. Η αγωγή υγείας συντελεί στην επίτευξη του σκοπού αυτού βοηθώντας τους εργαζόμενους να καταλάβουν τους μηχανισμούς του stress καθώς και πώς πρέπει να το αντιμετωπίζουν.³⁵

Επίπεδα πρόληψης

Στην **Πρωτογενή πρόληψη** ο νοσηλευτής εργασίας συντονίζει τα εκπαιδευτικά προγράμματα, διενεργεί περιοδικό έλεγχο της υγείας των εργαζομένων, μελετά τις μορφές και τα χαρακτηριστικά εμφάνισης νόσων και ατυχημάτων και φροντίζει για την εξασφάλιση περιβάλλοντος υγείας και σταθερότητας στο χώρο εργασίας. Τα προγράμματα προαγωγής της υγείας μπορούν να καλύψουν ένα ευρύτατο τομέα θεμάτων, τα οποία σχετίζονται με την υγεία στη γενικότερη έννοια της, όπως θέματα σχετικά με τη διατροφή, το οινόπνευμα, το κάπνισμα, την άσκηση κ.λ.π. Στην Πρωτογενή πρόληψη επίσης ανήκουν η περιοδική εξέταση των εργαζομένων και η φροντίδα για την εξασφάλιση ασφαλούς και υγιεινού περιβάλλοντος εργασίας.

Η **Δευτερογενής πρόληψη** περιλαμβάνει τη βοήθεια που δίδεται στο χώρο εργασίας σε εργαζόμενο που ασθενεί ξαφνικά ή παθαίνει κάποιο ατύχημα.

Για την αποτελεσματική φροντίδα του ατόμου που παρουσιάζει προβλήματα υγείας, ο νοσηλευτής επιβάλλεται να κάνει πρώτα μια προσεκτική αξιολόγηση του ατόμου. Η θεραπεία και η αντιμετώπιση που θα προσφερθεί θα εξαρτηθεί από τις δυνατότητες και τα μέσα που παρέχει η υπηρεσία αλλά και από τη βαρύτητα της κατάστασης του ατόμου. Δηλαδή ή θα μεταφερθεί σε νοσοκομείο ή θα του δοθούν πρώτες βοήθειες και ανάλογες οδηγίες και θα φύγει για το σπίτι του. Εάν το πρόβλημα είχε ευρύτερες διαστάσεις και σχετίζεται με άλλα θέματα, προσωπικά, οικογενειακά, έντονου stress ή διαπροσωπικών σχέσεων τότε ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει και άλλες ειδικότητες που διατίθενται στην κοινότητα. Πάντα σε συνεργασία με τον εργαζόμενο και την οικογένειά του.³⁵

Η **Τριτογενής πρόληψη** περιλαμβάνει το πρόγραμμα αποκατάστασης του εργαζομένου μετά από την αρρώστια ή το ατύχημα. Η επίσκεψη στο σπίτι του εργαζομένου θα βοηθήσει τον νοσηλευτή να αξιολογήσει την κατάσταση του και να μελετήσει τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει την αρρώστια του. Θα του δώσει ακόμη την ευκαιρία να προσφέρει στο άτομο και στην οικογένεια της ανάλογες εξηγήσεις και να τους διαβεβαιώσει για τη μελλοντική φροντίδα της υπηρεσίας στην πλήρη αποκατάσταση του. Η στενή συνεργασία της νοσηλευτικής υπηρεσίας εργασίας με τα νοσοκομεία ή τον ιδιωτικό γιατρό του εργαζομένου θα βοηθήσει στην καλύτερη οργάνωση της φροντίδας για αποκατάσταση της υγείας του ατόμου. Ο τομέας της επαγγελματικής Νοσηλευτικής αναπτύσσεται ταχύτατα με την έμφαση,

που δίδεται τα τελευταία χρόνια στην πρόληψη και τη διατήρηση της υγείας. Ο εργασιακός χώρος αποτελεί επομένως για τη νοσηλευτική μια ουσιαστική πρόκληση και ένα μεγάλο τομέα δράσης και προσφοράς.

Οι κρατικές υπηρεσίες υγείας επίσης θα βοηθήσουν με την επίδοση οδηγιών που αφορούν τον τρόπο θεραπείας των διαταραχών πρόσληψης τροφής, γιατί είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε που υπάρχουν διαθέσιμες ειδικές υπηρεσίες για τη θεραπεία και από ποιους θα προσφερθεί μια ικανοποιητική θεραπευτική αντιμετώπιση σε όσους έχουν ανάγκη.³⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

11.1. Νοσηλευτική διεργασία

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια συστηματική, επιστημονική αντιμετώπιση των αναγκών για την επίλυση των προβλημάτων που προσαρμόζονται στις εκάστοτε καταστάσεις της ανθρώπινης ζωής και εφαρμόζεται σε άτομα που έχουν ανάγκη από νοσηλευτική φροντίδα.

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου.
2. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.
3. Εφαρμογή προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας και
4. Η αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας.⁵¹

Στη συνέχεια σύμφωνα με τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας παραθέτουμε δύο περιπτώσεις ασθενών με ψυχογενή ανορεξία και τη νοσηλευτική φροντίδα τους.

11.1.1. Περίπτωση 1^η

Ημερομηνία λήψης ιστορικού: 30-10-2005, ύψος: 1,63 μ., βάρος: 44 Kg, ιδανικό βάρος: 53 Kg, ηλικία: 21 ετών, Φύλο: θήλυ, ηλικία έναρξης νόσου: 19, επάγγελμα: φοιτήτρια.

Κλινική εικόνα: Όταν τρώει και παχαίνει 1 Kg αγχώνεται, κλαίει, έχει ταχυπαλμίες, έντονο φόβο ότι θα παχύνει, διακατέχεται από μελαγχολική διάθεση και παρουσιάζει δύσπνοια. Στην αρχή της νόσου έκλαιγε, κτυπούσε το χέρι στον τοίχο, παρουσίασε επιθετικότητα, μελαγχολία, στεναχώρια. Διανύει μεγάλες αποστάσεις με τα πόδια.

Τρώει μία φορά την ημέρα και πάντα την ίδια ώρα. Τρώει φρούτα, σαλάτες και ποτέ γλυκά. Χρησιμοποιεί ελάχιστο λίπος και λάδι και αποφεύγει να μαγειρέψει. Το βράδυ τρώει γιαούρτι, πίνει σόδα αντί για νερό. Αν πρόκειται να βγει για φαγητό

το βράδυ, πρέπει να μη έχει φάει τίποτα όλη την ημέρα. Το χτένισμα και το ντύσιμο δεν τονίζουν τα χαρακτηριστικά του φύλου της. Στο τέλος του Λυκείου με δίαιτα χάνει 20Kg και αρχίζει αμηνόρροια. Έγινε ορμονοθεραπεία χωρίς αποτέλεσμα. Όταν φάει παραπάνω νιώθει να τιμωρεί τον εαυτό της. Δεν θέλει να δει κανέναν. Δεν μιλάει σε κανέναν. Νομίζει ότι την κοροϊδεύουν για το βάρος της. Αποφεύγει τη ζυγαριά. Δεν νιώθει συμφιλιωμένη με τον εαυτό της. Κοιμάται 6 ώρες το 24ωρο. Ζει μόνη της.

Προσωπικότητα της ασθενούς: Πεισματάρα, υλοποιεί στόχους, συνεπής, φιλότιμη, υπερευαίσθητη, κλαίει συχνά, νιώθει μόνη, πληγώνεται εύκολα, δίνεται στους άλλους, οι άλλοι δεν ανταποκρίνονται. Λέει ψέματα στους γονείς για το φαγητό και το βάρος της. Της αρέσει η επιστήμη της, χαίρεται αυτό που κάνει. Αποφεύγει δημιουργία σχέσης εξαιτίας μικρού στήθους. Άρχισε δίαιτα όταν της είπε μια φίλη «είσαι χοντρή», διστακτική στις φιλίες με τα αγόρια. Δεν είχε σεξουαλική επαφή μέχρι τώρα. Δεν είχε ποτέ δεσμό γι' αρκετό καιρό.

Εξέλιξη της θεραπείας: Η ασθενής συνεχίζει να παρακολουθείται από τον ειδικό μέχρι σήμερα σε πιο αραιά διαστήματα.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Νοσηλευτικά Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
<ul style="list-style-type: none"> • Αμηνόρροια της ασθενούς λόγω μεγάλης απώλειας βάρους. • Εμετός (αυτοπροκαλούμενος) • Πόνος στο στομάχι, stress της ασθενούς λόγω εξέλιξης του προβλήματός της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Διερεύνηση του αιτίου αμηνόρροιας και θεραπείας του. • Καταστολή εμετού. • Μείωση του πόνου. • Επικοινωνία με τον ασθενή και συζήτηση του προβλήματός του. 	<ul style="list-style-type: none"> • Προγραμματισμός κλινικής γυναικολογικής εξέτασης και άλλων ορμονολογικών εξετάσεων. • Έλεγχος ζωτικών σημείων. • Παρακολούθηση ασθενούς. • Μέτρηση ζωτικών σημείων ΣΦ 75, θερμοκρασία 36,6° C, αναπνοή 15. • Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Θεραπεία ασθενούς με ορμόνες για να επανέλθει η έμμηνος ρύση. • Ψυχολογική υποστήριξη. • Παρακολούθηση της ασθενούς κατά τη διάρκεια και μετά το φαγητό κα ψυχολογική υποστήριξη και σωστή διαπροσωπική επικοινωνία μαζί μας ώστε να δημιουργηθεί ένα αίσθημα εμπιστοσύνης. • Χορήγηση Zantac 1×3 μετά από την ιατρική οδηγία. • Καταμερισμός του φαγητού σε περισσότερα γεύματα με μικρότερες ποσότητες. Εφαρμογή ψυχολογικής υποστήριξης και προσέγγιση της ασθενούς, εν γνώσει της ομάδας ότι το μέλλον της είναι μεγάλης σημασίας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής κατανόησε τις οδηγίες που της δώσαμε και μείωσε τους εμετούς. • Μείωση του πόνου και διατήρηση των ζωτικών σημείων στα φυσιολογικά επίπεδα. • Επιτυχία της επικοινωνίας με την ασθενή και μείωση του άγχους της.

11.1.2. Περίπτωση 2^η

Ημερομηνία λήψης ιστορικού: 27-8-2004, ύψος: 1,73 μ, βάρος: 33 kg, φύλο: θήλυ, ιδανικό βάρος: 60kg, ηλικία: 19 ετών, επάγγελμα: μαθήτρια, έναρξη νόσου: 15 ετών.

Κλινική εικόνα: Όταν ήταν 15 χρόνων είχε βάρος 51 kg και ήθελε να γίνει πιο όμορφη και μοντέρνα, κάνοντας δίαιτα. Έτσι περιόρισε το φαγητό ώσπου έφτασε 35 kg και θέλησε να παραμείνει εκεί. Ξεκίνησε η αστία όταν χώρισαν οι γονείς της και έμεινε με τον πατέρα της. Δεν αποδέχεται την διάγνωση. Δεν έχει σαφή εικόνα του εαυτού της είναι όμως ευχαριστημένη με το σώμα της. Τρώει μια κρέμα την ημέρα προκαλεί εμετό ύστερα από σύγχυση. Έκανε πολλές απόπειρες αυτοκτονίας με χάπια, είχε εφιάλτες, νιώθει ενοχές ότι δεν τρώει και το αποκρύπτει από την οικογένειά της. Με άδειο στομάχι έχει ενεργητικότητα και όταν τρώει την πονά το στομάχι. Ήθελε όσα έκανε να είναι τέλεια και φοβάται να ζυγιστεί μήπως έχει πάρει βάρος. Παρουσιάζει αμηνόρροια. Ζηλεύει τα ωραία σώματα και είναι επιθετική, δεν θέλει να νοσηλευτεί.

Προσωπικότητα της ασθενούς: είναι τελειομανής, της αρέσουν τα ωραία πράγματα δεν δέχεται την αποτυχία, δεν έχει φίλιες, μένει μόνη για ώρες στο σπίτι και δεν έχει κάνει δεσμό.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Νοσηλευτικά Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
<ul style="list-style-type: none"> • Άγχος της ασθένειας για πιθανή αύξηση του βάρους. • Δυσπεψία και δυσκοιλιότητα, η οποία οφείλεται στην φτωχή διαίτα και στην έλλειψη όρεξης. • Το δέρμα του λαιμού και του προσώπου είναι αφυδατωμένο λόγω μειωμένης πρόσληψης προσλαμβανόμενων υγρών. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφάλιση της ηρεμίας της ασθενούς. • Μείωση της δυσπεψίας και της δυσκοιλιότητας της ασθενούς. • Ενυδάτωση του οργανισμού της ασθενούς. • Αύξηση βάρους μείωση εμετών. • Διερεύνηση του αιτίου αμηνόρροιας και θεραπεία του. 	<ul style="list-style-type: none"> • Υποστηρικτική στάση και διαθέσιμος χρόνος με την άρρωστη για μείωση του άγχους της. • Ενυδάτωση του αρρώστου για την καλή λειτουργία του εντέρου. • Χορήγηση υγρών και παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. • Παρακολούθηση χρώματος και δέρματος της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανάπτυξη και διατήρηση ψυχοθεραπευτικού διαλόγου με την οικογένειά της. • Εκπαιδευτική ψυχοθεραπεία όπου αυτό είναι απαραίτητο και δυνατό. • Χορήγηση τροφών πλούσιες σε βιταμίνες και υδατάνθρακες και πρωτεΐνες. • Χορήγηση 4 λίτρα 0,9% εντός 24% και μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. • Ενισχύουμε τον όρο «να αυξηθεί αργά και σταθερά το βάρος της» και να σταματήσει να χρησιμοποιεί «συμπεριφορά» απώλεια βάρους. 	<ul style="list-style-type: none"> • Υποχώρηση του άγχους, η ασθενής νιώθει ήρεμη. • Υποχώρηση της δυσκοιλιότητας και καλύτερη λειτουργία του εντέρου. • Μείωση της αφυδάτωσης και καλύτερης ενυδάτωσης του οργανισμού. • Αύξηση βάρους της ασθενούς 200-300γρ. ημερησίως και μείωση των αυτοπροκαλούμενων εμετών.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Νοσηλευτικά Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλ. φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικών πράξεων	Εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων νοσηλ. φροντίδας
<ul style="list-style-type: none"> • Μεγάλη απώλεια βάρους λόγω πρόκλησης εμετού και κακής διατροφής. • Αμηνόρροια. 		<ul style="list-style-type: none"> • Σίτιση της ασθενούς με μικρά γεύματα την ημέρα καθώς και παρακολούθηση. • Προγραμματισμός κλινικής γυναικολογικής εξέτασης και άλλων ορμονολογικών εξετάσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενθαρρύνουμε την άρρωστη να μάθει λογικούς τρόπους πρόσληψης φαγητού για να αυξήσει το βάρος της, επαινούμε την άρρωστη για κάθε θετική προσπάθεια ανάκτησης του βάρους της. • Γίνεται διερεύνηση για ποια φαγητά προτιμά και ποια πρέπει να δεχθεί. • Λαμβάνονται υπόψιν οι προτιμήσεις της, εφόσον δεν είναι αντίθετες με τις ανάγκες της. • Το φαγητό σερβίρεται με ελκυστικό τρόπο, έτσι ώστε να τραβήξει την προσοχή της και να αλλάξει την διάθεσή της. • Παρακολούθηση της ασθενούς καθ' όλη τη διάρκεια της διατροφής. Θεραπεία με ορμόνες για να επανέλθει η έμμηνος ρύση. 	<ul style="list-style-type: none"> • Επαναφορά της έμμηνης ρύσης μετά από θεραπεία διάρκειας 8 μηνών.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

Η ψυχογενής **ανορεξία** είναι μια ασθένεια που δεν προκαλείται από κανένα ιό ή μικρόβιο αλλά από το ίδιο το ανθρώπινο μυαλό. Πρόκειται για μια μορφή διαταραχής της διατροφής κατά την οποία αυτός που υποφέρει, διακατέχεται από έντονο φόβο πρόσληψης βάρους που συμβαίνει κυρίως κατά την εφηβική ηλικία. Συναντάμε έφηβους ανορεκτικούς, βουλμικούς παχύσαρκους, έφηβους που τρέφονται χωρίς να παίρνουν τα απαραίτητα συστατικά στην τροφή τους.

Η αξία της τροφής, δηλαδή η απόλαυση του φαγητού καταντά εφιάλης. Η ακραία επιβεβαίωση των ατομικών αξιών καταλήγει σε μια αλλοτριωμένη σχέση με το σώμα, το οποίο παύει να αποτελεί πηγή απόλαυσης αλλά ένα μέσο ισχύος. Απ' αυτή την οπτική γωνία το σώμα οφείλει να είναι γραμμωμένο, πειθαρχημένο, ελεγχόμενο.

Προτείνεται τα παιδιά της εφηβικής ηλικίας -στα Γυμνάσια και Λύκεια- να ενημερώνονται με σχετικά μαθήματα για τις διατροφικές συνήθειες που πρέπει να αποκτήσουν. Προτείνεται επίσης κατά την εφηβική και νεανική ηλικία να γίνονται σεμινάρια στα σχολεία, Πανεπιστήμια, ΑΤΕΙ, πάνω σε θέματα Σωστής Διατροφής.

Στον Ελλαδικό χώρο δεν έχουν γίνει έρευνες που να καταγράφουν τις διαστάσεις του προβλήματος. Γι' αυτό το λόγο προτείνεται η διεξαγωγή επιδημιολογικής έρευνας σε πανελλήνια κλίμακα για τον εντοπισμό των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία.

Για την καλύτερη προσέγγιση του προβλήματος προτείνεται η ίδρυση ιατρικών κέντρων για τις διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, τα οποία θα ασχολούνται τόσο με την ενημέρωση, πρόληψη, διάγνωση, αντιμετώπιση όσο και την έρευνα των αιτίων της ψυχογενούς ανορεξίας.

Τέλος, παραθέτουμε κάποιες συμβουλές για όλες τις γυναίκες, ανεξαρτήτως ηλικίας, που πρέπει να έχουν πάντα υπόψη τους:



Πρέπει όλες οι γυναίκες να μην ξεχνούν ποτέ ότι:

- ❁ Η κάθε γυναίκα κρύβει την δική της λάμψη και γοητεία.
- ❁ Υπάρχουν διάφορα και διαφορετικά είδη προσωπικοτήτων από τις οποίες η κάθε μια είναι ξεχωριστή και μοναδική.
- ❁ Φροντίστε να νιώθετε άνετα με το σώμα σας, ώστε να μπορείτε να τραβήξετε τα βλέμματα των άλλων και να αξιοποιήσετε τα χαρίσματα που σας έδωσε ο Θεός.
- ❁ Αν βγείτε έξω στον κόσμο με αυτοπεποίθηση, αυτοσεβασμό και επιμονή, τότε σίγουρα θα εισπράξετε το θαυμασμό και το σεβασμό των γύρω σας.
- ❁ Δεν πρέπει να υπολογίζουμε σε μεγάλο βαθμό την γνώμη των άλλων και προπαντός δεν πρέπει να αλλάζουμε για κανένα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

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

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

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

Επιπρόσθετα αυτή που πάσχει μιλά συνεχώς για θέματα βάρους και φαγητού, δεν τρώει μπροστά σε άλλους, αποφεύγει τις κοινωνικές σχέσεις και συχνά η συμπεριφορά της χαρακτηρίζεται από αλλαγές της διάθεσης και κατάθλιψη.⁴⁹

Θα θέλαμε να επισημάνουμε τους κινδύνους της διατροφικής αυτής διαταραχής που είναι η απομόνωση, η τριχόπτωση, η διακοπή της περιόδου ή ασταθής κύκλος, η κατάθλιψη, οι διαταραχές του ύπνου, το χάσιμο της λίμπιντο, η μείωση της οστικής μάζας και τελικά οστεοπόρωση, η χαμηλή πίεση του αίματος, βλάβες στην καρδιά, στο συκώτι και στους νεφρούς και ο ρατσισμός (κοινωνικός, επαγγελματικός).

Στα αίτια της ψυχογενούς ανορεξίας συμπεριλαμβάνονται οι τάσεις τελειομανίας, τα πρότυπα της εποχής, η άρνηση για διατήρηση του ιδανικού βάρους, η καταθλιπτική διάθεση, ο έντονος φόβος παχυσαρκίας, η ρατσιστική συμπεριφορά από το κοινωνικό σύνολο, η έλλειψη αυτοπεποίθησης και η προσέλευση του αντίθετου φύλου.

Η αιτία που προκαλεί τη νευρική ανορεξία δεν είναι γνωστή. Για το λόγο αυτό δεν υπάρχει αιτιολογική θεραπεία που προσφέρει ίαση στην πάθηση. Όμως η νευρική ανορεξία προκαλεί το μεγαλύτερο αριθμό θανάτων από όλες τις ψυχιατρικές παθήσεις.⁴⁹

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην έρευνα αυτή επιχειρήθηκε να γίνει μια μικρή καταγραφή των ιδεών αποκλειστικά των γυναικών γύρω από την έννοια της «νευρογενούς ανορεξίας», το πώς δηλαδή αυτή η έννοια είναι καταγεγραμμένη στο μυαλό τους. Μια τέτοια έρευνα που αφορά αυτό το ευαίσθητο κοινωνικό θέμα, κρίνεται αρκετά σημαντική, γιατί η συγκέντρωση αυτού του υλικού μπορεί να αποτελέσει οδηγό, τόσο για τους ίδιες τις γυναίκες όσο για εκπαιδευτικούς, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και ιατρούς.

Στόχοι της έρευνας αφ' ενός μεν είναι να δούμε το επίπεδο γνώσης που έχουν οι γυναίκες για τη νευρογενή ανορεξία, οι στάσεις του γυναικείου πληθυσμού απέναντι στην πάθηση, οι καθημερινές συνήθειες και το πώς αντιμετωπίζουν άτομα που πάσχουν από αυτήν. Ειδικότερα θέλουμε να διαπιστώσουμε ποιες είναι οι απόψεις του δείγματος για την ασθένεια και πώς θα αντιμετώπιζαν την ενδεχόμενη έστω και μικρή τάση για υποσιτισμό όσον αφορά τις ίδιες αλλά και τους συνανθρώπους τους που μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα νευρογενούς ανορεξίας. Επίσης στόχος της έρευνας είναι να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν σκέψεις και τάσεις που να οδηγήσουν στο μέλλον τα ερωτώμενα άτομα προς την πάθηση της νευρογενούς ανορεξίας.

Οι γυναίκες κυρίως, παρ' ότι μπορεί να μην έχουν άμεσες εμπειρίες από διατροφικά προβλήματα δημιουργούν όμως, ιδέες, για την πάθηση της ψυχογενούς ανορεξίας. Το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον μέσα στο οποίο μεγαλώνουν παίζει σημαντικό ρόλο στην επιδημία αυτή που μαστίζει το αναπτυσσόμενο και αναπτυσσόμενο κόσμο.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οποιοσδήποτε μπορεί να αναπτύξει μια ψυχογενή διατροφική διαταραχή, άσχετα από την ηλικία, το φύλο ή το εκπαιδευτικό του επίπεδο. Ωστόσο οι νεαρές γυναίκες είναι περισσότερο ευπαθείς και γι' αυτό το λόγο απευθυνθήκαμε μόνο σε γυναίκες. Η ηλικία των ερωτώμενων ήταν από 12 ετών έως και 30, την οποία και θεωρούμε πιο «ευαίσθητη» ως προς την πάθηση της νευρογενούς ανορεξίας.

Σκοποί λοιπόν της έρευνας, είναι:

- 1.** Πώς κατανοούν οι γυναίκες από 12-30 ετών την έννοια της ψυχογενούς ανορεξίας αλλά και κατά πόσο γνωρίζουν τους παράγοντες που οδηγούν πολλά νεαρά κορίτσια στην διατροφική αυτή διαταραχή.
- 2.** Να διαπιστωθεί εάν ο ερωτώμενος πληθυσμός αισθάνεται άνετα με τη μορφή και το μέγεθός του.
- 3.** Να διαπιστωθεί εάν υπάρχει ρατσισμός σχετικά με την εμφάνιση των ατόμων και αν αποτελεί εμπόδιο στην κοινωνική και επαγγελματική καταξίωσή τους.
- 4.** Να διαπιστωθεί εάν το ερωτώμενο δείγμα πληθυσμού διακατέχεται από άγχος όσον αφορά την αύξηση του βάρους του ακόμα και όταν αυτή είναι μικρή.
- 5.** Να διαπιστωθεί κατά πόσο οι διατροφικές τους συνήθειες διαφέρουν από αυτές τις οικογένειας και των φίλων και κατά πόσο παραμονεύει ο κίνδυνος από τη δημιουργία του άγχους για το βάρος τους.
- 6.** Να διαπιστωθεί εάν οι γνώσεις του πληθυσμού είναι σωστές όσον αφορά τους παράγοντες που οδηγούν στην νευρογενή ανορεξία.
- 7.** Να διαπιστωθεί εάν τα άτομα βοηθούνται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης όσον αφορά την πάθηση.
- 8.** Να γνωρίσουμε ποια είναι η στάση των ερωτώμενων απέναντι στους πάσχοντες από νευρογενή ανορεξία.
- 9.** Να διαπιστώσουμε τη σχέση της ηλικίας, του βάρους σώματος, της οικογενειακής κατάστασης, των γραμματικών γνώσεων, του επαγγέλματος και του τόπου κατοικίας με όλα τα παραπάνω.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για να συλλέξουμε τα δεδομένα, ήταν η διερεύνηση της σκέψης του πληθυσμού για την ψυχογενή διατροφική διαταραχή, που μαστίζει τον σύγχρονο κόσμο και ονομάζεται νευρογενής ανορεξία.

Για τις ανάγκες της έρευνας κατασκευάστηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιλαμβάνει **28** ερωτήσεις κλειστού τύπου, στις οποίες ζητείται από τις ερωτηθείσες να απεικονίσουν τις απόψεις τους.

Το δείγμα της έρευνας το αποτέλεσαν εκατό (100) γυναίκες ανεξαρτήτως επαγγέλματος, κατοικίας, βάρους και οικογενειακή κατάσταση και οι οποίες είναι ηλικίας 12-30 ετών. Ζητήθηκε από τις ερωτηθείσες να καταγράψουν τις ιδέες τους γύρω από το θέμα αυθόρμητα και ειλικρινά.

Προκειμένου να εξασφαλισθεί η εγκυρότητα της έρευνας, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου σχετίζονταν με όλο το πλέγμα των θεμάτων που αφορούν την νευρογενή ανορεξία και οι ερωτηθείσες δεν πιέστηκαν να απαντήσουν με το ονοματεπώνυμό τους. Το συμπλήρωσαν ανώνυμα. Η επιλογή των ερωτήσεων, έγινε έτσι ώστε να είναι ευκολονόητες και περιεκτικές και να μην κουράζει τα άτομα στην συμπλήρωσή τους.

Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε στο δείγμα του πληθυσμού από τις ίδιες τις σπουδάστριες που συνέταξαν την παρούσα πτυχιακή εργασία.

Η έρευνα διενεργήθηκε τον Ιούλιο του 2008 και οι ερωτηθείσες ενημερώθηκαν ότι μπορούν να διακόψουν αν θέλουν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ή να σημειώσουν «δεν απαντώ».

Πριν τη διαδικασία διανομής και λήψης των ερωτηματολογίων οι ερευνήτριες πραγματοποίησαν μια μικρή εισαγωγή που ανέλυε το σκοπό της έρευνας, έτσι ώστε να δοθεί η απαραίτητη προσοχή και οι απαντήσεις να συμπληρωθούν με την απαραίτητη ειλικρίνεια και υπευθυνότητα.

Το ερωτηματολόγιο συλλέχθηκε μετά τη συμπλήρωσή του από τις ίδιες τις σπουδάστριες της παρούσας πτυχιακής, οι οποίες το είχαν μοιράσει.

Η υλοποίηση της έρευνας ακολούθησε τα εξής στάδια: α) καθορισμός δείγματος και επιλογή μεθοδολογίας, β) σχεδιασμός ερευνητικού εργαλείου (ερωτηματολόγιο), γ) κωδικοποίηση και ανάλυση δεδομένων.

Μετά την συλλογή των δεδομένων οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν. Έγινε η εισαγωγή των στοιχείων στον ηλεκτρονικό υπολογιστή με την χρήση του στατιστικού πακέτου του SPSS 11.0. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS 13.0 για Windows. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων. Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας.

Οι περιορισμοί της έρευνας

Οι περιορισμοί που προέκυψαν κατά την διάρκεια της έρευνας ήταν: η άρνηση κάποιων ερωτηθέντων να απαντήσουν σε συγκεκριμένες ερωτήσεις σημειώνοντας «δεν απαντώ». Καταβλήθηκε όμως κάθε δυνατή προσπάθεια, προκειμένου να δοθεί απαραίτητος χρόνος για τη μελέτη και συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τα ερωτηθέντα άτομα, έτσι ώστε τα αποτελέσματα της έρευνας να δώσουν την πληρέστερη και αντιπροσωπευτικότερη δυνατή εικόνα για το υπό διερεύνηση θέμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα αποτελέσματα τελικά παρουσιάζονται παρακάτω με την μορφή:

α. Η ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ

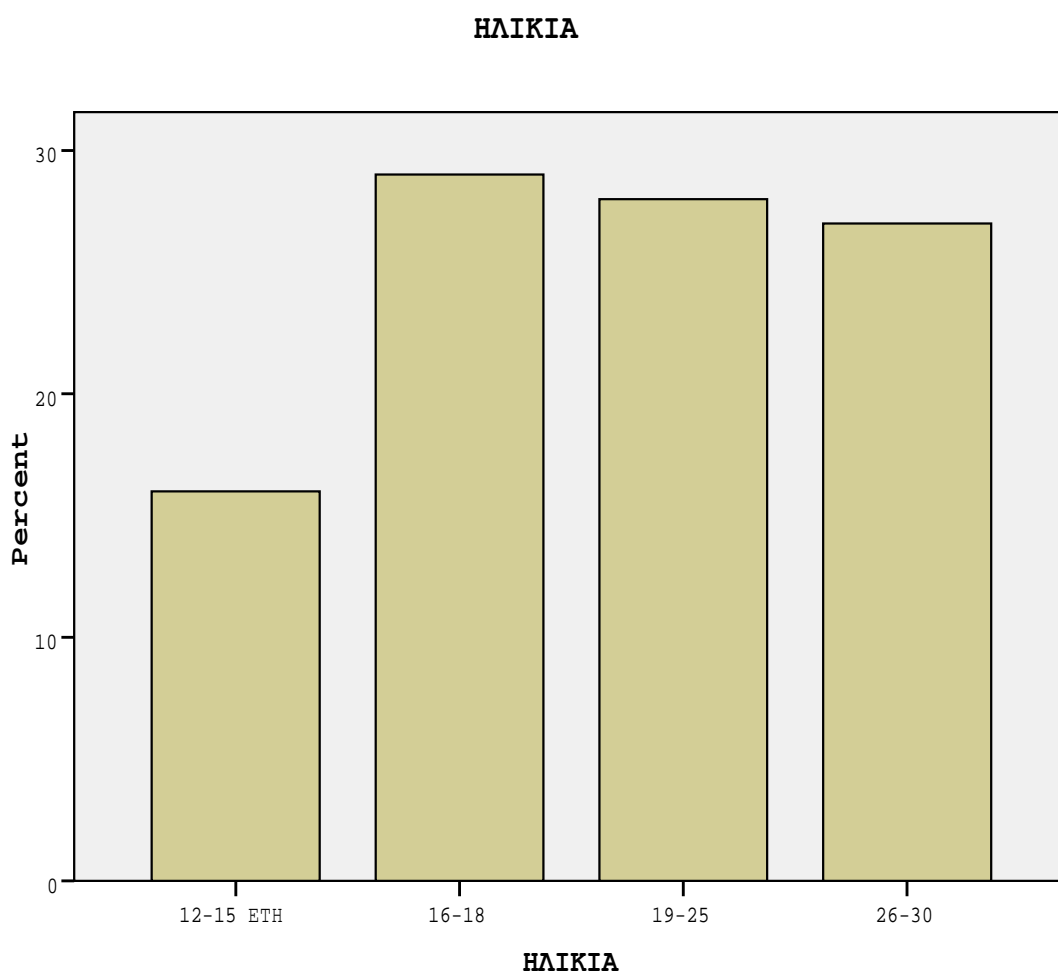
Τα αποτελέσματα συντάχθηκαν σε πίνακες, στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Βάσει αυτών δημιουργήσαμε τα σχήματα που παρουσιάζονται στη συνέχεια των αποτελεσμάτων.

β. ΟΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΥΠΟΟΜΑΔΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων, με βάση τα ατομικά και κοινωνικά τους χαρακτηριστικά, έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις, σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό των ερωτηθέντων.

