

ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

« ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ, ΑΣΙΤΙΑ ΕΦΗΒΩΝ ΣΕ ΕΝΑΝ ΚΟΣΜΟ ΑΦΘΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ. »



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ :

ΒΑΡΒΑΣΑΙΝΙΤΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ
ΘΕΟΔΩΡΑΤΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

κα. ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ
Καθ. Εφαρμογών Μ.ΣΕ

ΠΑΤΡΑ 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	6
Εισαγωγή.....	7
Διατροφικές διαταραχές στην εφηβική ανάπτυξη.....	8-9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

1.1 Ορισμός.....	10
1.2 Τύποι νευρικής ανορεξίας.....	11
1.3 Οι κρίσιμες τρεις φάσεις.....	11-12
1.4 Ιστορική αναδρομή.....	13
1.5 Επιδημιολογικά δεδομένα – Ομάδες υψηλού κινδύνου.....	14
1.6 Χαρακτηριστικά – Συμπτωματολογία	15-18
1.7 Ιστορικό διαίτας.....	19
1.8 Κλινική εικόνα.....	20-21
1.9 Αιτιολογία.....	21-25
1.10 Διάγνωση.....	26-30
1.11 Πρόγνωση – Επιπλοκές.....	31-32
1.12 Θεραπεία – Αντιμετώπιση και Εναλλακτικές Μέθοδοι.....	32-35
1.13 Διατροφικές εισηγήσεις και Νοσηλευτική παρέμβαση.....	35-36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

2.1 Ορισμός.....	37
2.2 Τύποι βουλιμίας.....	37
2.3 Αιτιολογία.....	38

2.4	Χαρακτηριστικά και συμπτώματα.....	38
2.5	Παράγοντες.....	38-39
2.6	Επακόλουθα και Επιπλοκές.....	39
2.7	Θεραπεία.....	40
2.8	Αντιμετώπιση.....	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ ΑΣΙΤΙΑ ΕΦΗΒΩΝ

3.1	Ορισμός	40-41
3.2	Συμπτώματα.....	41
3.3	Ομάδες υψηλού κινδύνου.....	42
3.4	Συνέπειες.....	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΕΦΗΒΩΝ

4.1	Ορισμός Εφηβείας.....	43
4.2	Τι απασχολεί τον έφηβο;.....	43
4.3	Διατροφή εφήβων.....	43-44
4.4	Διατροφικές συμπεριφορές εφήβων.....	44-45
4.5	Οι βασικές συστάσεις της Ένωσης Ελλήνων Διαιτολόγων για την ηλικία αυτή.....	45-46
4.6	Αντίληψη σωματικού βάρους.....	46-47
4.7	Προβλήματα της εφηβικής ηλικίας που σχετίζονται με τη διατροφή.....	47
4.8	Παράγοντες που επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά των εφήβων.....	47-51
4.9	Πρακτικές συμβουλές Διατροφής για εφήβους.....	51-52
4.10	Υποδειγματική διατροφή εφήβων.....	52
4.11	Η σημασία της σωστής διατροφής για τον έφηβο.....	53
4.12	Η αξία των οικογενειακών γευμάτων.....	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.

5.1 Γενικές συμβουλές και συστάσεις για αλλαγή διατροφικών διαταραχών.....	55-58
5.2 Νοσηλευτική διεργασία.....	58-61
5.3 ΔΙ.ΚΕ.ΨΥ.....	62-63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΕ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ – ΒΟΥΛΙΜΙΑ

6.1 Κατάθλιψη.....	63-64
6.2 Κατάθλιψη και Απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία.....	64-65
6.3 Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή(OCD).....	65-66
6.4 Αγχώδεις διαταραχές.....	66-67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.

Ανεξαρτησία από έναν κόσμο με εμμονή στο βάρος.....	67-68
Η ασθένεια έχει θνησιμότητα πάνω από 10%.....	68-69
Τα επικίνδυνα «ΙΔΑΝΙΚΑ» της τελειότητας.....	70-71
Εκατομμύρια άτομα παλεύουν με τη δυσαρέσκεια της εικόνας τους.....	71-73
Νευρική ανορεξία, η σύγχρονη παγκόσμια επιδημία.....	73-74
Η μόδα αγνοεί τους φυσιολογικούς ανθρώπους.....	74-75
Άντρες και διατροφικές διαταραχές.....	75-76
1^η Μαρτυρία: Όλγα 21 ετών.....	77-78
2^η Μαρτυρία: Κάθε μέρα χωρίς βοήθεια είναι μία χαμένη μέρα.....	78-79
3^η Μαρτυρία: Κατέληξα να πολεμάω το σώμα μου.....	80-81
4^η Μαρτυρία: Η Ρεβέκκα πέθανε λόγω νευρικής ανορεξίας.....	82-86
5^η Μαρτυρία: Η αρχή της διατροφικής διαταραχής... ένα παραμύθι με κακό τέλος.....	87

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	89-93
--------------------------	-------

Κατά τη διάρκεια της μέρας, περπατάς ευτυχισμένη.....

Γιατί δεν έχεις φάει τίποτα!

Όλα αυτά σε κάνουν να νιώθεις ήρεμη.....

Μιλάς στους φίλους σου..... ανέχεσαι τους γονείς σου...!

Ο πόνος είναι μακριά.... Και ξαφνικά υπάρχει μια μοναδική σκέψη:

Η λοιμοκτονική σου διάθεση είναι δυνατότερη από 'σένα,

Δεν είσαι ικανή να παλέψεις εναντίον της πια.....

Έχει τελειώσει..... και εσύ είσαι χαμένη!!!!!!!!!!

Μισείς τον εαυτό σου..... πηγαίνεις στην τουαλέτα.....

Αλλά.....

Η άσχημη αίσθηση είναι ακόμα εκεί.....

Είσαι χαμένη.....!!!!!!!!!!

Δε μπορείς να αντέξεις τον εαυτό σου άλλο πια...

Τα πάντα είναι δικό σου φταίξιμο.....!!!!!!!!!!

Και έτσι πληγώνεις τον εαυτό σου.....

Αισθάνεσαι καλύτερα για μία στιγμή.....

Μέχρι την επόμενη φορά.....!!!!!!!!!!

Αλλά δεν είναι αυτό το πρόβλημα.....

Κρύβεις τον εαυτό σου πίσω από την.....

Μάσκα.....

Γι' αυτές που υποφέρουν.....!!!!!!!!!!

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία μας απευθύνεται σε άτομα που θέλουν να κατανοήσουν την ψυχογενή ανορεξία-βουλιμία, όπως επίσης και σε άτομα υψηλού κινδύνου, ηλικίας 10-30 ετών. Το ερέθισμα για την εργασία μας είναι τα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, τα οποία στις μέρες μας αυξάνονται με ραγδαίους ρυθμούς. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν μέχρι τώρα λόγω της άγνοιας για τα συμπτώματα, την πορεία και τους τρόπους αντιμετώπισης της διαταραχής αυτής, μας έδωσε το έναυσμα να ασχοληθούμε με αυτό το πρόβλημα.

Όπως είναι γνωστό σε όλους μας, η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο, στο να διατηρηθεί η φυσική και ψυχική υγεία του ατόμου. Πολλές ασθένειες έχουν τη βάση τους στις διατροφικές συνήθειες. Η κακή λοιπόν διατροφή, έχει ως επακόλουθο βλάβες σε όλες τις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού και σταδιακά, την απουσία σημαντικών στοιχείων απαραίτητων για τη διατήρηση της ζωής, όπως για παράδειγμα: βιταμίνες, ηλεκτρολύτες, συστατικά του αίματος. Αποτέλεσμα αυτών, η εμφάνιση παθήσεων στον οργανισμό όπως αβιταμίνωση που μπορούν να οδηγήσουν το άτομο σε νευρική ανορεξία-βουλιμία, βαριάς μορφής κατάθλιψη, διάφορες αγγώδεις διαταραχές, ως και τάσεις αυτοκαταστροφής, όπου μπορεί να επιφέρουν ακόμα και το θάνατο.

Η νευρική ανορεξία έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας στην εποχή μας. Το ίδιο και το σύνολο των διατροφικών διαταραχών. Η νευρική ανορεξία είναι μια από τις συχνότερες ψυχιατρικές διαγνώσεις στις νέες γυναίκες. Συγκεκριμένα, μία στις τέσσερις γυναίκες θα οδηγηθούν στο θάνατο από τη διατροφική διαταραχή. Στις Η.Π.Α, 10 εκατομμύρια γυναίκες και 1 εκατομμύριο άνδρες παλεύουν με κάποια διατροφική διαταραχή, με κίνδυνο να πεθάνουν. Αυτές είναι μόνο οι καταγεγραμμένες περιπτώσεις. Εκατομμύρια μένουν εκτός στατιστικών, αφού η ντροπή που σχετίζεται με αυτές τις αφήνουν αδιάγνωστες. Η τροφή και το βάρος γίνονται η μανία τους. Στην κοινωνία μας, το να είναι κανείς αδύνατος, ισούται κατά κάποιον τρόπο με την ομορφιά και τον αυτοέλεγχο. Αυτό μπορεί να είναι ένα μέρος της ερμηνείας του: «γιατί τόσο μεγάλο ποσοστό των κοριτσιών στην εφηβεία εκφράζει δυσαρέσκεια για το βάρος του ; »



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας υπάρχουν παιδιά που γεννήθηκαν σε χώρες του Τρίτου Κόσμου και δυστυχώς αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα επιβίωσης, με κυριότερο τον υποσιτισμό, δηλαδή την μειωμένη χορήγηση τροφής. Την ίδια στιγμή όμως, κυκλοφορούν ανάμεσά μας πάρα πολλά νέα παιδιά και κυρίως κορίτσια της εφηβικής ή νεαρής ηλικίας, που ενώ προέρχονται από εύπορες οικογένειες με όλες τις ανέσεις, αντιμετωπίζουν το ίδιο ακριβώς πρόβλημα και με τις ίδιες επικίνδυνες συνέπειες. Με τη σκέψη τους κυριολεκτικά «κολλημένη» στα λεπτά, σχεδόν οστεώδη φωτομοντέλα των περιοδικών και της τηλεόρασης, κάνουν κάθε προσπάθεια για να τους μοιάσουν, θέτοντας όμως σε σοβαρό κίνδυνο την ίδια τους την υγεία. Έχουν έντονη αγωνία να παραμείνουν αδύνατες και γι' αυτό καταφεύγουν σε εξαντλητικές δίαιτες, με αποτέλεσμα να χάνουν σημαντικό βάρος τουλάχιστον 15% κάτω από το βάρος που αντιστοιχεί στον σωματότυπό τους (Σφηκάκη, 2007).

Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα πάσχουν από μια σοβαρή ψυχιατρική ασθένεια που ονομάζεται «νευρογενής ή νευρική ανορεξία». Ακόμη και αν είναι λεπτοί και υγιείς εξακολουθούν να έχουν τεράστιο φόβο ότι μπορεί να παχύνουν και να πάψουν να είναι ελκυστικοί στο περιβάλλον τους. Το κυριότερο δεν είναι, ότι οι φόβοι τους παραμένουν ένα καλά κρυμμένο «μυστικό», πράγμα που συνήθως καθιστά το πρόβλημα ακόμη μεγαλύτερο (Κουρκουτάς, 2001).

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

Στην περίπτωση αυτή τα άτομα που πάσχουν (κυρίως κορίτσια νεαρής ηλικίας), δεν προσπαθούν να «ξεχάσουν» την πείνα τους, ούτε καταφεύγουν σε εξαντλητικές δίαιτες, αλλά αντιθέτως «καταβροχθίζουν» μεγάλη ποσότητα φαγητού με μανία σε ελάχιστο χρονικό διάστημα και στη συνέχεια καταφεύγουν σε λύσεις όπως εμετό, τη λήψη καθαρτικών ή διουρητικών για να αποφύγουν την αποθήκευση των θερμίδων που καταναλώθηκε (Woodrife, 2002).

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

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

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

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

Συνήθες φαινόμενο στην εφηβική ηλικία είναι οι διατροφικές διαταραχές. Η νευρογενής και η ψυχογενής ανορεξία είναι ασθένειες που σχετίζονται με τη διατροφική και ψυχολογική διάθεση του εφήβου. Η σοβαρότερη μορφή της είναι η νευρική ανορεξία η οποία έχει το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας (20%) (Μοσχάκου και Ντζοΐδου, 2010).

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

Έτσι οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής κίνησαν πρώιμα το ενδιαφέρον των ερευνητών. Σε μερικές οικογένειες παρατηρήθηκε συχνότερη εμφάνιση των διαταραχών αυτών, που οδήγησε στη διερεύνηση του ρόλου της κληρονομικότητας στην εκδήλωσή τους.!(Κολαξή, 2007).

Με βάση επιδημιολογικές μελέτες στην Ελλάδα νοσεί το 6% (1% από νευρική ανορεξία και 5% από νευρική βουλιμία) ενώ το 7% του πληθυσμού παρουσιάζει ορισμένα συμπτώματα και από τις δύο παθήσεις, ανεβάζοντας το συνολικό ποσοστό των πασχόντων σε 13% (Φυντανίδου, 2010).

Η ψυχογενής ανορεξία έχει το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας απ' όλες τις ψυχιατρικές και ψυχογενείς διαταραχές (20-25%). Οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται για την απόκτηση «λεπτού και καλλίγραμμου σώματος» οδηγούν τις έφηβες σε ασιτία. Αποδέκτες των επιπτώσεων είναι πρώτα οι γονείς (Σφηκάκη, 2007).

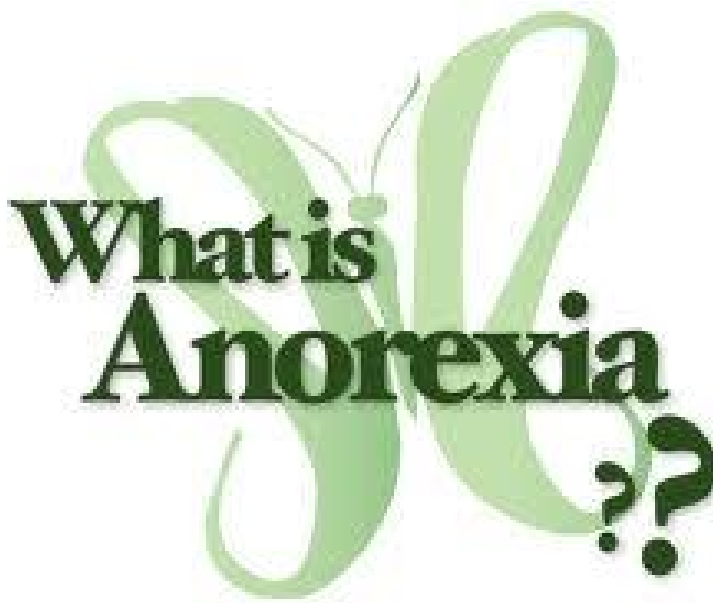
Η στάση της οικογένειας και των φίλων απέναντί τους πρέπει να είναι σταθερή, ένθερμη και σε καμία περίπτωση επικριτική. Το άτομο το οποίο αντιμετωπίζει καθημερινά στρεσογόνες καταστάσεις, πολύ συχνά στρέφεται σε μία ανθυγιεινή και χωρίς καθορισμένο ωράριο διατροφή. Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι, αν και στην εφηβεία έχουμε συμπτώματα

υπερφαγίας, η σιδεροπενική αναιμία αποτελεί μία συχνά εμφανιζόμενη διατροφική έλλειψη (Woodruff, Harning, 2008).

Οι ομάδες που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, είναι οι κοπέλες σε ηλικία όψιμης εφηβείας και οι έφηβες αθλήτριες. Εκτός από την ψυχογενή ανορεξία ή ψυχογενή βουλιμία υπάρχουν και άλλες καταστάσεις που εμφανίζουν προβλήματα στην πρόσληψη τροφής αλλά είναι ηπιότερες από τις δύο προηγούμενες. Παραδείγματα τέτοιων καταστάσεων είναι:

- Κλινική εικόνα που θυμίζει ψυχογενή ανορεξία ή ψυχογενή βουλιμία, αλλά τα συμπτώματα είναι πολύ ήπια.
- Συμπτώματα ψυχογενούς ανορεξίας, αλλά το βάρος σώματος παραμένει στα φυσιολογικά επίπεδα.
- Το άτομο συνέχεια μασάει και φτύνει χωρίς να καταπίνει μεγάλες ποσότητες τροφής. Άτομα με τέτοιες διαταραχές δεν υπεραπασχολούνται με το σχήμα ή με το βάρος του σώματος τους (Μοσχάκου, 2010).





ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η Ψυχογενής Ανορεξία είναι ένα σύνδρομο ασιτίας όπου το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής. Προσβάλλει συνήθως άτομα εφηβικής ηλικίας 12-18 ετών και πρωταγωνιστικό ρόλο έχουν τα νεαρά κορίτσια. Τα βασικά χαρακτηριστικά είναι η άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος, έντονος φόβος του ατόμου μήπως γίνει παχύ, διαταραχή στη σωματική εικόνα, σημαντική απώλεια βάρους (περισσότερο από 25% του φυσιολογικού του βάρους) και αμνηρόρια στις γυναίκες. Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη του σώματος τους και γενικά της εξωτερικής τους σωματικής εικόνας, καθώς δεν μπορούν να αναγνωρίσουν σωματικές αισθήσεις συμπεριλαμβανομένου του αισθήματος της πείνας. Είναι ένας τρόπος να δείξουν ότι έχουν τον έλεγχο του βάρους του σώματος 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 παίρνει λειτουργικές αποφάσεις για το φαγητό καθώς η διαταραχή εξελίσσεται, πολλά άτομα υποφέρουν από εξάντληση λόγω της ασιτίας (Μάνος, 1997).

Η πρόγνωση της νόσου είναι πολύ δραματική: μόνο το 1/3 των ασθενών, μετά το πέρας της τρίτης δεκαετίας της ζωής σταθεροποιούνται σε βάρος και τα συμπτώματα βαθμιαία υποχωρούν. Στο 1/3 των ασθενών επέρχεται θάνατος από τις επιπλοκές της επισχνάσεως και το 1/3 ζει με σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας του, λόγω των επαναλαμβανόμενων νοσηλειών, της διαρκούς αδυναμίας και των σωματικών επιπλοκών (Αθανασοπούλου Ι, 2010).

1.2 ΤΥΠΟΙ:

Διακρίνουμε δύο τύπους ψυχογενούς ανορεξίας :

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

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

Τύπος Υπερφαγίας / Κάθαρσης / Υπερκατανάλωσης: χαρακτηρίζει τη διαταραχή όπου η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται με προκλητό εμετό, καθαρτικά, διουρητικά ή ενέματα ύστερα από υπερφαγία ή και τη λήψη μικρών ποσοτήτων τροφής. Ο υπερκαταναλωτικός τύπος χαρακτηρίζεται από σποραδικά επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθούνται από τεχνητή πρόκληση εμετού. Οι ασθενείς με ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου χαρακτηρίζονται από εσωστρέφεια, αναφέρουν συχνότερα άγχος, κατάθλιψη κι ενοχές, παραδέχονται πως έχουν έντονη όρεξη και τείνουν να είναι μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τους ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου. (Σφηκιάκη, 2007).

1.3 ΟΙ ΚΡΙΣΙΜΕΣ 3 ΦΑΣΕΙΣ.....

Η είσοδος στη νευρική ανορεξία, ενός οποιοδήποτε ατόμου, χωρίζεται, συνήθως, σε τρεις φάσεις. Σύμφωνα με μια συνέντευξη του ψυχολόγου κ. Σπύρου Μπουρδούκη, έχουμε καταφέρει να καταγράψουμε αυτές τις τρεις κρίσιμες φάσεις, οι οποίες καθορίζουν το πώς και πόσο γρήγορα θα εξελιχθεί η ασθένεια αυτή σε έναν άνθρωπο.

«Η είσοδος στην ανορεξία γίνεται συνήθως με αφορμή μια δίαιτα που θα ξεκινήσει κάποιος, θέλοντας να ελέγξει το βάρος του και η οποία, στην πορεία, θα ξεφύγει από τον αρχικό στόχο και θα οδηγήσει στη χωρίς όρια μείωση των κιλών» επισημαίνει ο κ. Μπουρδούκης.

Σύμφωνα με τον ειδικό, η εξέλιξη της ασθένειας περιλαμβάνει τις 3 ακόλουθες φάσεις:

i) Στην πρώτη φάση, όλα βαίνουν καλώς. Η διαίτα μαζί με τη μάλλον υπερβολική άσκηση αποφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Το άτομο χάνει βάρος και αισθάνεται καλά με τον εαυτό του. Δεν υπάρχει καμιά υπόνοια ασθένειας σε αυτό το στάδιο.

ii) Στη δεύτερη φάση, τα αρνητικά σημάδια γίνονται εμφανή. Το περιβάλλον του ασθενούς αρχίζει να παρατηρεί την υπερβολική απώλεια κιλών. Το άτομο αυτό αισθάνεται διαφορετικό και αρχίζει να αποστασιοποιείται από την οικογένεια και τους φίλους του. Αρνείται να τρώει μαζί με την υπόλοιπη οικογένεια και φοράει φαρδιά ρούχα, με σκοπό να καλύψει το ελλιπές βάρος του.

iii) Στην τρίτη φάση, έχουμε, όχι πια την απόκρυψη, αλλά την παραδοχή της κατάστασης. Αυτό δε, σημαίνει πως το άτομο έχει παραδεχτεί το γεγονός της ασθένειας. Πρόκειται περισσότερο για υιοθέτηση της “στέρησης τροφής” ως τρόπο ζωής και ο κίνδυνος πλέον είναι εμφανής (Μπουρδούκης, 2013)



1.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ



Η ψυχογενής ανορεξία μέχρι και τα μέσα του 20^{ου} αιώνα ήταν σπάνια. Σημείωσε σημαντική έξαρση μετά το 1960, καθώς από τότε και μέχρι τις μέρες μας πρωταγωνιστεί στο κοινωνικό status η εικόνα του αδύνατου, σχεδόν σκελετωμένου σώματος και των δύο φύλων. Η πρώτη περιγραφή της διαταραχής αυτής επιχειρήθηκε τον 16ο και τον 17ο αιώνα και με την αναγνώριση και την παραγραφή της νευρικής ανορεξίας ως ασθένειας στα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, η κοινή προσοχή στράφηκε στα λεγόμενα «κορίτσια που νηστεύουν» και προκάλεσε σύγκρουση μεταξύ της θρησκείας και της επιστήμης.

Τέτοιες περιπτώσεις όπως η Σάρα Τζέικομπς (Sarah Jacobs), η οποία ονομάστηκε το κορίτσι από την Ουαλία που νηστεύει και η Mollie Fancher (το αίνιγμα του Μπρούκλιν) προκάλεσε αντιπαράθεση καθώς και οι ειδικοί «ζύγισαν» τις πεποιθήσεις περί πλήρους αποχής από το φαγητό. Οι πιστοί έκαναν αναφορά για διχασμό μεταξύ του μυαλού και του σώματος, ενώ οι σκεπτικιστές επέμεναν στους νόμους της επιστήμης και των υλικών πραγματικοτήτων της ζωής.

Οι κριτικοί κατηγόρησαν «τα κορίτσια που νηστεύουν» για υστερία, δεισιδαιμονία και απάτη. Η πρόοδος της εκκοσμήκευσης και της ιατροποίησης περασε τη πολιτιστική εξουσία από τους κληρικούς στους γιατρούς και η νευρογενής ανορεξία μεταβλήθηκε από κάτι που προκαλούσε το σεβασμό σε κάτι που οι άνθρωποι επίκριναν (Κοτανίδης, 2010).

Τα τελευταία 30 χρόνια μελετάται πολύ διεξοδικά, και αυτό αποδεικνύεται από την κυκλοφορία εξειδικευμένου περιοδικού, του «Journal of Eating Disorders», το οποίο ασχολείται μόνο με τη μελέτη των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής. Η ψυχογενής ανορεξία περιγράφηκε τον περασμένο αιώνα ως «νευρογενής φυματίωση», με βάση την περίπτωση μιας γυναίκας που αδυνάτιζε, χωρίς όμως να παρουσιάζει πυρετό, βήχα ή δύσπνοια, τα κλασικά συμπτώματα της φυματίωσης. Από τότε, ανακοινώθηκαν πολλές μελέτες που έβλεπαν την ψυχογενή ανορεξία είτε ως οργανική είτε ως ψυχική ασθένεια (el.wikipedia.org, 2007).

1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ – ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ



Αν και οι διατροφικές διαταραχές μπορεί να απασχολήσουν τους πάντες (άντρες, γυναίκες, νεαρά κορίτσια ή αγόρια), συνήθως το συγκεκριμένο πρόβλημα αντιμετωπίζουν νεαρές κοπέλες ηλικίας 10 έως 30 ετών. Ένα ποσοστό λιγότερο από το 10% των πασχόντων είναι άντρες. Σύμφωνα όμως με πρόσφατα δεδομένα, ένας στους 50.000 άνδρες πάσχει από ανορεξία. Ο αριθμός αυτός, που αφορά ηλικίες από 18-28 ετών, δείχνει ότι το φαινόμενο βρίσκεται σε άνοδο. Έχει μάλιστα υπερδιπλασιαστεί τα τελευταία 20 χρόνια. Σπάνια απασχολεί γυναίκες μετά τα 40, όταν αρχίζουν να μπαίνουν στην εμμηνόπαυση (Madden, 2004).

Η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται λοιπόν, συχνότερα σε: κοπέλες στο τέλος της εφηβείας, κορίτσια που έχουν αναπτυχθεί νωρίτερα από τα υπόλοιπα της ηλικίας τους, αθλήτριες, χορεύτριες, μοντέλα, ηθοποιούς, αλλά και γενικά σε νεαρές γυναίκες που ασχολούνται με επαγγέλματα στα οποία η εμφάνιση ή το λεπτό και αρμονικό σώμα, παίζει πολύ σημαντικό ρόλο. Αφορμή επίσης για την έναρξη της νόσου μπορεί να είναι κι ένα στρεσογόνο γεγονός για τους ίδιους ή και την οικογένειά τους (π.χ. μετακίνηση, σπουδές), παιδιά που προέρχονται από οικογένειες στις οποίες οι γονείς είναι πειστικοί και έχουν μεγάλες απαιτήσεις σχετικά με την εμφάνιση αλλά και με την απόδοση των παιδιών τους σε όλους τους τομείς (Σφηκάκη, 2007).

Στο 85% περίπου όλων των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία η ηλικία έναρξης της νόσου κυμαίνεται μεταξύ 13 και 20 ετών, ενώ οι γυναίκες προσβάλλονται 15 φορές συχνότερα από τους άνδρες. Η ψυχογενής ανορεξία μπορεί να προκαλέσει τις σοβαρότερες διαταραχές και να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο, είτε εξαιτίας της υπερβολικής νηστείας, είτε εξαιτίας κάποιας απόπειρας αυτοκτονίας, μια και οι αυτοκτονικές τάσεις συνοδεύουν συχνά την ψυχογενή ανορεξία. Άλλωστε σύμφωνα με τις στατιστικές, πάνω από το 10% των ασθενών που υποφέρουν από ψυχογενή ανορεξία πεθαίνουν. Τέλος, στατιστικές μελέτες που έχουν γίνει, έχουν δείξει ότι στην Αμερική περίπου 8.000.000 άτομα πάσχουν από διατροφικές

διαταραχές (ανορεξία, βουλιμία) και από αυτά σχεδόν το 1.000 πεθαίνουν κάθε χρόνο από ψυχογενή ανορεξία.

1.6 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η ανορεξία είναι μία τάση η οποία αποδίδεται στην προβολή του αδύνατου σώματος, σαν μοντέλο ιδανικής εικόνας από τα Μ.Μ.Ε, αλλά και από το χώρο της μόδας. Η εξέλιξη της διαταραχής αυτής σχετίζεται με τη διαταραγμένη άποψη για την εικόνα του σώματος, λανθασμένη εκτίμηση του μεγέθους και του σχήματος του, αλλά και άρνηση του βαθμού αδυναμίας που υπάρχει. Οι άνθρωποι που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία δε σιτίζονται επαρκώς, συνήθως γιατί νιώθουν ότι τα προβλήματα τους προέρχονται από την εμφάνισή τους. Νομίζουν ότι είναι υπέρβαροι, ακόμα και όταν είναι αδύνατοι και μάλιστα σε τέτοιο βαθμό που πολλές φορές είναι αντιαισθητικό για τους άλλους (Woodrife, 2002)

Οι έφηβοι όταν δεν τρέφονται από τη μητέρα συναισθηματικά, επιλέγουν να μην τρέφονται ούτε σωματικά. Η νέα κοπέλα επιθυμεί να παραμείνει παιδί και υιοθετεί μια σειρά ακραίων διατροφικών συνηθειών λόγω της διαρκούς επιθυμίας να είναι λεπτή και να μη γίνει κι αυτή γυναίκα με καμπύλες. Δεν επιθυμεί το παιδικό σώμα να μετατραπεί βαθμιαία σε σώμα ενηλίκου, με προεξέχοντα τα χαρακτηριστικά του φύλου, ενώ η αποδοχή αυτών των αλλαγών θα προϋπόθετε ψυχική λειτουργία. Οι διαταραχές της διατροφής που εμφανίζονται κυρίως στην εφηβεία και συνήθως στα κορίτσια, στρέφονται εναντίων του ίδιου του σώματος και υποδηλώνουν μια απόπειρα να παρεμποδιστεί η έκφραση της σεξουαλικότητας (www.wikipedia.org, 2007).

Ζουν καταβάλλοντας συνεχώς προσπάθειες να ελέγξουν το φαγητό, το βάρος τους και τη σωματική άσκηση. Άλλοι αισθάνονται έντονες ενοχές όταν τρώνε κάτι ανθυγιεινό ή περιορίζουν τη τροφή τους σε σημαντικό βαθμό, φοβούμενοι ότι μπορεί να πάρουν κιλά.



Κάποιοι αθλούνται με καταναγκαστικό τρόπο, προκειμένου να μην παχύνουν. Αυτός ο φόβος είναι και το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής. Καθώς φτάνει σε υπερβολικά επίπεδα, χωρίς μάλιστα το άτομο να μπορεί να ερμηνεύσει. Έτσι, αρχίζουν οι δίαιτες, στέριση, η καθολική άρνηση για τροφή και μετά έρχονται τα προβλήματα υγείας. Επιπλέον χρησιμοποιούν καθαρτικά, διαιτητικά χάπια, εμετικά, διουρητικά ή πηγαίνουν γρήγορα στο μπάνιο μετά τα γεύματα για να προκαλέσουν οι ίδιοι εμετό στον εαυτό τους και να αποβάλλουν τις περιττές θερμίδες. Φορούν φαρδιά ρούχα για να κρύψουν την απώλεια βάρους τους αν τους κάνουν σχόλια για την υγεία τους να τα αποφύγουν, ενώ κάποιοι άλλοι/ες φορούν φαρδιά ρούχα για να κρύψουν το σώμα τους καθώς το θεωρούν μη

γοητευτικό και υπέρβαρο. Η ψυχική και σωματική υγεία επηρεάζεται σημαντικά από τη ψυχογενή ανορεξία.

Τα σωματικά προβλήματα που παρουσιάζονται συνήθως είναι: αμηνόρροια στις γυναίκες, αδυναμία διατήρησης της θερμοκρασίας του σώματος, με αποτέλεσμα υποθερμία, ωχρή όψη, προβλήματα εστίασης στην όραση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές για παράδειγμα υπογλυκαιμία, γαστρεντερικά προβλήματα, όπως μειωμένη γαστρική κένωση και δυσκοιλιότητα, αλλά και καρδιακά προβλήματα, όπως υπόταση, αρρυθμίες και καρδιακή υπόταση. Άλλα σωματικά προβλήματα που σχετίζονται με τη διαταραχή αυτή είναι τα προβλήματα στο κυκλοφορικό σύστημα, όπως αναιμία, η μείωση της οστικής μάζας, η απώλεια των μαλλιών (τριχόπτωση), διαταραχή στις εγκεφαλικές λειτουργίες, κακή διάθεση αλλά και οι νεφροπάθειες.

Πρέπει να διευκρινισθεί ότι η λέξη «ανορεξία» είναι αποπροσανατολιστική. Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης, γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται, παρά μόνο αργά στη πορεία της νόσου. Οι ασθενείς δεν έχουν έλλειψη όρεξης. Συχνά πεινούν αλλά απωθούν την πείνα τους και αρνούνται να φάνε κανονικά λόγω της διαρκούς επιθυμίας τους να είναι λεπτοί, ακόμα και σε σημείο απίσχνασης και εξαιτίας του φόβου τους μήπως χάσουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους απέναντι στο φαγητό (Κολαξή, 2007).