α. Η ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ

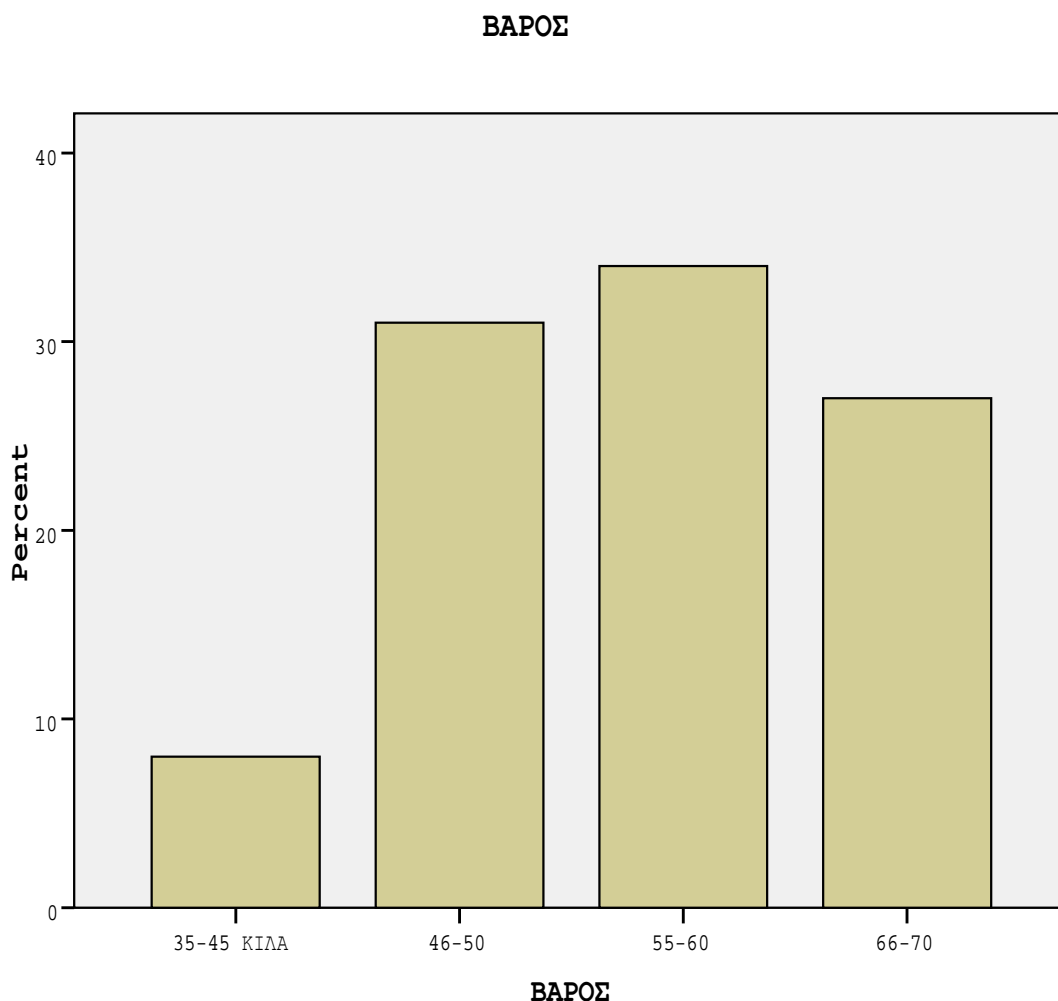
Σχήμα 1. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την ηλικία



Το παραπάνω σχήμα δείχνει την ηλικία των ερωτηθέντων.

Φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 29% των ερωτηθέντων βρίσκεται στην ηλικία των 16-18 ετών, το 28% στην ηλικία των 19-25, ενώ το 27% στην ηλικία των 26-30 ετών.

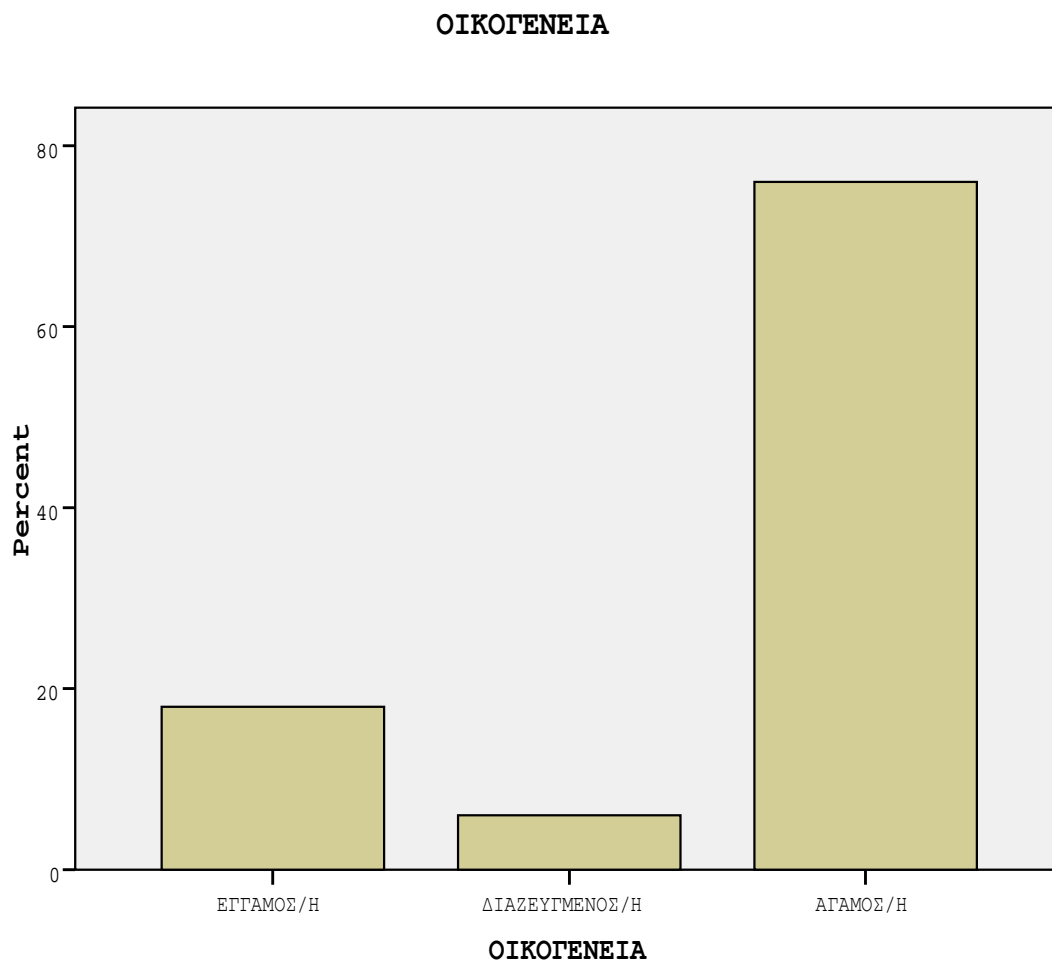
Σχήμα 2. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το βάρος



Στο σχήμα αυτό φαίνεται το βάρος σώματος των ερωτηθέντων ατόμων.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήτοι το 34% είχαν βάρος σώματος 55-60 κιλά. Το 31% ήταν βάρους 46-50 κιλά, το 27% ήταν βάρους 66-70 κιλά και ποσοστό 8% ήταν βάρους 35-45 κιλά.

Σχήμα 3. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

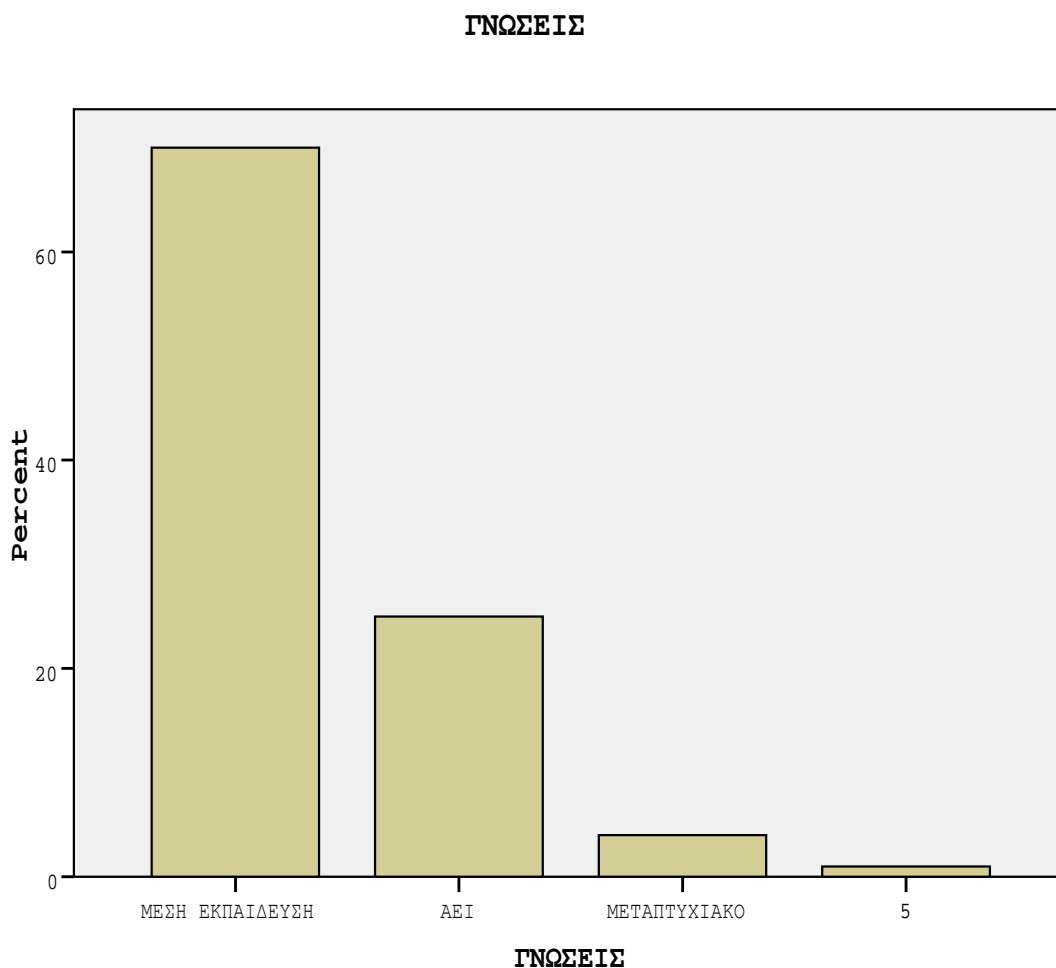


Στο σχήμα αυτό φαίνεται η οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων.

Η πλειονότητα των ερωτηθέντων δηλαδή το 76% ήταν άγαμοι.

Ποσοστό 18% ήταν έγγαμοι ενώ ποσοστό 6% ήταν διαζευγμένοι.

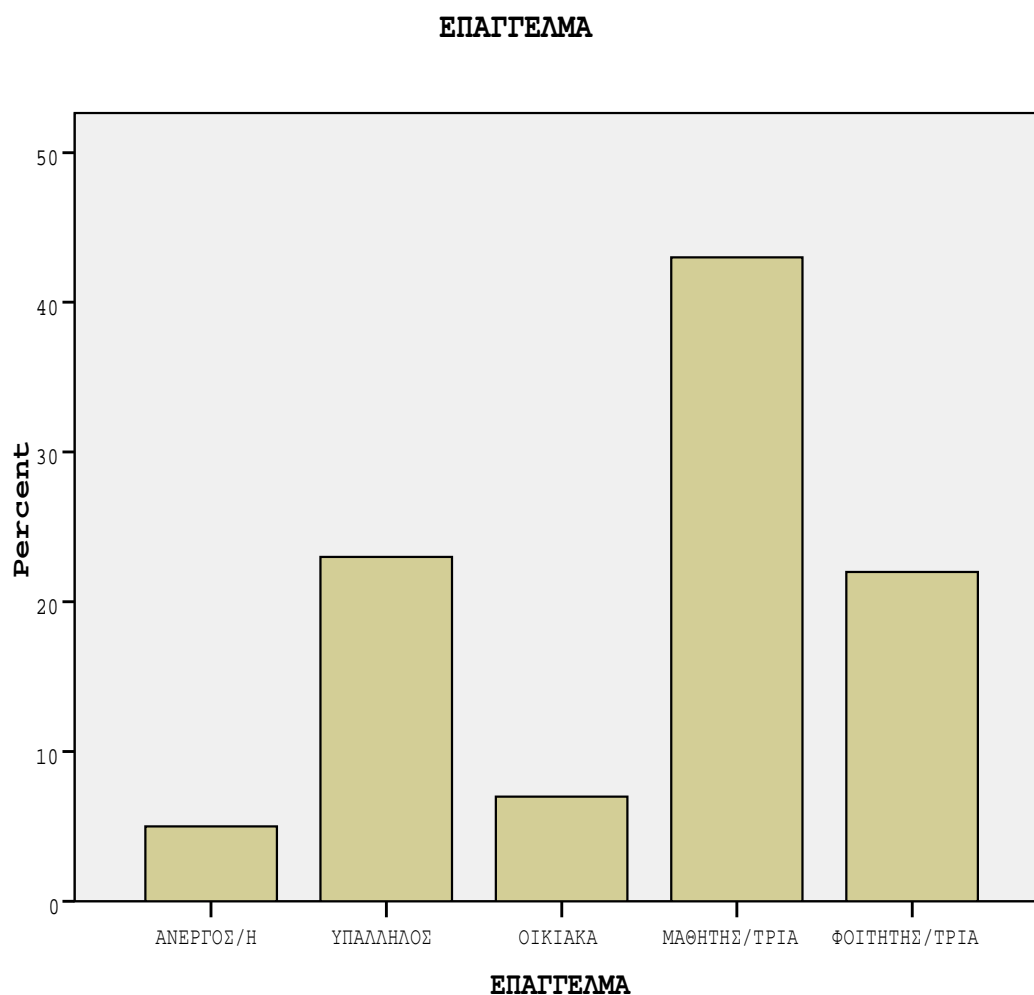
Σχήμα 4. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τις γνώσεις



Στο παραπάνω σχήμα παρουσιάζονται οι γραμματικές γνώσεις του ερωτώμενου πληθυσμού.

Η πλειονότητα των ερωτώμενων είναι πτυχιούχοι Μέσης εκπαίδευσης, ήτοι ποσοστό 70%. Ποσοστό 25% αυτών είναι πτυχιούχοι Α.Ε.Ι. Με ποσοστό 4% απαντούν αυτοί που έχουν πάρει μεταπτυχιακούς τίτλους. Ποσοστό 1% των ερωτώμενων έχουν κάνει κάτι άλλο.

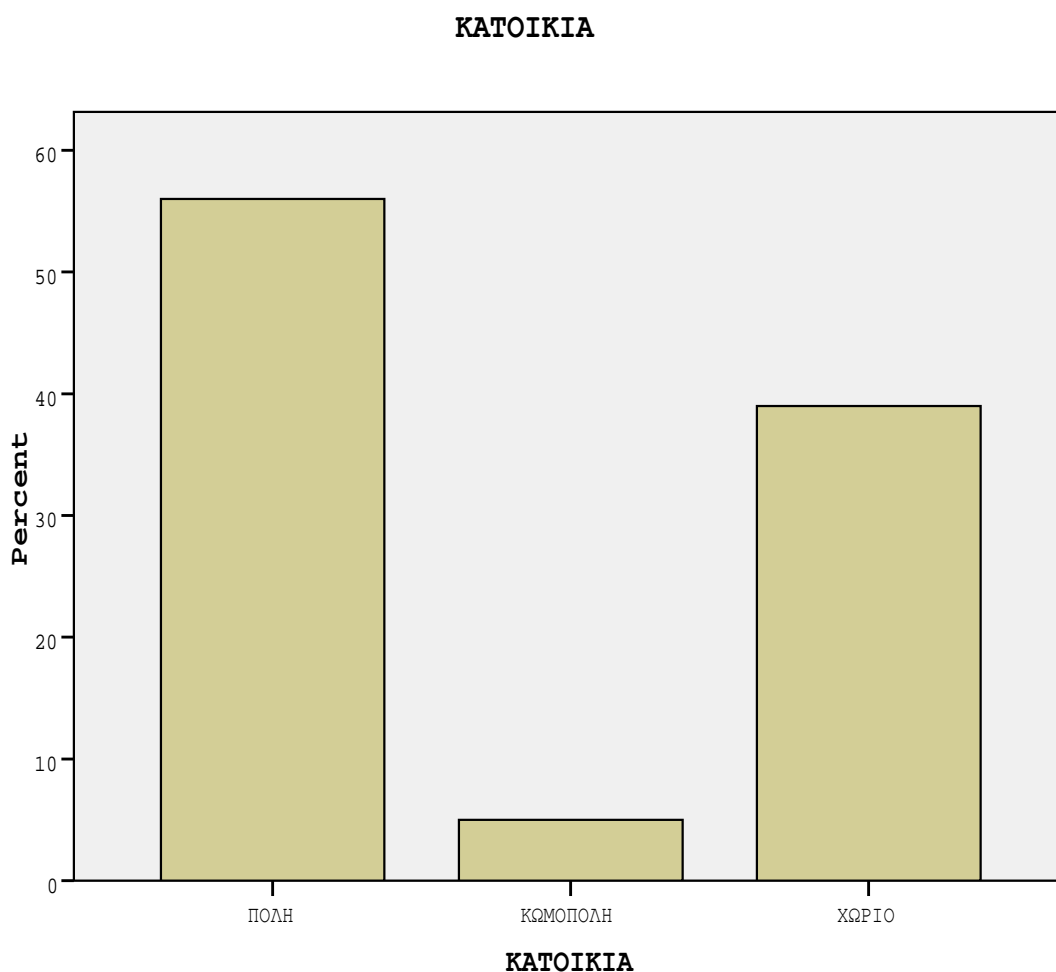
Σχήμα 5. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το επάγγελμα



Στο σχήμα αυτό απεικονίζεται το επάγγελμα του δείγματος.

Η πλειονότητα των ερωτώμενων είναι μαθητές/τριες, δηλαδή ποσοστό 43% ενώ ποσοστό 23% είναι υπάλληλοι. Το 22% του πληθυσμού είναι φοιτητές/τριες και ένα ποσοστό 7% δεν εργάζεται και ασχολείται με τα οικιακά. Επίσης ένα μικρό ποσοστό 5% ήταν άνεργοι.

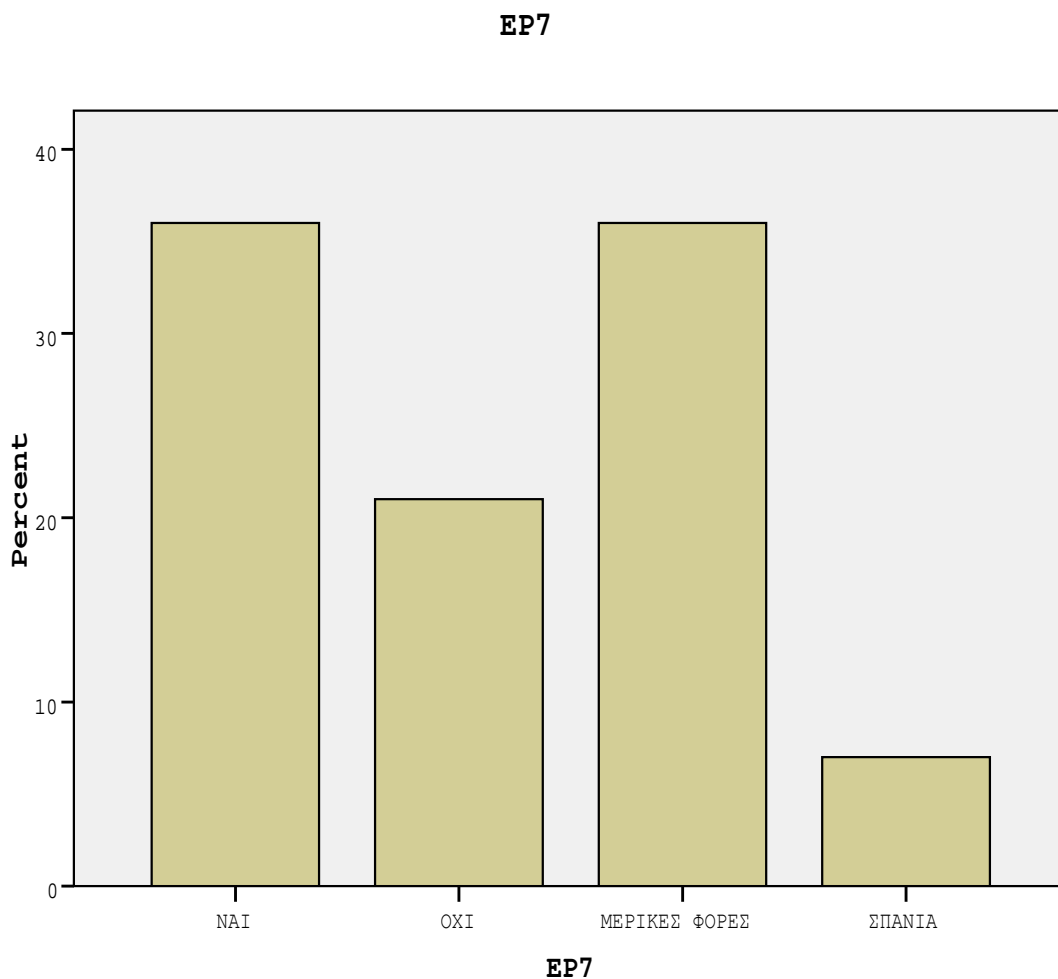
Σχήμα 6. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τον τόπο κατοικίας τους



Στο παραπάνω σχήμα απεικονίζεται ο τόπος κατοικίας του δείγματος.

Η πλειονότητα αυτών 56% μένουν στην πόλη, ενώ ποσοστό 39% μένουν στο χωριό. Το μικρότερο ποσοστό (5%) απαντάται σε αυτούς που μένουν σε κωμόπολη.

Σχήμα 7. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τον αν πάρουν περισσότερα κιλά από το κανονικό τους βάρος

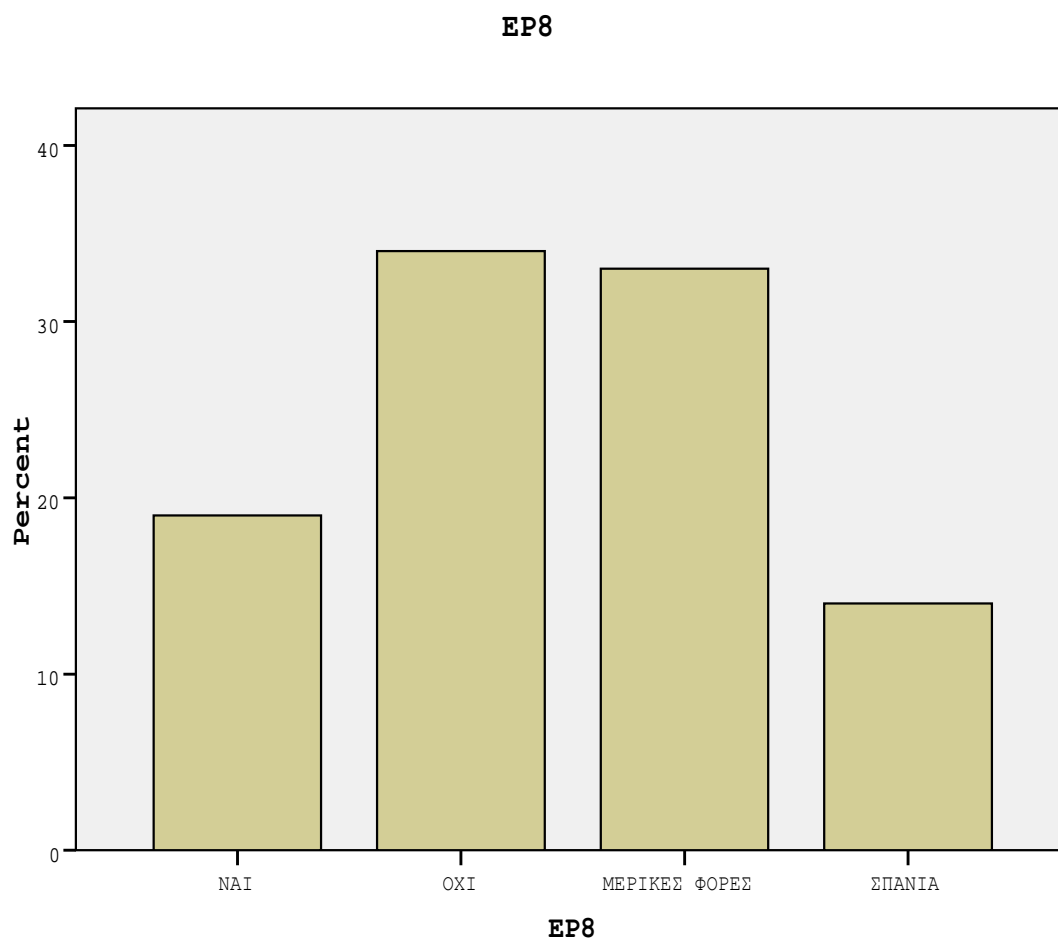


Στο παραπάνω σχήμα απεικονίζονται οι απαντήσεις 100 ατόμων όσον αφορά την ανησυχία τους για το αν θα πάρουν περισσότερα κιλά από το κανονικό τους βάρος.

Στις απαντήσεις τους παρατηρούμε ότι υπάρχει μια ισοβαθμία (36%) μεταξύ της απάντησης «ναι, ανησυχούν» και της απάντησης «μερικές φορές ανησυχούν» για την αύξηση του βάρους τους.

Με ποσοστό 21% απάντησαν «μερικές φορές» ανησυχούν, ενώ ποσοστό 7% των ερωτώμενων σπάνια ανησυχεί για τις αυξήσεις του βάρους του πάνω από το κανονικό.

Σχήμα 8. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τον αν κάνουν δίαιτα

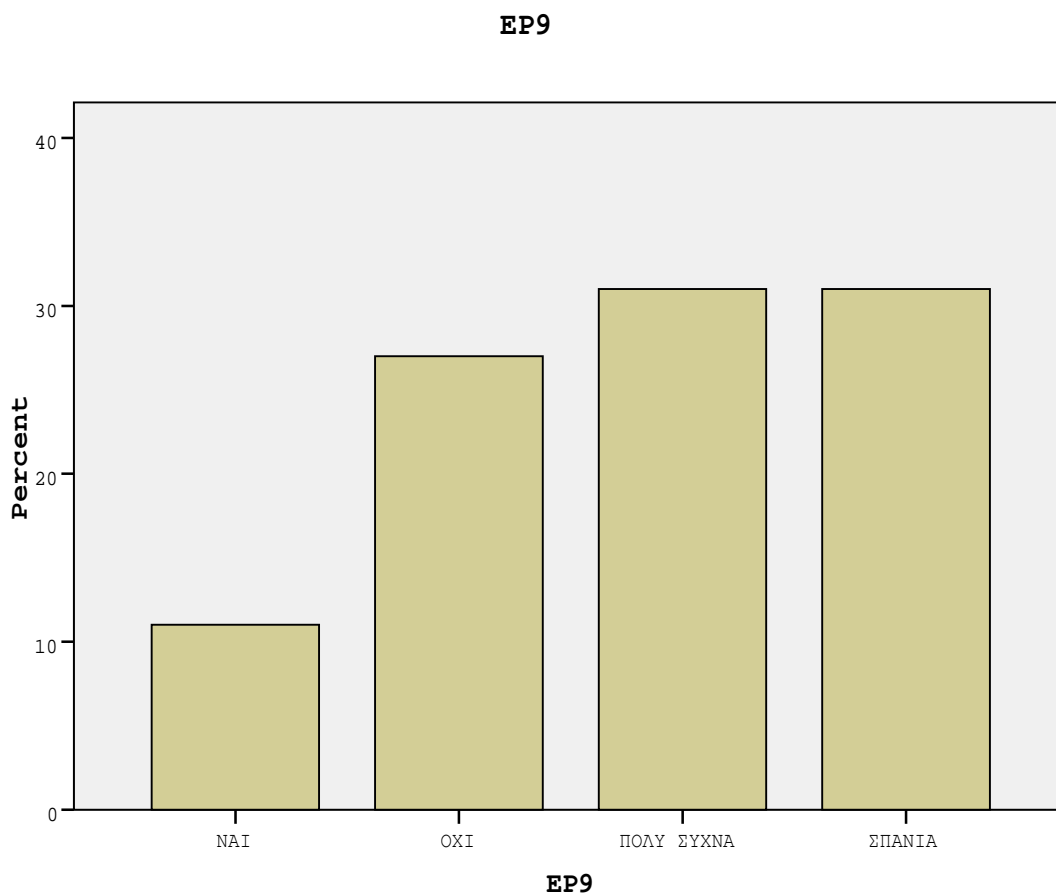


Στο παραπάνω σχήμα απεικονίζονται οι απαντήσεις του δείγματος όσον αφορά τις δίαιτες.

Η πλειονότητα αυτών (34%) δεν φαίνεται να κάνουν δίαιτα διότι απάντησαν «όχι» ενώ με ποσοστό 33% απάντησαν ότι κάνουν δίαιτα μερικές φορές.

Το 19% των ερωτώμενων απαντούν ότι «ναι» κάνουν δίαιτα ενώ το 14% αυτών σπάνια κάνει δίαιτα ή αισθάνονται την ανάγκη αυτή.

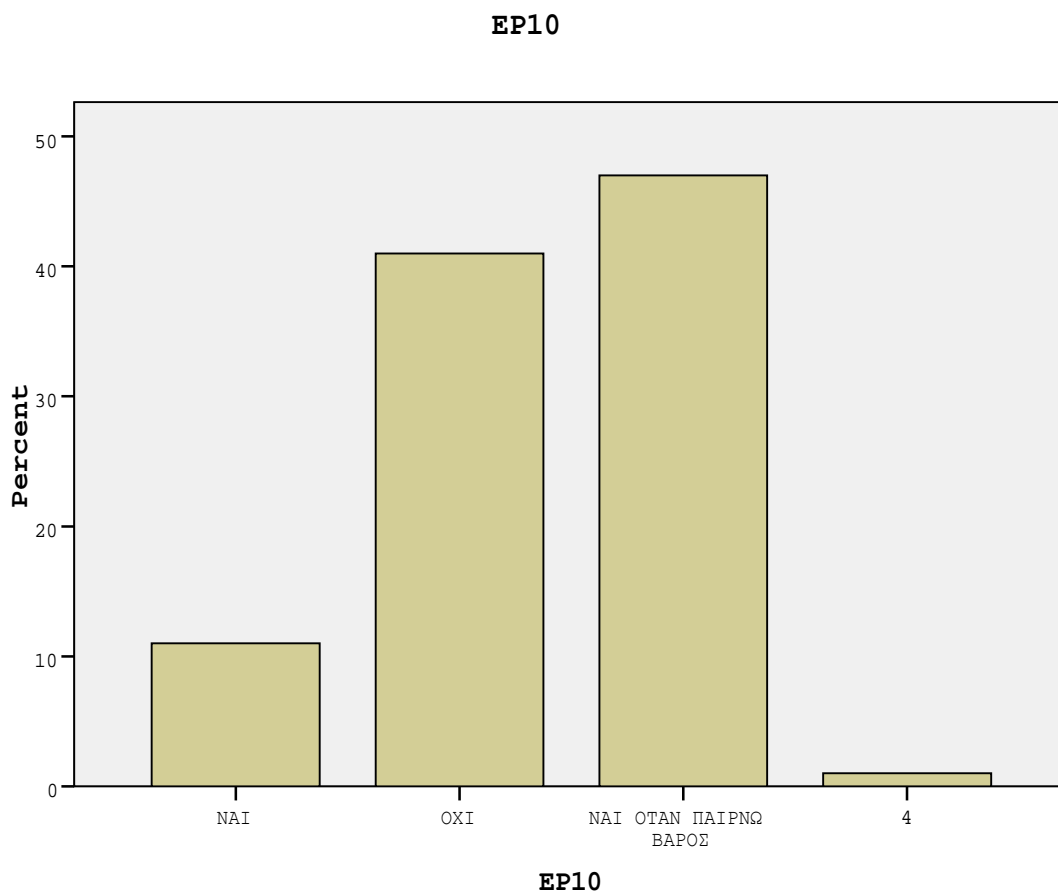
Σχήμα 9. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τον αν το βάρος τους επηρεάζει υπερβολικά τη διάθεσή τους



Στο πιο πάνω σχήμα φαίνονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση αν το βάρος τους επηρεάζει υπερβολικά τη διάθεσή τους.

Ισοβαθμία με ποσοστό 31% υπάρχει σε αυτούς που πολύ συχνά τους επηρεάζει το βάρος τους και σε αυτούς που σπάνια τους επηρεάζει. Ποσοστό 27% των ερωτώμενων απάντησαν ότι η διάθεσή τους δεν επηρεάζεται από το βάρος τους και ποσοστό 11% απάντησαν θετικά στην ερώτηση.

Σχήμα 10. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τον αν είναι απογοητευμένες από το βάρος του σώματός τους

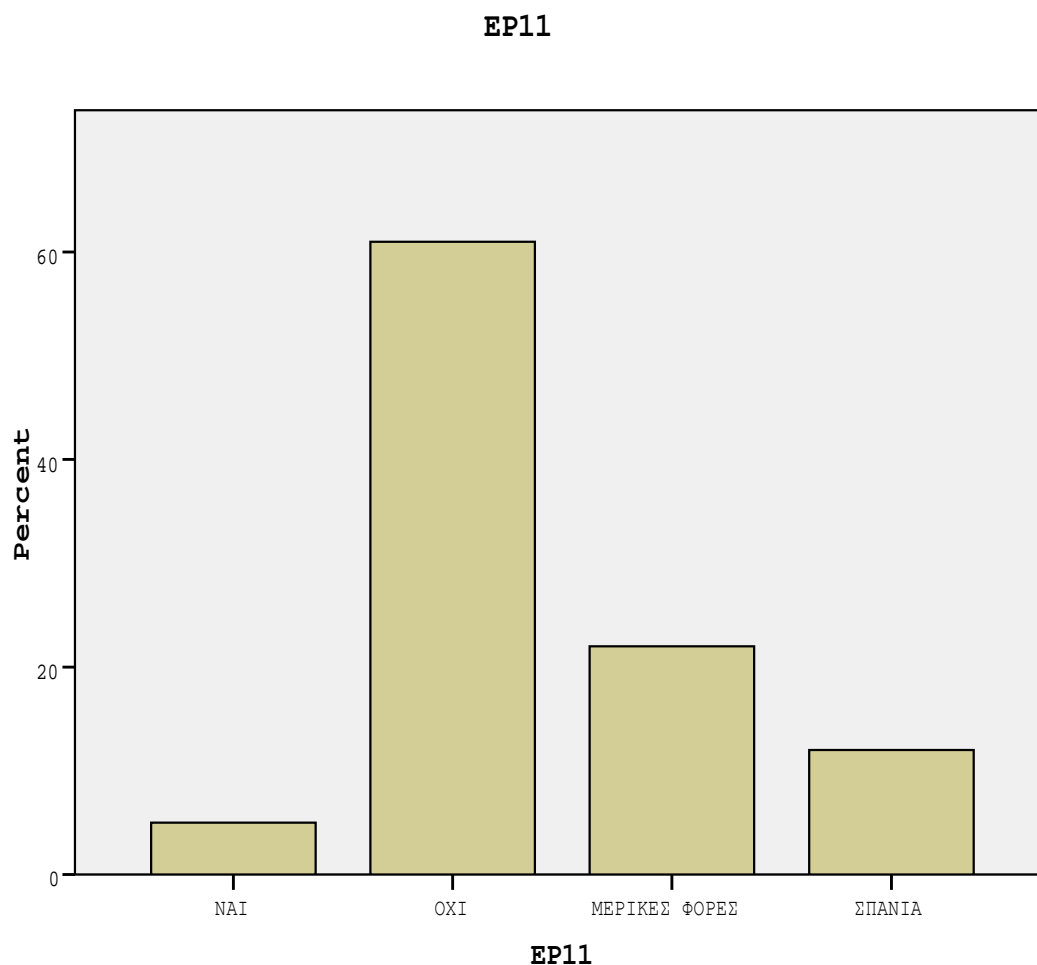


Στο παραπάνω σχήμα απεικονίζονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων σε σχέση με το αν το βάρος τους τους απογοητεύει.

Η πλειονότητα του δείγματος απαντούν με ποσοστό 47%, ότι όταν παίρνουν βάρος απογοητεύονται. Αυτό μας δείχνει πόσο σημαντική είναι για τους περισσότερους η εμφάνισή τους και ότι δεν θέλουν να παίρνουν κιλά.

Ποσοστό (41%) του δείγματος απαντά ότι δεν είναι απογοητευμένες από το βάρος τους ενώ ποσοστό 11% αυτών απαντά ότι είναι δυσαρεστημένες από το βάρος του σώματός τους

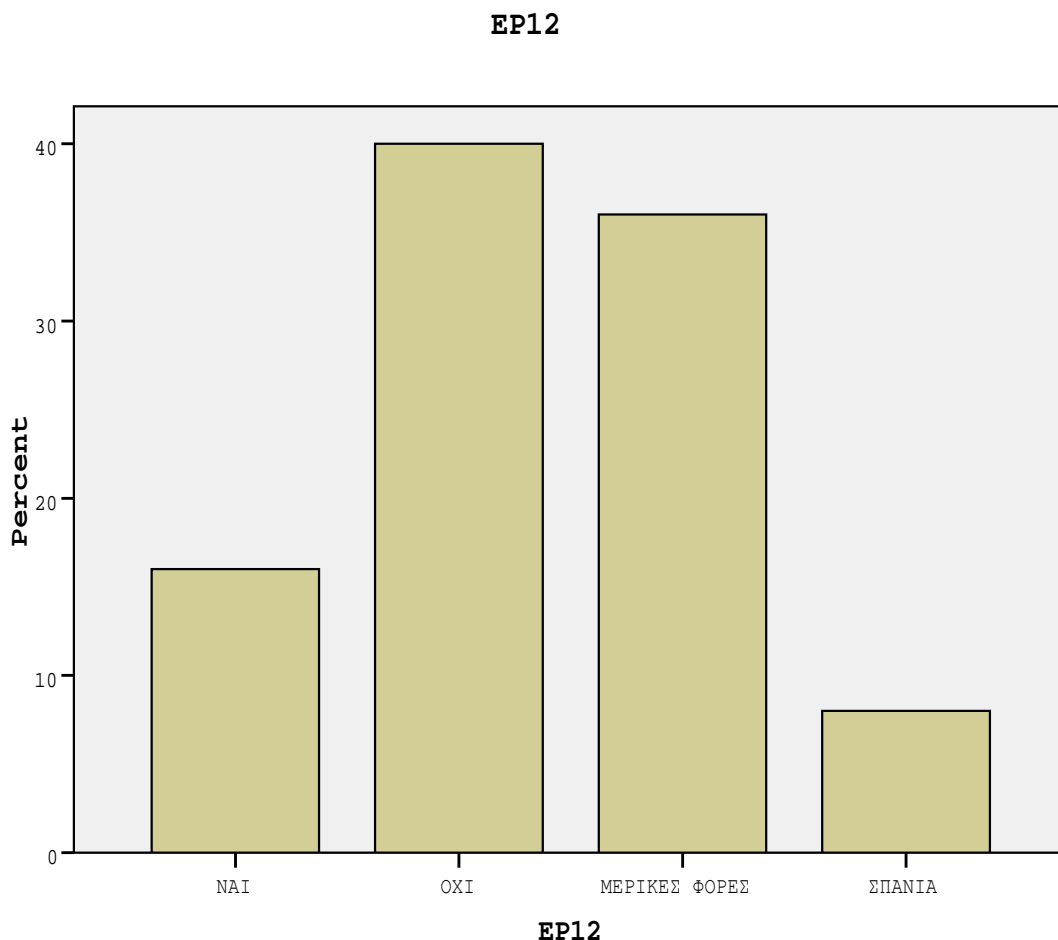
Σχήμα 11. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τον αν μετά από ένα μεγάλο γεύμα μένουν την επόμενη ημέρα νηστικές



Στο πιο πάνω σχήμα σημειώνονται οι απαντήσεις του δείγματος όσον αφορά τις ενοχές τους μετά από ένα μεγάλο γεύμα και τις αντιδράσεις τους την επόμενη ημέρα.

Η πλειονότητα του δείγματος (61%) απάντησαν ότι δεν μένουν νηστικές την επόμενη ημέρα, ποσοστό 22% απάντησαν ότι μερικές φορές μετά από ένα μεγάλο γεύμα μένουν την επόμενη ημέρα νηστικές, ενώ ποσοστό 12% αυτών απάντησαν ότι «σπάνια» και ποσοστό 5% απαντούν θετικά στην ερώτηση.

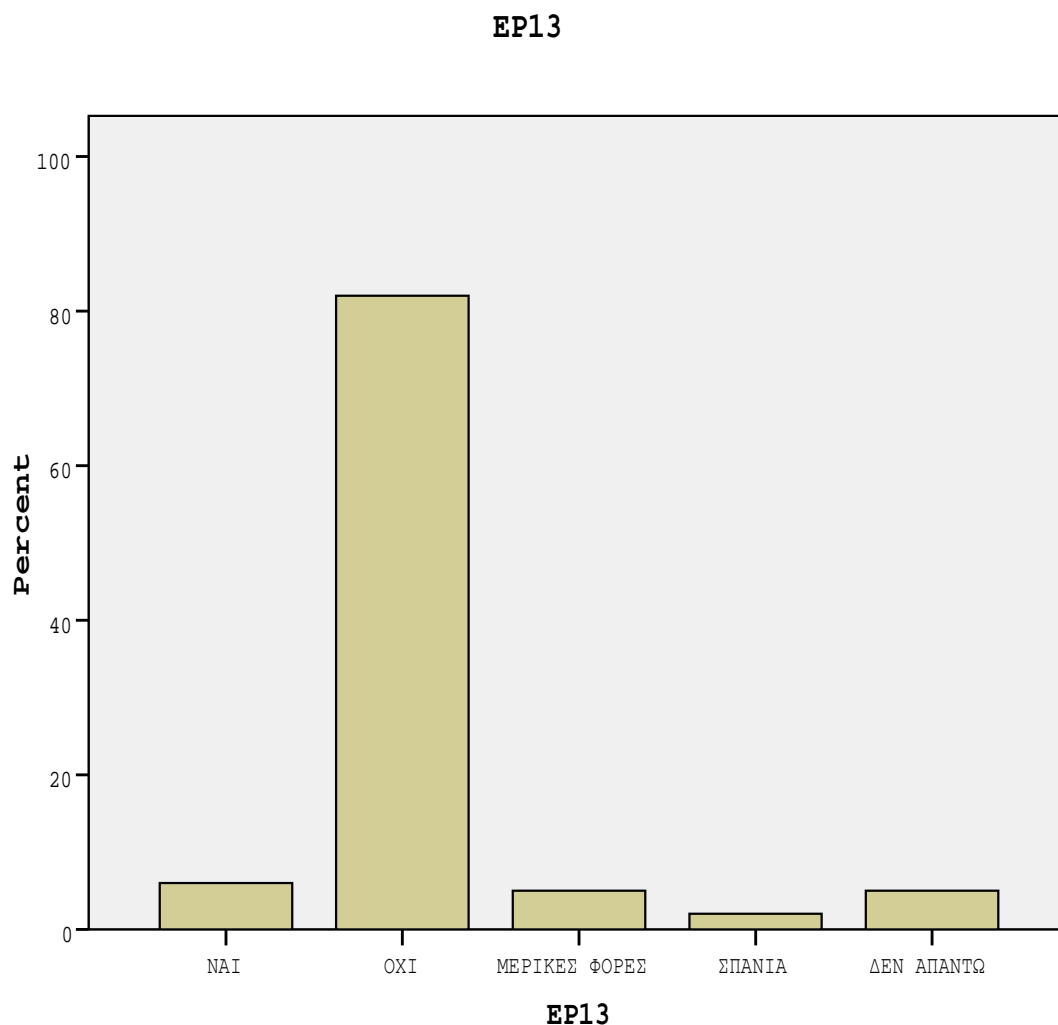
Σχήμα 12. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τον αν κατά την διάρκεια της ημέρας σκέπτονται αρκετά συχνά τι θα φάνε και πόσο



Στο παραπάνω σχήμα απεικονίζονται οι σκέψεις των ερωτώμενων σχετικά με το αν θα φάνε και πόσο την επόμενη ημέρα

Η πλειονότητα αυτών δηλαδή ποσοστό 40% δεν το σκέφτονται καθόλου, ποσοστό 36% αυτών το σκέφτονται μερικές φορές, ποσοστό 16% του δείγματος απάντησαν θετικά, ότι δηλαδή τις απασχολεί από την προηγούμενη ημέρα το αν θα φάνε και πόσο, ενώ ποσοστό 8% του δείγματος σπάνια σκέφτονται αν θα φάνε την άλλη ημέρα και πόσο.

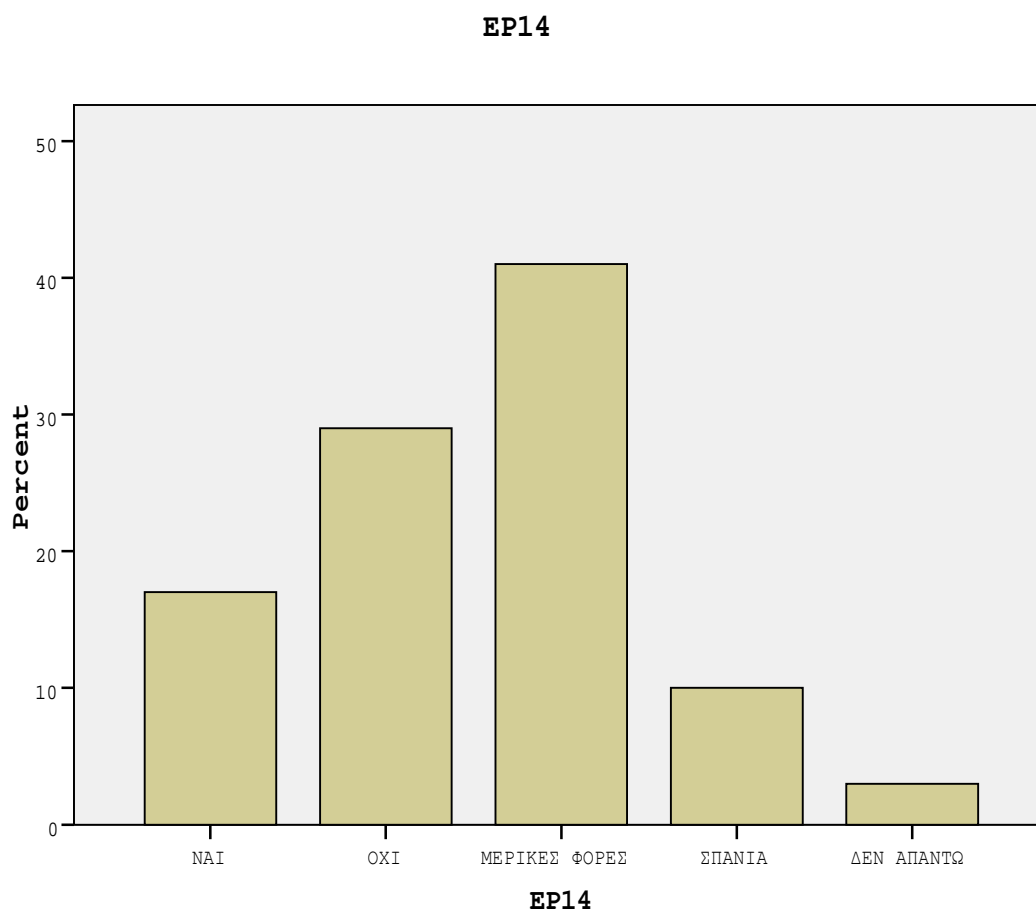
Σχήμα 13. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τον αν σκέφτονται να κάνουν εμετό προκειμένου να διατηρήσουν το βάρος τους



Σύμφωνα με το παραπάνω σχήμα παρατηρούμε ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων (82%) δεν κάνουν εμετό για να διατηρήσουν το βάρος τους.

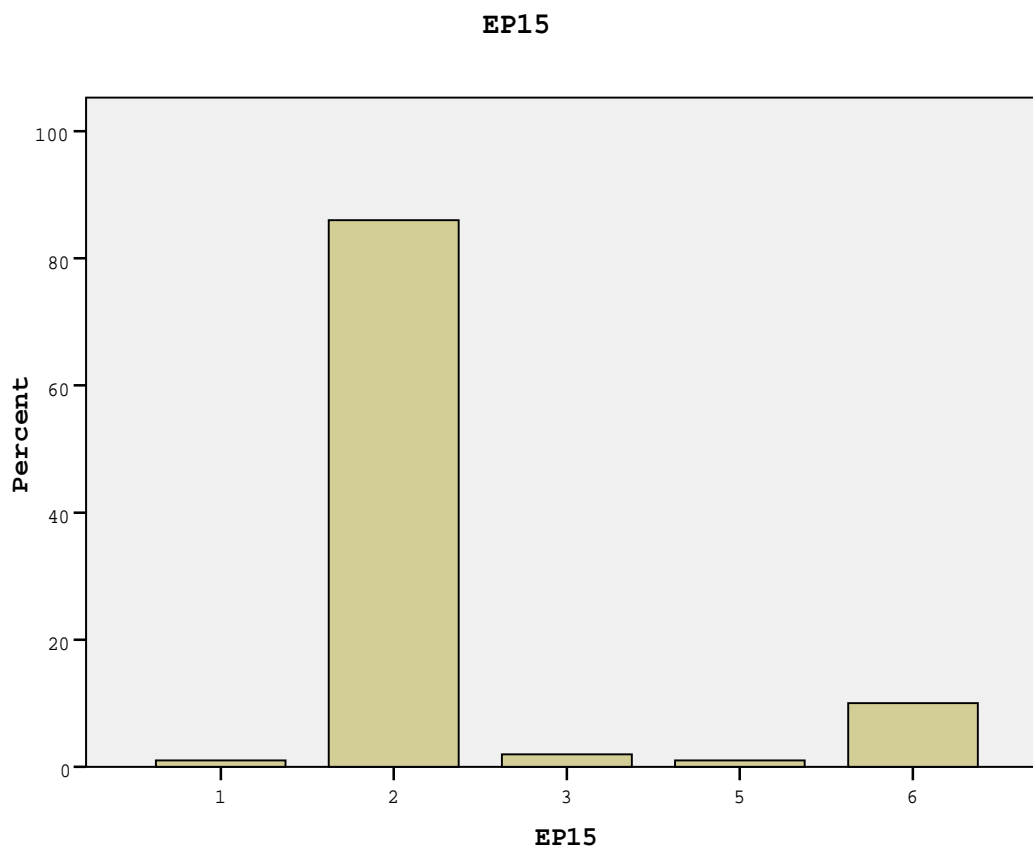
Ποσοστό 6% χρησιμοποιούν την παραπάνω ενέργεια, ποσοστό 5% αυτών μερικές φορές ενώ ποσοστό 2% σπάνια καταφεύγουν σ' αυτή τη μέθοδο για να διατηρήσουν το βάρος τους.

Σχήμα 14. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τον αν αισθάνονται ενοχές όταν τρώνε απαγορευμένες ή παχυντικές τροφές



Σύμφωνα με το παραπάνω σχήμα παρατηρούμε ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων (41%) μερικές φορές αισθάνονται ενοχές και τύψεις όταν τρώνε απαγορευμένες ή παχυντικές τροφές, 29% των ερωτηθέντων απάντησαν «όχι» στην ερώτηση, 17% αυτών απάντησαν ότι «ναι» έχουν ενοχές, 10% αυτών απάντησαν ότι σπάνια έχουν ενοχές και τύψεις, ενώ ποσοστό 3% δεν απάντησαν στην ερώτηση

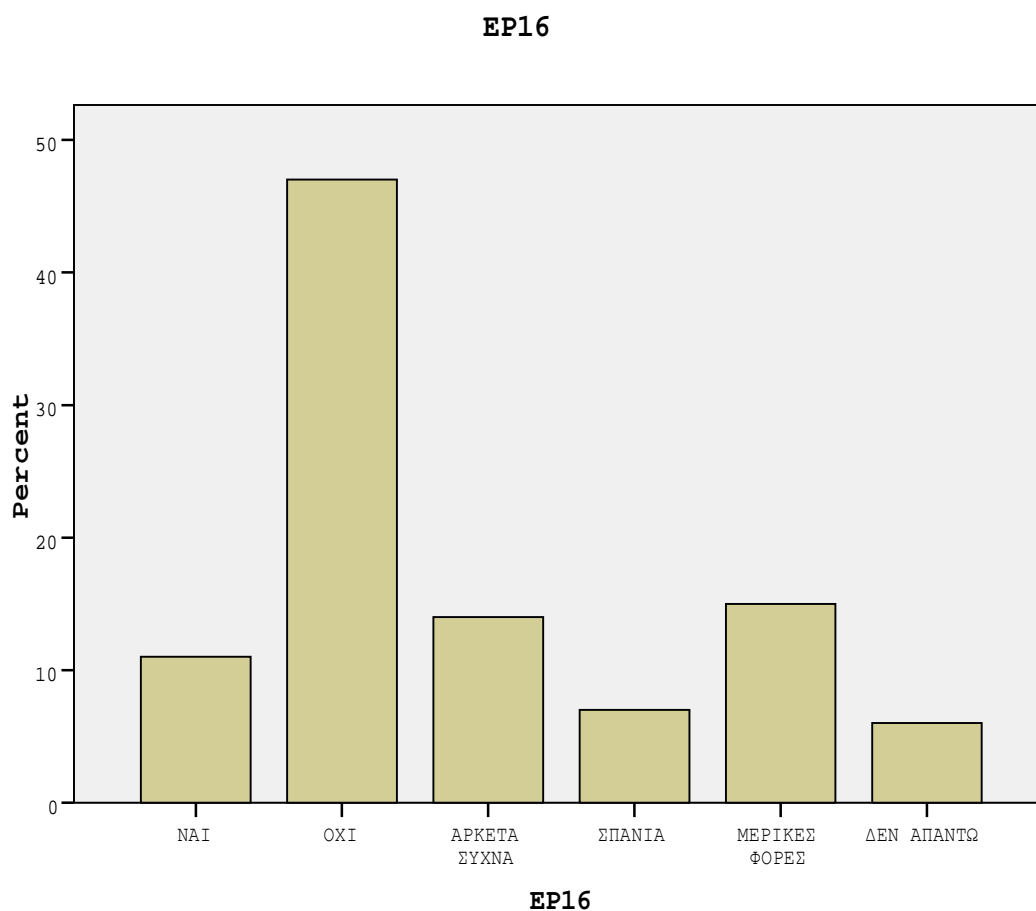
Σχήμα 15. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τον αν μετά το φαγητό χρησιμοποιούν σκευάσματα φαρμακευτικά ή εξαντλητική άσκηση για να μην πάρουν κιλά



Στο παραπάνω σχήμα φαίνεται πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (86%) δεν χρησιμοποιούν φαρμακευτικά σκευάσματα ή φυσική άσκηση μετά από το φαγητό για να μην πάρουν κιλά.

Ποσοστό 10% των ερωτηθέντων δεν απάντησαν, ενώ ποσοστό 1% απάντησαν «μερικές φορές». Μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων (2%), απάντησαν ότι «αρκετά συχνά» χρησιμοποιούν τέτοιες μεθόδους.

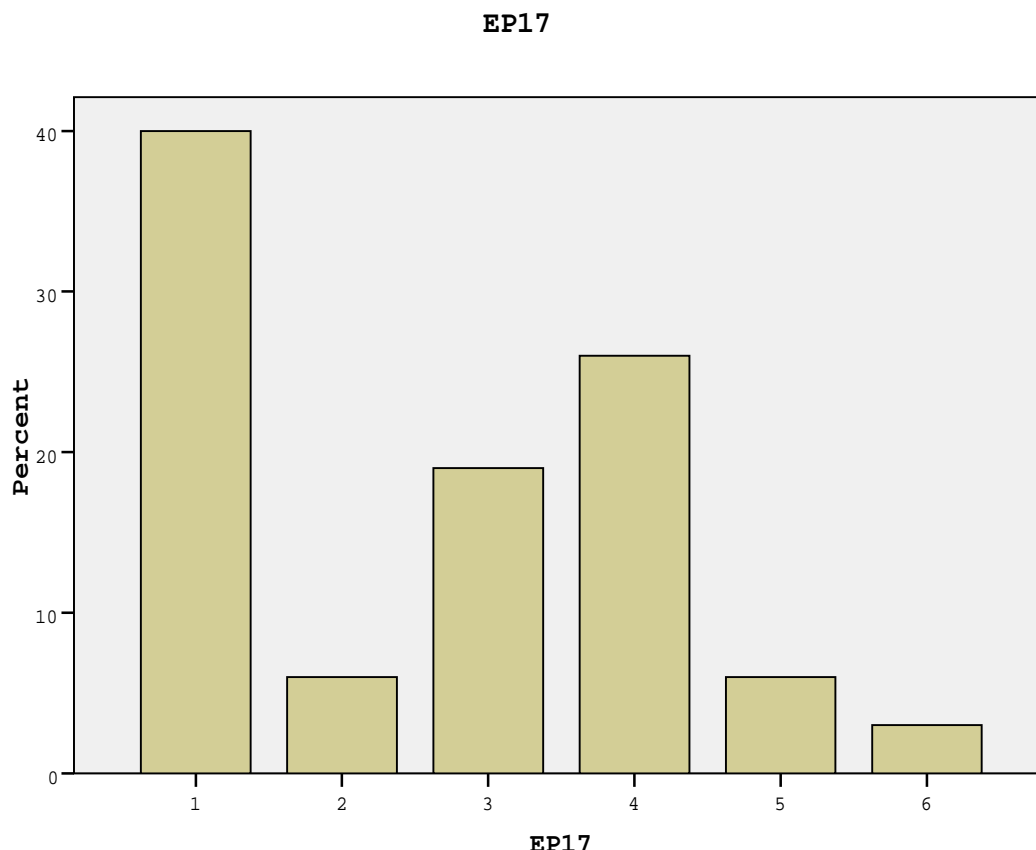
Σχήμα 16. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τον αν βρίσκονται σε διατροφικό περιορισμό



Το παραπάνω σχήμα δείχνει ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων δηλαδή ποσοστό 47% δεν αισθάνονται ότι βρίσκονται σε μόνιμο διατροφικό περιορισμό.

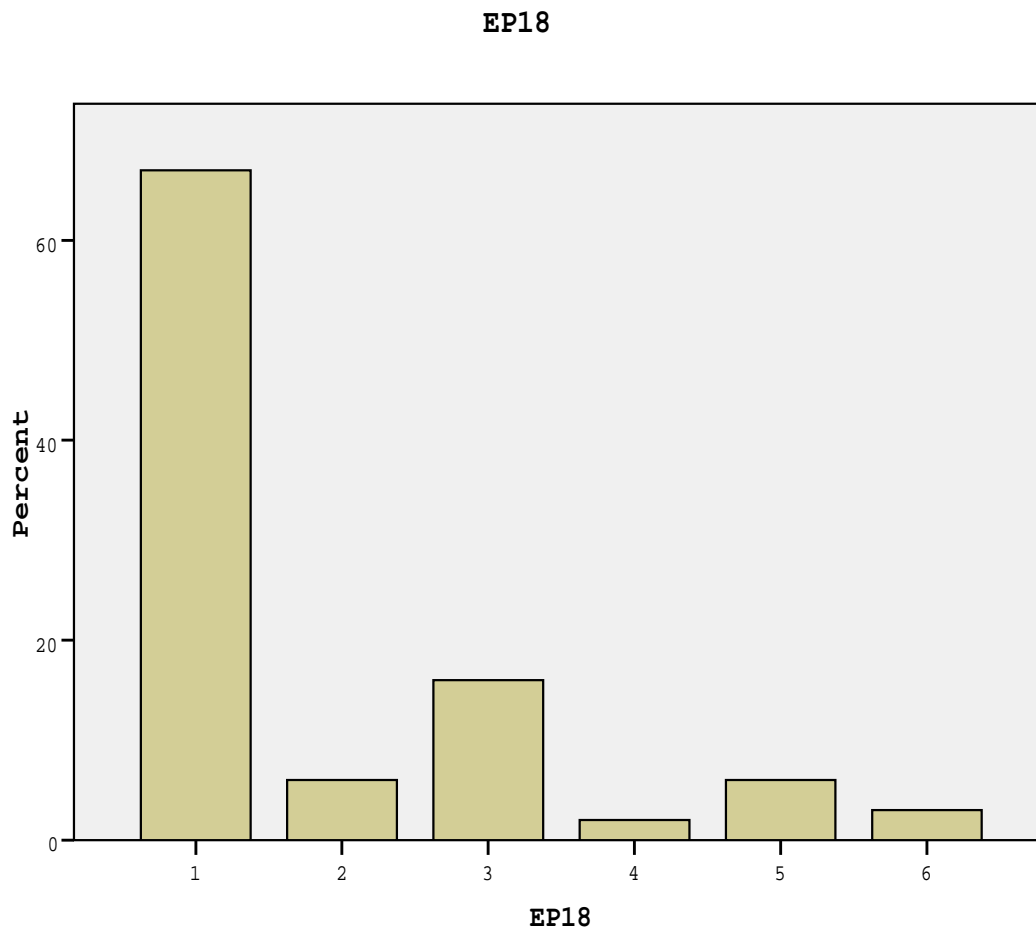
Ποσοστό 11% απάντησε θετικά, ποσοστό 14% απάντησε «αρκετά συχνά», ποσοστό 7% απάντησε «σπάνια» στην ερώτηση ενώ ποσοστό 15% απάντησε ότι μερικές φορές αισθάνεται έτσι. Ποσοστό 6% δεν απάντησε στην ερώτηση.

Σχήμα 17. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τη γνώση των ερωτηθέντων όσον αφορά τους κυριότερους παράγοντες που ωθούν τα κορίτσια στη νευρική ανορεξία



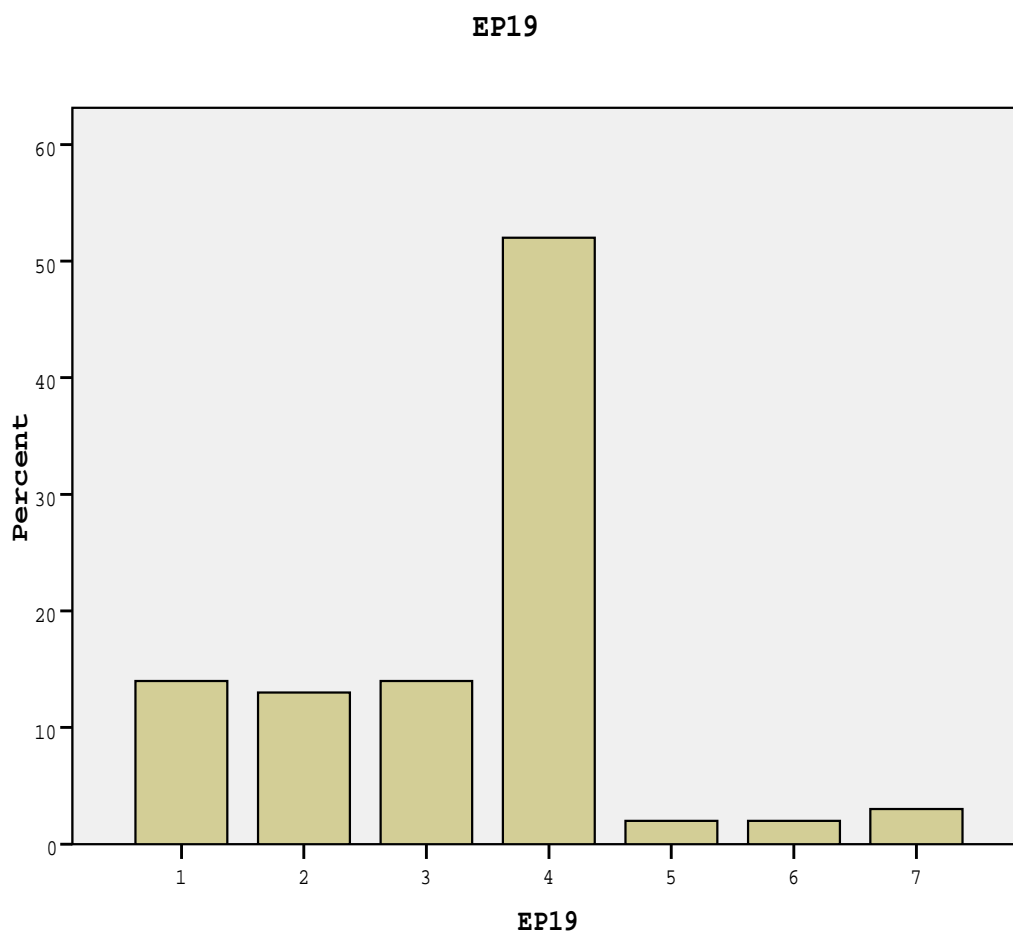
Στο παραπάνω σχήμα απεικονίζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων όσον αφορά τους κυριότερους παράγοντες που ωθούν τα κορίτσια στη νευρική ανορεξία. Η πλειονότητα αυτών δηλ. ποσοστό 40% απάντησε ότι ευθύνονται τα πρότυπα από τα Μ.Μ.Ε. Ποσοστό 26% απάντησε ότι αιτία είναι το ότι αισθάνονται άσχημα με την εικόνα του σώματός τους. Ποσοστό 19% αυτών απάντησε ότι φταίει η έλλειψη αυτοπεποίθησης και αυτοσεβασμού. Ποσοστό 6% απάντησαν ότι ευθύνεται η προσπάθεια για προσέλκυση του αντίθετου φύλου και με το ίδιο ποσοστό (6%) απάντησαν ότι ο λόγος είναι ότι θέλουν να δείχνουν όμορφες. Εν τέλει ποσοστό 3% απάντησαν ότι ωθούνται στη νευρική ανορεξία για γενικότερη κοινωνική αποδοχή.