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας, κατά το DSM-IV είναι τα εξής:

A) Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος του πάνω από το ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του, π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους του σώματος 15% κάτω από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει το αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης που οδηγεί σε βάρος σώματος 15% κάτω από το αναμενόμενο.

B) Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα και αν το άτομο είναι λιποβαρές.

Γ) Διαταραχή στον τρόπο που κάποιος βιώνει το βάρος του ή το σχήμα του σώματος του και άρνηση της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού βάρους, π.χ. το άτομο ισχυρίζεται ότι νιώθει παχύ ακόμη κι όταν είναι κάτισχνο. Πιστεύει ότι μια περιοχή του σώματος του είναι «πολύ παχιά», ακόμη κι όταν το βάρος της είναι κάτω από το κανονικό.

Δ) Στις γυναίκες μετά την έναρξη της περιόδου, εμφανίζεται αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορυσίων, ενώ κανονικά αναμένονταν να συμβούν (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής αμηνόρροια). Η αμηνόρροια συχνά μπορεί να εμφανιστεί πριν παρατηρηθεί σημαντική ελάττωση βάρους και οφείλεται σε ελαττωμένη έκκριση από τη υπόφυση της θηλακιοτρόπου ορμόνης (PSH) και της ωχρινοποιητικής ορμόνης (LH) .

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

- Τριχόπτωση.
- Ατροφία νυχιών.
- Αϋπνίες.
- Ατροφία των δοντιών.



- Υπόταση.
- Σοβαρές μεταβολικές διαταραχές.
- Τελετουργική στάση προς το φαγητό (π.χ. κόψιμο του φαγητού σε πολύ μικρά κομμάτια).
- Πρόκληση εμετού, χρήση καθαρτικών και διουρητικών φαρμάκων.
- Ακραία απώλεια βάρους.
- Κοιλιακοί πόνοι, ζαλάδες, λιποθυμίες, πρηξίματα σε πρόσωπο και στομάχι, κόπωση και μυϊκή ατονία
- Αίσθηση κρύου.
- Δυσχρωμίες και ξηρότητα στο δέρμα.
- Διακοπές στον εμμηνορρυσιακό κύκλο ή αμηνόρροια.
- Μείωση της σεξουαλικής διάθεσης, προβλήματα στο κυκλοφορικό σύστημα και μείωση της οστικής μάζας.
- Διαταραγμένη αντίληψη για το σχήμα του σώματος ή το βάρος του.
- Αλλαγές στην προσωπικότητα του ατόμου και μεταπτώσεις στη διάθεση (μυστικότητα και υπερκινητικότητα).
- Άρνηση της ύπαρξης του προβλήματος
- Υπεραπασχόληση με άθληση.
- Έντονος φόβος για πρόσληψη βάρους.
- Υπεραπασχόληση για ότι σχετίζεται με το φαγητό.
- Κατάθλιψη και συνεχείς ψυχολογικές μεταπτώσεις (αμφιθυμία).
- Ανώμαλος καρδιακός ρυθμός.
- Ήπια αναιμία.
- Άρνηση να αποκτήσει κανείς φυσιολογικό βάρος, ακόμα και αν ζυγίζει λιγότερο κατά 15% ή και περισσότερο του φυσιολογικού.
- Υπερβολική γυμναστική
- Κούραση
- Εκνευρισμός και Ευερεθιστικότητα.
- Περιορισμός της ποικιλίας τροφών που καταναλώνει.
- Πονοκέφαλο.
- Απώλεια σεξουαλικής διάθεσης

- Ενοχή ή και ντροπή επειδή τρώει.
- Μειωμένη συγκέντρωση και προσοχή, κίνδυνος ατυχημάτων.
- Χλωμό και αφυδατωμένο δέρμα.
- Αϋπνία.
- Δικαιολογίες για να μην τρώει
- Πάθος και εμμονή με το φαγητό και τις θερμίδες
- Συχνό ζύγισμα (www.kead.gr, 2010).

Δυστυχώς, η διάγνωση συχνά γίνεται πολύ καθυστερημένα όταν πλέον η απώλεια του βάρους είναι πολύ σημαντική (>25% του αρχικού βάρους), διότι τα συμπτώματα περνούν απαρατήρητα ή υποτιμούνται από τον παθόντα και το οικείο περιβάλλον.

Στην αρχή το περιβάλλον του ανορεκτικού ατόμου δεν αντιλαμβάνεται τίποτα. Απλώς το ανορεκτικό άτομο αρχίζει να αδυνατίζει με κάποια δίαιτα. Προοδευτικά όμως, καθώς η απώλεια του βάρους προχωρά και η πρόσληψη τροφής συνεχώς ελαττώνεται, συγγενείς και φίλοι αρχίζουν να τρομάζουν καθώς το ανορεκτικό άτομο δηλώνει ότι πρέπει να χάσει βάρος γιατί είναι παχύ. Όταν η απώλεια βάρους αυξηθεί, τότε μπορεί να εμφανιστούν υποθερμία, οίδημα των αστραγάλων, βραδυκαρδία, υπόταση, *la puigo* (οι τρίχες γίνονται λεπτές και μαλακές όπως του νεογέννητου) και σοβαρές μεταβολικές διαταραχές (ηλεκτρολυτικές διαταραχές κ.τ.λ.), κόμα και θάνατος.

Εκτός από τις σωματικές επιπλοκές, η ψυχογενής ανορεξία συνοδεύεται από προβληματική κοινωνική ζωή, η οποία χαρακτηρίζεται από κοινωνική απομόνωση, οικονομική εξάρτηση, συναισθηματική απογύμνωση, αποσύνδεση της οικογένειας, κατάθλιψη, έμμονες ιδέες και σπάνια από απόπειρες αυτοκτονίας. Η νόσος μεταπίπτει συχνά σε χρονιότητα, ενώ ο θάνατος συμβαίνει στο 8% των ασθενών μετά από 10-15 έτη διάρκειας νόσου. Η βαρύτητα της ψυχογενούς ανορεξίας εκτιμάται κλινικά από το έλλειμμα σωματικού βάρους. Τρία κριτήρια πρέπει να ληφθούν υπ'οψηφ: η ολική απώλεια βάρους, η ταχύτητα απώλεια βάρους, η βαρύτητα της ανεπάρκειας σωματικού βάρους, όπως αυτή εκτιμάται από το Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) (kg/m²), απουσία οιδήματος ή ασκίτου.

Η ψυχογενής ανορεξία θεωρείται μέτρια όταν ο BMI είναι <17,5 kg/m², σοβαρή ότι είναι <12,5 kg/m². Σημεία μεγάλης βαρύτητας τα οποία επιβάλλουν την εισαγωγή σε νοσοκομείο είναι: η αρτηριακή υπόταση, η βραδυκαρδία, η υποθερμία και οι διαταραχές συνείδησης και εγρήγορσης, με σύγχυση και θόλωση της διάνοιας, απάθεια και εξάντληση (www.care.gr, 2012).

1.7 Ιστορικό δίαιτας

Ένα διατροφικό ιστορικό που λαμβάνεται από ένα διαιτολόγο αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση των διατροφικών συνηθειών σε ασθενείς με νευρική ανορεξία (Hadigan et al, 2000). Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αναγνωριστούν συγκεκριμένες ελλείψεις σε πρωτεΐνες, λιπαρά οξέα και μικροθρεπτικά συστατικά. Παρ' ότι οι ασθενείς υπερεκτιμούν χαρακτηριστικά την ενεργειακή τους πρόσληψη, το σωματικό βάρος είναι ένας εύκολα μετρήσιμος δείκτης για την έλλειψη ενέργειας. Μαζί με τις πληροφορίες για την πρόσληψη τροφών, το διατροφικό ιστορικό θα πρέπει να εμπεριέχει πληροφορίες για τους παρακάτω παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν τη διατροφική αντιμετώπιση.

Πρόσληψη υγρών. Είναι συχνή η υπερκατανάλωση υγρών και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διευκολύνει τον εμετό ή να επηρεάζει το σωματικό βάρος. Ο περιορισμός των υγρών μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μείωση βάρους (Lowinger et al, 1999).

Κατανάλωση καφεΐνης. Είναι συχνή η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων καφεΐνης στη μορφή του καφέ, του τσαγιού και των χαμηλών σε ενέργεια αεριούχων-ανθρακούχων ποτών στη νευρική ανορεξία, διότι η καφεΐνη έχει ανορεξιογόνο και απισχναντική δράση. Μειώνοντας την πρόσβαση σε αυτά τα ποτά μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα συμπτώματα από τη στέρηση της καφεΐνης.

Κατανάλωση αλκοόλ. Η βαριά κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τις ανάγκες για βιταμίνες της ομάδας Β, οι οποίες πρέπει να παρέχονται σαν συμπλήρωμα (Department of Health, 1991).

Κάπνισμα. Το κάπνισμα αυξάνει τις ανάγκες για αντιοξειδωτικές βιταμίνες, και ιδιαίτερα σε βιταμίνη C (Department of Health, 1991): πρέπει να παρέχονται συμβουλές για τα τρόφιμα που περιέχουν βιταμίνη C. Εάν η διαίτα δεν παρέχει την απαραίτητο ποσότητα βιταμίνης C (όπως στην περίπτωση της διατροφής μέσα σε ένα νοσοκομείο), πρέπει να δοθούν συμπληρώματα. Χρήση βιταμινούχων συμπληρωμάτων. Πρέπει να υπάρχει φροντίδα να προληφθεί ο κίνδυνος τοξικότητας λόγω υπερβολικής χρήσης συμπληρωμάτων βιταμινών Α και D (Department of Health, 1991).

1.8 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα των ατόμων που πάσχουν συνίσταται σε εικόνα σώματος απίσχνασης, ενώ συχνά έχουν μια παράλογη εμμονή, ότι είναι παχύσαρκα ή ότι μπορεί να παχύνουν παρόλο που το σώμα τους μπορεί να είναι αποστεωμένο. Τα άτομα που πάσχουν δεν παραδέχονται την πείνα, την καταβολή που αισθάνονται και συνήθως είναι πολύ δραστήρια, ενώ μετά τη λήψη τροφής ακολουθούν εντατικό πρόγραμμα γυμναστικής, ή τρέξιμο για την κατανάλωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων, μπορεί να προκαλέσουν εμετό ή ακόμα και να πάρουν ορισμένα φάρμακα όπως τα καθαρτικά.

Εκδηλώνουν δυσκοιλιότητα, δυσανεξία στο ψύχος, οι γυναίκες εμφανίζουν αμηνόρροια (απουσία τουλάχιστον τριών καταμήνιων κύκλων), ενώ σε προχωρημένες καταστάσεις υπάρχει βραδυκαρδία, υπόταση, και υποθερμία. Τα μάγουλά τους μπορεί να είναι πρησμένα εξαιτίας της μεγέθυνσης των σιελογόνων αδένων που προκαλείται από την υπερβολική και συχνή πρόκληση εμετού.

Το δέρμα είναι ξηρό, με κίτρινη χροιά λόγω της καρωτιναιμίας, μπορεί να εμφανιστεί διόγκωση των παρωτίδων, οίδημα των αρθρώσεων και κοιλιακό φούσκωμα. Άλλα επιπλέον δερματικά σημάδια της ανορεξίας είναι:

- Ξηρό δέρμα
- Δερματίτιδα
- **Φλεγμονή** (ιδιαίτερα στα δάχτυλα των χεριών και των ποδιών)
- Μελαγχρωματική prurigo (prurigo pigmentosa)
- Effluvium Telogen (ένα είδος σταδιακής λέπτυνσης της τρίχας που οδηγεί σε τριχόπτωση)
- Ακροκυάνωση
- Παρονυχία
- Οίδημα
- Καροτένωση (κιτρίνισμα του δέρματος από υπερβολική κατανάλωση λαχανικών που περιέχουν Α- και Β-καροτίνη, λουτεΐνη, λυκοπένιο, κρυπτοξανθίνη και ζεαξανθίνη π.χ καρότα, μήλα κ.α.)
- Χιονίστρες
- Κνησμός (φαγούρα)
- Ερύθημα (ερυθρότητα του δέρματος)
- **Ακμή**
- Πετέχεια (δερματική ασθένεια που περιλαμβάνει πορφυρά σημάδια στο δέρμα)
- Ραβδώσεις στο δέρμα
- Εντεροπαθική ακροδερματίτιδα ή σύνδρομο του Μπράντ (συγγενής ανεπάρκεια ψευδαργύρου)
- Υπέρχρωση
- Δικτυωτή πελίδνωση
- Γωνιακή χειλίτιδα

- Πελλάγρα (www.wikipedia.org, 2007)

Στον εργαστηριακό έλεγχο μπορεί να βρεθεί αναιμία, λευκοπενία, υποκαλιαιμία, υπολευκωματιναιμία, ευρήματα συμβατά με προνεφρική αζωθαιμία, χαμηλή IgG, IgM και ποικιλίας πρωτεϊνών του συμπληρώματος. Επίσης, χαμηλή τιμή του χαλκού και του ψευδαργύρου του ορού, της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) και της θυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) κ.α.

Παρ'όλη τη σοβαρότητα του προβλήματος, η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί μία από τις λιγότερο κατανοητές αλλά και αινιγματικές ψυχογενείς διαταραχές (Ζουμπανέας, 2010).



1.9 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι ειδικοί δεν είναι απολύτως βέβαιοι για τις βασικές αιτίες των διατροφικών διαταραχών. Εικάζεται ότι παίζει κάποιο ρόλο η κληρονομικότητα, οι διατροφικές αρχές της οικογένειας, τα κοινωνικά πρότυπα, χωρίς όμως να είναι απολύτως ξεκαθαρισμένο, επιβεβαιωμένο, το πώς μπορεί κάποιος-α να εμφανίσει μια διατροφική διαταραχή. Ένα μέρος της εξήγησης πάντως βρίσκεται στις σύγχρονες αναπτυγμένες κοινωνίες που τα πάντα βρίσκονται σε αφθονία και στα μηνύματα που στέλνουν στους νέους ανθρώπους και κυρίως στα κορίτσια και στις γυναίκες (Κολαζή, 2007).

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

Όσον αφορά τους βιολογικούς παράγοντες έχει εκφραστεί η υπόθεση ότι μπορεί να υπάρχει κάποια εκ γενετής προδιάθεση, ή κάποια μαιευτική επιπλοκή από διάφορες προγενέθλιες και περί γενετικές επιπλοκές όπως η μητρική αναιμία, σακχαρώδης διαβήτης, καρδιακές ανωμαλίες στο νεογέννητο. Ακόμα μπορεί να υπάρχει μειωμένη δραστηριότητα ορμόνης των επινεφριδίων (νορεπινεφρίνη) ή προϊόντων μεταβολισμού υδατανθράκων.

Σχετικά με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία έχουν συνήθως ιδιαίτερα υψηλούς στόχους και επιδιώκουν την επιτυχία. Επίσης, συχνά υπάρχουν προβλήματα στις σχέσεις υπερβολική πίεση του εφήβου από τους γονείς.

Επίσης άτομα με ψυχογενή ανορεξία, η οποία είναι η νόσος που κατ' εξοχήν συνδέεται με την εφηβεία, είναι άτομα με δυσκολία στην ανάπτυξη αυτοκτονίας και ανεξαρτητοποίησης. Υπάρχουν έντονες ανάγκες εξάρτησης από τους γονείς, οι οποίες όμως δεν είναι αποδεκτές, για τον έφηβο και η προσπάθεια ελέγχου και άρνηση λήψης τροφής, είναι ένας τρόπος να δηλώσουν ότι είναι ανεξάρτητοι και ότι οι ίδιοι ελέγχουν το σώμα τους και τη ζωή τους (Κουρκουτάς, 2001).

Οι απαιτήσεις της εφηβείας που οδηγούν στην παραίτηση από τη παιδική ηλικία και την προετοιμασία του ατόμου για τις ευθύνες της ενηλίκου ζωής δρουν ιδιαίτερα αγχογόνα για τον έφηβο που θα εμφανίσει ψυχογενή ανορεξία. Η άρνηση λήψης τροφής δηλώνει και την επιθυμία του ατόμου να μη μεγαλώσει, χωρίς όμως αυτό να είναι στη συνειδητή σκέψη του ατόμου, δηλαδή δεν είναι κάτι που του είναι συνειδητό και κατανοητό (Ζαμπέλα, 2003).