Σχήμα 18. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το αν το βάρος ενός ατόμου μπορεί να σταθεί εμπόδιο στις επαγγελματικές και κοινωνικές του σχέσεις



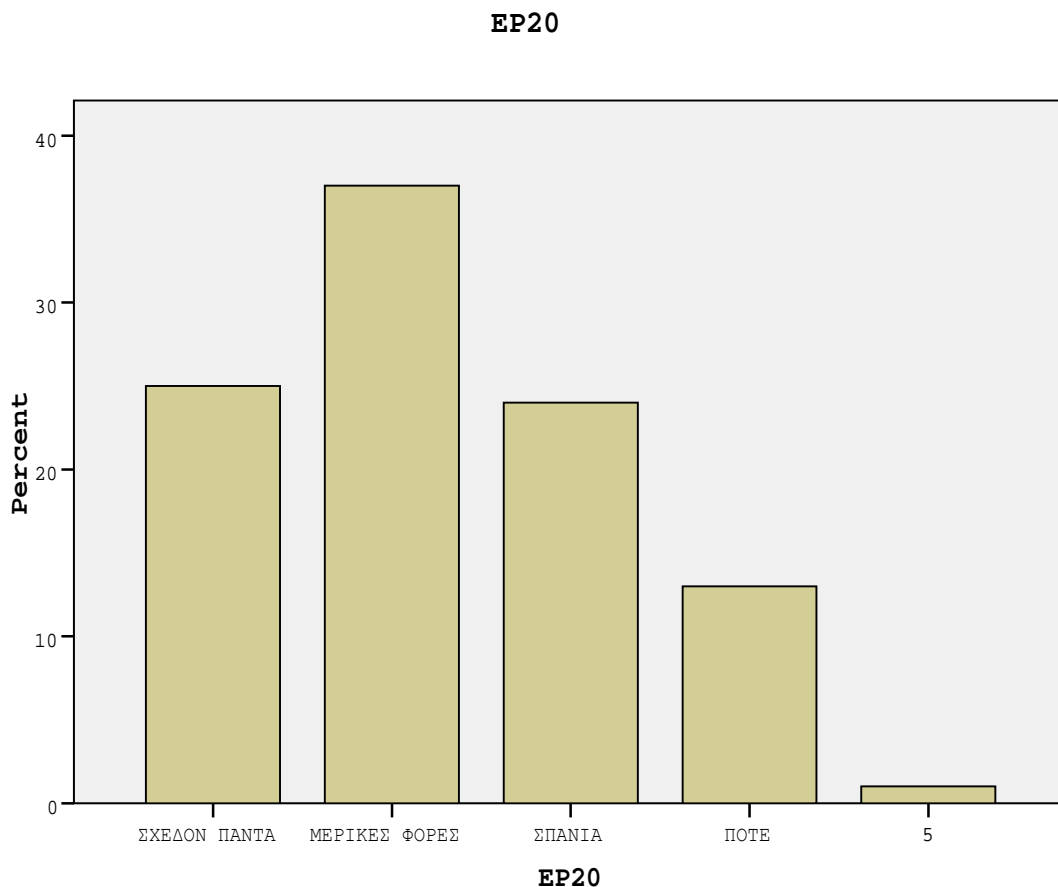
Όπως φαίνεται στο παραπάνω σχήμα η πλειονότητα 67% των ερωτηθέντων πιστεύουν πως «ναι» το βάρος ενός ατόμου μπορεί να σταθεί εμπόδιο στις επαγγελματικές και κοινωνικές του σχέσεις, ότι δηλαδή υπάρχει ρατσισμός. Ποσοστό 16% απάντησαν θετικά για το λόγο ότι δεν νιώθει όμορφα και ότι δεν δουλεύει άνετα. Ποσοστό 6% αναφέρουν πως αυτό συμβαίνει μόνο σε μοντέλα και αστέρια του κινηματογράφου και επίσης ποσοστό 6% αναφέρουν πως το βάρος δεν επηρεάζει τις επαγγελματικές και κοινωνικές του σχέσεις αρκεί να διαθέτει μόρφωση. Ποσοστό 3% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι σε καμία περίπτωση δεν επηρεάζει τις επαγγελματικές και κοινωνικές του σχέσεις, ενώ ποσοστό 2% αυτών απαντά ότι επηρεάζει μόνο τις κοινωνικές του σχέσεις.

Σχήμα 19. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το αν νιώθουν άνετα με το σώμα τους όταν αυξάνεται το βάρος τους



Στο παραπάνω σχήμα οι απαντήσεις στην πλειονότητά τους (52%) δήλωναν ανασφάλεια όταν είχαν αύξηση βάρους. Ποσοστό 14% αυτών απάντησαν ότι τους αρέσει ο εαυτός τους όπως είναι, ισοβαθμώντας (14%) με αυτούς «που τα έχουν βρει με τον εαυτό τους». Ποσοστό 13% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι νιώθουν άνετα με το σώμα τους γιατί το σέβονται και το εκτιμούν. Ποσοστό 3% δεν απάντησε καθόλου ενώ ποσοστό 2% των ερωτηθέντων δεν νιώθουν άνετα γιατί ζηλεύουν τις όμορφες γυναίκες και επίσης 2% του δείγματος απάντησαν ότι δεν νιώθουν άνετα γιατί τους χαρακτηρίζουν με άσχημο τρόπο όταν παχαίνουν.

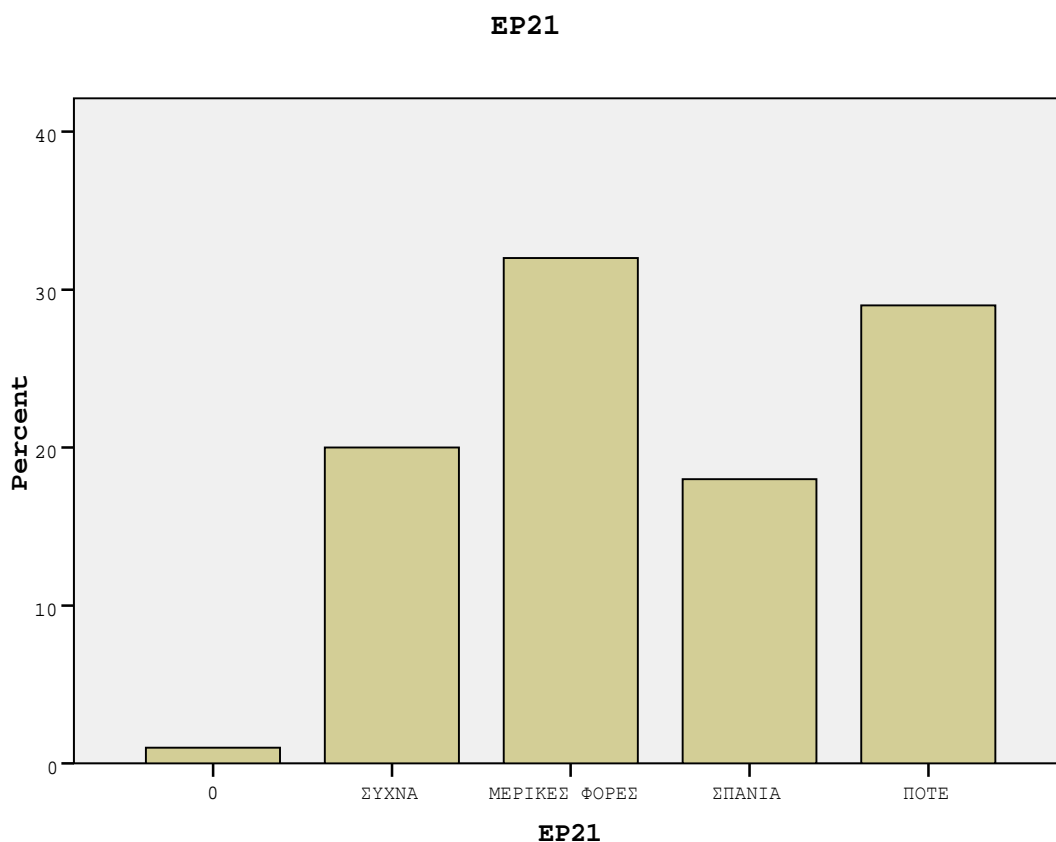
Σχήμα 20. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το αν πανικοβάλλονται όταν την επόμενη ημέρα δουν ότι έχουν πάρει 1-2 κιλά



Στο πιο πάνω σχήμα η πλειονότητα των ερωτηθέντων απάντησαν με ποσοστό 37% ότι πανικοβάλλονται μερικές φορές.

Ποσοστό 25% αυτών απάντησαν ότι πανικοβάλλεται σχεδόν πάντα, ποσοστό 24% σπάνια πανικοβάλλεται και ποσοστό 13% απάντησαν ότι «ποτέ» δεν πανικοβάλλονται με μικρές αυξομειώσεις βάρους του 1 ή 2 κιλών.

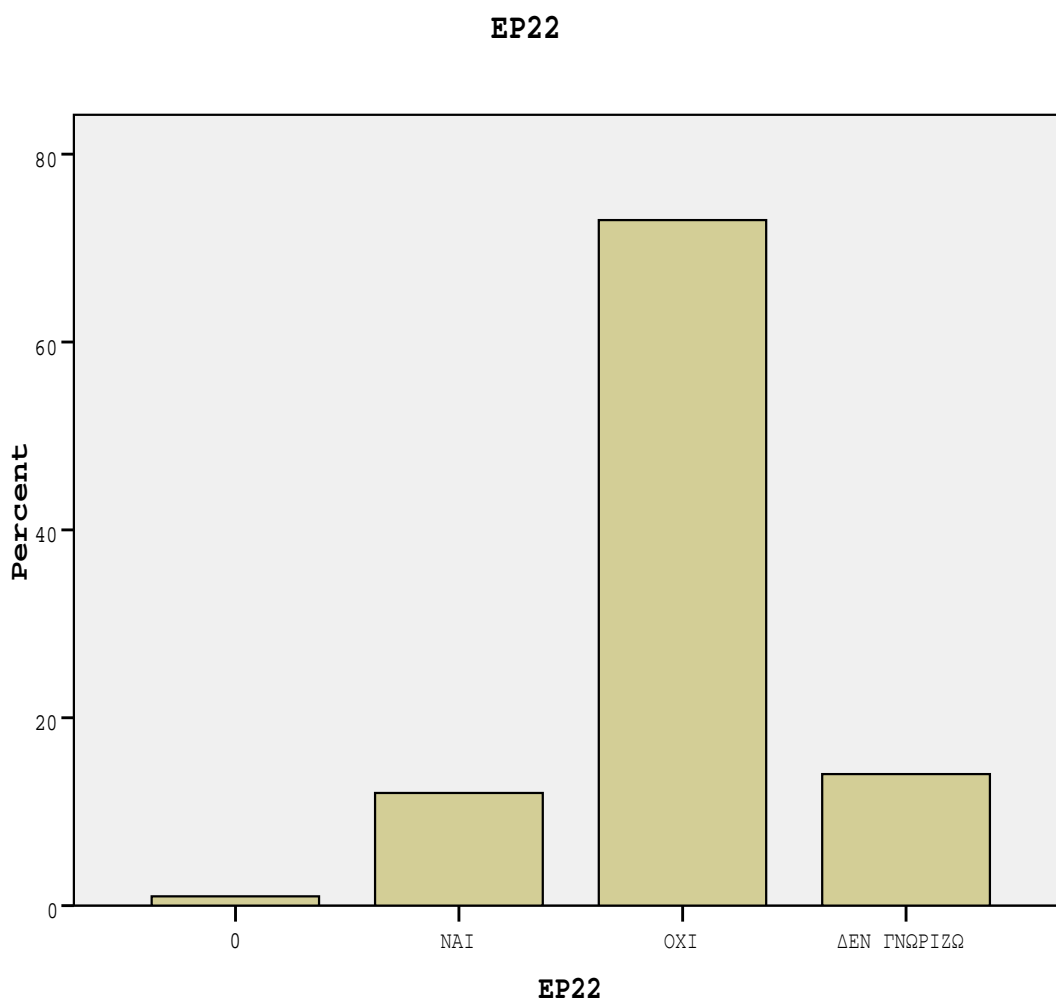
Σχήμα 21. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το αν έχουν τροφικές συνήθειες που να είναι διαφορετικές από εκείνες της οικογένειας και των φίλων τους



Στο πιο πάνω σχήμα η πλειοψηφία των ερωτώμενων απάντησε με ποσοστό 32% ότι μερικές φορές έχουν τροφικές συνήθειες που να είναι διαφορετικές από εκείνες της οικογένειας και των φίλων τους.

Ποσοστό 29% απάντησαν «ποτέ», ποσοστό 20% απάντησε «συχνά», ενώ ποσοστό 18% απάντησαν ότι «σπάνια έχουν τροφικές συνήθειες διαφορετικές από εκείνες της οικογένειας και των φίλων της».

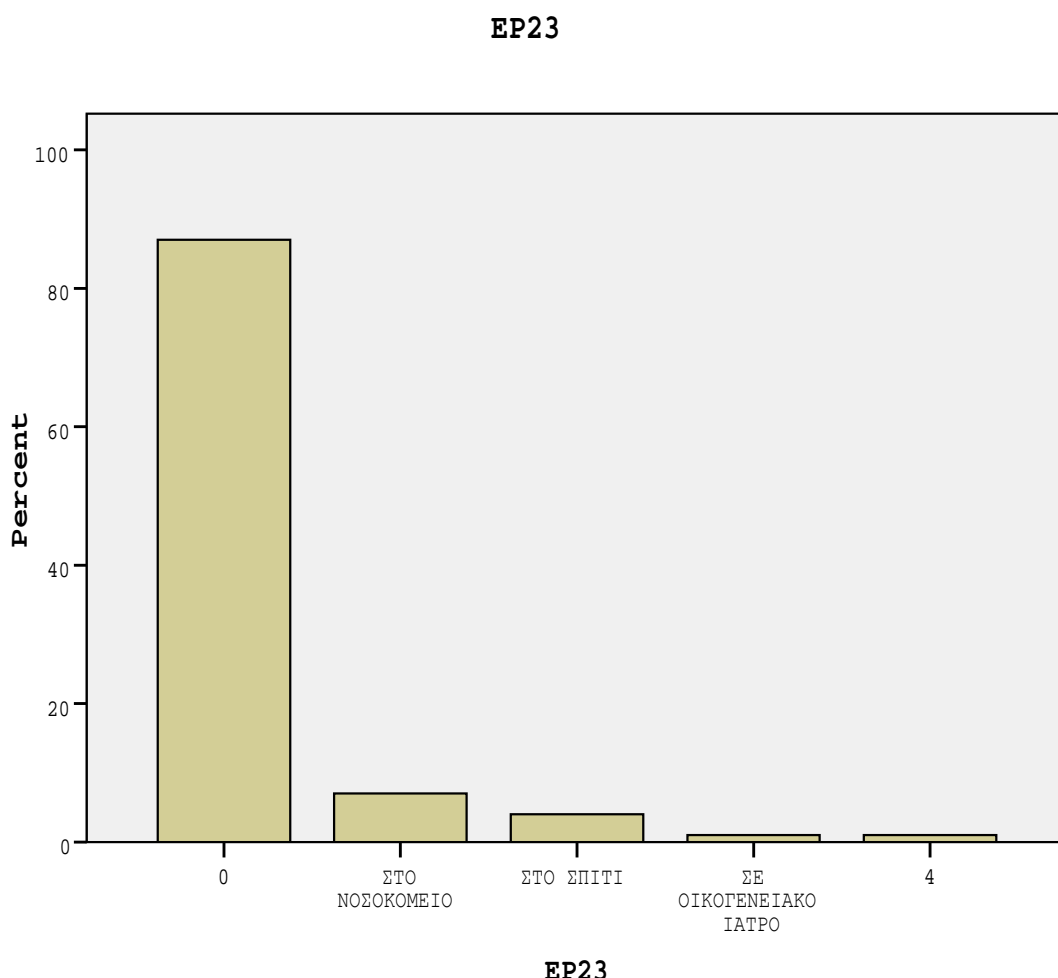
Σχήμα 22. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το αν υπάρχουν συγγενικά πρόσωπα, φίλοι ή συνάνθρωπός τους που να πάσχουν από νευρική ανορεξία



Στο παραπάνω σχήμα φαίνεται ότι η πλειοψηφία (ποσοστό 73%) δεν έχουν κάποιον στο συγγενικό, φιλικό περιβάλλον με νευρική ανορεξία.

Ποσοστό 14% αυτών απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν, ενώ ποσοστό 12% των ερωτηθέντων απάντησαν θετικά.

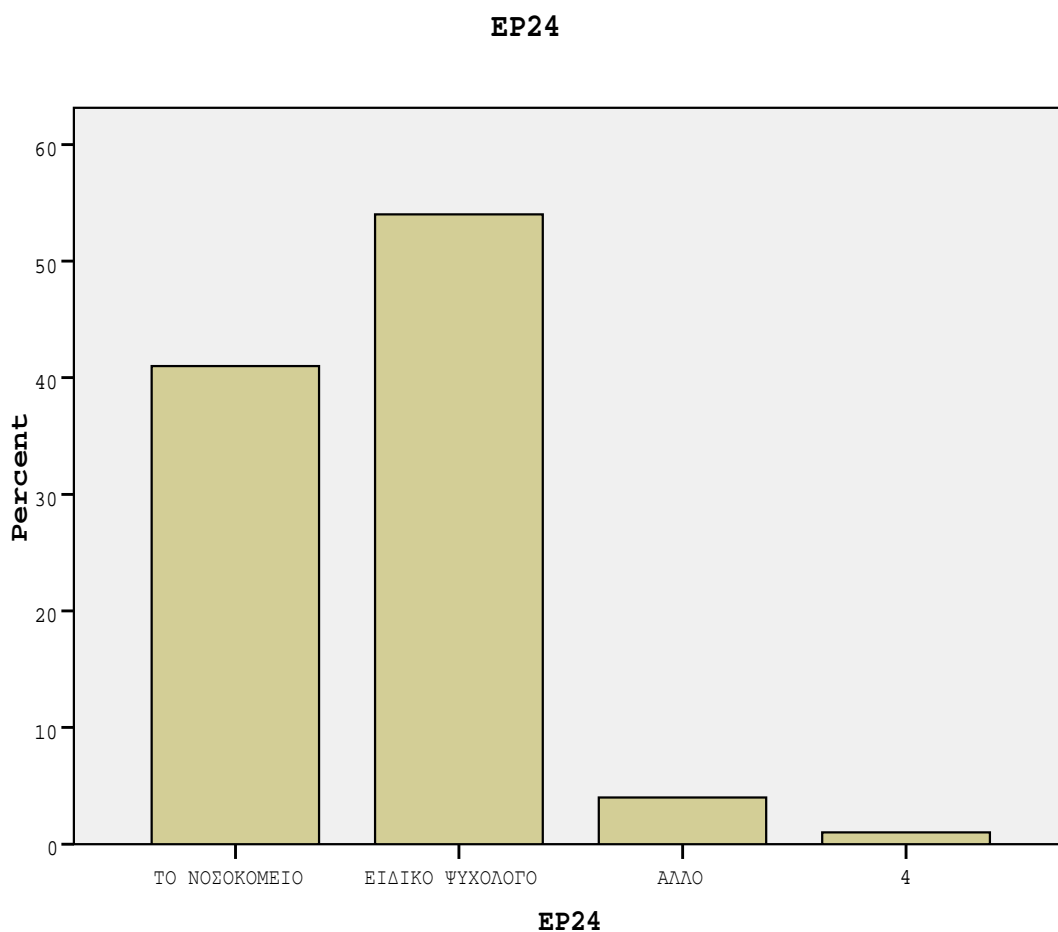
Σχήμα 23. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την πιο πάνω ερώτηση, δηλαδή με το αν υπάρχουν συγγενικά πρόσωπα, φίλοι ή συνάνθρωπός τους που να πάσχουν από νευρική ανορεξία και αν υπάρχει θετική απάντηση, πώς αντιμετωπίστηκε



Στο πιο πάνω σχήμα η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (87%) δεν απάντησαν καθόλου, γιατί στην προηγούμενη ερώτηση (22) είχαν απαντήσει «όχι» ή «δεν γνωρίζουν να είχε συμβεί νευρική ανορεξία σε κάποιον».

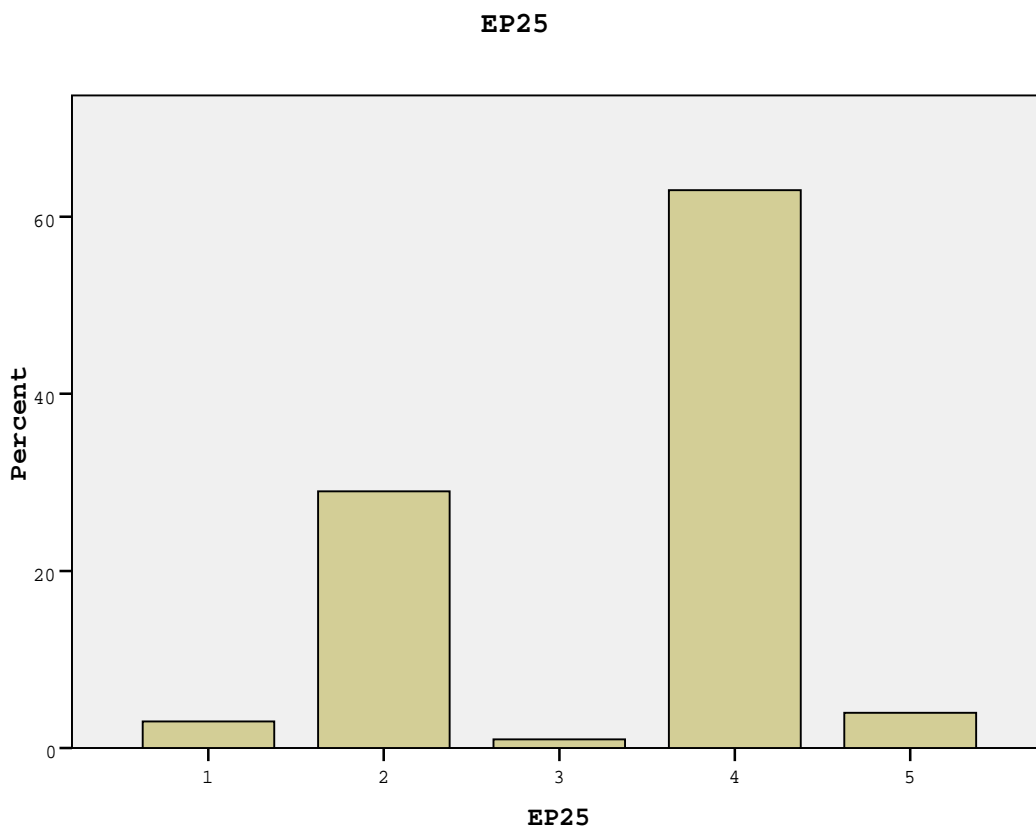
Ποσοστό 7% των ερωτηθέντων απάντησε ότι αντιμετωπίστηκε στο σπίτι, ποσοστό 4% αυτών απάντησε ότι αντιμετωπίστηκε στο σπίτι και 1% απάντησε ότι αντιμετωπίστηκε σε οικογενειακό γιατρό.

Σχήμα 24. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το ποιον θεωρούν καλύτερο για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας



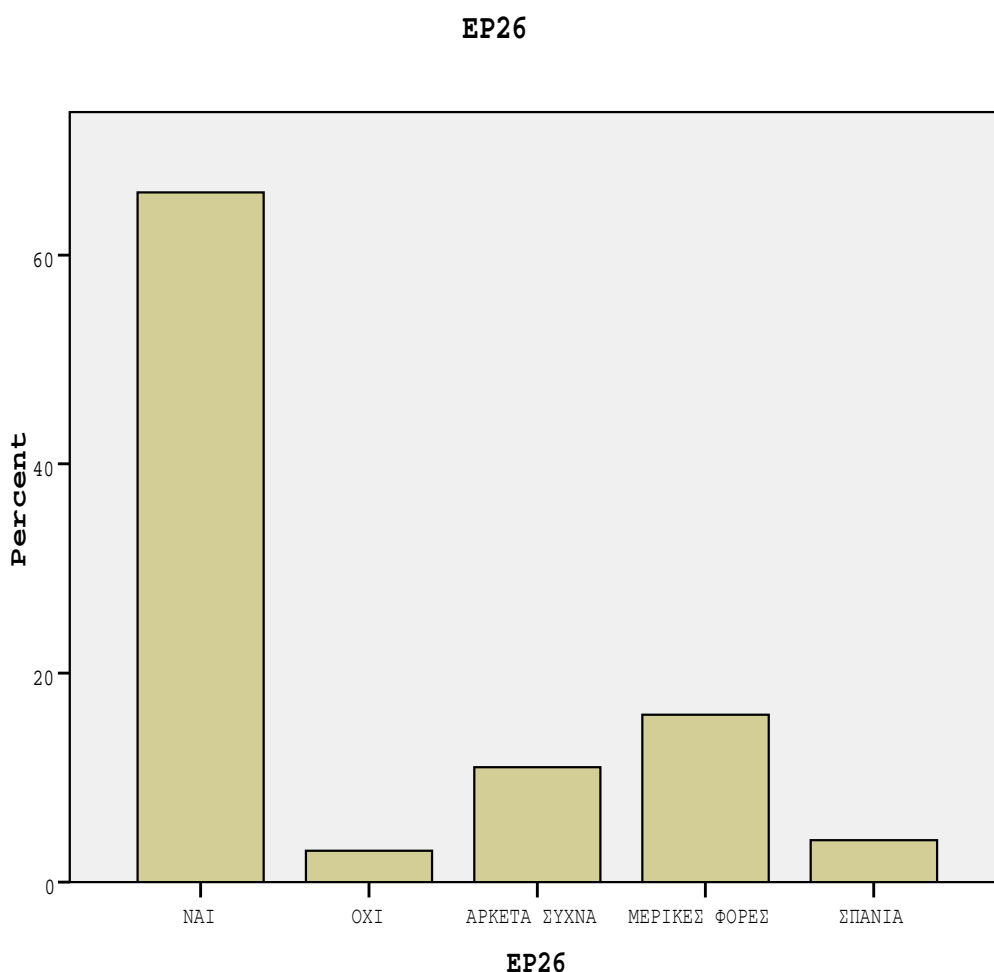
Στο σχήμα φαίνεται ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων (64%) απάντησαν ότι κατάλληλος για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας είναι ο ειδικός ψυχολόγος, ενώ 41% αυτών απάντησαν ότι θεωρούν κατάλληλο το νοσοκομείο. Με ποσοστό 4% απάντησαν «Άλλο».

Σχήμα 25. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τώς θα αντιμετώπιζαν ένα άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία



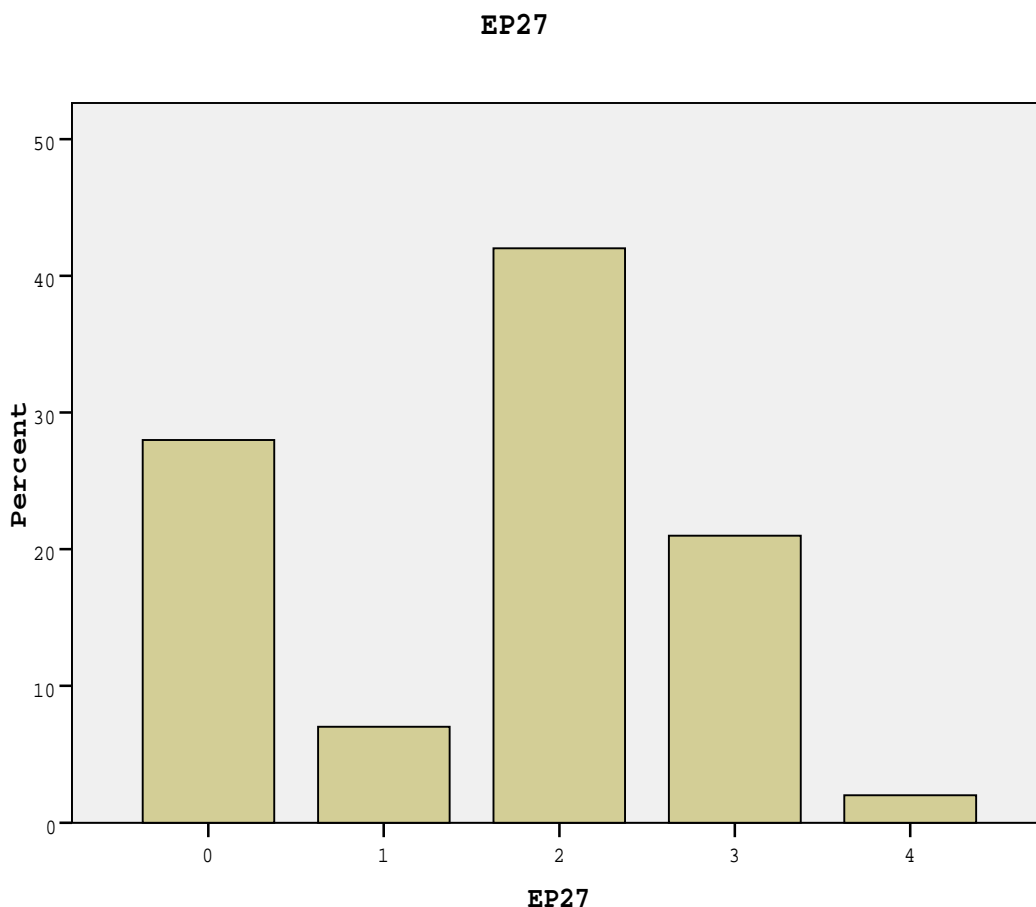
Όπως φαίνεται στο παραπάνω σχήμα στην ερώτηση πώς θα αντιμετώπιζαν ένα άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία, η πλειονότητα των ερωτηθέντων (63%) απάντησε ότι θα του συμπαραστεκόταν, με ποσοστό 29% απάντησαν ότι θα ένοιωθαν «συμπόνια», 4% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι θα «χρησιμοποιούσαν άλλο τρόπο» από αυτόν που αναφέρουμε στο ερωτηματολόγιο, ενώ ποσοστό 3% απάντησαν ότι θα αδιαφορούσαν. Επίσης ποσοστό 1% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι θα «απομόνωναν» το άτομο που έπασχε από νευρική ανορεξία.

Σχήμα 26. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) μπορούν να βοηθήσουν ώστε να μειωθεί το δυνατόν περισσότερο το ποσοστό ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία



Όπως φαίνεται στο παραπάνω σχήμα η πλειονότητα των ερωτηθέντων (66%) απάντησαν θετικά. Ποσοστό 16% αυτών απάντησαν ότι «μερικές φορές» μπορούν να βοηθήσουν, ποσοστό 11% απάντησαν «αρκετά συχνά», ενώ ποσοστό 4% απάντησαν ότι «σπάνια» μπορούν τα Μ.Μ.Ε. να βοηθήσουν ώστε να μειωθεί το δυνατόν περισσότερο το ποσοστό ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία.

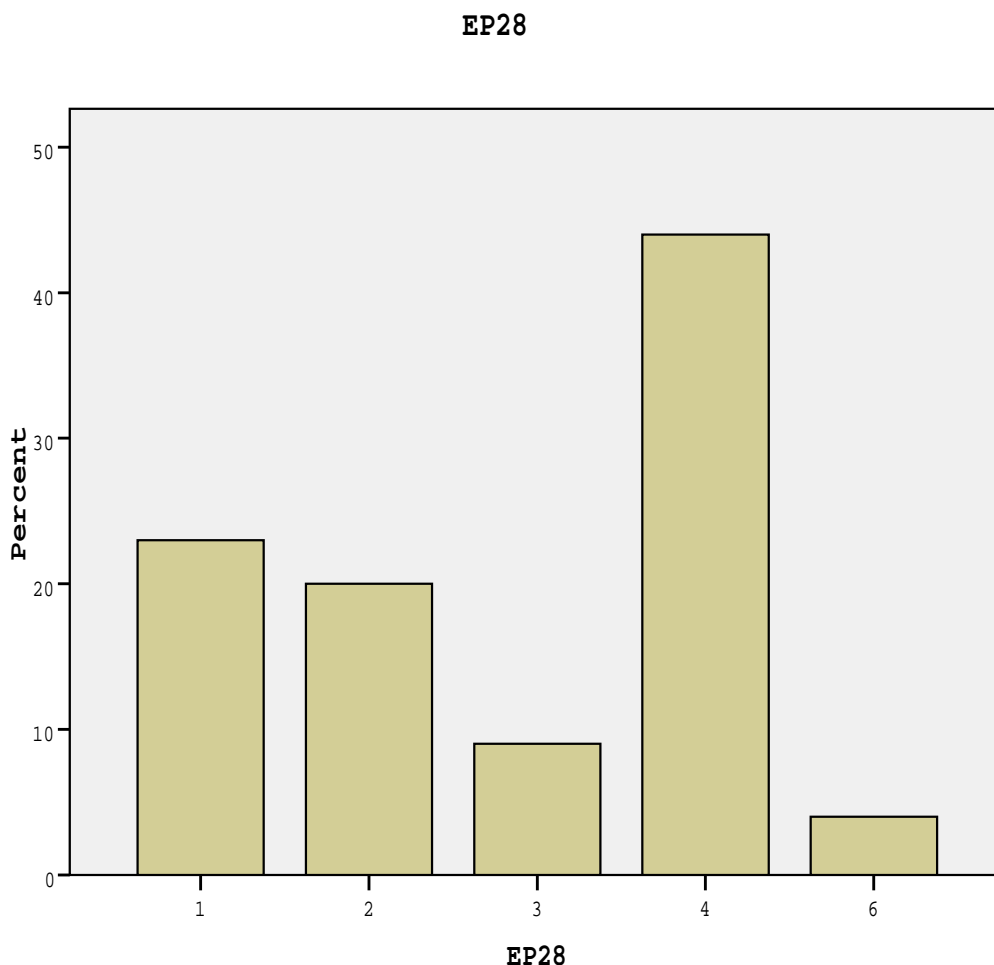
Σχήμα 27. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το αν η απάντηση στην προηγούμενη ερώτηση είναι θετική, ποιοι είναι οι τρόποι βοήθειας στους ανορεξικούς



Όπως φαίνεται στο πιο πάνω σχήμα η πλειονότητα των ερωτηθέντων (42%) απάντησαν ότι λύση θα ήταν η διαφήμιση μοντέλων που δεν είναι πολύ αδύνατα.

Ποσοστό 28% δεν απάντησαν καθότι απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση. Ποσοστό 21% απάντησαν ότι θα βοηθούσε η ανακοίνωση από τα Μ.Μ.Ε. στο κοινό των νέων προτύπων βάρους σώματος. Επίσης 7% απάντησαν ότι μπορούν να ανακοινώσουν ότι οι οίκοι μόδας δεν προσλαμβάνουν μοντέλα υπερβολικά αδύνατα ενώ ποσοστό 2% απάντησαν «άλλο».

Σχήμα 28. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τις ενέργειες που θα έκαναν εάν είχαν στο άμεσο συγγενικό τους περιβάλλον κάποιον που παρουσίαζε συμπτώματα νευτικής ανορεξίας



Όπως φαίνεται από το παραπάνω σχήμα η πλειονότητα των ερωτηθέντων απάντησαν με ποσοστό 44% ότι θα ενημέρωναν όλους στην οικογένεια για άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος. Επίσης ποσοστό 23% απάντησαν ότι θα τον παρότρυναν άμεσα να πάει στο γιατρό και ποσοστό 20% αυτών απάντησαν ότι θα συμβούλευαν να πάει σε ψυχολόγο. Ποσοστό 9% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι θα τον συμβούλευαν να προσλαμβάνει περισσότερη τροφή, ενώ ποσοστό 4% απάντησαν «δεν γνωρίζω – δεν απαντώ». Στην απάντηση «θα αδιαφορούσα» είχαμε 0% ποσοστό απαντήσεων.

β. ΟΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΥΠΟΟΜΑΔΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

ΗΛΙΚΙΑ

Πίνακας 1α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την ηλικία ως προς το αν ανησυχούν μήπως πάρουν περισσότερα κιλά από το κανονικό τους βάρος (ΕΡ. 7)

Crosstab

			Ανησυχείτε μήπως πάρετε περισσότερα κιλά από το κανονικό σας βάρος;				ΣΥΝΟΛΟ ΝΑΙ
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ΕΤΗ	Count	7	3	5	1	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	43,8%	18,8%	31,3%	6,3%	100,0%
	16-18	Count	9	5	13	2	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	31,0%	17,2%	44,8%	6,9%	100,0%
	19-25	Count	10	6	10	2	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	35,7%	21,4%	35,7%	7,1%	100,0%
	26-30	Count	10	7	8	2	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	37,0%	25,9%	29,6%	7,4%	100,0%
ΣΥΝΟΛΟ		Count	36	21	36	7	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	36,0%	21,0%	36,0%	7,0%	100,0%

Πίνακας 1β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,076(a)	9	,990
Likelihood Ratio	2,040	9	,991
Linear-by-Linear Association	,014	1	,905
N of Valid Cases	100		

a. 5 cells (31,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,12.

Βλέπουμε ότι δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά εξαιτίας της ηλικίας των ερωτηθέντων πάνω στο αν ανησυχούν μήπως πάρουν επιπλέον κιλά.

Πίνακας 2α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την ηλικία ως προς το αν κάνουν συχνά δίαιτα ή αισθάνονται έντονα την ανάγκη αυτή (EP. 8)

Crosstab

			Κάνετε συχνά δίαιτα ή αισθάνεστε έντονα την ανάγκη αυτή;				Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΝΑΙ
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ΕΤΗ	Count	1	9	5	1	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	6,3%	56,3%	31,3%	6,3%	100,0%
	16-18	Count	4	7	14	4	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	13,8%	24,1%	48,3%	13,8%	100,0%
	19-25	Count	9	6	9	4	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	32,1%	21,4%	32,1%	14,3%	100,0%
	26-30	Count	5	12	5	5	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	18,5%	44,4%	18,5%	18,5%	100,0%
Total		Count	19	34	33	14	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	19,0%	34,0%	33,0%	14,0%	100,0%

Πίνακας 2β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,529(a)	9	,105
Likelihood Ratio	14,659	9	,101
Linear-by-Linear Association	,331	1	,565
N of Valid Cases	100		

a. 5 cells (31,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,24.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά εξαιτίας της ηλικίας των ερωτηθέντων πάνω στο αν κάνουν συχνά δίαιτα ή αισθάνονται έντονα την ανάγκη αυτή.

Πίνακας 3α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την ηλικία ως προς το αν η διάθεσή τους εξαρτάται σε υπερβολικό βαθμό από το βάρος τους (EP. 9)

Crosstab

			Η διάθεσή σας εξαρτάται σε υπερβολικό βαθμό από το βάρος σας;				Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	ΣΠΑΝΙΑ	ΝΑΙ
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ΕΤΗ	Count	1	8	3	4	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	6,3%	50,0%	18,8%	25,0%	100,0%
	16-18	Count	1	4	10	14	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	3,4%	13,8%	34,5%	48,3%	100,0%
	19-25	Count	5	6	10	7	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	17,9%	21,4%	35,7%	25,0%	100,0%
	26-30	Count	4	9	8	6	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	14,8%	33,3%	29,6%	22,2%	100,0%
Total		Count	11	27	31	31	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	11,0%	27,0%	31,0%	31,0%	100,0%

Πίνακας 3β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,196(a)	9	,116
Likelihood Ratio	14,177	9	,116
Linear-by-Linear Association	1,591	1	,207
N of Valid Cases	100		

a. 7 cells (43,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,76.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά εξαιτίας της ηλικίας των ερωτηθέντων πάνω στο αν η διάθεσή τους εξαρτάται σε υπερβολικό βαθμό από το βάρος τους.

Πίνακας 4α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την ηλικία ως προς το αν είναι απογοητευμένες/ο από το βάρος του σώματός τους (EP.10)

Crosstab

			Είστε απογοητευμένος/η από το βάρος του σώματός σας;				Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ ΟΤΑΝ ΠΑΙΡΝΩ ΒΑΡΟΣ	4	ΝΑΙ
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ΕΤΗ	Count	1	9	6	0	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	6,3%	56,3%	37,5%	,0%	100,0%
	16-18	Count	2	13	13	1	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	6,9%	44,8%	44,8%	3,4%	100,0%
	19-25	Count	4	7	17	0	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	14,3%	25,0%	60,7%	,0%	100,0%
	26-30	Count	4	12	11	0	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	14,8%	44,4%	40,7%	,0%	100,0%
Total		Count	11	41	47	1	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	11,0%	41,0%	47,0%	1,0%	100,0%

Πίνακας 4β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,372(a)	9	,497
Likelihood Ratio	8,594	9	,476
Linear-by-Linear Association	,182	1	,670
N of Valid Cases	100		

a 8 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά εξαιτίας της ηλικίας των ερωτηθέντων ως προς το αν είναι απογοητευμένες από το βάρος του σώματός τους.

Πίνακας 5α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την ηλικία ως προς το αν μετά από ένα πολύ μεγάλο γεύμα, μένουν την επόμενη ημέρα νηστικός/ή για να αντισταθμίσουν το λάθος (EP.11)

Crosstab

			Μετά από ένα πολύ μεγάλο γεύμα, μένετε την επόμενη μέρα τελείως νηστικός/ή για να αντισταθμίσετε το λάθος;				Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΝΑΙ
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ΕΤΗ	Count	0	10	5	1	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	,0%	62,5%	31,3%	6,3%	100,0%
	16-18	Count	2	17	5	5	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	6,9%	58,6%	17,2%	17,2%	100,0%
	19-25	Count	1	18	6	3	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	3,6%	64,3%	21,4%	10,7%	100,0%
	26-30	Count	2	16	6	3	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	7,4%	59,3%	22,2%	11,1%	100,0%
Total		Count	5	61	22	12	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	5,0%	61,0%	22,0%	12,0%	100,0%

Πίνακας 5β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,618(a)	9	,935
Likelihood Ratio	4,336	9	,888
Linear-by-Linear Association	,147	1	,702
N of Valid Cases	100		

a 9 cells (56,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,80.

Από τη συσχέτιση της ηλικίας δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά, όσον αφορά τη στάση τους την επόμενη ημέρα μετά από ένα μεγάλο γεύμα.

Πίνακας 6α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την ηλικία ως προς το αν κατά την διάρκεια της ημέρας σκέφτονται αρκετά συχνά τι θα φάνε και πότε (EP.12)

Crosstab

			Κατά τη διάρκεια της ημέρας σκέφτεστε αρκετά συχνά τι θα φάτε και πότε;				Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΝΑΙ
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ETH	Count	2	8	5	1	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	12,5%	50,0%	31,3%	6,3%	100,0%
	16-18	Count	4	12	10	3	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	13,8%	41,4%	34,5%	10,3%	100,0%
	19-25	Count	5	9	10	4	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	17,9%	32,1%	35,7%	14,3%	100,0%
	26-30	Count	5	11	11	0	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	18,5%	40,7%	40,7%	,0%	100,0%
Total		Count	16	40	36	8	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	16,0%	40,0%	36,0%	8,0%	100,0%

Πίνακας 6β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,319(a)	9	,806
Likelihood Ratio	7,210	9	,615
Linear-by-Linear Association	,182	1	,670
N of Valid Cases	100		

a. 8 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,28.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά εξαιτίας της ηλικίας στην παραπάνω ερώτηση.

Πίνακας 7α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την **ηλικία** ως προς το αν σκέφτονται πολλές φορές να κάνουν εμετό προκειμένου να διατηρήσουν το βάρος τους (EP.13)

Crosstab

			Πολλές φορές σκέφτεστε να κάνετε εμετό προκειμένου να διατηρήσετε το βάρος σας;					Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΝΑΙ
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ΕΤΗ	Count	1	14	0	0	1	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	6,3%	87,5%	,0%	,0%	6,3%	100,0%
	16-18	Count	2	23	2	0	2	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	6,9%	79,3%	6,9%	,0%	6,9%	100,0%
	19-25	Count	2	24	1	0	1	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	7,1%	85,7%	3,6%	,0%	3,6%	100,0%
	26-30	Count	1	21	2	2	1	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	3,7%	77,8%	7,4%	7,4%	3,7%	100,0%
Total		Count	6	82	5	2	5	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	6,0%	82,0%	5,0%	2,0%	5,0%	100,0%

Πίνακας 7β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,836(a)	12	,798
Likelihood Ratio	8,443	12	,750
Linear-by-Linear Association	,255	1	,614
N of Valid Cases	100		

a. 16 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,32.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά από τη συσχέτιση της ηλικίας και την πρόκληση εμετού για να διατηρήσουν το βάρος τους.

Πίνακας 8α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την **ηλικία** ως προς το αν αισθάνονται ενοχές και ανυπόφορες τύψεις όταν τρώνε απαγορευμένες ή παχυντικές τροφές (EP.14)

Crosstab

			Αισθάνεστε ενοχές και ανυπόφορες τύψεις όταν τρώτε απαγορευμένες ή παχυντικές τροφές;					Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΝΑΙ
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ΕΤΗ	Count	0	6	8	1	1	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	,0%	37,5%	50,0%	6,3%	6,3%	100,0%
	16-18	Count	3	7	15	3	1	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	10,3%	24,1%	51,7%	10,3%	3,4%	100,0%
	19-25	Count	8	3	11	5	1	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	28,6%	10,7%	39,3%	17,9%	3,6%	100,0%
	26-30	Count	6	13	7	1	0	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	22,2%	48,1%	25,9%	3,7%	,0%	100,0%
Total		Count	17	29	41	10	3	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	17,0%	29,0%	41,0%	10,0%	3,0%	100,0%

Πίνακας 8β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,488(a)	12	,058
Likelihood Ratio	24,224	12	,019
Linear-by-Linear Association	6,359	1	,012
N of Valid Cases	100		

a. 13 cells (65,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,48.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά από τη συσχέτιση ηλικίας και το αν αισθάνονται ενοχές και ανυπόφορες τύψεις όταν τρώνε απαγορευμένες ή παχυντικές τροφές.

Πίνακας 8α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την ηλικία ως προς το αν αφού έχουν φάει, χρησιμοποιούν διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα (όπως διουρητικά) ή καταφεύγουν σε εξοντωτική φυσική άσκηση, προκειμένου να μην πάρουν κιλά (EP.15)

Crosstab

			Αφού έχετε φάει, χρησιμοποιείτε διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα (όπως διουρητικά ή καρτικά) ή καταφεύγετε σε εξοντωτική φυσική άσκηση προκειμένου να μην πάρετε κιλά;					Total
			Ναι	όχι	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Δεν απαντώ	1
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ETH	Count	0	15	0	1	0	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	,0%	93,8%	,0%	6,3%	,0%	100,0%
	16-18	Count	0	23	2	0	4	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	,0%	79,3%	6,9%	,0%	13,8%	100,0%
	19-25	Count	1	25	0	0	2	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	3,6%	89,3%	,0%	,0%	7,1%	100,0%
	26-30	Count	0	23	0	0	4	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	,0%	85,2%	,0%	,0%	14,8%	100,0%
Total		Count	1	86	2	1	10	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	1,0%	86,0%	2,0%	1,0%	10,0%	100,0%

Πίνακας 8β
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,890(a)	12	,196
Likelihood Ratio	15,834	12	,199
Linear-by-Linear Association	,290	1	,590
N of Valid Cases	100		

a. 16 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με την ηλικία ως προς το αν αφού έχουν φάει, χρησιμοποιούν διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα (όπως διουρητικά) ή καταφεύγουν σε εξοντωτική φυσική άσκηση, προκειμένου να μην πάρουν κιλά.

Πίνακας 9α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την **ηλικία** ως προς το αν αισθάνονται ότι βρίσκονται σε μόνιμο διατροφικό περιορισμό (EP.16)

Crosstab

			Αισθάνεστε ότι βρίσκεστε σε μόνιμο διατροφικό περιορισμό;						Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΡΚΕ ΤΑ ΣΥΧΝΑ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙ- ΚΕΣ ΦΟ ΡΕΣ	ΔΕΝ ΑΠΑΝ- ΤΩ	ΝΑΙ
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ΕΤΗ	Count	0	12	1	0	2	1	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	,0%	75,0%	6,3%	,0%	12,5%	6,3%	100,0%
	16-18	Count	1	12	6	2	6	2	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	3,4%	41,4%	20,7%	6,9%	20,7%	6,9%	100,0%
	19-25	Count	6	11	5	1	4	1	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	21,4%	39,3%	17,9%	3,6%	14,3%	3,6%	100,0%
	26-30	Count	4	12	2	4	3	2	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	14,8%	44,4%	7,4%	14,8%	11,1%	7,4%	100,0%
Total		Count	11	47	14	7	15	6	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	11,0%	47,0%	14,0%	7,0%	15,0%	6,0%	100,0%

Πίνακας 9β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,720(a)	15	,278
Likelihood Ratio	19,873	15	,177
Linear-by-Linear Association	,098	1	,754
N of Valid Cases	100		

a. 20 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,96.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά από τη συσχέτιση της ηλικίας ως προς το αν αισθάνονται ότι βρίσκονται σε μόνιμο διατροφικό περιορισμό.

Πίνακας 10α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την ηλικία ως προς το ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες, που ωθούν όλο και περισσότερα κορίτσια στην νευρική ανορεξία (EP.17)

Crosstab

			Ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες, που ωθούν όλο και περισσότερα κορίτσια στην νευρική ανορεξία;						Total
			Πρότυπα από ΜΜΕ	Προσέλευση αντίθετου φύλου	Έλλειψη αυτοπεποίθησης, αυτοσεβασμού	Αισθάνονται άσχημα με το σώμα τους	Θέλουν να δείχνουν όμορφες	Κοινωνική αποδοχή	1
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ΕΤΗ	Count	8	0	1	4	3	0	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	50,0%	,0%	6,3%	25,0%	18,8%	,0%	100,0%
	16-18	Count	14	3	3	8	0	1	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	48,3%	10,3%	10,3%	27,6%	,0%	3,4%	100,0%
	19-25	Count	11	1	10	6	0	0	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	39,3%	3,6%	35,7%	21,4%	,0%	,0%	100,0%
	26-30	Count	7	2	5	8	3	2	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	25,9%	7,4%	18,5%	29,6%	11,1%	7,4%	100,0%
Total		Count	40	6	19	26	6	3	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	40,0%	6,0%	19,0%	26,0%	6,0%	3,0%	100,0%

Πίνακας 10β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,521(a)	15	,074
Likelihood Ratio	26,768	15	,031
Linear-by-Linear Association	2,072	1	,150
N of Valid Cases	100		

a. 14 cells (58,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,48.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά εξαιτίας της ηλικίας όσον αφορά τους παράγοντες που οδηγούν τα κορίτσια στην νευρογενή ανορεξία.

Πίνακας 11α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την ηλικία ως προς το αν πιστεύουν ότι το βάρος μπορεί να σταθεί εμπόδιο στις επαγγελματικές και κοινωνικές τους σχέσεις (EP.18)

Crosstab

			Πιστεύετε ότι το βάρος μπορεί να σταθεί εμπόδιο στις επαγγελματικές και κοινωνικές σας σχέσεις;						Total
			1	2	3	4	5	6	1
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ETH	Count	11	1	1	1	1	1	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	68,8%	6,3%	6,3%	6,3%	6,3%	6,3%	100,0%
	16-18	Count	22	1	5	0	1	0	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	75,9%	3,4%	17,2%	,0%	3,4%	,0%	100,0%
	19-25	Count	18	2	4	0	3	1	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	64,3%	7,1%	14,3%	,0%	10,7%	3,6%	100,0%
	26-30	Count	16	2	6	1	1	1	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	59,3%	7,4%	22,2%	3,7%	3,7%	3,7%	100,0%
Total		Count	67	6	16	2	6	3	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	67,0%	6,0%	16,0%	2,0%	6,0%	3,0%	100,0%

Πίνακας 11β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,845(a)	15	,885
Likelihood Ratio	10,270	15	,802
Linear-by-Linear Association	,408	1	,523
N of Valid Cases	100		

a. 20 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,32.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά εξαιτίας της ηλικίας όσον αφορά τη γνώμη τους ότι το βάρος μπορεί να σταθεί εμπόδιο στις επαγγελματικές και κοινωνικές τους σχέσεις.

Πίνακας 12α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την ηλικία ως προς το αν νιώθουν άνετα με το σώμα τους όταν αυξάνεται το βάρος τους (EP.19)

Crosstab

			Νιώθετε άνετα με το σώμα σας;							Total
			1	2	3	4	5	6	7	1
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ETH	Count	1	0	5	7	0	1	2	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	6,3%	,0%	31,3%	43,8%	,0%	6,3%	12,5%	100,0%
	16-18	Count	3	4	4	17	0	0	1	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	10,3%	13,8%	13,8%	58,6%	,0%	,0%	3,4%	100,0%
	19-25	Count	5	5	1	16	0	1	0	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	17,9%	17,9%	3,6%	57,1%	,0%	3,6%	,0%	100,0%
	26-30	Count	5	4	4	12	2	0	0	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	18,5%	14,8%	14,8%	44,4%	7,4%	,0%	,0%	100,0%
Total	Count	14	13	14	52	2	2	3	100	
	% within ΗΛΙΚΙΑ	14,0%	13,0%	14,0%	52,0%	2,0%	2,0%	3,0%	100,0%	

Πίνακας 12β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,608(a)	18	,109
Likelihood Ratio	27,696	18	,067
Linear-by-Linear Association	4,398	1	,036
N of Valid Cases	100		

a. 24 cells (85,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,32.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά από τη συσχέτιση ηλικίας και το αν νιώθουν άνετα με το σώμα τους όταν αυξάνεται το βάρος τους.

Πίνακας 13α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την ηλικία ως προς το αν πανικοβάλλονται όταν ανεβούν στη ζυγαριά την επόμενη ημέρα και δουν ότι έχουν πάρει 1-2 κιλά (EP.20)

Crosstab

			Πανικοβάλλεστε όταν ανεβείτε στη ζυγαριά την επόμενη ημέρα και δείτε ότι έχετε πάρει 1-2 κιλά;					Total
			ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	5	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ΕΤΗ	Count	5	2	4	5	0	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	31,3%	12,5%	25,0%	31,3%	,0%	100,0%
	16-18	Count	10	12	5	2	0	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	34,5%	41,4%	17,2%	6,9%	,0%	100,0%
	19-25	Count	7	12	6	3	0	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	25,0%	42,9%	21,4%	10,7%	,0%	100,0%
	26-30	Count	3	11	9	3	1	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	11,1%	40,7%	33,3%	11,1%	3,7%	100,0%
Total		Count	25	37	24	13	1	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	25,0%	37,0%	24,0%	13,0%	1,0%	100,0%

Πίνακας 13β

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,920(a)	12	,195
Likelihood Ratio	16,111	12	,186
Linear-by-Linear Association	,505	1	,477
N of Valid Cases	100		

a. 10 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά εξαιτίας της ηλικίας ως προς το αν πανικοβάλλονται όταν ανεβούν στη ζυγαριά την επόμενη ημέρα και δουν ότι έχουν πάρει 1-2 κιλά.

Πίνακας 14α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την ηλικία ως προς το αν πανικοβάλλονται όταν ανεβούν στη ζυγαριά την επόμενη ημέρα και δουν ότι έχουν πάρει 1-2 κιλά (EP.21)

Crosstab

			Έχετε τροφικές συνήθειες που είναι διαφορετικές από εκείνες της οικογένειας και των φίλων σας;					Total
			0	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	0
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ΕΤΗ	Count	0	2	6	2	6	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	,0%	12,5%	37,5%	12,5%	37,5%	100,0%
	16-18	Count	0	4	10	6	9	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	,0%	13,8%	34,5%	20,7%	31,0%	100,0%
	19-25	Count	1	6	9	4	8	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	3,6%	21,4%	32,1%	14,3%	28,6%	100,0%
	26-30	Count	0	8	7	6	6	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	,0%	29,6%	25,9%	22,2%	22,2%	100,0%
Total		Count	1	20	32	18	29	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	1,0%	20,0%	32,0%	18,0%	29,0%	100,0%

Πίνακας 14β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,116(a)	12	,850
Likelihood Ratio	7,106	12	,851
Linear-by-Linear Association	1,733	1	,188
N of Valid Cases	100		

a 8 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά από της συσχέτιση της ηλικίας ως προς το αν πανικοβάλλονται όταν ανεβούν στη ζυγαριά την επόμενη ημέρα και δουν ότι έχουν πάρει 1-2 κιλά.

Πίνακας 15α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την ηλικία ως προς το αν έχει συμβεί στους ίδιους, σε κάποιο συγγενικό πρόσωπο, φίλο ή συνάνθρωπό τους να πάσχει από νευρική ανορεξία (EP.22)

Crosstab

			Έχει συμβεί σε σας, σε κάποιο συγγενικό πρόσωπο, φίλο ή συνάνθρωπό σας να πάσχει από νευρική ανορεξία;				Total
			0	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ETH	Count	1	1	12	2	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	6,3%	6,3%	75,0%	12,5%	100,0%
	16-18	Count	0	0	23	6	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	,0%	,0%	79,3%	20,7%	100,0%
	19-25	Count	0	6	20	2	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	,0%	21,4%	71,4%	7,1%	100,0%
	26-30	Count	0	5	18	4	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	,0%	18,5%	66,7%	14,8%	100,0%
Total		Count	1	12	73	14	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	1,0%	12,0%	73,0%	14,0%	100,0%

Πίνακας 15β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,432(a)	9	,108
Likelihood Ratio	15,976	9	,067
Linear-by-Linear Association	,761	1	,383
N of Valid Cases	100		

a. 12 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά από τη συσχέτιση της ηλικίας ως προς το αν έχει συμβεί στους ίδιους, σε κάποιο συγγενικό πρόσωπο, φίλο ή συνάνθρωπό τους να πάσχει από νευρική ανορεξία

Πίνακας 16α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την ηλικία ως προς το αν απάντησαν ναι στην προηγούμενη ερώτηση, πώς αντιμετωπίστηκε η ασθένεια (EP.23)

Crosstab

			Εάν ναι στην παραπάνω ερώτηση η ασθένεια αντιμετωπίστηκε					Total
			0	ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ	4	0
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ΕΤΗ	Count	14	1	1	0	0	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	87,5%	6,3%	6,3%	,0%	,0%	100,0%
	16-18	Count	29	0	0	0	0	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	19-25	Count	22	3	2	0	1	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	78,6%	10,7%	7,1%	,0%	3,6%	100,0%
	26-30	Count	22	3	1	1	0	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	81,5%	11,1%	3,7%	3,7%	,0%	100,0%
Total		Count	87	7	4	1	1	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	87,0%	7,0%	4,0%	1,0%	1,0%	100,0%

Πίνακας 16β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,469(a)	12	,489
Likelihood Ratio	14,193	12	,289
Linear-by-Linear Association	1,901	1	,168
N of Valid Cases	100		

a. 16 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις της ερώτησης από τη συσχέτιση ηλικίας των ερωτηθέντων.

Πίνακας 17α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την ηλικία ως προς το ποιον θεωρούν καλύτερο για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας (EP.24)

Crosstab

			Ποιόν θεωρείτε καλύτερο για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας;				Total
			ΤΟ ΝΟΣΟΚΟ ΜΕΙΟ	ΕΙΔΙΚΟ ΨΥΧΟΛΟΓΟ	ΑΛΛΟ	4	ΤΟ ΝΟΣΟΚΟ-ΜΕΙΟ
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ΕΤΗ	Count	4	11	0	1	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	25,0%	68,8%	,0%	6,3%	100,0%
	16-18	Count	16	13	0	0	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	55,2%	44,8%	,0%	,0%	100,0%
	19-25	Count	14	14	0	0	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	50,0%	50,0%	,0%	,0%	100,0%
	26-30	Count	7	16	4	0	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	25,9%	59,3%	14,8%	,0%	100,0%
Total		Count	41	54	4	1	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	41,0%	54,0%	4,0%	1,0%	100,0%

Πίνακας 17β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,852(a)	9	,009
Likelihood Ratio	20,115	9	,017
Linear-by-Linear Association	,646	1	,421
N of Valid Cases	100		

a 8 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

Εδώ διαπιστώνεται στατιστικά **σημαντική διαφορά** από τη συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και το ποιόν θεωρούν καλύτερο για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας.

Πίνακας 18α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την ηλικία ως προς το πώς θα αντιμετώπιζαν ένα άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία (EP.25)

Crosstab

			Πώς θα αντιμετωπίζατε ένα άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία;					Total
			1	2	3	4	5	1
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ETH	Count	1	5	0	8	2	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	6,3%	31,3%	,0%	50,0%	12,5%	100,0%
	16-18	Count	0	10	0	19	0	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	,0%	34,5%	,0%	65,5%	,0%	100,0%
	19-25	Count	1	8	1	17	1	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	3,6%	28,6%	3,6%	60,7%	3,6%	100,0%
	26-30	Count	1	6	0	19	1	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	3,7%	22,2%	,0%	70,4%	3,7%	100,0%
Total		Count	3	29	1	63	4	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	3,0%	29,0%	1,0%	63,0%	4,0%	100,0%

Πίνακας 18β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,621(a)	12	,649
Likelihood Ratio	10,478	12	,574
Linear-by-Linear Association	,332	1	,564
N of Valid Cases	100		

a. 13 cells (65,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις από τη συσχέτιση ηλικίας και το πώς θα αντιμετώπιζαν ένα άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία.

Πίνακας 19α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την ηλικία ως προς το αν πιστεύουν πως τα Μ.Μ.Ε. μπορούν να βοηθήσουν ώστε να μειωθεί το δυνατόν περισσότερο το ποσοστό ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία (EP.26)

Crosstab

			Πιστεύετε ότι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης μπορούν να βοηθήσουν ώστε να μειωθεί το δυνατόν περισσότερο το ποσοστό ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία;					Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΝΑΙ
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ΕΤΗ	Count	10	0	2	3	1	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	62,5%	,0%	12,5%	18,8%	6,3%	100,0%
	16-18	Count	21	2	3	1	2	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	72,4%	6,9%	10,3%	3,4%	6,9%	100,0%
	19-25	Count	18	0	4	6	0	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	64,3%	,0%	14,3%	21,4%	,0%	100,0%
	26-30	Count	17	1	2	6	1	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	63,0%	3,7%	7,4%	22,2%	3,7%	100,0%
Total		Count	66	3	11	16	4	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	66,0%	3,0%	11,0%	16,0%	4,0%	100,0%

Πίνακας 19β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,765(a)	12	,637
Likelihood Ratio	12,907	12	,376
Linear-by-Linear Association	,094	1	,759
N of Valid Cases	100		

a. 16 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,48.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά από τη συσχέτιση της ηλικίας των ερωτώμενων ως προς το αν πιστεύουν πως τα Μ.Μ.Ε. μπορούν να βοηθήσουν ώστε να μειωθεί το δυνατόν περισσότερο το ποσοστό ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία.

Πίνακας20α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την **ηλικία** ως προς το αν η απάντηση στην προηγούμενη ερώτηση είναι θετική, με ποιον τρόπο μπορούν τα Μ.Μ.Ε. να βοηθήσουν (EP.27)

Crosstab

			Αν ναι στην παραπάνω ερώτηση με ποιον τρόπο μπορούν να βοηθήσουν;					Total
			0	1	2	3	4	0
ΗΛΙΚΙΑ	12-15 ETH	Count	4	0	8	4	0	16
		% within ΗΛΙΚΙΑ	25,0%	,0%	50,0%	25,0%	,0%	100,0%
	16-18	Count	8	2	12	7	0	29
		% within ΗΛΙΚΙΑ	27,6%	6,9%	41,4%	24,1%	,0%	100,0%
	19-25	Count	9	2	10	6	1	28
		% within ΗΛΙΚΙΑ	32,1%	7,1%	35,7%	21,4%	3,6%	100,0%
	26-30	Count	7	3	12	4	1	27
		% within ΗΛΙΚΙΑ	25,9%	11,1%	44,4%	14,8%	3,7%	100,0%
Total		Count	28	7	42	21	2	100
		% within ΗΛΙΚΙΑ	28,0%	7,0%	42,0%	21,0%	2,0%	100,0%

Πίνακας20β
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,978(a)	12	,959
Likelihood Ratio	6,790	12	,871
Linear-by-Linear Association	,165	1	,684
N of Valid Cases	100		

a 10 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,32.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά από τη συσχέτιση της ηλικίας στην πιο πάνω ερώτηση.