Πιο αναλυτικά μηχανισμοί που έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας, είναι οι εξής:

i) ψυχολογικοί, ii) κοινωνικοί, iii) γενετικοί και iv) βιολογικοί παράγοντες.

Οι ψυχολογικές θεωρίες προτείνουν, ότι η Ψυχογενής Ανορεξία είναι μία φοβική στάση του ατόμου απέναντι στην τροφή εξαιτίας τη σεξουαλικής έντασης της εφηβικής ηλικίας. Ιδιαίτερα οι ψυχοδυναμικές διαμορφώσεις τονίζουν την ασυνείδητη φαντασία/φόβο της ανορεκτικής να μείνει έγκυος από το στόμα.(Bogetto, 1999).

Οι κοινωνικές θεωρίες σημειώνουν την έμφαση που έχει δοθεί στις ανεπτυγμένες χώρες (όπου η Ψυχογενής Ανορεξία φαίνεται να είναι πολύ πιο συχνή) στα νιάτα, στην ομορφιά, στο να είναι το άτομο λεπτό και στην υπερβολική ενασχόληση των ατόμων με την εικόνα και το σχήμα του σώματος. Μελέτες σε οικογένειες έχουν δείξει τη γενετική/κληρονομική πλευρά της διαταραχής. Έχει βρεθεί ότι η Ψυχογενής Ανορεξία είναι πιο συχνή σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων που έχουν τη διαταραχή (όπως επίσης, είναι πιο συχνές και οι Διαταραχές της Διάθεσης, ιδιαίτερα σε συγγενείς ατόμων με τον Τύπο Υπερφαγίας/Κάθαρσης). Κοινωνικοπολιτιστικές έρευνες έχουν τονίσει τον ρόλο των πολιτιστικών παραγόντων, όπως η προώθηση της λεπτότητας ως την ιδανική γυναικεία μορφή στα Δυτικά βιομηχανοποιημένα έθνη, ιδιαίτερα μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Μια πρόσφατη επιδημιολογική έρευνα ανάμεσα σε 989,871 κατοίκους της Σουηδίας έδειξε ότι το φύλο, η εθνικότητα και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση αποτελούσαν τεράστιες επιρροές στην περίπτωση ανάπτυξης ανορεξίας, με εκείνους των οποίων οι γονείς δεν είναι Ευρωπαίοι να είναι ανάμεσα σε εκείνους που έχουν λιγότερες πιθανότητες να διαγνωστούν με την αρρώστια και με εκείνους που προέρχονται από πλούσιες, λευκές οικογένειες να αντιμετωπίζουν περισσότερο ρίσκο να την εμφανίσουν.(Jacka, 2010).

Άνθρωποι με επαγγέλματα όπου υπάρχει ιδιαίτερη κοινωνική πίεση να είναι λεπτοί (όπως μοντέλα και χορευτές) έχουν πολλές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν ανορεξία κατά την διάρκεια της καριέρας τους και περαιτέρω έρευνες έχουν υποδείξει ότι άτομα με νευρική ανορεξία έχουν πολύ περισσότερες επαφές με κοινωνικές πηγές που προωθούν την απώλεια βάρους σε σχέση με τα άλλα άτομα. Έχει επίσης τονιστεί ότι η νευρική ανορεξία είναι πιο πιθανό να προκύψει σε πληθυσμούς στους οποίους η παχυσαρκία είναι πιο επικρατούσα. Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η νευρική ανορεξία προκύπτει από μια σεξουαλικά επιλεγμένη επαναστατική ορμή για νεανική εμφάνιση σε πληθυσμούς όπου το μέγεθος γίνεται ο βασικός δείκτης της ηλικίας του ατόμου.

Υπάρχουν επίσης αποδείξεις που δείχνουν ότι οι ασθενείς με νευρική ανορεξία χαρακτηρίζονται επίσης από αλεξιθυμία (κατάσταση που χαρακτηρίζει τους ανθρώπους που έχουν δυσκολία στην κατανόηση και έκφραση των συναισθημάτων τους) και επίσης από ένα έλλειμμα σε συγκεκριμένες συναισθηματικές λειτουργίες. Μια έρευνα έδειξε ότι αυτό συμβαίνει και στους ενήλικες και έφηβους ασθενείς με νευρική ανορεξία. Υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό αναφερόμενης παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης σε κλινικές ομάδες εκείνων που έχουν διαγνωστεί με νευρική ανορεξία. Παρόλο που το να έχει προηγηθεί σεξουαλική κακοποίηση δεν θεωρείται ειδικός παράγοντας ρίσκου για εμφάνιση νευρικής ανορεξίας, αυτοί που έχουν βιώσει τέτοιου είδους κακοποίηση (Erguner & Gillespie, 2010).

Οι **βιολογικές θεωρίες**: εστιάζονται στη λειτουργία του υποθαλάμου (που ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του σώματος όπως όρεξη, βάρος, θερμοκρασία και γενικότερα στην ομοιόσταση). Φαίνεται ότι στην Ψυχογενή Ανορεξία υπάρχει μια πρωτογενής δυσλειτουργία του υποθαλάμου, όπως υποδεικνύεται από διάφορα ευρήματα και παρατηρήσεις: την αύξηση του παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης (CRF) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των ασθενών αυτών, την εμφάνιση αμηνόρροιας πριν την εκδήλωση της απώλειας βάρους, την ελαττωμένη δραστηριότητα νορεπινεφρίνης και τις διαταραχές στη λειτουργία και άλλων σημείων του οργανισμού. Έρευνες έχουν διαμορφώσει την υπόθεση ότι η συνέχιση των διαταραγμένων τρόπων διατροφής μπορεί να είναι επιφανόμενο της λιμοκτονίας. Τα αποτελέσματα του Πειράματος Λιμοκτονίας της Μινεσότα έδειξαν ότι άτομα με φυσιολογικό έλεγχο της τροφής μπορεί να παρουσιάσουν συμπεριφορικά μοτίβα ανορεξίας όταν υποβληθούν σε καταστάσεις λιμοκτονίας. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε αλλαγές στο νευροενδοκρινολογικό σύστημα, που οδηγεί σε έναν συνεχή κύκλο διαιονισμού της κατάστασης.

Έρευνες δείχνουν ότι μια αρχική απώλεια βάρους όπως αυτή σε μια δίαιτα μπορεί να αποτελεί τον παράγοντα που είναι υπεύθυνος για την πρόκληση της νευρικής ανορεξίας, πιθανότατα λόγω μιας έμφυτης προδιάθεσης για νευρική ανορεξία. Μια έρευνα αναφέρει περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας που ήταν το αποτέλεσμα μιας ακούσιας απώλειας βάρους που προκλήθηκε από άλλες αιτίες όπως παρασιτική μόλυνση, παρενέργειες φαρμάκων ή κάποια εγχείρηση. Η απώλεια βάρους ήταν ο παράγοντας πρόκλησης νευρικής ανορεξίας σε αυτές τις περιπτώσεις (www.iatronet.gr).

Βιολογικές επιπλοκές

Μαιευτικές επιπλοκές: Διάφορες προγενέθλιες και περιγενετικές επιπλοκές μπορεί να αποτελέσουν παράγοντα για την ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας όπως μητρική αναιμία, σακχαρώδης διαβήτης, έμφραγμα στον πλακούντα, καρδιακές ανωμαλίες στο νεογέννητο. Οι νεογεννητικές καρδιακές ανωμαλίες μπορεί επίσης να έχουν επίδραση στην αποφυγή που έχει το άτομο απέναντι σε βλάβες, ένα από τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ανάπτυξη ανορεξίας.

Γενετικές αιτίες: Πιστεύεται ότι η νευρική ανορεξία είναι κληρονομήσιμη σε μεγάλο βαθμό με ποσοστό κληρονομικότητας που κυμαίνεται από 56%-84%. Έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες γενετικής σύνδεσης, οι οποίες έχουν μελετήσει 128 πολυμορφισμούς που σχετίζονται με 43 γονίδια, συμπεριλαμβανομένου γονιδίων που σχετίζονται με την ρύθμιση των διατροφικών συμπεριφορών, κινήτρων, μηχανισμών επιβράβευσης, χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και συναισθημάτων του ατόμου. Παρόμοιοι συσχετισμοί έχουν

αναγνωριστεί για πολυμορφισμούς που σχετίζονται με συγκεκριμένα νευροπεπτίδια, εγκεφαλικής προέλευσης νευροτροφικούς παράγοντες, και Δ-υποδοχείς οπιοειδών. Σε μια έρευνα αποκλίσεις στον υποστηρικτή του γονιδίου του μεταβιβαστή νορεπινεφρίνης σχετίζονταν με περιοριστική νευρική ανορεξία, αλλά όχι σε ανορεξία βουλιμικού τύπου. Πρόσφατες μελέτες έχουν προάγει ότι η διαφορά ανάμεσα στα φύλα όσον αφορά τη συχνότητα και τη κοινή εκδήλωση της αρρώστιας μπορεί να αντικατοπτρίζουν μια αντικανονική ανταπόκριση του μυαλού σε ανορεξικές επιδράσεις (καταπίεση της ανάγκης για τροφή) της γυναικείας ορμόνης που ονομάζεται οιστρογόνο. Αυτή η άποψη έχει υποστηριχτεί πρόσφατα από μια αναφορά που υποστηρίζει ότι μη κανονικές μορφές του υποδοχέα οιστρογόνου είναι πιο συχνές στις γυναίκες με νευρική ανορεξία περιοριστικού τύπου (www.kead.gr, 2010).

Επιγενετικές αιτίες: Επιγενετικοί μηχανισμοί είναι τα μέσα μέσω των οποίων οι γενετικές μεταλλάξεις προκαλούνται από επιδράσεις του περιβάλλοντος που αλλάζουν τις εκφράσεις των γονιδίων μέσα από μεθόδους όπως μεθυλίωση του DNA, αυτές είναι ανεξάρτητες και δεν μεταβάλλουν τις βαθύτερες αλληλουχίες του DNA. Όπως φάνηκε από την έρευνα Οβερκαρλιξ (Överkarlix study) είναι κληρονομήσιμες αλλά μπορούν να συμβούν κατά την διάρκεια της ζωής του ατόμου και μπορεί να είναι ενδεχομένως αναστρέψιμες. Δυσλειτουργίες στην ντοπαμινεργική νευροδιαβίβαση και στην ομοιόσταση του κοιλιακού νατριουρητικού πεπτιδίου εξαιτίας επιγενετικών μηχανισμών, έχουν εμπλακεί σε διάφορες διατροφικές διαταραχές. "Μπορούμε να συμπεράνουμε ότι επιγενετικοί μηχανισμοί μπορεί να συμβάλλουν στις γνωστές μεταβολές της ομοιόστασης του κοιλιακού νατριουρητικού πεπτιδίου στις γυναίκες με διατροφικές διαταραχές."

Δυσλειτουργίες στην σεροτονίνη, ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα σε εκείνες τις περιοχές του μυαλού με υποδοχείς σεροτονίνης, επίσης γνωστές ως υποδοχείς 5-υδροξυτρυπταμίνης (5HT1A receptor) που συγκεκριμένα συνδέεται με την ανησυχία, την διάθεση και τον έλεγχο των παρορμήσεων. Υπάρχουν υποθέσεις ότι η πείνα είναι μια ανταπόκριση σε αυτές τις επιδράσεις, καθώς είναι γνωστό ότι μειώνει την τρυπτοφάνη και τις στεροειδείς ορμόνες του μεταβολισμού, που μπορούν να μειώσουν τα επίπεδα της σεροτονίνης σε αυτές τις βασικές περιοχές και να αποτρέψουν την ανησυχία. Άλλες μελέτες των υποδοχέων 5-υδροξυτρυπταμίνης (5HT1A receptor), (που σχετίζονταν με την ρύθμιση των συναισθημάτων, της διάθεσης και της ανησυχίας) υποδεικνύουν ότι η δραστηριότητα της σεροτονίνης είναι μειωμένη στα επίπεδα αυτά. Υπάρχουν ενδείξεις ότι και τα δυο χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την νευρική ανορεξία και διατάραξη στο σύστημα της σεροτονίνης είναι ακόμη εμφανείς και αφού οι ασθενείς έχουν αναρρώσει από την ανορεξία.

- ***Εγκεφαλικής προέλευσης νευροτροφικός παράγοντας*** (Brain-derived neurotrophic factor) είναι μια πρωτεΐνη η οποία ρυθμίζει την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος και την πλαστικότητα των νευρών και επίσης παίζει ρόλο στην μάθηση, την μνήμη και το υποθαλαμικό μονοπάτι που ελέγχει τις διατροφικές συμπεριφορές και την ομοιόσταση της ενέργειας. Ο συγκεκριμένος παράγοντας διευρύνει τις αντιδράσεις των νευροδιαβιβαστών και ενισχύει τις συναπτικές επικοινωνίες του εντερικού νευρικού συστήματος. Χαμηλά επίπεδα αυτού του παράγοντα έχουν βρεθεί σε ασθενείς με ανορεξία και κάποιες "συνοδευτικές" διαταραχές όπως η μείζονα (βαριά) κατάθλιψη. Η άσκηση αυξάνει τα επίπεδα του συγκεκριμένου παράγοντα.
- ***Λεπτίνη και γκρελίνη.*** Η λεπτίνη είναι μια ορμόνη που παράγεται κυρίως από τα λιποκύτταρα στο λευκό λιπώδη ιστό του σώματος και έχει μια ανασταλτική επίδραση στην όρεξη, προκαλώντας ένα αίσθημα κορεσμού. Η γκρελίνη είναι μια ορμόνη που

προκαλεί το συναίσθημα της όρεξης που παράγεται στο στομάχι και στο πάνω τμήμα του λεπτού εντέρου. Τα επίπεδα κυκλοφορίας και των δυο ορμονών αποτελούν έναν σημαντικό παράγοντα στον έλεγχο του βάρους. Παρόλο που συχνά συσχετίζονται με την παχυσαρκία και οι δύο έχουν εμπλακεί στην παθολογία της νευρικής ανορεξίας και της νευρικής βουλιμίας.

- **Εγκεφαλική ροή αίματος:** Μελέτες νευροαπεικόνισης έχουν δείξει μειωμένα εγκεφαλικής ροής αίματος στον κροταφικό λοβό των ασθενών με ανορεξία που μπορεί να είναι ένας προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη νευρικής ανορεξίας.
- **Αυτοανοσοποιητικό σύστημα:** Τα αυτοαντισώματα απέναντι στα νευροπεπτίδια όπως η μελανοκορτίνη η οποία έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που σχετίζονται με διατροφικές διαταραχές όπως εκείνες που επηρεάζουν την όρεξη και τις αντιδράσεις στο στρες.
- **Ανεπάρκεια θρεπτικών συστατικών**
- Η **ανεπάρκεια ψευδαργύρου** μπορεί να παίζει έναν ρόλο στην ανορεξία. Δεν θεωρείται υπεύθυνη για την αρχική πρόκληση της αρρώστιας αλλά υπάρχουν αποδείξεις ότι μπορεί να είναι ένας επιταχυντικός παράγοντας που εντείνει την παθολογία της ανορεξίας. Μια τυχαιοποιημένη διπλά τυφλή δοκιμή του 1994 ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο έδειξε ότι ο σίδηρος (14 mg την ημέρα) διπλασίασε τον ρυθμό της αύξησης της μάζας σώματος σε σχέση με τους ασθενείς που λάμβαναν το εικονικό φάρμακο (www.wikipedia.org, 2007)

Σχέση με τον αυτισμό

Από τότε που ο Γκίλμπεργκ (1983 & 1985) πρότεινε ότι μπορεί να υπάρχει σχέση μεταξύ ανορεξίας και αυτισμού μια μεγάλη μήκους διαχρονική έρευνα σχετικά με την εκδήλωση της εφηβικής νευρικής ανορεξίας η οποία πραγματοποιήθηκε στην εφηβεία επιβεβαίωσε ότι το 23% των ανθρώπων με μακροχρόνιες διατροφικές διαταραχές ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού. Αυτοί που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού τείνουν να έχουν μια χειρότερη έκβαση, αλλά μπορούν να επωφεληθούν από την συνδυασμένη χρήση συμπεριφοριακών και φαρμακευτικών θεραπειών ειδικά σχεδιασμένες για να βελτιώσουν τον αυτισμό και όχι την ίδια την ανορεξία. Άλλες έρευνες, ιδιαίτερα εκείνη που πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο Μόντσλεϊ (Maudsley Hospital) στο Ηνωμένο Βασίλειο, δείχνει επίσης ότι τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του αυτισμού είναι συχνά στα άτομα με νευρική ανορεξία, τα κοινά γνωρίσματα περιλαμβάνουν εκτελεστική λειτουργία, τα αποτελέσματα τους στο τεστ αυτισμού, κεντρικός συνειρμός, θεωρία του μυαλού, γνωστική-συμπεριφοριακή ευελιξία, έλεγχος του συναίσθηματος και κατανόηση των εκφράσεων του προσώπου. Το βιβλίο Zucker et al (2007) πρότεινε ότι οι συνθήκες στο φάσμα του αυτισμού αποτελούν την γνωστική –ενδοφυσιοτυπική βαθύτερη ανορεξία κι έκαναν έκκληση για αυξημένη διεπιστημονική συνεργασία. Μια πιλοτική έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της γνωστικής συμπεριφοριακής θεραπείας, της οποίας το πρωτόκολλο θεραπείας βασίστηκε στην υποθετική σχέση μεταξύ της ανορεξίας και μιας βαθύτερης πάθησης που σχετίζεται με τον αυτισμό, μείωσε την τελειομανία και την ακαμψία σε 17 από τους 19 συμμετέχοντες.