Πίνακας21α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την **ηλικία** ως προς το ποιες ενέργειες θα έκαναν εάν είχαν στο άμεσο συγγενικό τους περιβάλλον κάποιον με συμπτώματα νευρικής ανορεξίας (EP.28)

Crosstab

			Ποιες ενέργειες θα κάνατε εάν είχατε στο άμεσο συγγενικό σας περιβάλλον κάποιον με συμπτώματα νευρικής ανορεξίας;					Total	
			1	2	3	4	6	1	
ΗΛΙΚΙΑ	12-15	ETH	Count	2	4	2	6	2	16
			% within ΗΛΙΚΙΑ	12,5%	25,0%	12,5%	37,5%	12,5%	100,0%
	16-18	ETH	Count	9	2	3	13	2	29
			% within ΗΛΙΚΙΑ	31,0%	6,9%	10,3%	44,8%	6,9%	100,0%
	19-25	ETH	Count	8	6	1	13	0	28
			% within ΗΛΙΚΙΑ	28,6%	21,4%	3,6%	46,4%	,0%	100,0%
	26-30	ETH	Count	4	8	3	12	0	27
			% within ΗΛΙΚΙΑ	14,8%	29,6%	11,1%	44,4%	,0%	100,0%
Total		ETH	Count	23	20	9	44	4	100
			% within ΗΛΙΚΙΑ	23,0%	20,0%	9,0%	44,0%	4,0%	100,0%

Πίνακας21β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,937(a)	12	,305
Likelihood Ratio	16,055	12	,189
Linear-by-Linear Association	,991	1	,319
N of Valid Cases	100		

a. 10 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,64.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά στη συσχέτιση ηλικίας και ως προς το ποιες ενέργειες θα έκαναν εάν είχαν στο άμεσο συγγενικό τους περιβάλλον κάποιον με συμπτώματα νευρικής ανορεξίας.

ΒΑΡΟΣ

Πίνακας22α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το **βάρος** ως προς το αν ανησυχούν μήπως πάρουν περισσότερα κιλά από το κανονικό τους βάρος (EP. 7)

Crosstab

			EP7				Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΝΑΙ
ΒΑΡΟΣ	35-45 ΚΙΛΑ	Count	3	2	3	0	8
		% within ΒΑΡΟΣ	37,5%	25,0%	37,5%	,0%	100,0%
	46-50	Count	13	7	8	3	31
		% within ΒΑΡΟΣ	41,9%	22,6%	25,8%	9,7%	100,0%
	55-60	Count	8	7	16	3	34
		% within ΒΑΡΟΣ	23,5%	20,6%	47,1%	8,8%	100,0%
	66-70	Count	12	5	9	1	27
		% within ΒΑΡΟΣ	44,4%	18,5%	33,3%	3,7%	100,0%
Total		Count	36	21	36	7	100
		% within ΒΑΡΟΣ	36,0%	21,0%	36,0%	7,0%	100,0%

Πίνακας22β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,058(a)	9	,734
Likelihood Ratio	6,809	9	,657
Linear-by-Linear Association	,008	1	,931
N of Valid Cases	100		

a. 7 cells (43,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,56.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά το βάρος τους σε σχέση με το αν ανησυχούν μήπως πάρουν περισσότερα κιλά από το κανονικό τους βάρος.

Πίνακας23α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το **βάρος** ως προς το αν μετά από ένα πολύ μεγάλο γεύμα, μένουν την επόμενη μέρα τελείως νηστικός/ή για να αντισταθμίσουν το λάθος (EP. 11)

Crosstab

			Μετά από ένα πολύ μεγάλο γεύμα, μένετε την επόμενη μέρα τελείως νηστικός/ή για να αντισταθμίσετε το λάθος;				Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΝΑΙ
ΒΑΡΟΣ	35-45 ΚΙΛΑ	Count	0	7	1	0	8
		% within ΒΑΡΟΣ	,0%	87,5%	12,5%	,0%	100,0%
	46-50	Count	3	14	8	6	31
		% within ΒΑΡΟΣ	9,7%	45,2%	25,8%	19,4%	100,0%
	55-60	Count	2	23	4	5	34
		% within ΒΑΡΟΣ	5,9%	67,6%	11,8%	14,7%	100,0%
	66-70	Count	0	17	9	1	27
		% within ΒΑΡΟΣ	,0%	63,0%	33,3%	3,7%	100,0%
Total		Count	5	61	22	12	100
		% within ΒΑΡΟΣ	5,0%	61,0%	22,0%	12,0%	100,0%

Πίνακας23β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,460(a)	9	,143
Likelihood Ratio	16,393	9	,059
Linear-by-Linear Association	,001	1	,978
N of Valid Cases	100		

a. 10 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,40.

Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το βάρος ως προς το αν μετά από ένα πολύ μεγάλο γεύμα, μένουν την επόμενη μέρα τελείως νηστικός/ή για να αντισταθμίσουν το λάθος.

Πίνακας24α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το **βάρος** ως προς το ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες, που ωθούν όλο και περισσότερα κορίτσια στην νευρική ανορεξία; (EP. 17)

Crosstab

			Ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες, που ωθούν όλο και περισσότερα κορίτσια στην νευρική ανορεξία;						Total
			1	2	3	4	5	6	1
BAPOΣ	35-45 ΚΙΛΑ	Count	5	0	0	2	1	0	8
		% within BAPOΣ	62,5%	,0%	,0%	25,0%	12,5%	,0%	100,0%
	46-50	Count	13	2	6	8	2	0	31
		% within BAPOΣ	41,9%	6,5%	19,4%	25,8%	6,5%	,0%	100,0%
	55-60	Count	17	1	8	5	2	1	34
		% within BAPOΣ	50,0%	2,9%	23,5%	14,7%	5,9%	2,9%	100,0%
	66-70	Count	5	3	5	11	1	2	27
		% within BAPOΣ	18,5%	11,1%	18,5%	40,7%	3,7%	7,4%	100,0%
Total		Count	40	6	19	26	6	3	100
		% within BAPOΣ	40,0%	6,0%	19,0%	26,0%	6,0%	3,0%	100,0%

Πίνακας24β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,754(a)	15	,334
Likelihood Ratio	19,721	15	,183
Linear-by-Linear Association	3,469	1	,063
N of Valid Cases	100		

a. 15 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,24.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το βάρος ως προς το ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες, που ωθούν όλο και περισσότερα κορίτσια στην νευρική ανορεξία.

Πίνακας25α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το **βάρος** ως προς το αν πανικοβάλλονται όταν ανεβούν στη ζυγαριά την επόμενη μέρα και δουν ότι έχουν πάρει 1-2 κιλά (EP. 20)

Crosstab

			Πανικοβάλλεστε όταν ανεβείτε στη ζυγαριά την επόμενη μέρα και δείτε ότι έχετε πάρει 1-2 κιλά;					Total
			ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑ ΝΙΑ	ΠΟΤΕ	5	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
ΒΑΡΟΣ	35-45 ΚΙΛΑ	Count	4	1	2	1	0	8
		% within ΒΑΡΟΣ	50,0%	12,5%	25,0%	12,5%	,0%	100,0%
	46-50	Count	6	8	11	6	0	31
		% within ΒΑΡΟΣ	19,4%	25,8%	35,5%	19,4%	,0%	100,0%
	55-60	Count	6	17	9	2	0	34
		% within ΒΑΡΟΣ	17,6%	50,0%	26,5%	5,9%	,0%	100,0%
	66-70	Count	9	11	2	4	1	27
		% within ΒΑΡΟΣ	33,3%	40,7%	7,4%	14,8%	3,7%	100,0%
Total		Count	25	37	24	13	1	100
		% within ΒΑΡΟΣ	25,0%	37,0%	24,0%	13,0%	1,0%	100,0%

Πίνακας25β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,835(a)	12	,121
Likelihood Ratio	18,911	12	,091
Linear-by-Linear Association	,617	1	,432
N of Valid Cases	100		

a. 11 cells (55,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το βάρος ως προς το αν πανικοβάλλονται όταν ανεβούν στη ζυγαριά την επόμενη μέρα και δουν ότι έχουν πάρει 1-2 κιλά.

Πίνακας26α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το **βάρος** ως προς το ποιον θεωρούν καλύτερο για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας (EP. 24)

Crosstab

			Ποιον θεωρείτε καλύτερο για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας;				Total
			ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΕΙΔΙΚΟ ΨΥΧΟΛΟΓΟ	ΑΛΛΟ	4	ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΒΑΡΟΣ	35-45 ΚΙΛΑ	Count	4	4	0	0	8
		% within ΒΑΡΟΣ	50,0%	50,0%	,0%	,0%	100,0%
	46-50	Count	13	17	0	1	31
		% within ΒΑΡΟΣ	41,9%	54,8%	,0%	3,2%	100,0%
	55-60	Count	14	19	1	0	34
		% within ΒΑΡΟΣ	41,2%	55,9%	2,9%	,0%	100,0%
	66-70	Count	10	14	3	0	27
		% within ΒΑΡΟΣ	37,0%	51,9%	11,1%	,0%	100,0%
Total		Count	41	54	4	1	100
		% within ΒΑΡΟΣ	41,0%	54,0%	4,0%	1,0%	100,0%

Πίνακας26β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,636(a)	9	,571
Likelihood Ratio	8,192	9	,515
Linear-by-Linear Association	,783	1	,376
N of Valid Cases	100		

a. 10 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το βάρος ως προς το ποιον θεωρούν καλύτερο για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας.

Πίνακας27α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το **βάρος** ως προς το **πώς θα αντιμετώπιαν ένα άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία** (EP. 25)

Crosstab

			Πώς θα αντιμετώπιζατε ένα άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία;					Total
			1	2	3	4	5	1
ΒΑΡΟΣ	35-45 ΚΙΛΑ	Count	0	5	0	3	0	8
		% within ΒΑΡΟΣ	,0%	62,5%	,0%	37,5%	,0%	100,0%
	46-50	Count	1	9	1	19	1	31
		% within ΒΑΡΟΣ	3,2%	29,0%	3,2%	61,3%	3,2%	100,0%
	55-60	Count	1	7	0	24	2	34
		% within ΒΑΡΟΣ	2,9%	20,6%	,0%	70,6%	5,9%	100,0%
	66-70	Count	1	8	0	17	1	27
		% within ΒΑΡΟΣ	3,7%	29,6%	,0%	63,0%	3,7%	100,0%
Total		Count	3	29	1	63	4	100
		% within ΒΑΡΟΣ	3,0%	29,0%	1,0%	63,0%	4,0%	100,0%

Πίνακας27β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,270(a)	12	,764
Likelihood Ratio	8,355	12	,757
Linear-by-Linear Association	1,119	1	,290
N of Valid Cases	100		

a. 13 cells (65,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το βάρος ως προς το έση με το βάρος ως προς το πώς θα αντιμετώπιαν ένα άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία.

Πίνακας28α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το **βάρος** ως προς το τι πιστεύουν εάν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης μπορούν να βοηθήσουν ώστε να μειωθεί το δυνατόν περισσότερο το ποσοστό ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία (ΕΡ. 26)

Crosstab

			Πιστεύετε ότι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης μπορούν να βοηθήσουν ώστε να μειωθεί το δυνατόν περισσότερο το ποσοστό ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία;					Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΝΑΙ
ΒΑΡΟΣ	35-45 ΚΙΛΑ	Count	7	0	1	0	0	8
		% within ΒΑΡΟΣ	87,5%	,0%	12,5%	,0%	,0%	100,0%
	46-50	Count	23	1	2	3	2	31
		% within ΒΑΡΟΣ	74,2%	3,2%	6,5%	9,7%	6,5%	100,0%
	55-60	Count	19	1	4	9	1	34
		% within ΒΑΡΟΣ	55,9%	2,9%	11,8%	26,5%	2,9%	100,0%
	66-70	Count	17	1	4	4	1	27
		% within ΒΑΡΟΣ	63,0%	3,7%	14,8%	14,8%	3,7%	100,0%
Total		Count	66	3	11	16	4	100
		% within ΒΑΡΟΣ	66,0%	3,0%	11,0%	16,0%	4,0%	100,0%

Πίνακας28β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,001(a)	12	,785
Likelihood Ratio	9,546	12	,656
Linear-by-Linear Association	1,848	1	,174
N of Valid Cases	100		

a. 15 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,24.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το **βάρος** ως προς το τι πιστεύουν, εάν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης μπορούν να βοηθήσουν ώστε να μειωθεί το δυνατόν περισσότερο το ποσοστό ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία.

Πίνακας29α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το **βάρος** ως προς το ποιες ενέργειες θα έκαναν εάν είχαν στο άμεσο συγγενικό σας περιβάλλον κάποιον με συμπτώματα νευρικής ανορεξίας (EP. 28)

Crosstab

			Ποιες ενέργειες θα κάνατε εάν είχατε στο άμεσο συγγενικό σας περιβάλλον κάποιον με συμπτώματα νευρικής ανορεξίας;					Total
			1	2	3	4	6	1
BAPOΣ	35-45 ΚΙΛΑ	Count	1	1	3	2	1	8
		% within BAPOΣ	12,5%	12,5%	37,5%	25,0%	12,5%	100,0%
	46-50	Count	7	6	2	13	3	31
		% within BAPOΣ	22,6%	19,4%	6,5%	41,9%	9,7%	100,0%
	55-60	Count	10	4	3	17	0	34
		% within BAPOΣ	29,4%	11,8%	8,8%	50,0%	,0%	100,0%
	66-70	Count	5	9	1	12	0	27
		% within BAPOΣ	18,5%	33,3%	3,7%	44,4%	,0%	100,0%
Total		Count	23	20	9	44	4	100
		% within BAPOΣ	23,0%	20,0%	9,0%	44,0%	4,0%	100,0%

Πίνακας29β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,649(a)	12	,056
Likelihood Ratio	18,883	12	,091
Linear-by-Linear Association	1,356	1	,244
N of Valid Cases	100		

a. 11 cells (55,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,32.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το **βάρος** ως προς το τι πιστεύουν, εάν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης μπορούν να βοηθήσουν ώστε να μειωθεί το δυνατόν περισσότερο το ποσοστό ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Πίνακας30α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση ως προς το ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες, που ωθούν όλο και περισσότερα κορίτσια στην νευρική ανορεξία (EP. 17)

Crosstab

			Ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες, που ωθούν όλο και περισσότερα κορίτσια στην νευρική ανορεξία;						Total
			1	2	3	4	5	6	1
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	Count	4	1	5	4	2	2	18
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	22,2%	5,6%	27,8%	22,2%	11,1%	11,1%	100,0%
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	Count	1	0	0	5	0	0	6
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	16,7%	,0%	,0%	83,3%	,0%	,0%	100,0%
	ΑΓΑΜΟΣ/Η	Count	35	5	14	17	4	1	76
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	46,1%	6,6%	18,4%	22,4%	5,3%	1,3%	100,0%
Total		Count	40	6	19	26	6	3	100
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	40,0%	6,0%	19,0%	26,0%	6,0%	3,0%	100,0%

Πίνακας30β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,355(a)	10	,036
Likelihood Ratio	17,391	10	,066
Linear-by-Linear Association	6,215	1	,013
N of Valid Cases	100		

a. 14 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση ως προς το ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες, που ωθούν όλο και περισσότερα κορίτσια στην νευρική ανορεξία.

Πίνακας 31α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την **οικογενειακή κατάσταση** ως προς το αν έχουν τροφικές συνήθειες που είναι διαφορετικές από εκείνες της οικογένειας και των φίλων τους (EP. 21)

Crosstab

			Έχετε τροφικές συνήθειες που είναι διαφορετικές από εκείνες της οικογένειας και των φίλων σας;					Total
			0	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	0
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	Count	0	4	6	4	4	18
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	,0%	22,2%	33,3%	22,2%	22,2%	100,0%
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	Count	1	1	2	1	1	6
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	16,7%	16,7%	33,3%	16,7%	16,7%	100,0%
	ΑΓΑΜΟΣ/Η	Count	0	15	24	13	24	76
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	,0%	19,7%	31,6%	17,1%	31,6%	100,0%
Total		Count	1	20	32	18	29	100
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	1,0%	20,0%	32,0%	18,0%	29,0%	100,0%

Πίνακας 31β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,757(a)	8	,033
Likelihood Ratio	6,783	8	,560
Linear-by-Linear Association	,568	1	,451
N of Valid Cases	100		

a. 9 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με την **οικογενειακή κατάσταση** ως προς το αν έχουν τροφικές συνήθειες που είναι διαφορετικές από εκείνες της οικογένειας και των φίλων τους.

Πίνακας32α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την **οικογενειακή κατάσταση** ως προς το **έχει συμβεί σε αυτούς, σε κάποιο συγγενικό πρόσωπο, φίλο ή συνάνθρωπό τους να πάσχει από νευρική ανορεξία** (EP. 22)

Crosstab

			Έχει συμβεί σε σας, σε κάποιο συγγενικό πρόσωπο, φίλο ή συνάνθρωπό σας να πάσχει από νευρική ανορεξία;				Total
			0	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	Count	0	1	15	2	18
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	,0%	5,6%	83,3%	11,1%	100,0%
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	Count	0	3	3	0	6
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	,0%	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
	ΑΓΑΜΟΣ/Η	Count	1	8	55	12	76
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	1,3%	10,5%	72,4%	15,8%	100,0%
Total		Count	1	12	73	14	100
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	1,0%	12,0%	73,0%	14,0%	100,0%

Πίνακας32β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,120(a)	6	,120
Likelihood Ratio	8,183	6	,225
Linear-by-Linear Association	,055	1	,815
N of Valid Cases	100		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας33α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την **οικογενειακή κατάσταση** ως προς το που αντιμετωπίστηκε η ασθένεια κατά τη γνώμη τους (ΕΡ. 23)

Crosstab

			Εάν ναι στην παραπάνω ερώτηση η ασθένεια αντιμετωπίστηκε					Total
			0	ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ	4	0
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	Count	17	0	1	0	0	18
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	94,4%	,0%	5,6%	,0%	,0%	100,0%
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	Count	3	1	0	1	1	6
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	50,0%	16,7%	,0%	16,7%	16,7%	100,0%
	ΑΓΑΜΟΣ/Η	Count	67	6	3	0	0	76
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	88,2%	7,9%	3,9%	,0%	,0%	100,0%
Total		Count	87	7	4	1	1	100
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	87,0%	7,0%	4,0%	1,0%	1,0%	100,0%

Πίνακας3β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,901(a)	8	,000
Likelihood Ratio	16,249	8	,039
Linear-by-Linear Association	,289	1	,591
N of Valid Cases	100		

a. 11 cells (73,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση και του τύπου αντιμετώπισης των περιστατικών νευρικής ανορεξίας.

Πίνακας34α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την **οικογενειακή κατάσταση** ως προς το ποιον θεωρούν καλύτερο για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας (EP.24)

Crosstab

			Ποιόν θεωρείτε καλύτερο για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας;				Total
			ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΕΙΔΙΚΟ ΨΥΧΟΛΟΓΟ	ΆΛΛΟ	4	ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	Count	3	13	2	0	18
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	16,7%	72,2%	11,1%	,0%	100,0%
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	Count	3	3	0	0	6
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	50,0%	50,0%	,0%	,0%	100,0%
	ΑΓΑΜΟΣ/Η	Count	35	38	2	1	76
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	46,1%	50,0%	2,6%	1,3%	100,0%
Total		Count	41	54	4	1	100
		% within ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	41,0%	54,0%	4,0%	1,0%	100,0%

Πίνακας34β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,728(a)	6	,259
Likelihood Ratio	8,134	6	,228
Linear-by-Linear Association	4,199	1	,040
N of Valid Cases	100		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση ως προς το ποιον θεωρούν καλύτερο για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας.

ΓΝΩΣΕΙΣ

Πίνακας 35α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τις γνώσεις ως προς το αν έχουν τροφικές συνήθειες που είναι διαφορετικές από εκείνες της οικογένειας και των φίλων τους (EP. 21)

Crosstab

			Έχετε τροφικές συνήθειες που είναι διαφορετικές από εκείνες της οικογένειας και των φίλων σας;>					Total
			0	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕ Σ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝ ΙΑ	ΠΟΤΕ	0
ΓΝΩΣΕΙΣ	ΜΕΣΗ ΕΚΠΑΙ- ΔΕΥΣΗ	Count	0	15	23	12	20	70
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	,0%	21,4%	32,9%	17,1%	28,6%	100,0%
	ΑΕΙ	Count	0	5	7	5	8	25
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	,0%	20,0%	28,0%	20,0%	32,0%	100,0%
	ΜΕΤΑΠΤΥ ΧΙΑΚΟ	Count	0	0	2	1	1	4
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	,0%	,0%	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
5		Count	1	0	0	0	0	1
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	100,0 %	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Total		Count	1	20	32	18	29	100
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	1,0%	20,0%	32,0%	18,0%	29,0%	100,0%

Πίνακας 35β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	101,705(a)	12	,000
Likelihood Ratio	13,634	12	,325
Linear-by-Linear Association	,634	1	,426
N of Valid Cases	100		

a. 13 cells (65,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

Δαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τις γνώσεις ως προς το αν έχουν τροφικές συνήθειες που είναι διαφορετικές από εκείνες της οικογένειας και των φίλων τους.

Πίνακας 36α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τις γνώσεις ως προς το αν έχει συμβεί σε αυτούς, σε κάποιο συγγενικό πρόσωπο, φίλο ή συνάνθρωπό τους να πάσχει από νευρική ανορεξία (EP. 22)

Crosstab

			Έχει συμβεί σε σας, σε κάποιο συγγενικό πρόσωπο, φίλο ή συνάνθρωπό σας να πάσχει από νευρική ανορεξία;				Total
			0	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0
ΓΝΩΣΕΙΣ	ΜΕΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Count	1	7	53	9	70
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	1,4%	10,0%	75,7%	12,9%	100,0%
	ΑΕΙ	Count	0	4	17	4	25
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	,0%	16,0%	68,0%	16,0%	100,0%
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	Count	0	0	3	1	4
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	,0%	,0%	75,0%	25,0%	100,0%
	5	Count	0	1	0	0	1
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Total		Count	1	12	73	14	100
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	1,0%	12,0%	73,0%	14,0%	100,0%

Πίνακας 36β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,439(a)	9	,398
Likelihood Ratio	7,017	9	,635
Linear-by-Linear Association	,305	1	,581
N of Valid Cases	100		

a. 12 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τις γνώσεις των ερωτηθέντων ως προς το αν έχει συμβεί σε αυτούς, σε κάποιο συγγενικό πρόσωπο, φίλο ή συνάνθρωπό τους να πάσχει από νευρική ανορεξία.

Πίνακας 37α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τις γνώσεις ως προς που αντιμετωπίστηκε η ασθένεια της νευρικής ανορεξίας (ΕΡ. 23)

Crosstab

			Εάν ναι στην παραπάνω ερώτηση η ασθένεια αντιμετωπίστηκε					Total
			0	ΣΤΟ ΝΟΣΟ ΚΟΜΕΙ Ο	ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝ ΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ	4	0
ΓΝΩΣΕΙΣ	ΜΕΣΗ ΕΚΠΑΙ ΔΕΥΣΗ	Count	62	6	2	0	0	70
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	88,6%	8,6%	2,9%	,0%	,0%	100,0%
	ΑΕΙ	Count	21	1	2	1	0	25
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	84,0%	4,0%	8,0%	4,0%	,0%	100,0%
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙ ΑΚΟ	Count	4	0	0	0	0	4
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	5	Count	0	0	0	0	1	1
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Total		Count	87	7	4	1	1	100
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	87,0%	7,0%	4,0%	1,0%	1,0%	100,0%

Πίνακας 37β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	105,340(a)	12	,000
Likelihood Ratio	16,581	12	,166
Linear-by-Linear Association	13,322	1	,000
N of Valid Cases	100		

a. 18 cells (90,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τις γνώσεις των ερωτηθέντων και στον τρόπο που αντιμετωπίστηκε η ασθένεια της νευρογενούς ανορεξίας.

Πίνακας 38α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τις γνώσεις ως προς το ποιον θεωρούν καλύτερο για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας (EP. 24)

Crosstab

			Ποιόν θεωρείτε καλύτερο για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας;				Total ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
			ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΕΙΔΙΚΟ ΨΥΧΟΛΟΓΟ	ΑΛΛΟ	4	
ΓΝΩΣΕΙΣ	ΜΕΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Count	27	38	4	1	70
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	38,6%	54,3%	5,7%	1,4%	100,0%
	ΑΕΙ	Count	11	14	0	0	25
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	44,0%	56,0%	,0%	,0%	100,0%
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	Count	2	2	0	0	4
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	50,0%	50,0%	,0%	,0%	100,0%
5		Count	1	0	0	0	1
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Total		Count	41	54	4	1	100
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	41,0%	54,0%	4,0%	1,0%	100,0%

Πίνακας 38β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,798(a)	9	,924
Likelihood Ratio	5,512	9	,788
Linear-by-Linear Association	2,277	1	,131
N of Valid Cases	100		

a. 12 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τις γνώσεις ως προς το ποιον θεωρούν καλύτερο για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας.

Πίνακας 39α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με τις γνώσεις ως προς τον τρόπο που θα αντιμετώπιζαν ένα άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία (EP. 25)

Crosstab

			Πώς θα αντιμετώπιζατε ένα άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία;					Total
			1	2	3	4	5	1
ΓΝΩΣΕΙΣ	ΜΕΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Count	1	20	0	46	3	70
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	1,4%	28,6%	,0%	65,7%	4,3%	100,0%
	ΑΕΙ	Count	0	6	1	17	1	25
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	,0%	24,0%	4,0%	68,0%	4,0%	100,0%
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	Count	2	2	0	0	0	4
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	50,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	5	Count	0	1	0	0	0	1
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Total		Count	3	29	1	63	4	100
		% within ΓΝΩΣΕΙΣ	3,0%	29,0%	1,0%	63,0%	4,0%	100,0%

Πίνακας 39β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	39,921(a)	12	,000
Likelihood Ratio	21,222	12	,047
Linear-by-Linear Association	5,688	1	,017
N of Valid Cases	100		

a. 16 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τις γνώσεις ως προς τον τρόπο που θα αντιμετώπιζαν ένα άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Πίνακας 40α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το **επάγγελμα** ως προς το αν πανικοβάλλονται όταν ανεβούν στη ζυγαριά την επόμενη μέρα και δούν ότι έχουν πάρει 1-2 κιλά; (EP. 20)

Crosstab

			Πανικοβάλλεστε όταν ανεβείτε στη ζυγαριά την επόμενη μέρα και δείτε ότι έχετε πάρει 1-2 κιλά;					Total
			ΣΧΕ ΔΟΝ ΠΑΝΤΑ	ΜΕ ΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑ ΝΙΑ	ΠΟΤΕ	5	ΣΧΕ ΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΝΕΡΓΟΣ/Η	Count	2	2	0	0	1	5
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	40,0%	40,0%	,0%	,0%	20,0%	100,0%
	ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	Count	2	10	8	3	0	23
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	8,7%	43,5%	34,8%	13,0%	,0%	100,0%
	ΟΙΚΙΑΚΑ	Count	1	2	4	0	0	7
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	14,3%	28,6%	57,1%	,0%	,0%	100,0%
	ΜΑΘΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	Count	15	13	8	7	0	43
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	34,9%	30,2%	18,6%	16,3%	,0%	100,0%
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	Count	5	10	4	3	0	22
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	22,7%	45,5%	18,2%	13,6%	,0%	100,0%
	Total	Count	25	37	24	13	1	100
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	25,0%	37,0%	24,0%	13,0%	1,0%	100,0%

Πίνακας 40β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33,580(a)	16	,006
Likelihood Ratio	22,975	16	,114
Linear-by-Linear Association	,983	1	,322
N of Valid Cases	100		

a. 15 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

Διαπιστώνεται από τη μελέτη στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το επάγγελμα ως προς το αν πανικοβάλλονται όταν ανεβούν στη ζυγαριά την επόμενη μέρα και δούν ότι έχουν πάρει 1-2 κιλά.

Πίνακας 41α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το **επάγγελμα** ως προς το αν έχουν τροφικές συνήθειες που είναι διαφορετικές από εκείνες της οικογένειας και των φίλων τους (EP. 21)

Crosstab

			Έχετε τροφικές συνήθειες που είναι διαφορετικές από εκείνες της οικογένειας και των φίλων σας;					Total
			0	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	0
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΝΕΡΓΟΣ /Η	Count	1	2	2	0	0	5
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	20,0%	40,0%	40,0%	,0%	,0%	100,0%
	ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	Count	0	5	8	4	6	23
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	,0%	21,7%	34,8%	17,4%	26,1%	100,0%
	ΟΙΚΙΑΚΑ	Count	0	3	0	3	1	7
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	,0%	42,9%	,0%	42,9%	14,3%	100,0%
	ΜΑΘΗΤΗ Σ/ΤΡΙΑ	Count	0	5	16	8	14	43
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	,0%	11,6%	37,2%	18,6%	32,6%	100,0%
	ΦΟΙΤΗΤΗ Σ/ΤΡΙΑ	Count	0	5	6	3	8	22
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	,0%	22,7%	27,3%	13,6%	36,4%	100,0%
Total		Count	1	20	32	18	29	100
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	1,0%	20,0%	32,0%	18,0%	29,0%	100,0%

Πίνακας 41β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,554(a)	16	,008
Likelihood Ratio	23,128	16	,110
Linear-by-Linear Association	3,822	1	,051
N of Valid Cases	100		

a. 17 cells (68,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το **επάγγελμα** ως προς το αν έχουν τροφικές συνήθειες που είναι διαφορετικές από εκείνες της οικογένειας και των φίλων τους.

Πίνακας 42α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το **επάγγελμα** ως προς το αν έχει συμβεί σε αυτούς, σε κάποιο συγγενικό πρόσωπο, φίλο ή συνάνθρωπό τους να πάσχει από νευρική ανορεξία (EP. 22)

Crosstab

			Έχει συμβεί σε σας, σε κάποιο συγγενικό πρόσωπο, φίλο ή συνάνθρωπό σας να πάσχει από νευρική ανορεξία;				Total
			0	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΝΕΡΓΟΣ/Η	Count	0	3	2	0	5
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	,0%	60,0%	40,0%	,0%	100,0%
	ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	Count	0	3	15	5	23
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	,0%	13,0%	65,2%	21,7%	100,0%
	ΟΙΚΙΑΚΑ	Count	0	0	6	1	7
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	,0%	,0%	85,7%	14,3%	100,0%
	ΜΑΘΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	Count	1	1	34	7	43
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	2,3%	2,3%	79,1%	16,3%	100,0%
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	Count	0	5	16	1	22
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	,0%	22,7%	72,7%	4,5%	100,0%
Total		Count	1	12	73	14	100
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	1,0%	12,0%	73,0%	14,0%	100,0%

Πίνακας 42β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,808(a)	12	,040
Likelihood Ratio	20,702	12	,055
Linear-by-Linear Association	,000	1	1,000
N of Valid Cases	100		

a. 14 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το επάγγελμα ως προς το αν έχει συμβεί σε αυτούς, σε κάποιο συγγενικό πρόσωπο, φίλο ή συνάνθρωπό τους να πάσχει από νευρική ανορεξία.

Πίνακας 43α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το **επάγγελμα** ως προς το που αντιμετωπίστηκε η ασθένεια της νευρικής ανορεξίας στα άτομα που απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση (EP. 23)

Crosstab

			Εάν ναι στην παραπάνω ερώτηση η ασθένεια αντιμετωπίστηκε:					Total
			0	ΣΤΟ ΝΟΣΟ-ΚΟ-ΜΕΙΟ	ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	ΣΕ ΟΙΚΟ-ΓΕ-ΝΕΙΑΚ Ο ΙΑΤΡΟ	4	0
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΝΕΡΓΟΣ/Η	Count	2	1	0	1	1	5
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	40,0%	20,0%	,0%	20,0%	20,0%	100,0%
	ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	Count	20	2	1	0	0	23
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	87,0%	8,7%	4,3%	,0%	,0%	100,0%
	ΟΙΚΙΑΚΑ	Count	7	0	0	0	0	7
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	ΜΑΘΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	Count	41	1	1	0	0	43
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	95,3%	2,3%	2,3%	,0%	,0%	100,0%
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	Count	17	3	2	0	0	22
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	77,3%	13,6%	9,1%	,0%	,0%	100,0%
Total		Count	87	7	4	1	1	100
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	87,0%	7,0%	4,0%	1,0%	1,0%	100,0%

Πίνακας 43β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	46,721(a)	16	,000
Likelihood Ratio	21,418	16	,163
Linear-by-Linear Association	3,506	1	,061
N of Valid Cases	100		

a. 21 cells (84,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το **επάγγελμα** ως προς το που αντιμετωπίστηκε η ασθένεια της νευρικής ανορεξίας στα άτομα που απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση, δηλαδή αν κάποιο φιλικό ή συγγενικό πρόσωπο πάσχει από την ασθένεια.

Πίνακας 44α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με το **επάγγελμα** ως προς το πώς θα αντιμετώπιζαν ένα άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία (EP. 25)

Crosstab

			Πώς θα αντιμετώπιζατε ένα άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία					Total
			1	2	3	4	5	1
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΝΕΡΓΟΣ/Η	Count	0	3	0	1	1	5
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	,0%	60,0%	,0%	20,0%	20,0%	100,0%
	ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	Count	2	5	0	16	0	23
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	8,7%	21,7%	,0%	69,6%	,0%	100,0%
	ΟΙΚΙΑΚΑ	Count	0	2	0	5	0	7
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	,0%	28,6%	,0%	71,4%	,0%	100,0%
	ΜΑΘΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	Count	1	14	0	26	2	43
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	2,3%	32,6%	,0%	60,5%	4,7%	100,0%
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	Count	0	5	1	15	1	22
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	,0%	22,7%	4,5%	68,2%	4,5%	100,0%
Total		Count	3	29	1	63	4	100
		% within ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	3,0%	29,0%	1,0%	63,0%	4,0%	100,0%

Πίνακας 44β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,983(a)	16	,454
Likelihood Ratio	15,446	16	,492
Linear-by-Linear Association	,853	1	,356
N of Valid Cases	100		

a. 19 cells (76,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το επάγγελμα ως προς το πώς θα αντιμετώπιζαν ένα άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία.