1.10 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

i. Ιατρική

Η ιατρική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από ένα ικανό επαγγελματία γιατρό. Υπάρχουν πολλές ιατρικές παθήσεις όπως ιογενείς ή βακτηριακές μολύνσεις, ορμονικές ανισορροπίες, νευροεμφυλιστικές ασθένειες και εγκεφαλικοί όγκοι οι οποίες μπορούν να μιμηθούν ψυχιατρικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένου της νευρικής ανορεξίας. Σύμφωνα με μια έρευνα σε βάθος που πραγματοποιήθηκε από τον ψυχίατρο Ρίτσαρντ Χαλ (Richard Hall) όπως αυτή δημοσιεύτηκε στα Αρχεία της Γενικής Ψυχιατρικής :

- Οι ιατρικές ασθένειες συχνά παρουσιάζονται με ψυχολογικά συμπτώματα.
- Είναι δύσκολο να ξεχωρίσει κάποιος τις σωματικές διαταραχές από τις λειτουργικές ψυχιατρικές διαταραχές με βάση τα ψυχιατρικά συμπτώματα μόνο.
- Λεπτομερής σωματική εξέταση και εργαστηριακή εξέταση ενδεικνύονται σαν διαδικασία ρουτίνας στην αρχική εκτίμηση των ψυχιατρικών ασθενών.
- Πολλοί ασθενείς αγνοούν την ιατρική ασθένεια που είναι το αίτιο των ψυχιατρικών συμπτωμάτων τους.
- Οι παθήσεις των ασθενών των οποίων τα συμπτώματα προκαλούνται από σωματικές ασθένειες συχνά μπορεί αρχικά να διαγνωστούν εσφαλμένα ως μια λειτουργική ψύχωση.
- Γενική εξέταση αίματος (Complete Blood Count) αποτελεί εξέταση των λευκών και ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων η οποία χρησιμοποιείται για να εντοπίσει την παρουσία διαφόρων διαταραχών όπως η λευκοκυττάρωση, η λευκοπενία , η θρομβοκυττάρωση και η αναιμία οι οποίες είναι αποτελέσματα του υποσιτισμού.
- Ένζυμο-συνδεδεμένη δοκιμή ανοσοπροσρόφησης (Enzyme-linked immunosorbent assay :ELISA): Διάφοροι υπότυποι αυτής της δοκιμής χρησιμοποιούνται για να εξετάσουν για αντισώματα σε διάφορους ιούς και βακτήρια όπως για τη νόσο του Lyme.
- Γενική εξέταση ούρων: Μια ποικιλία από εξετάσεις που διεξάγονται στα ούρα που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση σωματικών διαταραχών, για την εξέταση κατάχρησης ουσιών και ως δείκτη της συνολικής κατάστασης της υγείας του ατόμου.
- Ανάλυση με πρωτεΐνη ανοσοαπώτωσης: Χρησιμοποιείται για να επιβεβαιώσει τα προεισαγωγικά αποτελέσματα ενζυμο-συνδεδεμένης δοκιμής ανοσοπροσρόφησης
- Εξετάσεις περιεκτικού μεταβολικού πάνελ: Αποτελούν ένα γκρουπ είκοσι διαφορετικών χημικών τεστ που πραγματοποιούνται σε ορό αίματος. Οι εξετάσεις περιλαμβάνουν χοληστερίνη, πρωτεΐνη και ηλεκτρολύτες όπως κάλιο, χλώριο, νάτριο και ειδικές εξετάσεις σχετικά με την λειτουργία του συκωτιού και των νεφρών.
- Εξέταση ανοχής στη γλυκόζη: Η στοματική εξέταση ανοχής στη γλυκόζη χρησιμοποιείται για να εκτιμήσει την ικανότητα του σώματος να μεταβολίσει την

γλυκόζη. Μπορεί να αποβεί χρήσιμο στον εντοπισμό διαφόρων διαταραχών όπως ο διαβήτης, κάποιο ινσουλίνωμα, το σύνδρομο του Cushing και η υπογλυκαιμία.

- Εξέταση σεκρίτινης-χολοκυστοκίνης: Χρησιμοποιείται για να εκτιμήσει τη λειτουργία του παγκρέατος και της χοληδόχου κύστης
- Εξέταση με ορό χοληστερηνάσης: Μια εξέταση των ενζύμων του συκωτιού (ακετυλοχολινεστεράσης και ψευδοχολινεστεράσης και αποτελεί χρήσιμη εξέταση για την λειτουργία του συκωτιού και για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων του υποσιτισμού.
- Εξέταση λειτουργίας του ήπατος: Μια σειρά από εξετάσεις που χρησιμοποιούνται για να εκτιμήσουν τη λειτουργία του συκωτιού και κάποιες από τις εξετάσεις χρησιμοποιούνται επίσης για την εκτίμηση του υποσιτισμού, της λειτουργίας των νεφρών, αιμορραγικές διαταραχές και την ασθένεια του Κρον.
- Αντίδραση της ωχρινοποιητικής ορμόνης στην ορμόνη απελευθέρωσης γοναδοτροφίνης: Εξετάζει την αντίδραση των υποφύσεων στην ορμόνη απελευθέρωσης γοναδοτροφίνης, μιας ορμόνης που παράγεται στον υποθάλαμο. Κεντρικός υπογοναδισμός (μειωμένη λειτουργική δραστηριότητα των γονάδων) συχνά παρατηρείται σε περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας.
- Εξετάσεις κρεατίνης κινάσης: Μετράει τα επίπεδα της κυκλοφορίας κρεατίνης κινάσης στο αίμα, ενός ενζύμου που βρίσκεται στην καρδιά, στο μυαλό και στους σκελετικούς μυς.
- Εξέταση αζώτου της ουρίας του αίματος: Το άζωτο της ουρίας είναι το υποπροϊόν του μεταβολισμού των πρωτεϊνών που αρχικά σχηματίζεται στο συκώτι και έπειτα αποβάλλεται από το σώμα μέσω των νεφρών. Ένα χαμηλό επίπεδο του αζώτου της ουρίας του αίματος δείχνει τα αποτελέσματα του υποσιτισμού.
- Αναλογία αζώτου της ουρίας του αίματος σε σχέση με την κρεατινίνη: Χρησιμοποιείται για να προβλέψει διάφορες παθήσεις. Υψηλή αναλογία αζώτου της ουρίας του αίματος μπορεί να υπάρξει σε περιπτώσεις σοβαρής ενυδάτωσης, οξείας νεφρικής ανεπάρκειας, συμφορητικής καρδιακής συγκοπής και εντερικής αιμοραγίας. Χαμηλή αναλογία αζώτου της ουρίας του αίματος μπορεί να δείχνει μια διατροφή χαμηλή σε πρωτεΐνες, ύπαρξη κοιλιοκάκης, ραβδομύλωσης και κίρρωσης του ήπατος.
- Υπερηχοκαρδιογράφημα: Χρησιμοποιεί υπέρηχους για να δημιουργήσει μια κινούμενη εικόνα της καρδιάς ώστε να εκτιμήσει την λειτουργία της.
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα: Μετράει την ηλεκτρική δραστηριότητα της καρδιάς και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εντοπίσει διάφορες διαταραχές όπως η υπερκαλιαιμία.
- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα: Μετράει την ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εντοπίσει ανωμαλίες όπως αυτές που σχετίζονται με υποφυσιακούς όγκους.
- Ακτινογραφία του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα: Αποτελεί εξέταση που χρησιμοποιείται για να εκτιμήσει γαστρεντερικά προβλήματα του μέσου και του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα.
- Εξέταση θυροειδούς αδένος: Εξέταση που χρησιμοποιείται για να εκτιμήσει τη λειτουργία του θυροειδή ελέγχοντας τα επίπεδα της ορμόνης του θυροειδούς (TSH), της θυροξίνης(T4) και της τριιοδοθυρονίνης (T3).

- Εξέταση παραθυροειδικής ορμόνης: Εξετάζει την λειτουργία του παραθυροειδούς μετρώντας την ποσότητα της παραθυροειδικής ορμόνης στο αίμα. Η εξέταση χρησιμοποιείται για να διαγνώσει παραθυποθυροειδισμό. Η παραθυροειδική ορμόνη ελέγχει επίσης τα επίπεδα ασβεστίου και φωσφόρου στο αίμα (ομοιόσταση).
- Βαριούχος υποκλυσμός: Αποτελεί μια εξέταση με ακτίνες Χ στον κατώτερο γαστρεντερικό σωλήνα.
- Νευροαπεικόνιση μέσω της χρήσης διαφόρων τεχνικών όπως η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PETscan), λειτουργική απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (fMRI), μαγνητική τομογραφία (MRI) και (SPECT imaging) οι οποίες θα πρέπει να περιλαμβάνονται αξονική τομογραφία μονής εκπομπής φωτονίων στην διαδικασία διάγνωσης οποιασδήποτε διατροφικής διαταραχής για να εντοπίσει περιπτώσεις στις οποίες κάποια κάκωση, όγκος ή κάποια άλλη οργανική πάθηση, είτε το μοναδικό αίτιο ή συμβάλλον παράγοντας σε μια διατροφική διαταραχή (www.neaygeia.gr, 2011).

ii. Διαφορική διάγνωση

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

Κατ' αρχήν πρέπει να αποκλειστεί η ύπαρξη μιας οργανικής πάθησης, η οποία πιθανόν να ευθύνεται για την απώλεια του σωματικού βάρους του πάσχοντος, όπως όγκος εγκεφάλου, καρκίνος, φυματίωση, παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος και άλλες παθήσεις. Ένας σωστός κλινικός και παρακλινικός έλεγχος είναι απαραίτητος και ικανός να αποκλείσει την ύπαρξη οργανικών αιτιών. Άτομα που πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής και κυρίως από ψυχογενή ανορεξία αρκετά συχνά εμφανίζουν και καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Σε αρκετές μελέτες ανορεκτικών ασθενών έχουν παρατηρηθεί υψηλά ποσοστά κακοκεφιάς, απαισιοδοξίας, συναισθημάτων αναξιότητας και ενοχής, ευερεθιστότητα κ.α. Σκέψεις αυτοκαταστροφής, επίσης, παρουσιάζονται αρκετά συχνά ενώ η αυτοκτονία συγκαταλέγεται μεταξύ των συχνότερων αιτιών θανάτου των πασχόντων από νευρική ανορεξία. Το άτομο που πάσχει καταφεύγει στη κατάχρηση ουσιών, στον αλκοολισμό.

Στις αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνονται ποικίλες διαγνωστικές κατηγορίες, όπως: η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, φοβίες, ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή. Επίσης, η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται και από τη διαταραχή δυσμορφίας σώματος. Η διαταραχή δυσμορφίας σώματος είναι μία χρόνια και

εξουδενωτική ασθένεια που μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνικό αποκλεισμό, οξεία κατάθλιψη, ιδέες και απόπειρες αυτοκτονίας. Έχει κατηγοριοποιηθεί ως μια σωματομορφική διαταραχή η οποία επηρεάζει παραπάνω από το 2% του πληθυσμού. Η διαταραχή δυσμορφίας σώματος έχει διαγνωστεί σε ίδιους ρυθμούς ανδρών και γυναικών. Παρόλο που η διαταραχή δυσμορφίας σώματος έχει κάποιες φορές διαγνωστεί εσφαλμένα ως τη νευρική ανορεξία (www.neaygeia.gr, 2011).

iii. Ψυχιατρική διάγνωση

Περιστασιακά, μεγάλη απώλεια βάρους παρατηρείται σε άτομα που πάσχουν από σχιζοφρενική διαταραχή. Σε αυτή όμως την περίπτωση η άρνηση πρόσληψης τροφής, που έχει ως επακόλουθο την απώλεια βάρους, οφείλεται στη χαρακτηριστική ψυχοπαθολογική κατάσταση του πάσχοντος (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθησιακά βιώματα) (Αμοιρίδου, 2005). Αξίζει να σημειωθεί ότι η κατάθλιψη και η ψυχογενής ανορεξία εκτός από ομοιότητες έχουν και σημαντικές διαφορές. Ο καταθλιπτικός ασθενής κατά κανόνα δεν έχει όρεξη για φαγητό, ενώ ο ανορεκτικός υποστηρίζει ότι έχει κανονική όρεξη ή ότι πεινάει ακόμα. Η αυξημένη δραστηριότητα που παρατηρείται στη ψυχογενή ανορεξία διαφέρει σημαντικά από την ανησυχία ή την αγχώδη διέγερση του καταθλιπτικού, ενώ η χαρακτηριστική και συχνά τελετουργική ενασχόληση των ανορεκτικών με τη διατροφή, δεν φαίνεται να έχει κάτι ανάλογο στην καταθλιπτική διαταραχή. Τέλος, ο έντονος φόβος για ενδεχόμενη αύξηση του σωματικού βάρους σε συνδυασμό με τη διαταραγμένη εικόνα του σωματικού εγώ, που χαρακτηρίζουν τη ψυχογενή ανορεξία δεν παρατηρούνται στους καταθλιπτικούς ασθενείς (Κουρκουτάς, 2001).

Η Νευρική Ανορεξία έχει ταξινομηθεί ως μία διαταραχή του Άξονα I στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Πνευματικών Διαταραχών (DSM-IV) που εκδόθηκε από τον Αμερικανικό Σύλλογο Ψυχιατρικής.

▼ Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Πνευματικών Διαταραχών (DSM-IV-TR):

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την Νευρική Ανορεξία περιλαμβάνουν έντονο φόβο για την ανάκτηση του βάρους, άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος του παραπάνω από το 85% του αναμενόμενου βάρους για τη δεδομένη ηλικία και το ύψος του και την έλλειψη τριών αμνηροισιών και είτε άρνηση να αποδεχτούν τη σοβαρότητα της απώλειας βάρους ή την αδικαιολόγητη επιρροή του σχήματος ή του βάρους τους στην εικόνα του σώματος τους ή μια διαστρεβλωμένη εμπειρία στο σχήμα ή το βάρος κάποιου. Υπάρχουν δύο τύποι: ο ένας περιλαμβάνει υπερφαγία και αποβολή φαγητού, ενώ ο δεύτερος αποτελεί περιοριστικό τύπο και δεν περιλαμβάνει τα προηγούμενα (Bogetto 1999).

✓ Κριτική του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Πνευματικών Διαταραχών (DSM-TR):

Έχουν υπάρξει κριτικές πάνω σε διάφορες πτυχές των διαγνωστικών κριτηρίων που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση της ανορεξίας στο DSM-IV-TR ιδιαίτερα της απαίτησης της διατήρησης κάτω από 85% του απαιτούμενου βάρους και η απαίτηση της ύπαρξης αμηνόρροιας για τη διάγνωση, καθώς κάποιες γυναίκες έχουν όλα τα συμπτώματα της Νευρικής Ανορεξίας και συνεχίζουν να έχουν αμηνόρροια. Τα άτομα που δε πληρούν αυτά τα κριτήρια ταξινομούνται συνήθως ως περιπτώσεις με διατροφική διαταραχή που δε μπορεί να προσδιοριστεί ως κάτι διαφορετικό και αυτό μπορεί να επηρεάσει τις επιλογές θεραπείας και της επιστροφής της ασφάλισης. Η υπερφαγία και αποβολή του φαγητού και του περιοριστικού τύπου και της τάσης των ασθενών να εναλλάσσονται μεταξύ αυτών των δύο (Jacka, 2010).

✓ Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση των Ασθενών και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD):

Τα κριτήρια είναι παρόμοια αλλά επιπρόσθετα αναφέρουν:

- § Τους τρόπους με τους οποίους τα άτομα μπορεί να προκαλέσουν απώλεια βάρους ή να διατηρήσουν χαμηλό βάρος (αποφεύγοντας παχυντικά φαγητά, αυτοπροκαλούμενους εμετούς, χρήση καθαρτικών, υπερβολική άσκηση, κατάχρηση κατασταλτικών όρεξης ή διουρητικών).
- § Εάν η έναρξη λαμβάνει χώρα πριν την εφηβεία, αυτού του είδους, η ανάπτυξη καθυστερείται ή διακόπτεται.
- § Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της φυσιολογίας του σώματος, συγκεκριμένα εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή περιλαμβάνει τον υποθαλαμικό-υποφυσικό, γονιακό άξονα, είναι έκδηλη στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απώλεια σεξουαλικού ενδιαφέροντος και ικανότητας. Μπορεί επίσης να υπάρχουν αυξημένα επίπεδα ορμονών ανάπτυξης και ανεβασμένα επίπεδα κορτιζόλης, αλλαγές στον περιφερειακό μεταβολισμό της ορμόνης του θυρεοειδούς και ανωμαλίες στην έκκριση ινσουλίνης (Ζαμπέλα, 2003).

1.11 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Ορισμένα άτομα με ψυχογενή ανορεξία εκδηλώνουν ένα μοναδικό επεισόδιο της νόσου και στη συνέχεια επανέρχονται πλήρως στην προηγούμενη κατάσταση, δηλαδή αποκαθίσταται η υγεία τους. Άλλα έχουν συνεχώς διακυμάνσεις και υποτροπές της κατάστασης και άλλα χρονίζουσα πορεία που διαρκώς φαίνεται να χειροτερεύει σε διάστημα αρκετών ετών. Μελέτες σε άτομα που έγιναν με βαριά μορφή ψυχογενούς ανορεξίας για την οποία χρειάστηκε νοσηλεία σε νοσοκομείο, έδειξε ότι η θνησιμότητα από την κατάσταση αυτή μπορεί να φτάσει στο 10% , ή ακόμα και να το ξεπεράσει. Γίνεται λοιπόν κατανοητό, ότι ακόμη κι αν βελτιωθεί το βάρος του πάσχοντος ατόμου ή να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα, ο κίνδυνος εξακολουθεί να υπάρχει. Για το λόγο αυτό, η θεραπεία θα πρέπει να είναι μακροχρόνια και το οικείο περιβάλλον σε επιφυλακή (Woodrife, 2002).

Η μακροπρόθεσμη πρόγνωση της Νευρικής Ανορεξίας είναι περισσότερο στην ευνοϊκή πλευρά. Η Εθνική Έρευνα Αντένστασης της Νοσηρότητας η οποία διεξάχθηκε σε περισσότερους από 9,282 συμμετέχοντες στις Η.Π.Α και τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η μέση διάρκεια της ανορεξίας είναι 17 χρόνια. Αντίθετα με τη κοινή γνώμη, η ανορεξία δεν είναι απαραίτητα μια χρόνια ασθένεια, σε πολλές περιπτώσεις κάνει το κύκλο της και οι άνθρωποι γίνονται καλύτερα. Σε περιπτώσεις εφηβικής νευρικής ανορεξίας, στις οποίες χρησιμοποιείται η οικογενειακή θεραπεία το 75% των περιπτώσεων έχει καλή έκβαση και ένα επιπρόσθετο 15% παρουσιάζει μια ενδιάμεση αλλά και πιο θετική έκβαση (Κοτανίδης, 2010).

Σε μια παρακολούθηση ύστερα από 5 χρόνια μετά την οικογενειακή θεραπεία Maudsley το ποσοστό της ανάρρωσης κυμαινόταν από 75% - 90%. Ακόμα και σε σοβαρότερες περιπτώσεις Νευρικής Ανορεξίας, παρόλο που το ποσοστό υποτροπής μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο έφτανε στο 30% και μιας εκτεταμένης περιόδου ανάρρωσης που κυμαινόταν από 57–79 μήνες, το ποσοστό πλήρης ανάρρωσης ήταν ακόμη 76%. Υπήρχαν ελάχιστες περιπτώσεις υποτροπής ακόμη και έπειτα από μία μακροπρόθεσμη παρακολούθηση η οποία διεξάχθηκε ανάμεσα σε 10–15 χρόνια (Γκέλντερ, Μάγιου και Γκίντες, 2005)

Οι επιπλοκές στη ψυχογενή ανορεξία είναι πολλές και αρκετά σοβαρές. Οι πιο πολλές είναι καρδιακές αρρυθμίες, ηλεκτρολυτικές διαταραχές και νεφρική ανεπάρκεια που μπορεί και αυτές με τη σειρά τους να οδηγήσουν στο θάνατο. Στο 1/3 των περιπτώσεων μπορεί να υπάρξουν επιπλοκές ψυχιατρικού τύπου με κατάθλιψη, αγχώδεις καταστάσεις και εμμονή, βασανιστικές, καταναγκαστικές διαταραχές. Περίπου στο 50% επιτυγχάνεται ανάκτηση και διατήρηση ενός ικανοποιητικού βάρους σώματος. Σε ένα ποσοστό της τάξεως του 10-20% υπάρχουν συνεχιζόμενα προβλήματα για πολλά χρόνια.

Πιθανές ιατρικές επιπλοκές της νευρικής ανορεξίας:

- Δυσκοιλιότητα
- Διάρροια
- Αστάθεια ηλεκτρολυτών
- Τερηδόνα

Η πρόγνωση είναι καλύτερη στις περιπτώσεις εκείνες όπου η έναρξη της ασθένειας γίνεται νωρίς, κατά την εφηβεία, με μία σύντομη αρχική φάση της ασθένειας. Επίσης, η γρήγορη, ολοκληρωμένη και θεραπευτική προσέγγιση όπως επίσης και το κατάλληλο υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον συντείνουν στην επιτυχή θεραπεία και στην καλή πρόγνωση (Φυντανίδου, 2010).

1.12 ΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Υπάρχουν τρεις βασικοί στόχοι στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας:

- Ο πρώτος είναι να αποκατασταθεί η κατάσταση της θρέψης του ατόμου (στα ανορεκτικά άτομα αυτό σημαίνει να επανέλθει το βάρος στα φυσιολογικά όρια και να επιτευχθεί μεταβολική ισορροπία).
- Ο δεύτερος στόχος είναι να τροποποιηθεί η παθολογική συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ατόμου, ούτως ώστε να κρατηθεί το βάρος σε φυσιολογικά όρια και να ελεγχθούν κατά το δυνατό τα επεισόδια υπερφαγίας, οι προκλητοί εμετοί, η λήψη καθαρτικών και όλες οι άλλες παθολογικές συμπεριφορές.
- Να αντιμετωπίσει τις ψυχολογικές διαταραχές που σχετίζονται με την ασθένεια.

Η θεραπευτική προσέγγιση βασικά είναι ένας συνδυασμός θεραπείας συμπεριφοράς και υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας. Ο στόχος της θεραπείας της συμπεριφοράς είναι να αποκατασταθεί ο φυσιολογικός τρόπος λήψης τροφής.

Ευτυχώς για τους ασθενείς, αλλά και για τους συγγενείς τους, υπάρχει τρόπος αντιμετώπισης και θεραπείας αυτής της σοβαρής αρρώστιας, που από καιρό σε καιρό πλήττει όλο και περισσότερους ανθρώπους. Η νευρική ανορεξία ή αλλιώς και ασθένεια των μοντέλων, όπως έχουμε φτάσει να τη λέμε σήμερα, εξαιτίας της εξάπλωσής της στο χώρο της μόδας, πλήττει κυρίως τα κορίτσια μεταξύ 15-25 χρονών, επειδή επηρεάζονται από τα ανορεξικά μοντέλα που βλέπουν στα καλλιστεία ή ακόμα και στην τηλεόραση. Από όσα έχω ψάξει πριν ξεκινήσω να γράφω αυτή την εργασία, ανακάλυψα ότι υπάρχουν 200 διαφορετικές μορφές ψυχοθεραπείας. Από αυτές τις 200, αναφέρουμε ενδεικτικά τις 3 δημοφιλέστερες.

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 υγιεινές 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 εστιάζει σε άλλα θέματα και ο ασθενής 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 (Κουρκουτάς, 2001).

2. 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.

3. Συστηματική θεραπεία του συγγενικού περιβάλλοντος: Η πιο αποτελεσματική μορφή θεραπείας για εφήβους με νευρική ανορεξία είναι η οικογενειακή θεραπεία. Βασικό πρώτο βήμα στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας είναι να πεισθεί ο ασθενής και η οικογένεια ότι πρέπει να εμπλακούν σε μακρόχρονη θεραπευτική διαδικασία. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει ατομική ψυχοθεραπεία που έχει ως στόχο να βοηθήσει το άτομο να επεξεργασθεί τα ψυχολογικά προβλήματα που οδηγούν στα συμπτώματα της ανορεξίας. Επίσης, η ψυχοθεραπευτική εργασία με την οικογένεια κρίνεται απαραίτητη διότι, στην αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας ενέχονται προβλήματα και δυσλειτουργία της οικογένειας (Αμοιρίδου, 2005).

Οι συγγενείς των ανορεκτικών 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 ανορεκτικού. 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 (Woodruff, Harning, 2008).

Υπάρχουν πολλές μορφές οικογενειακής θεραπείας οι οποίες έχουν αποδειχθεί ότι δουλεύουν στην αντιμετώπιση της εφηβικής νευρικής ανορεξίας συμπεριλαμβανομένου της ενωμένης οικογενειακής θεραπείας (CFT) κατά την οποία οι γονείς και το παιδί είναι όλοι μαζί με τον θεραπευτή, και της χωρισμένης οικογενειακής θεραπείας (SFT) κατά την οποία το παιδί και οι γονείς λαμβάνουν θεραπεία ξεχωριστά από διαφορετικούς θεραπευτές. Η μελέτη Κόορτης του Eisler δείχνει ότι ανεξάρτητα του τύπου Οικογενειακής Συμπεριφοριακής Θεραπείας (FBT) το 75% των ασθενών είχε καλή έκβαση, το 15% είχε μια ενδιάμεση έκβαση.

Φυσικά, πολύ σημαντική, είναι η βοήθεια και η συνδρομή των φίλων και του συντρόφου σε αυτή την προσπάθεια. Εκτός του ότι θα είναι οι πρώτοι που θα καταλάβουν ότι υπάρχει πρόβλημα, αφού το ίδιο το άτομο θεωρεί ότι είναι φυσιολογικό, θα παρακινήσουν το άτομο να αναζητήσει θεραπεία και παράλληλα θα το στηρίξουν και θα βοηθήσουν τον ασθενή όταν χρειαστεί. Το πιο σημαντικό πράγμα που μπορούν να κάνουν η οικογένεια και οι φίλοι για να βοηθήσουν το ανορεκτικό άτομο, είναι να το αγαπούν.

Όμως, για να ολοκληρωθεί η θεραπεία, δε φτάνει μόνο η ψυχοθεραπεία, ή να παραδεχτεί ο ασθενής ότι πάσχει πραγματικά από νευρική ανορεξία, δηλαδή ότι είναι ανορεξικός. «Η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι το πρώτο στάδιο θεραπείας», σύμφωνα με τον κ. Σπύρος Μπουρδούκης. Αυτός ο άνθρωπος χρειάζεται να έχει μεγάλη στήριξη και καθοδήγηση. Με αυτόν τον τρόπο το άτομο μπορεί να επενδύσει σε παλιές ή καινούριες δραστηριότητες.

Επίσης, έτσι, μπορεί να επενδύσει και σε καινούρια πρόσωπα και κυρίως σε καινούργιους φίλους. Μέσα από την ψυχοθεραπεία, λοιπόν, βρίσκει ή ανακτά τις εσωτερικές δυνάμεις του που θα τον προστατέψουν από το να παλινδρομήσει προς παθολογικές καταστάσεις.

Συνήθως, η θεραπεία θα γίνει σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο. Πολλοί ασθενείς όμως, μπορεί να χρειαστούν νοσηλεία. Ενδείξεις για νοσηλεία είναι σοβαρή απώλεια βάρους (π.χ. πάνω από 30%) και απίσχνανση, η παρουσία υπότασης, υποθερμίας ή ηλεκτρολυτικών διαταραχών, παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού ή ψύχωσης, ή και ακόμα αποτυχία της εξωνοσοκομειακής θεραπείας (Κολαζή, 2007)

Όσον αφορά τη διατροφική αντιμετώπιση, ο διατροφολόγος-δαιτολόγος θα σχεδιάσει ένα ισορροπημένο και υγιεινό πρόγραμμα διατροφής, που θα περιλαμβάνει σταθερές ώρες φαγητού και πλήρη μενού ώστε να μάθει το άτομο να τρώει σωστά και να παίρνει όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται. Επίσης, θα μάθει το άτομο να τηρεί το ημερολόγιο διατροφής, το οποίο θα ελέγχεται όσον αφορά την ποιότητα και την ποσότητα της καθημερινής τροφής. Θα βοηθήσει στη σωστή αξιολόγηση και εκτίμηση των ενδείξεων της ζυγαριάς.

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

Ρόλος επίσης, του δαιτολόγου (ή και ψυχολόγου) είναι να αλλάξει στο άτομο τον τρόπο που σκέφτεται για τον εαυτό του, το σώμα του, τα κιλά του αλλά και να ξεπεράσει όλες τις αρνητικές και λανθασμένες αντιλήψεις για τον κόσμο, τους γύρω του και τη ζωή γενικά. Μπορεί ακόμη, να προτείνει εκτός από ατομική ψυχοθεραπεία να ακολουθήσει πρόγραμμα είτε ομαδικής είτε οικογενειακής θεραπείας.

Στη συνέχεια, σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή, έχει αποδειχθεί ότι τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να ελαττώσουν τη συμπεριφορά της υπερφαγίας και της πρόκλησης εμετού στα ανορεκτικά άτομα. Κατά την οξεία φάση λοιπόν, η θεραπεία συμπεριφοράς και η υποστήριξη του ασθενή είναι η προσέγγιση επιλογής σε συνδυασμό ενδεχομένως από τη φαρμακευτική αγωγή. Στη συνέχεια, η γνωστική ψυχοθεραπεία, μπορεί να βοηθήσει διορθώνοντας λαθεμένες αντιλήψεις των ασθενών για τα αισθήματα τις ανάγκες τους και την ικανότητα να ελέγξουν τη ζωή τους, ενώ η ψυχοδυναμική (αποκαλυπτική) ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να λύσει διαπροσωπικά προβλήματα και οι συγκρούσεις και να διορθώσει στοιχεία της προσωπικότητας του, που μπορεί να συνδέονται με τη διαταραχή στην πρόληψη τροφής (Ζουμπανέας, 2010).

Υπάρχουν και εναλλακτικές μέθοδοι, όπως η γιόγκα, η οποία σε προκαταρκτικές μελέτες έχει αποδειχθεί να έχει θετικά αποτελέσματα ως συμπληρωματική θεραπεία σε μία καθιερωμένη θεραπεία. Αυτή η θεραπεία έχει αποδειχθεί να μειώνει τα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών όπως την προκατάληψη σχετικά με το φαγητό, η οποία μειώνεται με κάθε συνεδρία. Τα αρνητικά αποτελέσματα των ασθενών στις εξετάσεις για διατροφική διαταραχή μειώθηκαν σταθερά κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Άλλη μία μέθοδος, είναι ο

βελονισμός/Tui na: Σύμφωνα με μία μελέτη στη Κίνα σημειώθηκαν θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας με έναν συνδυασμό θεραπειών που χρησιμοποιούσε βελονισμό και Tui na μια μορφή θεραπείας διαχείρισης (www.wikipedia.org, 2007)



1.13 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.