ΚΑΤΟΙΚΙΑ

Πίνακας 45α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την **κατοικία** ως προς το αν αισθάνονται ενοχές και ανυπόφορες τύψεις όταν τρώνε απαγορευμένες ή παχυντικές τροφές; (ΕΡ. 14)

Crosstab

			Αισθάνεστε ενοχές και ανυπόφορες τύψεις όταν τρώτε απαγορευμένες ή παχυντικές τροφές;					Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΝΑΙ
ΚΑΤΟΙΚΙΑ	ΠΟΛΗ	Count	9	12	25	9	1	56
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	16,1%	21,4%	44,6%	16,1%	1,8%	100,0%
	ΚΩΜΟΠΟΛΗ	Count	2	0	2	0	1	5
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	40,0%	,0%	40,0%	,0%	20,0%	100,0%
	ΧΩΡΙΟ	Count	6	17	14	1	1	39
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	15,4%	43,6%	35,9%	2,6%	2,6%	100,0%
Total		Count	17	29	41	10	3	100
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	17,0%	29,0%	41,0%	10,0%	3,0%	100,0%

Πίνακας 45β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,331(a)	8	,027
Likelihood Ratio	16,505	8	,036
Linear-by-Linear Association	2,492	1	,114
N of Valid Cases	100		

a. 8 cells (53,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,15.

Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με την **κατοικία** ως προς το αν αισθάνονται ενοχές και ανυπόφορες τύψεις όταν τρώνε απαγορευμένες ή παχυντικές τροφές.

Πίνακας 46α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την **κατοικία** ως προς το αν πανικοβάλλονται όταν ανεβούν στη ζυγαριά την επόμενη μέρα και δουν ότι έχουν πάρει 1-2 κιλά (EP. 20)

Crosstab

			Πανικοβάλλεστε όταν ανεβείτε στη ζυγαριά την επόμενη μέρα και δείτε ότι έχετε πάρει 1-2 κιλά;					Total
			ΣΧΕ-ΔΟΝ ΠΑΝΤΑ	ΜΕΡΙ-ΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	5	ΣΧΕ-ΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
ΚΑΤΟΙΚΙΑ	ΠΟΛΗ	Count	12	23	15	6	0	56
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	21,4%	41,1%	26,8%	10,7%	,0%	100,0%
	ΚΩΜΟΠΟΛΗ	Count	2	3	0	0	0	5
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	40,0%	60,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	ΧΩΡΙΟ	Count	11	11	9	7	1	39
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	28,2%	28,2%	23,1%	17,9%	2,6%	100,0%
Total		Count	25	37	24	13	1	100
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	25,0%	37,0%	24,0%	13,0%	1,0%	100,0%

Πίνακας 46β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,246(a)	8	,510
Likelihood Ratio	9,233	8	,323
Linear-by-Linear Association	,238	1	,625
N of Valid Cases	100		

a. 7 cells (46,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 47α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την **κατοικία** ως προς το ποιον θεωρούν καλύτερο για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας (EP. 24)

Crosstab

			Ποιον θεωρείτε καλύτερο για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας;				Total
			ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΕΙΔΙΚΟ ΨΥΧΟΛΟΓΟ	ΆΛΛΟ	4	ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΑΤΟΙΚΙΑ	ΠΟΛΗ	Count	27	27	2	0	56
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	48,2%	48,2%	3,6%	,0%	100,0%
	ΚΩΜΟΠΟΛΗ	Count	2	3	0	0	5
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	40,0%	60,0%	,0%	,0%	100,0%
	ΧΩΡΙΟ	Count	12	24	2	1	39
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	30,8%	61,5%	5,1%	2,6%	100,0%
Total		Count	41	54	4	1	100
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	41,0%	54,0%	4,0%	1,0%	100,0%

Πίνακας 47β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,413(a)	6	,621
Likelihood Ratio	4,973	6	,547
Linear-by-Linear Association	3,571	1	,059
N of Valid Cases	100		

a. 8 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με την κατοικία ως προς το ποιον θεωρούν καλύτερο για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας.

Πίνακας 48α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την **κατοικία** ως προς το πώς θα αντιμετώπιζαν ένα άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία (EP. 25)

Crosstab

			Πώς θα αντιμετώπιζατε ένα άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία;					Total
			1	2	3	4	5	
ΚΑΤΟΙΚΙΑ	ΠΟΛΗ	Count	2	15	0	37	2	56
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	3,6%	26,8%	,0%	66,1%	3,6%	100,0%
	ΚΩΜΟ ΠΟΛΗ	Count	0	1	0	4	0	5
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	,0%	20,0%	,0%	80,0%	,0%	100,0%
	ΧΩΡΙΟ	Count	1	13	1	22	2	39
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	2,6%	33,3%	2,6%	56,4%	5,1%	100,0%
Total		Count	3	29	1	63	4	100
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	3,0%	29,0%	1,0%	63,0%	4,0%	100,0%

Πίνακας 48β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,218(a)	8	,920
Likelihood Ratio	3,874	8	,868
Linear-by-Linear Association	,239	1	,625
N of Valid Cases	100		

a. 11 cells (73,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με την **κατοικία** ως προς το πώς θα αντιμετώπιζαν ένα άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία.

Πίνακας 49α. Κατανομή 100 ατόμων σε σχέση με την **κατοικία** ως προς το αν πιστεύουν ότι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης μπορούν να βοηθήσουν ώστε να μειωθεί το δυνατόν περισσότερο το ποσοστό ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία (ΕΡ. 26)

Crosstab

			Πιστεύετε ότι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης μπορούν να βοηθήσουν ώστε να μειωθεί το δυνατόν περισσότερο το ποσοστό ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία;					Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΝΑΙ
ΚΑΤΟΙΚΙΑ	ΠΟΛΗ	Count	44	1	6	4	1	56
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	78,6%	1,8%	10,7%	7,1%	1,8%	100,0%
	ΚΩΜΟΠΟΛΗ	Count	2	0	1	2	0	5
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	40,0%	,0%	20,0%	40,0%	,0%	100,0%
	ΧΩΡΙΟ	Count	20	2	4	10	3	39
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	51,3%	5,1%	10,3%	25,6%	7,7%	100,0%
Total		Count	66	3	11	16	4	100
		% within ΚΑΤΟΙΚΙΑ	66,0%	3,0%	11,0%	16,0%	4,0%	100,0%

Πίνακας 49β.
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,566(a)	8	,094
Likelihood Ratio	13,630	8	,092
Linear-by-Linear Association	8,889	1	,003
N of Valid Cases	100		

a. 10 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,15.

Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με την **κατοικία** ως προς το αν πιστεύουν ότι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης μπορούν να βοηθήσουν ώστε να μειωθεί το δυνατόν περισσότερο το ποσοστό ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η νευρική ανορεξία είναι πάθηση που επηρεάζει κυρίως κορίτσια και νεαρές γυναίκες και αρχίζει συνήθως στην εφηβική ηλικία.

Πρόκειται για μια μορφή διαταραχής της διατροφής κατά την οποία αυτή που υποφέρει διακατέχεται από ένα έντονο φόβο πρόσληψης βάρους και γι' αυτό το λόγο περιορίζει το φαγητό που τρώει. Η αιτία που προκαλεί την νευρική ανορεξία δεν είναι γνωστή και γι' αυτό δεν υπάρχει αιτιολογική θεραπεία που προσφέρει ίαση στην πάθηση. Όμως η νευρική ανορεξία προκαλεί το μεγαλύτερο αριθμό θανάτων από όλες τις ψυχιατρικές παθήσεις. Έχει χαρακτηριστεί ως η νόσος του 21^{ου} αιώνα, γιατί η αντιμετώπισή της είναι δύσκολη και απαιτεί συλλογική προσέγγιση.

Η έρευνα αυτή έχει ως στόχο να διερευνήσει τις γνώσεις και εμπειρίες των γυναικών στο πρόβλημα που λέγεται νευρική ανορεξία και τη συμβολή της νοσηλευτικής στην αντιμετώπισή του.

Από τα δεδομένα της παρούσας έρευνας προκύπτει ότι η πλειοψηφία των γυναικών 29% ήταν ηλικίας 16-18 ετών, οι οποίες είχαν ένα φυσιολογικό βάρος που κυμαινόταν από 55-60 κιλά. Σε ποσοστό 76% οι γυναίκες ήταν άγαμες διότι ήταν μαθήτριες μέσης εκπαίδευσης και μάλιστα ζούσαν σε πόλη. Αυτό δείχνει ότι οι νεαρές κοπέλες της πόλης λόγω του ανταγωνισμού που επικρατεί και των προτύπων από τα Μ.Μ.Ε. κινδυνεύουν να πάθουν νευρική ανορεξία. Ένα 36% των γυναικών στην ερώτηση ανησυχείτε μήπως πάρετε παραπάνω κιλά από το κανονικό σας βάρος, απάντησαν ότι «ναι» ανησυχούν. Κι επίσης άλλο ένα 36% απάντησε, μερικές φορές. Παρά το γεγονός ότι ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό ανησυχεί για τα παραπάνω κιλά ένα ποσοστό 34% δεν κάνει δίαιτα, ούτε αισθάνεται έντονα την ανάγκη του, πράγμα που είναι πολύ καλό.

Στην ερώτηση εάν η διάθεσή τους εξαρτάται σε υπερβολικό βαθμό από το βάρος τους υπάρχει ισοψηφία ανάμεσα στα δύο άκρα, δηλαδή στο πολύ συχνά και στο σπάνια με ποσοστό 31%. Επίσης βλέπουμε ότι ποσοστό 47% των γυναικών απογοητεύονται από το σώμα τους όταν παίρνουν βάρος. Παρ' όλα αυτά όμως ένα μεγάλο ποσοστό 61% μετά από ένα λουκούλλειο γεύμα δεν μένουν νηστικές για να μην πάρουν κιλά και 40% δεν σκέφτονται καθημερινά τι θα φάνε και πότε.

Ένα θετικό στοιχείο είναι ότι ένα μεγάλο ποσοστό 82% δεν σκέφτονται να κάνουν εμετό για να διατηρήσουν το βάρος τους. Ποσοστό 41% των ερωτηθέντων δεν αισθάνεται ενοχές και τύψεις όταν τρώει παχυντικές τροφές και επομένως δεν αισθάνονται ότι βρίσκονται σε μόνιμο διατροφικό περιορισμό. Τέλος, ποσοστό 86% των ερωτηθέντων δεν καταφεύγει σε φαρμακευτικά σκευάσματα όπως διουρητικά, ούτε σε εξαντλητική φυσική άσκηση και δίαιτες για να μην πάρει κιλά.

Το 40% των γυναικών θεωρούν ότι τα ΜΜΕ με τα πρότυπα που προβάλλουν ωθούν τα κορίτσια στην νευρογενή ανορεξία καθώς διαφημίζουν αδύνατα μοντέλα που προσελκύουν πάνω τους τα βλέμματα των ανδρών. Λόγω του ανταγωνισμού που επικρατεί στον επαγγελματικό τομέα και του ρατσισμού στην κοινωνία ποσοστό 67% των κοριτσιών πιστεύουν ότι το βάρος μπορεί να σταθεί τροχοπέδη στις επαγγελματικές και κοινωνικές σχέσεις. Ποσοστό 52% των ερωτηθέντων νιώθει ανασφάλεια όταν αυξάνεται το βάρος τους και γι' αυτό πανικοβάλλονται όταν παίρνουν 1-2 κιλά παραπάνω.

Ποσοστό 73% απάντησε ότι δεν έχει συμβεί στον ίδιο ή σε κάποιο δικό του να πάσχει από νευρογενή ανορεξία, πράγμα που δείχνει ότι ευτυχώς στην χώρα μας δεν είναι ακόμη πολύ διαδεδομένη η πάθηση της νευρογενούς ανορεξίας. Και ποσοστό 54% του δείγματος απάντησε ότι σε περίπτωση νευρογενούς ανορεξίας, ο καταλληλότερος για την αντιμετώπισή της είναι ειδικός ψυχολόγος. Από το ποσοστό 63% στις απαντήσεις που έδωσαν, βλέπουμε ότι οι άνθρωποι έχουν καρδιά και θα αντιμετώπιζαν ένα ανορεξικό άτομο μόνο με συμπάρασταση. Κι αν είχαν στο άμεσο συγγενικό τους περιβάλλον ένα τέτοιο άτομο κατά ποσοστό 44% θα ενημέρωναν όλους στην οικογένειά του για άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος και ψυχολογική υποστήριξή του.

Τέλος, το 66% των γυναικών πιστεύουν ότι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά ώστε να μειωθεί ή τουλάχιστον να μην αυξηθεί το ποσοστό των ατόμων αυτών. Με ποιόν τρόπο μπορούν;

Μα φυσικά, κατά 42%, διαφημίζοντας μοντέλα που δεν είναι πολύ αδύνατα αλλά που να έχουν ένα φυσιολογικό σώμα.

Συμπερασματικά καταλήγουμε ότι οι γυναίκες ηλικίας 16-18 ετών μ' ένα φυσιολογικό βάρος που επί το πλείστον κατοικούν σε πόλη, είναι μαθήτριες μέσης εκπαίδευσης και φυσικά άγαμες διατρέχουν κίνδυνο να πάθουν νευρογενή ανορεξία. Όμως από τα ποσοστά στις παρακάτω ερωτήσεις δεν φαίνεται οι κοπέλες αυτές να

έχουν κάποιο διατροφικό πρόβλημα ούτε φαίνεται να τους απασχολεί ιδιαίτερα το βάρος τους και γενικότερα αισθάνονται καλά με το σώμα τους. Κλείνοντας, φαίνεται ξεκάθαρα, ότι οι γυναίκες θεωρούν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) και τα πρότυπα που αυτά προβάλλουν, υπεύθυνα για την εξάπλωση της νευρογενούς ανορεξίας, η οποία τείνει σιγά σιγά να γίνει μάστιγα του 21^{ου} αιώνα, καθώς, όπως βλέπουμε στη τηλεόραση, αυξάνονται τα κρούσματα ανορεξικών κοριτσιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μελέτη των απαντήσεων του δείγματος μας βοήθησε στο να διαπιστώσουμε ποιες είναι οι γνώσεις των ερωτηθέντων ατόμων για την έννοια της «ψυχογενούς ανορεξίας», τη γνώμη τους για τους παράγοντες που ωθούν τα νεαρά κορίτσια στην διατροφική αυτή διαταραχή και αν αποτελεί σήμερα στοιχείο ρατσισμού κοινωνικά και επαγγελματικά. Επίσης μας βοήθησε να διαπιστώσουμε τις στάσεις και τις συνήθειες των ατόμων όσον αφορά την πρόσληψη τροφής. Το πρόβλημα βλέπουμε ότι υπάρχει. Ο κίνδυνος παραμονεύει στην πόρτα κάθε σπιτιού γι' αυτό πρέπει να πάρουμε τα κατάλληλα μέτρα για να μην είμαστε εμείς τα επόμενα θύματα.

Οι ερωτηθέντες μέσα από τις απαντήσεις που μας έδωσαν στο ερωτηματολόγιο που τους μοιράστηκε έδωσαν το στίγμα τους. Με απλό τρόπο έδωσαν την εικόνα της σημερινής κοινωνίας, που οδηγεί τα άτομα σε προβλήματα διατροφικά.

Έτσι τα κυριότερα συμπεράσματα που απορρέουν από την έρευνα είναι:

- § Το κορίτσια ηλικίας 16-18 ετών ανησυχούν περισσότερο από τις άλλες γυναίκες μήπως πάρουν παραπάνω κιλά από το κανονικό τους βάρος.
- § Τα άτομα ηλικίας 12-15 ετών θεωρούν καλύτερο για την αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας τον ειδικό ψυχολόγο.
- § Τα κορίτσια που ζυγίζουν 25-45 κιλά σε μεγάλο ποσοστό δηλώνουν ότι δεν είναι απογοητευμένες από το σωματικό τους βάρος.
- § Οι άγαμες γυναίκες πιστεύουν ότι τα πρότυπα που προβάλλουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) είναι υπαίτια για την εμφάνιση της νευρογενούς ανορεξίας.
- § Οι γυναίκες με μεταπτυχιακό δίπλωμα έχουν τροφικές συνήθειες που είναι διαφορετικές από εκείνες της οικογένειας και των φίλων τους.
- § Οι γυναίκες που είναι απόφοιτες Α.Ε.Ι. σε μεγάλο ποσοστό θ' αντιμετώπιζαν ένα ανορεξικό άτομο με συμπαράσταση.
- § Οι γυναίκες που ασχολούνται με τα οικιακά σπάνια πανικοβάλλονται όταν βλέπουν ότι έχουν πάρει 1-2 κιλά παραπάνω.
- § Τέλος, οι γυναίκες που ασχολούνται με τα οικιακά ταλαντεύονται ανάμεσα στο συχνά και το σπάνια ότι έχουν διατροφικές συνήθειες διαφορετικές από αυτές της οικογένειας και των φίλων τους.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Διοργάνωση συνεδρίων, ημερίδων και σεμιναρίων σχετικά με την πρόληψη και θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας.
- Απαραίτητη προϋπόθεση για την διατήρηση και προαγωγή της υγείας του παιδιού είναι η απόκτηση γνώσεων και υγιεινών έξεων που θα διδάσκονται αρχικά μέσα στην οικογένεια, συστηματοποιούνται όμως και εμπεδώνονται στο σχολείο.
- Πρωταρχικός σ' αυτό είναι ο ρόλος του νοσηλευτή που εργάζεται στο σχολείο. Η διδασκαλία η αγωγή υγείας που κάνει ο νοσηλευτής στο σχολείο μπορεί να περιλαμβάνεται στο ωρολόγιο πρόγραμμα των μαθημάτων και να γίνεται σε τακτικές ημέρες και ώρες μετά από συνεννόηση με το διδακτικό προσωπικό του σχολείου.
- Να ενταχθούν στα σχολεία προγράμματα ενημέρωσης για την πρόληψη της νευρογενούς ανορεξίας αποτελούμενα από ειδικούς ψυχολόγους και ψυχοθεραπευτές.
- Επίσης η νοσηλευτική χρειάζεται να επικεντρωθεί περισσότερο στη μελέτη και τη φροντίδα **ολόκληρης** της οικογένειας για να εξασφαλιστεί και σωστή φροντίδα στο κάθε μέλος ξεχωριστά, πάντοτε σε στενή συνεργασία με όλη την οικογένεια.
- Δημιουργία εξειδικευμένων Μονάδων Θεραπείας για άτομα που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία για ολοκληρωμένη και αποτελεσματική θεραπεία. Οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν ενεργό ρόλο στην αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ατόμων που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία.
- Υλοποίηση ειδικού κρατικού προγράμματος, στο οποίο σχολεία, γυμναστήρια, κέντρα αδυνατίσματος, οίκοι μόδας και Μ.Μ.Ε. θα καλούνται να ακολουθήσουν νέους κανόνες, προβάλλοντας μόνο την πιο υγιή εικόνα του γυναικείου σώματος και θα αποβάλουν τα μέχρι προ τινος καθιερωμένα αδύνατα πρότυπα ομορφιάς.
- Τα Μ.Μ.Ε. θα πρέπει να προσέχουν πολύ στο πώς παρουσιάζουν τα γεγονότα σχετικά με διάσημα μοντέλα που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία, καθ' ότι και το γεγονός ότι γίνονται «**διάσημες ανορεκτικές**», μπορεί να επηρεάσει μια μερίδα πληθυσμού να τις μιμηθεί.
- Αποκλεισμός πολύ αδύνατων μοντέλων από την πασαρέλα.
- Διεξαγωγή επιδημιολογικής έρευνας σε πανελλήνια κλίμακα για καταγραφή των διαστάσεων του προβλήματος και αντιμετώπισής του έγκαιρα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η νευρογενής ανορεξία είναι ένα πρόβλημα που δυστυχώς τα τελευταία χρόνια έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις κι αυτό γιατί όλο και περισσότερα άτομα και κυρίως νέες γυναίκες μπλέκονται στα πλοκάμια της με ελάχιστες πιθανότητες να βγουν νικήτριες από αυτή. Το φαινόμενο αυτό επηρεάζει πιο συχνά τις γυναίκες των πόλεων λόγω των προτύπων που προβάλλονται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και τον ανταγωνισμό που επικρατεί ως προς την ανεύρεση εργασίας. Συνήθως προσλαμβάνονται ωραίες γυναίκες με καλοσχηματισμένο σώμα.

Σκοπός: Η διερεύνηση γνώσεων και εμπειριών των γυναικών ηλικίας 12-30 ετών πάνω στο πρόβλημα της νευρογενούς ανορεξίας.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτελούν 100 άτομα, αποκλειστικά γυναίκες που κατοικούν είτε σε χωριό, είτε σε πόλη είτε σε κωμόπολη και είναι ηλικίας από 12-30 ετών. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με ερωτηματολόγιο. Η κωδικοποίηση και οι συσχετίσεις των δεδομένων έγιναν με το στατιστικό πακέτο S.P.S.S. 14.0 Windows.

Αποτελέσματα:

Το κορίτσια ηλικίας 16-18 ετών ανησυχούν περισσότερο από τις άλλες γυναίκες μήπως πάρουν παραπάνω κιλά από το κανονικό τους βάρος. Τα άτομα ηλικίας 12-15 ετών θεωρούν καλύτερο για την αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας τον ειδικό ψυχολόγο. Τα κορίτσια που ζυγίζουν 25-45 κιλά σε μεγάλο ποσοστό δηλώνουν ότι δεν είναι απογοητευμένες από το σωματικό τους βάρος. Οι άγαμες γυναίκες πιστεύουν ότι τα πρότυπα που προβάλλουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) είναι υπαίτια για την εμφάνιση της νευρογενούς ανορεξίας. Οι γυναίκες με μεταπτυχιακό δίπλωμα έχουν τροφικές συνήθειες που είναι διαφορετικές από εκείνες της οικογένειας και των φίλων τους. Οι γυναίκες που είναι απόφοιτες Α.Ε.Ι. σε μεγάλο ποσοστό θ' αντιμετώπιζαν ένα ανορεξικό άτομο με συμπαράσταση. Οι γυναίκες που ασχολούνται με τα οικιακά σπάνια πανικοβάλλονται όταν βλέπουν ότι έχουν πάρει 1-2 κιλά παραπάνω.

Συμπέρασμα: Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι επιβάλλεται προσπάθεια από όλους τους φορείς για ενημέρωση, πρόληψη, φροντίδα και αποκατάσταση των ατόμων μπορεί να πάσχουν ήδη από νευρική ανορεξία. Ο νοσηλευτής /νοσηλεύτρια κατέχει σημαντικό ρόλο στη νοσηλευτική φροντίδα και αποκατάσταση των ασθενών με νευρογενή ανορεξία.

SUMMARY

Import: Unfortunately, anorexia nervosa is a problem that in the past few years has taken big dimensions and this because more individuals and mainly young women are always mixed in her tentacles with minimal probabilities they come winner out from this. This phenomenon influences more often city women because of the models appearing by the Means of Mass Briefing and the competition that exist as for the recovery of work. Usually, beautiful women with a well-built body are hired.

Aim: The investigation of knowledge and experiences of women at the age of 12-30 years on the problem of anorexia nervosa.

Material and method: The sample of the study is constituted by 100 individuals, exclusively women that live either in a village, or in a city or in a town and are aged from 12-30 years. The collection of information became with questionnaire. The coding and the cross-correlations of data became with the statistical parcel of S.P.S.S. 14.0 Windows.

Results: Girls at the age of 16-18 years worry more than other women that they will gain more pounds from their regular weight. People at the age of 12-15 years consider that the special psychologist is the better confrontation of anorexia nervosa. The girls that weigh 25-45 kilos in big percentage declare that they are not disappointed from their bodily weight. Single women believe that the models appeared in the Means of Mass Briefing (mediums) have the guilty for the anorexia's nervosa's appearance. Women with postgraduate diploma have different eating habits from those of their family and their friends. Women who have graduated Higher Education Institutions in big percentage would face an anorexic person with support. Women dealing with domestic rarely panic when they see that they have taken 1-2 pounds more from the usual.

Conclusion: From the results it is concluded that is imposed effort from all the institutions for briefing, prevention, care and re-establishment of individuals that suffer already from anorexia nervosa. The nurse possesses important role in the nursing care and re-establishment of patients with anorexia nervosa.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. <http://www.gannett.com/go/welldone/2005>
2. <http://www.pestola.gr/img/anorexia>
3. i170.photobucket.com/.../myblog/anorexia
4. [www.aera.gr/.../anorexia/Anorexia billboard](http://www.aera.gr/.../anorexia/Anorexia_billboard)
5. www.google.gr
6. Αμερικάνου Μ.–Καρμίρη Β.–Παπακώστα Χ., «Στοιχεία Ειδικής Διατροφής», Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων –Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, Αθήνα, 2001.
7. Χαρτοκόλλης, Π., Εισαγωγή στην ψυχιατρική, β΄ έκδοση αναθεωρημένη, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 1991.
8. Μάνου Ν., Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη, 1988.
9. Arfeldorfer G., Ανορεξία Βουλιμία Παχυσαρκία, Dominos, Εκδόσεις Π. Τραυλός – Ε. Κωσταράκη, Flammarion, 1996.
10. Keelrk, Dorer DI, Edody KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB, Predictors of morality in eating disorders Arch Gen Psychiat 2003.
11. Abraham S. and Llewellyn-Jones D., Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής, Μτφ. Ταμβάκη Ε., Τμήμα Μαιευτικής και Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Σίντνεϋ, Εκδόσεις Χατζηνικολή, 2000.
12. <http://www.aera.gr/gr/images/0020/anorexia>
13. Walcott DD, Pratt HD, Patel DR, Adolescents and eating disorders, Gender racial ethnic sociocultural and socioeconomic Issues, I.Adolescent Res 2003.
14. Lee S, Katzman MA, Gross-Cultural Perspectives on Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD editors Eating Disorders and Obesity. 2002.
15. Klein DA. Walsh BT. Eating disorders, Int Rev Psychiatr 2003.
16. Παπαγεωργίου, Β.Α., Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων, Αθήνα, 2005.
17. Al-Qadreh Ab., Οι διαταραχές της όρεξης στην εφηβεία, http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=821, 29-11-2005, ημ. πρόσβ. 03-03-2008.
18. Lucas AR, Beard CM, O' Fallon WM, Kurland LT: Fifty-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: A population based study. Am J Psychiatry, 1991.

19. Τσίτσικα Α., Ψυχογενής ανορεξία –Ψυχογενής βουλιμία, Κέντρο Πρόληψης και Υγείας των Εφήβων, www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc_id=16, ημ. προσ. 02-05-2008.
20. Ινστιτούτο Ψυχοθεραπευτικών Εφαρμογών (Ι.Ψ.Ε.), Ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές στο σήμερα, <http://www.ipse.gr/psyfood.html>, ημ. πρόσβ. 28-03-2008.
21. tovima.dolnet.gr/data/D2007/D0121/1reh2b
22. Καναβιτσάς Ε., http://www.eatingdisorders.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=26, 02-07-2002, ημερ. πρόσβ. 14-03-2008.
23. Τσιάκα Μ., 06-03-2008, http://hcfed.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=147&Itemid=63, Ελληνικό Κέντρο Διατροφικών Διαταραχών, ημ. πρόσβ. 30-03-2008.
24. <http://img.pathfinder.gr/Pathfinder/News/articles>
25. <http://casusbelli.files.wordpress.com/2007/06/anorexia>
26. <http://www.katiana.gr/UserFiles/mes3>
27. Ζουμπανέας Ε., Κοντελέ Ι. Νευρική ανορεξία, <http://www.diatrofi.gr/docs/articles/382a5d9d30f206c202d1d1b6e4b9b8f1.htm>, ημ. πρόσβ. 01-03-2008.
28. Ιατρική Σελίδα - Νευρική Ανορεξία, 11-09-2005, <http://night-flights.pblogs.gr/2006/11/iatrikh-selida-20-nefrikh-anorexia.html>, ημερ. πρόσβ. 19-03-2008.
29. Al-Qadreh Abbas, Παιδίατρος, Οι διαταραχές της όρεξης στην εφηβεία, http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=821, 29-11-2005, ημ. πρόσβ. 03-03-2008.
30. www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc_id
31. <http://images.google.gr/imgres?imgurl=http://www.ephebiatrics.gr/apImages/experts/articles/anorexia-moss>
32. <http://night-flights.pblogs.gr/files/16290-bulimia2httpvirtualpsy.locaweb.com>
33. www.blogscienze.com/wp-content/uploads/2007/1...
34. Χριστοδούλου Γ.Ν., Διαταραχές πρόσληψης τροφής, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 1997.
35. Kaplan & Sadock's, Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής, Ψυχιατρική, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2004.

36. Levenkrons, Anatomy of Anorexia, New York-London: www.NortonandCompany.2002
37. bp2.blogger.com/.../s200/anorexia-730873.bmp
38. <http://www.nutrimed.gr/images/uploads/anorexia-s>
39. <http://ediet.pblogs.gr/files/73016-anorexianervosazvs4>
40. <http://images.google.gr/imgres?imgurl=http://www.ephebiatrics.gr/apImages/experts/articles/anorexia-moss>
41. http://www.alithia.gr/newspaper/images/neuriki_anoreksia
42. <http://night-flights.pblogs.gr/files/16289-anorexia2>
43. Nihart Boyd, Psychiatric - Nursing, Contemporary Practise.
44. Κυριακίδου Ε., Κοινοτική Νοσηλευτική, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΗΘΑ», Αθήνα 2000.
45. <http://www.aera.gr/gr/images/0020/anorexia>
46. Αγγελίνη Μ., Εφημ. Έθνος, <http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=5520&subid=2&pubid=77645>, Και παιδιά Δημοτικού χτυπά η νευρική ανορεξία, e-Life, ημ. πρόσβ. 12-03-08.
47. Νέτα Σ. –Βέργος Ν., Μαρτυρία. Κάθε μέρα χωρίς βοήθεια είναι μια χαμένη μέρα, εφημ. Ελευθεροτυπία, 06/10/2007, http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=06.10.2007,id=68943344,82985840,90876144,2412720,1043000,24612784,32380208,37845680, ημ. πρόσβ. 14-03-2008.
48. Ελευθεροτυπία, Ανεξαρτησία από έναν κόσμο με εμμονή στο βάρος, http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=06.10.2007,id=68943344,82985840,90876144,2412720,10430000,24612784,32380208,37845680, ημερομηνία πρόσβασης 14-03-2008.
49. Ιατρική Σελίδα-Νευρική Ανορεξία, 11-09-2005, <http://night-flights.pblogs.gr/2006/11/iatrikh-selida-20-nefrikh-anorexia.html>, ημ. πρόσβ. 19-03-2008.
50. Σιμάτος Ι., Σωστή διατροφή και υγεία. Διαταραχές Διατροφής (Eating Disorders), <http://www.jeremy-nutrifit.gr/eating-desoders.htm>, ημ. πρόσβ. 18-05-2008.
51. Σαββοπούλου Γ., «Βασική Νοσηλευτική», Έκδοση 2^η βελτιωμένη, Εκδόσεις «Η Ταβιθά», Αθήνα, 1999.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Είμαστε σπουδάστριες του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας στο Τμήμα Νοσηλευτικής. Για την συμπλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα «Ψυχογενής ανορεξία – Συμπεριφορά και τρόπος ζωής κατά την εφηβεία», σας παραθέτουμε το πιο κάτω ερωτηματολόγιο, στο οποίο καλείστε να απαντήσετε ανώνυμα. Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας.

Οι σπουδάστριες

Παρακαλούμε απαντήστε με Χ στην απάντηση που επιθυμείτε

1. Ηλικία

- .. 12-15
- .. 16-18
- .. 19-25
- .. 26-30

2. Βάρος σώματος

- .. 35-45 κιλά
- .. 45-50 κιλά
- .. 55-60 κιλά
- .. 65-70 κιλά

3. Οικογενειακή κατάσταση

- .. Παντρεμένος /η
- .. Χωρισμένος /η
- .. Ανύπαντρος /η

4. Γραμματικές γνώσεις

- .. Αγράμματος /η
- .. Δημοτικό
- .. Γυμνάσιο
- .. Λύκειο/Τ.Ε.Ε.
- .. Ανωτέρα

- Ανωτάτη
- Μεταπτυχιακό
- Άλλο.....