1. Σερβίρετε τα γεύματα με εντυπωσιακό τρόπο, απολαυστικά γεύματα σε μικρές ποσότητες , παρατηρώντας τις διατροφικές προτιμήσεις.
2. Προσέχετε από bulky φαγητά (φαγητά που προκαλούν φουσκώματα και γαστρεντερολογικές ενοχλήσεις) στα αρχικά στάδια της θεραπείας. Μπορεί να υπάρξουν γαστρεντερολογικές διαταραχές.
3. Η διαίτα πρέπει να ονομαστεί σε «διατροφή χαμηλών θερμίδων για νευρική ανορεξία» έτσι ούτως ώστε να πειστεί ο ασθενής για τις ειλικρινείς προθέσεις του συμβούλου.
4. Σταδιακά αυξήστε τις θερμίδες στις 3.000 και περισσότερο. Η αύξηση των θερμίδων πρέπει να είναι ανάλογη με την ηλικία. Η αύξηση των ημερήσιων θερμίδων όμως πρέπει να γίνεται σταδιακά, αρχίζοντας από τις βασικές ανάγκες (βασικό μεταβολισμό) που οι θερμίδες κυμαίνονται από 300-400 ημερησίως.
5. Χρησιμοποιείτε tube feeding αν είναι απαραίτητο. Αυτή δεν είναι ιδανική μέθοδος για να χορηγήσεις σε κάποιον φαγητό. Η μέθοδος με σωλήνα γίνεται μόνο σε άτομα που είναι 40% πιο κάτω από το ιδανικό τους βάρος ή χαμηλότερα.
6. Μετρήστε και κρατήστε ένα ημερολόγιο διατροφής σε αρχικό στάδιο για την καταγραφή της λήψης φαγητού. Μετά σταδιακά μειώστε την έμφαση που δίνεται στο φαγητό.

7. Βοηθήστε τον ασθενή να αναπτύξει σωστές αρχές και συνήθειες διατροφής. Διαβεβαιώστε τον ασθενή ότι η δυσκοιλιότητα θα θεραπευτεί.
8. Προτείνετε διατροφή χωρίς επιπρόσθετο αλάτι για την αποφυγή κατακράτησης υγρών.
9. Αποφυγή καφεΐνης, για τον λόγο ότι είναι διεγερτική ουσία και έχει διεγερτικές ικανότητες.
10. Βιταμινούχο συμπλήρωμα μπορεί να είναι απαραίτητο (ψευδάργυρος κλπ).

Γενικότερα, η εξατομίκευση είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση οποιασδήποτε διατροφικής διαταραχής. Τα κύρια σημεία της αποκατάστασης θα μπορούσαν συνοπτικά να προσδιοριστούν στα εξής:

- Λήψη λεπτομερούς ιστορικού
- Κλινική εξέταση
- Βιοχημικές εξετάσεις
- Ελεγχόμενη επαναφορά φυσιολογικού βάρους
- Συμμετοχή του ασθενή στη διαμόρφωση της διατροφής του
- Διατροφική εκπαίδευση
- Βελτίωση της αυτοπεποίθησης

Με τη συστηματική υποστήριξη από ειδικούς και του κοντινού περιβάλλοντος, πλήρη εξατομίκευση και ενεργό συμμετοχή του ασθενή σε κάθε στάδιο της διαδικασίας, μπορούμε μεσοπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα να οδηγηθούμε σε πλήρη διαλεύκανση και κατανόηση των αιτιών του προβλήματος από το ίδιο άτομο, αποκατάσταση της γενικότερης συμπεριφοράς του και κατ'επέκταση στη πλήρη αντιμετώπιση του προβλήματος (Brown, Ogden, Health Educ Res, 2004).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ:

Άλλη μία διατροφική διαταραχή είναι η ψυχογενής βουλιμία, η οποία είναι σύνδρομο, το οποίο χαρακτηρίζεται από επεισόδια υπερφαγίας κατά τη διάρκεια των οποίων το άτομο νιώθει ότι δε μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του για το πόσο θα φάει, ούτε μπορεί να σταματήσει να τρώει. Η έκφραση της βουλιμίας συνδέεται από ενέργειες που επιτείνουν τα άτομα αυτά με συνήθειες και εφαρμογή στρατηγικής για απώλεια βάρους με διουρητικά, ανασταλτικά της όρεξης, αμφεταμίνες, προκλητούς εμετούς μεταγευματικούς, χρήση υπακτικών ή καθαρτικών, συστηματικούς υποκλισμούς. Η ψυχογενής βουλιμία αναφέρεται ότι επηρεάζει περισσότερο «νέες» μεταξύ των 13-20 ετών. Θεωρείται μία παραλλαγή της ψυχογενής ανορεξίας, με την οποία έχει κοινά πολλά κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η ψυχογενής βουλιμία είναι περισσότερο συχνή από τη ψυχογενή ανορεξία και έχει αρκετές ομοιότητες με τον υπερφαγικό/καθαρτικό τύπο της δεύτερης, χωρίς όμως να προκαλεί τόσο σοβαρά προβλήματα υποσιτισμού. (www.aftognosia.gr, 2010).

2.2 Τύποι ψυχογενούς βουλιμίας (κατά DSM-IV):

1. **Καθαρτικός τύπος:** κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενούς βουλιμίας, ο πάσχων έχει εμπλακεί αναγκαστικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλισμών.

2. **Μη καθαρτικός τύπος:** κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενούς βουλιμίας, ο πάσχων χρησιμοποιεί άλλες μη φυσιολογικές αντιρροπιστικές συμπεριφορές όπως: νηστεία ή έντονη άσκηση αλλά δεν έχει εμπλακεί υποχρεωτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλισμών (Ζαμπέλα, 2003).



2.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η ψυχογενής βουλιμία οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως: ψυχικές διαταραχές, στην ανασφαλή προσωπικότητα, την πνευματική καλλιέργεια, την έλλειψη ενδιαφερόντων, οικογενειακής δομής, ανισόρροπης έγγαμης συμβίωσης, ανώμαλης εφηβείας, κύησης, περιβαλλοντικού παράγοντα, σεξουαλικής ανασφάλειας, κατάθλιψης, μανίας, καταθλιπτικής ψύχωσης, διαιτητικών παρεκτροπών όσο και κατάχρηση αλκοόλη (Ζαμπέλα, 2003).

2.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Αυτή η διαταραχή διατροφής χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας, που ακολουθούνται από ρουτίνες ακύρωσης. Κατά τη διάρκεια των βουλιμικών επεισοδίων το άτομο καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφών σε ένα γρήγορο, αυτόματο και ανίσχυρο να του αντισταθεί μοτίβο. Όμως επειδή κυριαρχεί ο φόβος για τη λήψη βάρους, νιώθει την ανάγκη να «ακυρώσει» τα τρόφιμα που καταναλώνει, συνήθως με την πρόκληση εμετού και με την προσφυγή σε κάποιο συνδυασμό δίαιτας, υπερβολικής άσκησης και διουρητικών. Εκτιμάται ότι ποσοστό 1-5% των εφήβων κοριτσιών εμφανίζει πλήρες ψυχογενές βουλιμικό σύνδρομο. Όμως είναι βέβαιο ότι ένα πολύ μεγαλύτερο ποσοστό, που οι σύγχρονες έρευνες το ανεβάζουν μεταξύ 10 και 50% των εφήβων αγοριών και κοριτσιών, εμφανίζει μερικώς το σύνδρομο αυτό, που χαρακτηρίζεται από περιόδους υπερφαγίας ακολουθούμενες από περιόδους προσπάθειας καθαρισμού.

2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ:

- Πολιτισμικοί παράγοντες
- Συναισθηματική διαταραχή ή διαταραχή της διάθεσης
- Το στρες ή κατάθλιψη
- Συναισθηματικό και υπαρξιακό κενό
- Δυσκολία επίλυσης συγκρούσεων και θυμός

- Κοινωνική φοβία, ενοχή, μοναξιά
- Δυσκολίες στην εφηβεία
- Αυτοεκτίμηση

2.6 ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

1. Η γαστρική υπέρ οξύτητα με τη γαστροϊσοφαγική (ΓΟΠ) παλινδρόμηση καταστρέφει την αδαμαντίνη των δοντιών και απαιτεί στοματολογική φροντίδα (πρόληψη – διόρθωση) όσο και το στρώμα της επιφάνειας του οισοφάγου (κάτω τριτημόριο).
2. Η συνεχής χρήση του δακτύλου ή του ξένου σώματος, δυνατόν να προκαλέσει τραύμα στη μαλακή υπερώα ή τον βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας που επιτείνεται με την οξύτητα του γαστρικού υγρού που παλινδρομεί.
3. Οισοφαγικές και φαρυγγικές επιπλοκές λόγω της παλινδρόμησης του όξινου γαστρικού περιεχομένου (γαστροϊσοφαγική παλινδρόμηση).
4. Αιματηρά εμέσματα υποδηλώνουν τοπικές κακώσεις, τραύμα, υπεραιμία ή φλεγμονή μη αποκλειόμενης και της κακοήθειας (συνδρόμων Badd ή προκαρκινικών καταστάσεων)
5. Ηλεκτρολυτικές διαταραχές λόγω αποβολής και απώλειας ιόντων (Na, Ca, Mg, Cl, Fe)
6. Πλειάδα διαταραχών από οισοφαγικό καύσο, γάστρας και καρδιακούς παλμούς, αίσθημα κόπωσης, αρρυθμίες, παραισθήσεις, οισοφαγόσπασμο, οπισθοστερνικοί πόνοι αλλά και μεταβολικές διαταραχές παντός τύπου που χρήζουν διορθώσεις, προκύπτουν από τη χρονιότητα της καταστάσεως.
7. Η νευρική βουλιμία δεν έχει ιδιαίτερα όρια διαχωριστικά από την κατάθλιψη, την αντικοινωνική συμπεριφορά, διαταραχές στην προσωπικότητα, με ανασφάλεια και απόσυρση, ακόμη με τον ναρκισσισμό, την εγωκεντρικότητα.
8. Θερμιδικές διαταραχές δυνατόν να προκύψουν κατά τη χρονιότητα ή την αντίσταση στη θεραπευτική αποκατάσταση (Γιακουμάκη, 2009).

2.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της νευρογενούς βουλιμίας συμπεριλαμβάνει την αντιμετώπιση του προβλήματος σε όλες τις διαστάσεις και απαιτεί τη συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων:

- i) Ψυχολόγοι ή ψυχίατροι οι οποίοι αναλαμβάνουν τη ψυχολογική πτυχή του προβλήματος.
- ii) Εγγεγραμμένου διαιτολόγου ή κλινικού διαιτολόγου: ο οποίος εκπαιδεύει το άτομο σχετικά με το ότι είναι ισοζυγισμένη διατροφή καθώς και την απόκτηση σωστών διατροφικών συνηθειών.
- iii) Παθολόγου ή γιατρού άλλης ειδικότητας: ο οποίος αναλαμβάνει τη παθολογική πτυχή του προβλήματος, το βουλιμικό άτομο συνήθως αρνείται να ζητήσει βοήθεια

2.8 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Συμβάλλει η διατροφική αντιμετώπιση, στην οποία το άτομο επιβάλλεται να τηρεί τη σωστή διατροφή, να απασχολείται με άλλες δραστηριότητες μετά από κάθε γεύμα, να είναι με άλλα άτομα μετά τα γεύματα και αν προκαλέσει εμετό ή κάνει χρήση καθαρτικών, να προσπαθήσει να πάρει το επόμενο γεύμα κανονικά. Επιβάλλεται η επαναπρόσληψη βάρους με σταδιακή αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης θερμίδων. Εκτός από τη βοήθεια των γιατρών στην αντιμετώπιση της διαταραχής πρέπει να συμμετέχουν και οι γονείς, στο πλαίσιο ψυχοθεραπείας είτε ως ζευγάρι και ανεξάρτητα από την/ον ασθενή, είτε από κοινού με αυτήν/ον. Όσον αφορά τη φαρμακευτική θεραπεία, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά για τη παροδική μείωση των βουλιμικών επεισοδίων (www.aftognosia.gr, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III ΑΣΙΤΙΑ ΕΦΗΒΩΝ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ:



Ασιτία λέμε την κατάσταση κατά την οποία ο οργανισμός δεν τρέφεται. Η ασιτία όταν παραταθεί, φέρνει το θάνατο. Όταν ο οργανισμός δεν παίρνει για 7 μέρες ούτε νερό και για 40 μέρες μόνο νερό, φθείρεται σιγά - σιγά και πεθαίνει. Η ασιτία επικρατούσε σε πολέμους, σε πληθυσμούς μιας χώρας σε περιπτώσεις μεγάλης ανέχειας ή εχθρικής κατοχής και σε αποκλεισμένους που δεν μπορούν να βρουν τροφή. Παρόλο που σε πολλές περιοχές του δυτικού πολιτισμού το φαγητό είναι σε αφθονία στις μέρες μας, παρατηρούνται κυρίως από

εφήβους κρούσματα "ασιτίας". Οι έφηβοι καταφεύγουν σε διάφορες δίαιτες προκειμένου να αποκτήσουν ένα λεπτό κορμί, "κορμί μοντέλου" επηρεασμένοι από τα Μ.Μ.Ε., αλλά σε κάποιες περιπτώσεις υπερβάλλουν με αποτέλεσμα να περιορίζουν τις τροφές τους σε τέτοιο σημείο, που φτάνουν στην απίσχναση λόγω διακοπής τροφής με αποτέλεσμα μέχρι και το θάνατο.

Στην ασιτία δεν παρέχονται ικανοποιητικές ποσότητες υδατανθράκων, λιπών, πρωτεϊνών σε κυτταρικό επίπεδο, ώστε να καλυφθούν οι ενεργειακές ανάγκες του οργανισμού. Αν τα θρεπτικά συστήματα χορηγηθούν, οι ενδογενείς μηχανισμοί άντλησης ενέργειας σταματούν και το κύτταρο τα χρησιμοποιεί κατά φυσιολογικό τρόπο. Οι κλινικές αιτίες που οδηγούν σε ασιτία είναι:

- Αποφράξεις της γαστρεντερικής οδού.
- Διαταραχές των λειτουργιών της πέψης.
- Δυσσαπορρόφηση.

Το μεταβολικό μοντέλο της ασιτίας, αποτέλεσμα σειράς ορμονικών μεταβολών χαρακτηρίζεται από:

- Μείωση του βασικού μεταβολισμού ηρεμίας.
- Η γλυκόζη αποτελεί το κύριο καύσιμο. Προέρχεται από αμινοξέα γιατί τα αποθέματα γλυκογόνου εξαντλούνται. Με την πάροδο του χρόνου αντικαθίσταται από κετονοσώματα και λιπαρά οξέα καθώς η λιπόλυση αποτελεί την κύρια πηγή ενέργειας.
- Η εξωγενής χορήγηση θρεπτικών συστατικών μεμονωμένων ή σε συνδυασμό προκαλεί μείωση της γλυκονεογένεσης, της λιπόλυσης και της πρωτεϊνόλυσης.

Καθώς η ασιτία αρχίζει τα αποθέματα γλυκογόνου επαρκούν για λίγες μόνο ώρες και οι ανάγκες σε γλυκόζη καλύπτονται από γλυκονεογένεση που λαμβάνει χώρα κύρια στους σκελετικούς μυες. Φαίνεται με την αύξηση της αποβολής αζώτου στα ούρα. Μια και τα χαμηλά επίπεδα της ινσουλίνης προάγουν τη λιπόλυση, τα λιπαρά οξέα με τις κετόνες αποτελούν την κύρια πηγή ενέργειας για τα περισσότερα όργανα του σώματος. Η κέτωση οδηγεί σε ελάττωση της γλυκονεογένεσης και περίσωση της πρωτεΐνης. Τώρα, το άζωτο στα ούρα είναι πολύ χαμηλό αποδεικνύοντας την ελάττωση της απώλειας πρωτεΐνης. Η παραγόμενη από τη διάσπαση του λίπους γλυκερόλη χρησιμοποιείται για την παραγωγή γλυκόζης για τις ανάγκες οργάνων που είναι αδύνατον να χρησιμοποιήσουν κετόνες, όπως για τα ερυθρά αιμοσφαίρια (Μάνος, 1997).

3.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Στην αρχή είναι ένα έντονο συναίσθημα πείνας και έπειτα γενική ατονία, υποθερμία, απώλεια της συνείδησης και καταληγει στο θάνατο. Κατά τη διάρκεια της ασιτίας φθείρονται στην αρχή, οι δευτερεύοντες ιστοί και τα δευτερεύοντα όργανα, για να διατηρηθούν τα πολυτιμότερα, ο εγκέφαλος και η καρδιά.