5. Επάγγελμα

- Άνεργος/η
- Υπάλληλος
- Εργάτης/τρια
- Οικιακά
- Μαθητής/τρια
- Φοιτητής/τρια

6. Τόπος κατοικίας

- Πόλη
- Κωμόπολη
- Χωριό

7. Ανησυχείτε μήπως πάρετε περισσότερα κιλά από το κανονικό σας βάρος;

- Ναι
- Όχι
- Μερικές φορές
- Σπάνια

8. Κάνετε συχνά δίαιτα ή αισθάνεστε έντονα την ανάγκη αυτή;

- Ναι
- Όχι
- Μερικές φορές
- Σπάνια

9. Η διάθεσή σας εξαρτάται σε υπερβολικό βαθμό από το βάρος σας;

- Ναι
- Όχι
- Πολύ συχνά
- Σπάνια

10.Είστε απογοητευμένος/η από το βάρος του σώματός σας;

- Ναι
- Όχι
- Ναι όταν παίρνω βάρος

11.Μετά από ένα πολύ μεγάλο γεύμα, μένετε την επόμενη μέρα τελείως νηστικός/ή για να αντισταθμίσετε το λάθος;

- Ναι
- Όχι
- Μερικές φορές
- Σπάνια

12.Κατά τη διάρκεια της ημέρας σκέφτεστε αρκετά συχνά τι θα φάτε και πότε;

- Ναι
- Όχι
- Μερικές φορές
- Σπάνια

13.Πολλές φορές σκέφτεστε να κάνετε εμετό προκειμένου να διατηρήσετε το βάρος σας;

- Ναι
- Όχι
- Μερικές φορές
- Σπάνια
- Δεν απαντώ

14. Αισθάνεστε ενοχές και ανυπόφορες τύψεις όταν τρώτε απαγορευμένες ή παχυντικές τροφές;

- Ναι
- Όχι
- Μερικές φορές
- Σπάνια
- Δεν απαντώ

15. Αφού έχετε φάει, χρησιμοποιείτε διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα (όπως διουρητικά ή υπακτικά) ή καταφεύγετε σε εξοντωτική φυσική άσκηση προκειμένου να μην πάρετε κιλά;

- Ναι
- Όχι
- Αρκετά συχνά
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Δεν απαντώ

16. Αισθάνεστε ότι βρίσκεστε σε μόνιμο διατροφικό περιορισμό;

- Ναι
- Όχι
- Αρκετά συχνά
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Δεν απαντώ

17. Ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες, κατά τη γνώμη σας, που ωθούν όλο και περισσότερα κορίτσια στην νευρική ανορεξία;

- Πρότυπα από Μ.Μ.Ε.
- Προσέλκυση αντίθετου φύλου
- Έλλειψη αυτοπεποίθησης, αυτοσεβασμού
- Αισθάνονται άσχημα με το σώμα τους
- Θέλουν να δείχνουν όμορφες

- .. Ζήλια, εγωισμός
- .. Ψυχολογικά προβλήματα
- .. Κοινωνική αποδοχή
- .. Να αρέσω στους άλλους

18. Πιστεύετε ότι το βάρος μπορεί να σταθεί εμπόδιο στις επαγγελματικές και κοινωνικές σας σχέσεις;

- .. Ναι, υπάρχει ρατσισμός
- .. Ναι, σε μοντέλα, αστέρια του κινηματογράφου
- .. Ναι, γιατί δεν νιώθεις όμορφα και δεν δουλεύεις άνετα
- .. Μόνο στις κοινωνικές μου σχέσεις
- .. Όχι, αρκεί να έχεις μόρφωση
- .. Σε καμία περίπτωση

19. Νιώθετε άνετα με το σώμα σας;

- .. Ναι, γιατί τα έχω βρει με τον εαυτό μου
- .. Ναι, γιατί σέβομαι και εκτιμάω το σώμα μου
- .. Μου αρέσει ο εαυτός μου όπως είναι
- .. Όχι, έχω ανασφάλεια
- .. Όχι, γιατί με χαρακτηρίζουν με άσχημο τρόπο
- .. Όχι, γιατί ζηλεύω τις όμορφες γυναίκες
- .. Δεν απάντησαν

20. Πανικοβάλλεστε όταν ανεβείτε στη ζυγαριά την επόμενη μέρα και δείτε ότι έχετε πάρει 1-2 κιλά;

- .. Σχεδόν πάντα
- .. Μερικές φορές
- .. Σπάνια
- .. Ποτέ

21. Έχετε τροφικές συνήθειες που είναι διαφορετικές από εκείνες της οικογένειας και των φίλων σας;

- Συχνά
- Μερικές φορές
- Σπάνια
- Ποτέ

22. Έχει συμβεί σε σας, σε κάποιο συγγενικό πρόσωπο, φίλο ή συνάνθρωπό σας να πάσχει από νευρική ανορεξία;

- Ναι
- Όχι

23. Εάν ναι στην παραπάνω ερώτηση, η ασθένεια αντιμετωπίστηκε

- Στο νοσοκομείο
- Στο σπίτι
- Σε οικογενειακό γιατρό

24. Ποιον θεωρείτε καλύτερο για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας;

- Το Νοσοκομείο
- Ειδικό Ψυχολόγο
- Άλλο

25. Πώς θα αντιμετωπίζατε ένα άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία;

- Αδιάφορα
- Με συμπόνια
- Με απομόνωση
- Με συμπαράσταση
- Άλλο τρόπο

26. Πιστεύετε ότι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης μπορούν να βοηθήσουν ώστε να μειωθεί το δυνατόν περισσότερο το ποσοστό ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία;

- Ναι
- Όχι
- Αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Σπάνια

27. Αν ναι στην παραπάνω ερώτηση, με ποιον τρόπο μπορούν να βοηθήσουν;

- Ανακοινώνοντας ότι οι οίκοι μόδας δεν προσλαμβάνουν μοντέλα υπερβολικά αδύνατα
- Διαφημίζοντας μοντέλα που δεν είναι πολύ αδύνατα
- Γνωστοποιώντας στο κοινό τα νέα πρότυπα βάρους
- Άλλο

28. Ποιες ενέργειες θα κάνατε εάν είχατε στο άμεσο συγγενικό σας περιβάλλον κάποιον με συμπτώματα νευρικής ανορεξίας;

- Θα τον παρότρυνα να πάει άμεσα σε γιατρό
- Θα τον συμβούλευα να πάει σε ψυχολόγο
- Θα τον βοηθούσα στην πρόσληψη περισσότερης τροφής
- Θα ενημέωνα όλους στην οικογένεια για άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος
- Θα αδιαφορούσα

ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Θα' θελα να φύγει η ανορεξία από τη ζωή μου! Από το 1977 μέχρι σήμερα, ό,τι κάνω, έκανα ή δεν έκανα έχει ως επίκεντρο το φόβο μου για το φαγητό. Για όσους δεν ξέρουν τη δαιμονική επίδραση της ανορεξίας - τα βασικά στοιχεία της είναι ο φόβος του φαγητού και του πάχους.¹¹

Ιστορικό περιπτώσεως: Άλισον

Η Άλισον ήταν μια ψηλή, λεπτή κοπέλα που σε ηλικία 15 ετών είχε αρχίσει να κάνει δίαιτα με τις άλλες συμμαθήτριές της στο σχολείο. Το έκανε μάλλον για να νιώθει μέρος της ομάδας παρά επειδή χρειαζόταν να χάσει βάρος. Κατάφερε να ακολουθήσει τη δίαιτα καλύτερα από τις περισσότερες συνομήλικές της και το βάρος της έπεσε από τα 52 κιλά (δείκτης Quetelet 20,4· 90 τοις εκατό του μέσου βάρους σώματος) στα 47 κιλά (δείκτης Quetelet 16,9· 80 τοις εκατό του ABW). «Μπόρεσα να ακολουθήσω τη δίαιτα γιατί η οικογένειά μου έχει μανία με την υγεία και άρχιζα να νιώθω ένοχη αν έτρωγα «κακές παχυντικές τροφές». Την ίδια εποχή τα άλλα κορίτσια άρχισαν να την πειράζουν, για το μικρό της στήθος και άρχισε να νιώθει δειλία γι' αυτό και για τους γλουτούς της που, όπως έλεγε «προεξείχαν πάρα πολύ».

Η Άλισον ήταν φιλόδοξη και ήθελε να τα πηγαίνει καλά στο σχολείο. Τα δύο τελευταία χρόνια σπάνια πήγαινε σε κοινωνικές εκδηλώσεις γιατί ένιωθε πως έπρεπε να μελετάει, και μελετούσε συνειδητά. «Ίσως είχα μάλλον έμμονη ιδέα με τη μελέτη», είπε, «αλλά ήθελα να τα καταφέρω». Εκτός του ότι μελετούσε πολύ, μαγείρευε για την οικογένειά της, φτιάχνοντας γλυκά και μπισκότα (που απέφευγε να τα τρώει) εκτός από τα κυρίως γεύματα. Εκείνη έβλεπε τα καθήκοντά της στο νοικοκυριό σαν προσπάθεια να βοηθήσει τη μητέρα της, που εργαζόταν, αλλά η αδερφή της τα έβλεπε σαν μια προσπάθεια να παραστήσει το «καλό παιδί».

Πέρασε τις εξετάσεις της στο σχολείο και μπήκε σε μια σχολή catering γιατί της άρεσε η πρακτική πλευρά της μαγειρικής και της ετοιμασίας του φαγητού. Την ίδια περίπου εποχή άρχισε να ζυγίζεται κάθε μέρα και συνέχισε τη δίαιτα και αδυνάτισε. Η αδερφή της έφυγε από το σπίτι και είπε στην Άλισον ότι κατά τη γνώμη της είχε «χάσει βάρος μόνο για να έχει όλη την προσοχή της οικογένειας και για να μπει στη μύτη της αδερφής της». Η αδελφική αντιζηλία ήταν έντονη.

Τα επόμενα δύο χρόνια η Άλισον συνέχισε τα μαθήματά της και αποδείχθηκε εξαιρετική μαθήτρια. Σ' αυτό το διάστημα το βάρος του πατέρα της αυξήθηκε κατά περίπου 14 κιλά ενώ το βάρος της κόρης του εξακολούθησε να μειώνεται, έτσι που την ημέρα της αποφοίτησής της η Άλισον ζύγιζε 32 κιλά (Δείκτης Quetelet; QI 12). Ο πατέρας της παρουσίασε υπέρταση και του είπαν να χάσει βάρος" πράγμα που έβρισκε δύσκολο: Η Άλισον προσπάθησε να τον βοηθήσει, πληροφορώντας τον τι έπρεπε να τρώει και ετοιμάζοντάς του δίαιτες και «μετρώντας τις θερμίδες» των τροφών στις δίαιτες που επινοούσε.

Αναγνώριζε πως ήταν πολύ αδύνατη και πως δεν είχε πια περίοδο, αλλά πίστευε πως έτρωγε όσο και οι άλλοι και πως αν έτρωγε περισσότερο «θα έπαιρνε γρήγορα βάρος και θα γινόταν χοντρή». Ένιωθε ασφαλής όσο το βάρος της δεν αυξανόταν. Ένιωθε επίσης πως ήταν λάθος να τρώει περισσότερο από τους άλλους όταν «υπήρχαν τόσοι άνθρωποι που πεινούσαν στον κόσμο».

Στα 19 της χρόνια επισκέφτηκε ένα γιατρό για τη δυσκοιλιότητα που την ανησυχούσε και που δεν τη συσχέτιζε με τη μικρή ποσότητα φαγητού που έτρωγε. Τη έγινε διάγνωση ψυχογενούς ανορεξίας και την έβαλαν στο νοσοκομείο για επανασίτιση, που δεν πέτυχε. Ανταποκρίθηκε στην εξωνοσοκομειακή θεραπεία και σε επτά μήνες το βάρος της αυξήθηκε σε 44 κιλά. Ήθελε να πάρει περισσότερο βάρος αλλά ανησυχούσε πως αν το έκανε θα «έχανε τον έλεγχο και θα γινόταν χοντρή». Με την πειθώ και την επιμονή την έπεισαν να πάρει βάρος και στα 20 είχε σταθεροποιηθεί στα 49 κιλά. Πίστευε τώρα πως αν το βάρος της αυξανόταν στα 50 κιλά θα «έχανε τον έλεγχο», αλλά ήταν ευτυχισμένη διατηρώντας το γύρω στα 49 κιλά.

Εκείνη την εποχή μετακόμισε σε μια πόλη 125 μίλια μακριά για να διευθύνει ένα εστιατόριο και άρχισε να γράφει γράμματα. Δυο μήνες μετά τη μετακόμιση, έγραφε:¹¹



45

Ζυγίστηκα πρόσφατα και είμαι ακριβώς 47 κιλά. Δεν προσπαθώ συνειδητά να χάσω βάρος αλλά είναι φανερό πως δεν τρώω αρκετά. Δεν παραλείπω γεύματα και τρώω διάφορες τροφές - ανάμεσά τους και τροφές που υποτίθεται πως παχαίνουν. Αλλά ο εγκέφαλός μου εξακολουθεί να λειτουργεί όπως πριν - ότι δεν πρέπει να παχύνω. Τι φταίει; Δεν μπορώ να περάσω τη ζωή μου νιώθοντας την ανάγκη κάποιου για να με πείθει ότι πρέπει να έχω μεγαλύτερο βάρος για να αρχίσουν να λειτουργούν οι ορμόνες μου. Αισθάνομαι ακόμη την ανάγκη να με διαβεβαιώσουν πως είναι εντάξει να είμαι 52 ή 54 κιλά - όποιο βάρος υποτίθεται πως πρέπει να έχω. Τώρα έχω μόνο τον εαυτό μου που μου λέει πως δεν πρέπει να παχύνω. Δεν μπορώ να πιστέψω πως είμαι τόσο ξεροκέφαλη!

Δυο μήνες αργότερα

Ένα θετικό γεγονός είναι ότι δεν έχω χάσει καθόλου βάρος. Αλλά είναι αλήθεια πως όταν το βάρος σου είναι χαμηλό, η διάθεσή σου μεταβάλλεται και νιώθεις κατάθλιψη και η διανοητική σου λειτουργία είναι ελαττωματική. Δεν μπορώ να το πιστέψω - οι άλλοι μου λένε συνεχώς πως δεν τρώω αρκετά αλλά ολόκληρη η μέρα μου είναι «ένα γεύμα». Δεν μπορώ να χωρέσω περισσότερο φαγητό

μέσα μου. Αν τα έντερα μου λειτουργούσαν κανονικά, ίσως να είχα περισσότερη όρεξη. Τις τελευταίες 3 ή 4 εβδομάδες τα νεύρα μου είναι περισσότερο τεντωμένα, με αναστατώνει φοβερά. Όσο μεγαλύτερη είναι η κατάθλιψή μου τόσο αποφεύγω να βρίσκομαι με κόσμο. Θα ήμουν πολύ ευτυχισμένη να είμαι μόνη μου - συνεχώς κατηγορώ τον εαυτό μου για διάφορα πράγματα και ζητάω συγγνώμη από τους άλλους. Μιλάω με τους άλλους αλλά δεν ακούω τι λένε. Ξέρω πως πρέπει να είμαι δύσκολη, αλλά δεν μπορώ να κάνω τίποτα γι' αυτό. Δε θέλω να γυρίσω γιατί ξέρω πως θα 'τρεχα σπίτι στην οικογένειά μου για προστασία - θα με διαβεβαίωναν πως όλα είναι εντάξει ενώ ξέρω πολύ καλά πως δεν είναι. Χαραμίζω τη ζωή μου - είναι αγγαρεία απλώς να περάσω τη μέρα. Θέλω να γυρίσω και να σας μιλήσω όταν πάρω άδεια αργότερα φέτος.

Τρεις μήνες μετά από το τελευταίο της γράμμα, η Άλισον γύρισε στην κλινική. Ήταν όμορφα, κομψά ντυμένη αλλά φαινόταν αδύνατη. Ζύγιζε 46 κιλά. Τους τελευταίους λίγους μήνες αύξανε το βάρος της με ρυθμό 1 κιλό το μήνα και τώρα έχει διατηρήσει βάρος 50 κιλών τα τελευταία δύο χρόνια. Έχει δημιουργήσει σχέσεις και έχει ένα μόνιμο φίλο. Εξακολουθεί να διακρίνεται στη δουλειά της ως διευθύντρια εστιατορίου.¹¹

Ιστορικό περιπτώσεως από εφημερίδα «Έθνος»

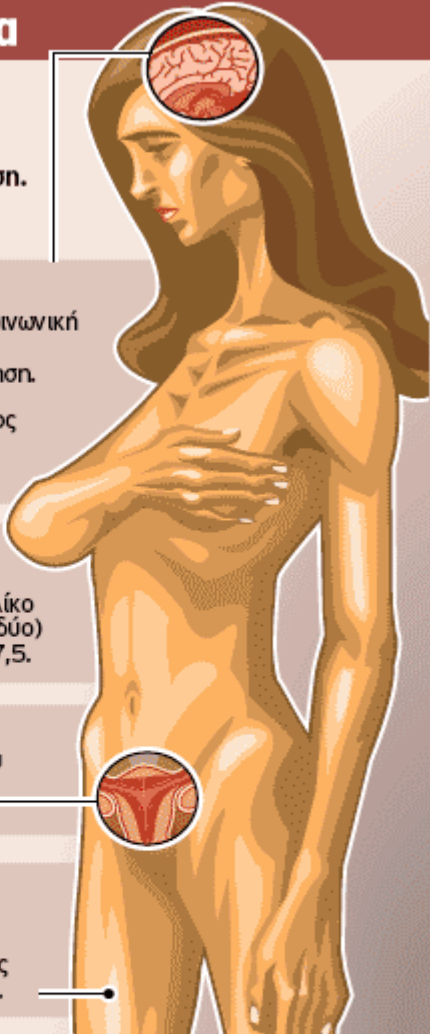
Η επτάχρονη Μαργαρίτα Οτεν ήταν ένα υγιές κορίτσι που αγαπούσε το τένις και το θέατρο. Τρία χρόνια αργότερα, η νευρική ανορεξία της «χτύπησε την πόρτα». Από τότε, καθημερινά τρέφεται με πέντε νιφάδες δημητριακών, το δέρμα της είναι κάτωχρο και με δυσκολία σηκώνεται από την καρέκλα, λέει με παράπονο η μητέρα της, που δυσκολεύεται να πιστέψει ότι η ζωή της μονάκριβης κόρης της κρέμεται από μία κλωστή...⁴⁶

Νευρική Ανορεξία

Πάνω από το 50% των ατόμων που προσβάλλονται από νευρική ανορεξία δεν αναρρώνουν ποτέ και το 18% υποκύπτουν, σύμφωνα με τη Βρετανική Ιατρική Επιθεώρηση.

Το ιστορικό της πάθησης Συμπτώματα

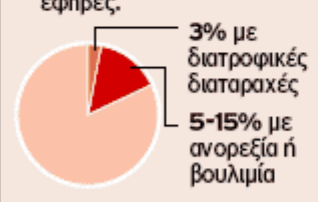
- **1689** - Για πρώτη φορά, ο Βρετανός γιατρός Ρίτσαρντ Μόρτον κάνει λόγο για «νευρική κατανάλωση», που προκαλείται από κατάθλιψη και άγχος.
- **1873** - Αποκτά τη σημερινή της ορολογία και θεωρείται για πρώτη φορά ψυχολογική διαταραχή.
- **1983** - Ο θάνατος της Αμερικανίδας τραγουδίστριας Κάρεν Καρπέντερ βάζει στο μικροσκόπιο την πάθηση. Όταν πέθανε η Κάρεν, ζύγιζε μόλις 50 κιλά.



- ▶ Αλλαγές στη συμπεριφορά, κοινωνική απομόνωση και υπερβολική άσκηση.
- ▶ Υπερβολικό άγχος για πρόσληψη βάρους.
- ▶ Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (εκφράζει το πηλίκο βάρους/ύψους επί δύο) κατώτερος του 17,5.
- ▶ Αμηνόρροια - απουσία εμμήνου ρύσης στις γυναίκες
- ▶ Κίτρινη χροιά δέρματος, ξηροδερμία, απώλεια μαλλιών λόγω της κακής διατροφής.

Κίνδυνοι

- Διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κυρίως νεαρές γυναίκες και έφηβες.



- 3% με διατροφικές διαταραχές
- 5-15% με ανορεξία ή βουλιμία


Θεραπεία

- Απαιτείται νοσηλεία σε περίπτωση που το βάρος μειωθεί δραματικά.
- Χορηγούνται υποκατάστατα οιστρογόνων και αντικαταθλιπτικά για να μειωθεί ο κίνδυνος οστεοπόρωσης και κατάθλιψης.

Αρνητικές επιπτώσεις

- Η μειωμένη πρόσληψη ασβεστίου και βιταμινών έχει ως αποτέλεσμα την υπόταση, την κατάθλιψη, την κακοδιαθεσία και την πρόωπη οστεοπόρωση.
- Κίνδυνος θανάτου εξαιτίας δυσλειτουργίας ζωτικών οργάνων ή και αυτοκτονία σε ακραίες περιπτώσεις.

ΠΗΓΕΣ: British Medical Journal, New England Medical Journal

REUTERS 

Η περίπτωση της μικρής Μαργαρίτας δεν είναι η μοναδική. Σύμφωνα με έρευνα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Στάνφορντ, που δημοσιεύτηκε στη βρετανική Ιατρική Επιθεώρηση, η νευρική ανορεξία είναι μία πάθηση - αποκαλείται ασθένεια των μοντέλων!- που προσβάλλει κυρίως κορίτσια και νεαρές γυναίκες και προκαλεί το μεγαλύτερο αριθμό θανάτων από όλες τις ψυχιατρικές παθήσεις. Μπορεί, μάλιστα, να απειλήσει τη ζωή ακόμα και μαθητών του Δημοτικού! Σύμφωνα με τους ειδικούς, το 18% των ατόμων που προσβάλλονται από την πάθηση πεθαίνουν, καθώς παρατηρείται δυσλειτουργία σε ζωτικά όργανα.

Η νευρική ανορεξία που απειλεί την υγεία πολλών μοντέλων το τελευταίο διάστημα -η Βραζιλιάννα Άννα Καρολίνα Ρέστον πέθανε στις 14 Νοεμβρίου σε ηλικία 21 ετών και ζύγιζε μόλις 40 κιλά- οδήγησε, πρόσφατα, πολλούς οίκους μόδας στη Μαδρίτη και αργότερα σε άλλες πόλεις της Ευρώπης να **επιτρέπουν μόνο σε κανονικού πάχους μοντέλα να μετέχουν σε επιδείξεις**, στέλνοντας το μήνυμα ότι η ομορφιά είναι συνώνυμο της ζωής και όχι του θανάτου.⁴⁶

Μαρτυρία: Κάθε μέρα χωρίς βοήθεια είναι μια χαμένη μέρα

Τα τελευταία χρόνια η Α.Μ. (28 χρόνων) ζει το πρόβλημα της ψυχογενούς ανορεξίας από κοντά, καθώς πάσχει απ' αυτήν η 25χρονη αδερφή της. Θέλοντας να διατηρήσει την ανωνυμία της, μίλησε στην «Ε» για την εμπειρία της:

«Ήταν πριν από τρία χρόνια όταν παρατήρησα για πρώτη φορά τις αλλαγές στη συμπεριφορά της αδερφής μου. Έχανε συνέχεια βάρος, απέφευγε γεύματα με διάφορες προφάσεις, ενώ τα βράδια έμενε πολλή ώρα στο μπάνιο, όπου έκανε εμετούς.

Μέσα μου το ήξερα ότι συμβαίνει κάτι σοβαρό, αλλά η ίδια δεν ήθελε να παραδεχτεί ότι έχει πρόβλημα. Ύστερα από δικές μου πιέσεις, που κράτησαν αρκετές μέρες, παραδέχτηκε ότι κάνει εμετούς για να μην πάρει βάρος.

Σ' εκείνη τη φάση ανακουφίστηκα, γιατί σκέφτηκα πως αφού το παραδέχτηκε θα ήταν έτοιμη και να δεχθεί βοήθεια. Όμως στη συνέχεια ξεκίνησε μια μεγάλη περίοδος, που προσπαθούσε να με πείσει να μην το αποκαλύψω στους γονείς μου, με την πρόφαση ότι θα προσπαθήσει μόνη της να βοηθήσει τον εαυτό της και να το ξεπεράσει.

Αποφάσισα να το πω στους γονείς μου, καθώς φοβόμουν για την κατάσταση της υγείας της, με αποτέλεσμα να έρθουμε σε σύγκρουση. Η μητέρα μου είχε ήδη υποψιαστεί κάτι, καθώς είχε προβληματιστεί για τη μεγάλη απώλεια βάρους που παρουσίαζε η αδερφή μου.⁴⁷

Η αποκάλυψη έκανε τους γονείς μου να αισθανθούν ενοχές, καθώς γνώριζαν ότι πρόκειται για ψυχογενή ασθένεια, και θεωρούσαν ότι δεν έκαναν κάτι σωστά στον τρόπο που τη μεγάλωσαν.

Πέρασε άλλη μία περίοδος, κατά την οποία η αδερφή μου υποσχέθηκε ότι, με τη βοήθεια της μητέρας μας, θα ξανάρχιζε να τρώει κανονικά. Όμως πολύ γρήγορα καταλάβαμε ότι κι αυτό ήταν άλλο ένα κόλπο για να καθυστερήσει την επίσκεψη σε ειδικό.

Όταν η κατάσταση άρχισε να χειροτερεύει, ουσιαστικά εξαναγκάστηκε να δει ειδικό και να παρακολουθηθεί στη συνέχεια από ψυχίατρο και διαιτολόγο. Άργησαν πολύ να φανούν αποτελέσματα, γιατί η ίδια συνέχιζε να πιστεύει κάθε φορά που έβλεπε τον εαυτό της στον καθρέφτη ότι είναι υπέρβαρη, αν και ζύγιζε μόλις 42 κιλά.

Όλη η καθημερινότητα ενός τέτοιου ανθρώπου περιστρέφεται γύρω από τα ανύπαρκτα περιττά κιλά του, με αποτέλεσμα να γίνει ιδιαίτερα προβληματική η επικοινωνία με τους γύρω του. Στην οικογένεια είναι δύσκολο να διατηρηθεί ισορροπία, γιατί κανείς μας δεν γνώριζε, παρά τις οδηγίες των ειδικών, πώς να συμπεριφερθεί.

Σήμερα η αδερφή μου, ύστερα από δύο χρόνια θεραπείας, έχει πάρει τέσσερα κιλά, έχει περίοδο που της είχε κοπεί για ενάμιση χρόνο, έχει βελτιώσει, σε μικρό βαθμό, τη σχέση της με το φαγητό, συνεχίζει όμως να θεωρεί ότι είναι παχιά. Κατά περιόδους αποφεύγει το φαγητό, ενώ στη συνέχεια έχει έντονες βουλιμικές κρίσεις.

Όλη μου η οικογένεια έχει αποδεχτεί πλέον το γεγονός ότι δεν πρόκειται να γίνει εντελώς καλά σε σύντομο χρονικό διάστημα και προσπαθούμε, όσο γίνεται, να τρώει ισορροπημένα και να αποφεύγουμε αναφορές για θέματα κιλών, φαγητού κ.λπ.

Με τις πρώτες υποψίες ότι συμβαίνει κάτι τέτοιο σε άτομο του περιβάλλοντός σας, θα πρέπει να προσπαθήσετε να δει όσο πιο γρήγορα ειδικό και ν' αρχίσει θεραπεία. Τα άτομα αυτά ξέρουν να κρύβονται πολύ καλά, αλλά κάθε μέρα χωρίς βοήθεια είναι μια χαμένη μέρα...»⁴⁷

Ανεξαρτησία από έναν κόσμο με εμμονή στο βάρος

Μια «Διακήρυξη Ανεξαρτησίας από έναν Κόσμο με Εμμονή στο Βάρος» έχει αναρτήσει στις σελίδες της η NEDA (National Eating Disorders Association). Διακήρυξη που μπορεί να τυπώσει και να υπογράψει όποιος είναι έτοιμος να παραδεχτεί ότι αντιμετωπίζει διατροφική διαταραχή. Είναι ένα ιδιωτικό συμφωνητικό, ένα πλάνο, επιβοηθητικό για μια νέα αρχή. Κάτι που «μπορεί να βοηθήσει το άτομο να αποδεχτεί τη φυσική μορφή και το μέγεθος του σώματός του», όπως αναφέρει η οργάνωση. «Εγώ, ο υπογράφων, δηλώνω ότι από σήμερα και στο εξής θα επιλέγω να ζω τη ζωή μου ακολουθώντας τους παρακάτω όρους. Με αυτό κηρύσσω τον εαυτό μου ελεύθερο και ανεξάρτητο των πιέσεων και των περιορισμών ενός κόσμου που έχει εμμονή στο βάρος.⁴⁸

- Θα αποδεχτώ το σώμα μου στη φυσική του μορφή και μέγεθος.
- Θα γιορτάζω καθημερινά όλα όσα μπορεί να κάνει το σώμα μου για μένα.
- Θα συμπεριφέρομαι με σεβασμό στο σώμα μου: Θα το ξεκουράζω επαρκώς, θα το τροφοδοτώ με μια ποικιλία φαγητών, θα το ασκώ με μέτρο, θα ακούω τις ανάγκες του.
- Θα επιλέγω να αντιστέκομαι στις κοινωνικές πιέσεις που επιβάλλουν να κρίνουμε τον εαυτό μας και τους άλλους με βάση φυσικά χαρακτηριστικά όπως είναι το βάρος, η μορφή και το μέγεθος. Θα σέβομαι τους ανθρώπους με βάση τις ιδιότητες του χαρακτήρα τους και την επιρροή των επιτευγμάτων τους.
- Θα αρνηθώ να στερώ το σώμα μου από απαραίτητα θρεπτικά συστατικά κάνοντας δίαιτα ή χρησιμοποιώντας προϊόντα δίαιτας.
- Θα αποφεύγω να βάζω τα τρόφιμα στις κατηγορίες "καλά" και "κακά". Δεν θα σχετίζω την κατανάλωση συγκεκριμένων φαγητών με ενοχή ή ντροπή. Αντ' αυτού θα προσφέρω στο σώμα μου μια ισορροπημένη διατροφή, ακούγοντας και ανταποκρινόμενος/η στις ανάγκες του.
- Δεν θα χρησιμοποιώ το φαγητό για να καλύψω τις συναισθηματικές μου ανάγκες.
- Δεν θα αποφεύγω να συμμετέχω σε δραστηριότητες που μου αρέσουν (π.χ. κολύμπι, χορός, απόλαυση ενός γεύματος) απλώς γιατί δεν αισθάνομαι καλά με την εικόνα του σώματός μου. Θα αναγνωρίζω ότι έχω το δικαίωμα να απολαμβάνω την όποια δραστηριότητα, ασχέτως της μορφής ή του μεγέθους του σώματός μου.⁴⁸

ΕΙΔΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Ανησυχώ υπερβολικά μήπως πάρω κιλά | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 2. Κάνω συχνά δίαιτα ή αισθάνομαι έντονα την ανάγκη αυτή | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 3. Δε νιώθω καλά με τον εαυτό μου, όταν παίρνω κιλά | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 4. Η διάθεσή μου εξαρτάται σε υπερβολικό βαθμό από το βάρος μου. Έτσι, εάν πάρω 1 κιλό, αισθάνομαι θλίψη, απογοήτευση, θυμό κ.ά. | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 5. Το φαγητό αποτελεί ένα είδος παρηγοριάς για μένα | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 6. Είμαι απογοητευμένος/η από το μέγεθος και το σχήμα του σώματός μου | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 7. Μετά από ένα πολύ μεγάλο γεύμα, μένω την επόμενη μέρα τελείως νηστικός/ή για να αντισταθμίσω το λάθος | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 8. Εάν πάρω 1 κιλό αισθάνομαι ότι θα χάσω τον έλεγχο και θα συνεχίσω να παίρνω βάρος χωρίς να μπορώ να σταματήσω | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 9. Κατά τη διάρκεια της ημέρας σκέφτομαι αρκετά συχνά τι θα φάω και πότε | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 10. Προσπαθώ με διάφορους τρόπους να κρύψω το πόσο πολύ τρώω | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 11. Πολλές φορές σκέφτομαι να κάνω –ή έχω κάνει- εμετό προκειμένου να διατηρήσω το βάρος μου | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 12. Αισθάνομαι ενοχές και ανυπόφορες τύψεις όταν τρώω απαγορευμένες ή παχυντικές τροφές | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 13. Κάποιες φορές τρώω μέχρι σκασμού | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 14. Αφού έχω φάει, χρησιμοποιώ διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα (όπως διουρητικά ή καθαρτικά) ή καταφεύγω σε εξοντωτική φυσική άσκηση προκειμένου να μην πάρω κιλά | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 15. Αισθάνομαι ότι βρίσκομαι σε μόνιμο διατροφικό περιορισμό | ΝΑΙ | ΟΧΙ |

- Εάν απαντήσετε **ΝΑΙ** σε πέντε (5) ή περισσότερες ερωτήσεις, τότε πιθανότατα υποφέρετε από κάποια διατροφική διαταραχή⁵⁰.