3.3 ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

- Παραμελημένα παιδιά.
- Έφηβοι που δε σιτίζονται σωστά (μπορούν να αναπτύξουν διατροφικό σύνδρομο π.χ. νευρική ανορεξία, βουλιμία).
- Ηλικιωμένα άτομα, τα οποία ζουν μόνα.
- Κοντινές εγκυμοσύνες ή εγκυμονούσα έφηβη.
- Αλκοολικοί, χρήστες ναρκωτικών ουσιών.
- Ψυχιατρικοί ασθενείς (π.χ. σχιζοφρένεια στην οποία παρατηρείται βρώση παράδοξων πραγμάτων ή καχεξία).
- Ασθενείς με χρόνιες παθήσεις (όπως νεφροπαθείς, διαβητικοί, καρκινοπαθείς, πολυτραυματίες, εγκαυματίες).

Η κακή θρέψη, αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα ασιτίας ή συστηματική φλεγμονώδης κατάστασης (Nord , 2010).

3.4 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Τα άτομα που κάνουν κακή θρέψη παρουσιάζουν, μειωμένη κινητικότητα λόγω μυϊκής αδυναμίας, διαταραχές στην εγκεφαλική λειτουργία λόγω ανεπάρκειας βιταμίνης B12, Mg, Ca, P, αναπνευστικά προβλήματα όπως μειωμένη μέγιστη αναπνοή και αναπνευστική μυϊκή δύναμη και συχνά εμφανίζουν βρογχοπνευμονία ως αποτέλεσμα του υποαερισμού. Η κακή θρέψη προκαλεί και τη δυσλειτουργία του ενδοκρινικού συστήματος, παρατηρείται αυξημένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης και κορτιζόλης, χαμηλά επίπεδα κατεχολαμινών, γλυκαγόνης, θυροξίνης και γλυκόζης λόγω ηπατικής ανεπάρκειας. Στη καρδιαγγειακή λειτουργία, η απώλεια του καρδιακού ιστού οδηγεί σε μειωμένη καρδιακή παροχή, σε βραδυκαρδία και υπόταση, ενώ η έλλειψη ηλεκτρολυτών μπορεί να προκαλέσουν αρρυθμίες, ενώ η έλλειψη της βιταμίνης B1 καρδιακή ανεπάρκεια.

Οι επιπτώσεις στη νεφρική λειτουργία περιλαμβάνει τη μειωμένη νεφρική ροή του πλάσματος και της σπειραματικής διήθησης, επίσης μειώνεται και η δυνατότητα αποβολής επιπλέον άλατος και νερού με αποτέλεσμα να αυξηθεί ο εξωκυττάριος όγκος, γεγονός που οδηγεί στο οίδημα της ασιτίας.

Στο γαστρεντερικό σύστημα, μειώνεται η απορρόφηση των λιπιδίων και σακχάρων και η γαστρική κινητικότητα, επίσης αλλάζει και η βακτηριδιακή χλωρίδα του εντέρου. Μία από τις επιπτώσεις είναι η εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος (με άμεσο επακόλουθο την αυξημένη εμφάνιση λοιμώξεων), επηρεάζονται τα T-λεμφοκύτταρα και είναι δυνατόν να παρατηρηθεί η ατροφία του θυμού αδένα. Η κατάσταση επιδεινώνεται με την εκδήλωση διαταραχών που σχετίζονται με μεμονωμένες ελλείψεις βιταμινών και ιχνοστοιχείων (Μάνος, 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΕΦΗΒΩΝ

4.1 Ορισμός εφηβείας:

Η εφηβεία είναι η περίοδος της ζωής του ανθρώπου που ξεκινά με την ήβη και φτάνει μέχρι την ενηλικίωση, όπου και ολοκληρώνεται η ανάπτυξη-ωρίμανση του οργανισμού. Είναι μια περίοδος κατά την οποία οι έφηβοι διαμορφώνουν ισόβιες συνήθειες συμπεριλαμβανομένων των συνηθειών που αφορούν στη διατροφή και τη σωματική άσκηση και ικανοτήτων που αφορούν στην συναισθηματική υγεία, όπως είναι οι στρατηγικές επίλυσης και αντιμετώπισης προβλημάτων. Στην προσπάθεια τους να αποκτήσουν ανεξαρτησία και με το αίσθημα της αθανασίας που νιώθουν, πολλοί έφηβοι υιοθετούν επικίνδυνες συμπεριφορές που απειλούν την υγεία τους, συμπεριλαμβανομένων της χρήσης ναρκωτικών, αλκοόλ, επικίνδυνης οδήγησης και τη συμμετοχή τους σε παράνομες και βίαιες δραστηριότητες (Cole, M., & Cole, S.R., 2002).

4.2 Τι απασχολεί τον έφηβο;

Ένα από τα πιο σημαντικά θέματα που απασχολεί τον έφηβο είναι η εμφάνιση του. Συχνά παρατηρείται σύγχυση και υιοθέτηση λανθασμένων αντιλήψεων σχετικά με θέματα που αφορούν την εμφάνιση, όπως το βάρος, το σώμα και η σύσταση του σώματος. Επιπροσθέτως, ορισμένα αθλήματα προσθέτουν λανθασμένες αντιλήψεις (π.χ. Η γυμναστική, ο χορός κ.α.) με το να επιβραβεύουν τον αθλητή με την εμφάνισή του (Ζαμπέλα, 2003).

4.3 Διατροφή εφήβων:



Τα παιδιά στην εφηβική ηλικία διέρχονται περιόδους ταχείας αύξησης και τον αυξημένο ρυθμό ανάπτυξης (την αύξηση οστών, του μυϊκού ιστού, τον όγκο αίματος) και συνεπώς, έχουν υψηλές διατροφικές ανάγκες. Έτσι, πρέπει να καταναλώνονται διάφορες τροφές ώστε να ικανοποιούνται οι καθημερινές ανάγκες του οργανισμού τους.

Τα διαιτολόγια πρέπει να περιλαμβάνουν ένα σωστό ισοζύγιο υδατανθράκων, πρωτεϊνών και λίπους με επαρκή πρόσληψη βιταμινών και μεταλλικών στοιχείων. Παρ' όλα αυτά όμως, οι έφηβοι, όπως είναι γνωστό, προτιμούν ακατάλληλες τροφές. Η διαίτα τους έχει υψηλή περιεκτικότητα λιπών και ζάχαρης και συνήθως συνιστάται από fast food αντί να καταφεύγουν σε φρούτα και λαχανικά.

Η παράλειψη των γευμάτων, κυρίως πρωινού και η κατανάλωση πολλαπλών ανθυγιεινών πρόχειρων γευμάτων (σνακ), συμβάλλουν στη κακή θρέψη των παιδιών. Ο αδρός έλεγχος και η αναγνώριση των διατροφικών προβλημάτων, η συμβουλευτική και οι κατάλληλες παραπομπές είναι σημαντικές συνιστώσες στο σχολικό περιβάλλον (www.neaygeia.gr, Κορέτση, 2011).

Ο αριθμός των παιδιών που ζουν σε συνθήκες ένδειας έχει αυξηθεί κατά 20% και η κακή διατροφική κατάσταση συνδέεται στενά με πείνα. Έχουν ξεκινήσει ομοσπονδιακά χρηματοδοτούμενα προγράμματα όπως το Πρόγραμμα Σχολικού Πρωινού και το Πρόγραμμα Σχολικών Γευμάτων, για να διασφαλιστεί η πρόσβαση όλων των παιδιών στα δύο αυτά γεύματα κατά τη διάρκεια του σχολικού ωραρίου (Ζαμπέλα, 2003)

Στατιστικές έχουν δείξει ότι μικρός αριθμός εφήβων αισθάνεται καλά με το σώμα τους. Ανάμεσα στους μετέχοντες στην έρευνα, το 75% θεωρούν ότι είναι παχείς και το 70% κάνουν δίαιτα σε οποιαδήποτε περίοδο. Οι στατιστικές δείχνουν επίσης ότι το 50% των κοριτσιών της 3^{ης}-6^{ης} τάξης επιθυμούν να αδυνατίσουν και το 1/3 έχει υποβληθεί σε δίαιτα (Kater, 1999).

Έχει αναφερθεί ότι το 8% των κοριτσιών επιχειρεί προκλητικούς εμετούς ή κενώσεις με καθαρτικές ουσίες για την απώλεια βάρους ή για να μην αυξηθεί το σωματικό τους βάρος, ενώ το 95 περίπου λαμβάνει χάπια αδυνατίσματος.

4.4 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΕΦΗΒΩΝ

Τα στοιχεία της YRBS που παρατίθενται, προέρχονται από μία εθνική έρευνα σε σχολεία, 45 πολιτειακές έρευνες και 16 τοπικές έρευνες που διεξάχθηκαν σε μαθητές Λυκείων από το Φεβρουάριο μέχρι το Μάρτιο του 1995.

72% κατανάλωσαν <5 μερίδες φρούτων και λαχανικών την προηγούμενη μέρα.

39% κατανάλωσαν >2 μερίδες τροφίμων με υψηλά λιπαρά την προηγούμενη μέρα.

28% θεωρούσαν τον εαυτό τους υπέρβαρο.

41% έκαναν προσπάθεια να χάσουν βάρος.

5% έπαιρναν καθαρτικά ή έκαναν εμετό για απώλεια ή διατήρηση του βάρους κατά τον προηγούμενο μήνα.

Η διατροφική εκπαίδευση των εφήβων αποτελεί ιδιαίτερα δύσκολο εγχείρημα, δεδομένου ότι:

- Οι έφηβοι αισθάνονται απόλυτα υγιείς και δεν έχουν κίνητρο για να αλλάξουν τη διατροφή τους
- Είναι γνωστικά προσκολλημένοι στο παρόν και δεν μπορούν να προβλέψουν τις συνέπειες στο μέλλον
- Οι συνήθειες είναι δύσκολο να αλλάξουν σε όλες τις ηλικίες
- Ο έφηβος θεωρεί τον τρόπο διατροφής του εύκολο και βολικό ώστε να εξυπηρετεί το βαρύ πρόγραμμά του

Για να επιτύχει οποιαδήποτε παρέμβαση στην ηλικία αυτή, είναι σημαντικό να γίνονται προτάσεις, χωρίς όμως να επιβάλλονται εάν δεν υπάρχει συνεργασία από τον έφηβο. Η συμμετοχή όλης της οικογένειας στην προσπάθεια υιοθέτησης ενός ισορροπημένου διατροφικού προγράμματος είναι καθοριστικής σημασίας. Στα αρχικά στάδια απαιτείται συνεχής υποστήριξη και ενθάρρυνση, προκειμένου να σημειωθεί κάποιο έστω και μικρό αποτέλεσμα (Μοσχάκου και Ντζοΐδου, 2010).

4.5 Οι βασικές συστάσεις της Ένωσης Ελλήνων Διαιτολόγων για την ηλικία αυτή είναι :

1. Να μην παραλείπονται κύρια γεύματα.
2. Το πρωινό είναι από τα σημαντικότερα γεύματα της ημέρας.
3. Να μην καταναλώνονται μεταξύ των γευμάτων πρόχειρες τροφές. Οι πρόχειρες τροφές περιέχουν αρκετό λίπος, αλάτι και κενές θερμίδες. Γι αυτό πρέπει να χρησιμοποιούνται με μέτρο.

4. Λιγότερα λίπη και ζάχαρη.
5. Κατανάλωση περισσότερων τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες.
6. Άφθονα φρούτα και λαχανικά.
7. Κατανάλωση ποικιλίας τροφών καθημερινά.
8. Διατήρηση κανονικού σωματικού βάρους.
9. Αργό μάσημα.
10. Άφθονο νερό.
11. Να αποφεύγονται τα οινοπνευματώδη ποτά.
12. Να αποφεύγεται η υπερκατανάλωση γλυκών και αναψυκτικών.
13. Να αποφεύγεται το πολύ αλάτι.
14. Άσκηση καθημερινά.

Ένα σωστό διατροφικό πρόγραμμα κατά την εφηβεία αποτελεί το θεμέλιο λίθο ενός γενικότερα ισορροπημένου τρόπου ζωής που εξασφαλίζει υγεία, καλαισθησία, ευχαρίστηση, καλές ανθρώπινες σχέσεις και μακροζωία (www.eatingdisorders.gr, 2012).

4.6 ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

Μία μελέτη διαπίστωσε ότι οι μαθήτριες σε ποσοστό 40,2% είναι πιθανότερο να πιστεύουν ότι είναι υπέρβαρες συγκριτικά με τα αγόρια (22,3%) και είναι πιθανότερο να προσπαθούν να χάνουν βάρος (47,1%) συγκριτικά με τα αγόρια (20,6%). Η μελέτη διαπίστωσε επίσης, ότι τα αγόρια (31,2%) ήταν πιθανότερο να προσπαθούν να αυξήσουν το βάρος τους συγκριτικά με τα κορίτσια, σε ποσοστό 7,4%. Τα αγόρια ήταν πιθανότερο να ασκούνται και να γυμνάζονται σε μία προσπάθεια να χάσουν βάρος, ενώ τα κορίτσια ήταν πιθανότερο να υποβληθούν σε δίαιτα (Ζαμπέλα, 2003).

Δεν είναι παράξενο ότι η μελέτη αποκάλυψε ότι οι έφηβοι ως σύνολο δεν κάνουν καλή αξιολόγηση του εαυτού τους. Σχεδόν 50% αυτών δεν μπόρεσαν να κατατάξουν τους εαυτούς τους σε κάποια κατηγορία από τη άποψη του σωματικού βάρους (Kilpatrick, Ohannessian & Barthomew, 1999). Οι αντιλήψεις που έχουν για τον εαυτό τους εμφανίζονται σε πρώιμη ηλικία και συνεπώς, είναι αναγκαίο να ξεκινήσει η εκπαίδευση και η συμβουλευτική από το δημοτικό.

Οι προσπάθειες πρόληψης πρέπει να επικεντρωθούν στην εξάλειψη των λανθασμένων αντιλήψεων γύρω από τη διατροφή, τη δίαιτα και τη σύσταση του σώματος και πρέπει να δίνουν έμφαση στην άριστη κατάσταση της υγείας και των ατομικών επιδόσεων. Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τους μαθητές να αποδεχτούν το σώμα τους. Δυστυχώς,

όμως οι εξωτερικές επιρροές που δέχονται όπως και τα εμπορεύματα και οι διαφημίσεις, καθιστούν το πρόβλημα αυτό σοβαρό.

Οι έφηβοι βομβαρδίζονται με μηνύματα όπως «Ποτέ δε θα μπορέσεις να είσαι τόσο λεπτός» και «η ζωή θα είναι θαυμάσια εάν μοιάζεις ή ντύνεσαι σα μοντέλο». Οι νοσηλευτές πρέπει επίσης να είναι γνώστες των διαταραχών στη λήψη τροφής, όπως η ψυχογενής ανορεξία και βουλιμία (www.neaygeia.gr, Κορέτση, 2011).

Ανορεξία είναι η εξαιρετικά περιορισμένη πρόσληψη τροφής, λόγω νοσηρού φόβου για παχυσαρκία.

Από τη βιβλιογραφία, προκύπτει ότι η ανορεξία είναι πολυπαραγοντική διαταραχή, παρατηρείται κυρίως στις γυναίκες και συχνά συσχετίζεται με οικογενειακή δυσλειτουργία ή ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης.

Βουλιμία είναι μία μορφή ανορεξίας, χαρακτηριζόμενη από χαοτικά πρότυπα στη λήψη τροφής με υποτροπιάζοντα επεισόδια υπερφαγίας, ακολουθούμενα από ενέργειες αντιστάθμισης των συνεπειών της υπερφαγίας. Οι ενέργειες αυτές μπορεί να έχουν τη μορφή προκλητών εμετών, κατάχρησης καθαρτικών ή διουρητικών ή υπέρμετρης σωματικής άσκησης.

4.7 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Στο πλαίσιο πολυπαραγοντικών επιδράσεων (περιβαλλοντικών, πολιτισμικών, οικογενειακών) εγγράφονται οι διατροφικές διαταραχές στην εφηβική ανάπτυξη και είναι αποτέλεσμα μιας σειράς αμυντικών παθολογικών μηχανισμών, που πολλές φορές σκοπό έχουν να χρησιμοποιούν το αντικείμενο (τροφή) σε βάρος του εαυτού τους. Ο έφηβος εκτίθεται σε έντονες βιολογικές και ψυχικές μεταβολές, ενώ ταυτόχρονα δοκιμάζεται η προσαρμογή του στη κοινωνία. Η αποδοχή των αλλαγών προϋποθέτει υγιή ψυχική λειτουργία. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής του εφήβου δημιουργεί διατροφικές διαταραχές (Κορέτση, 2011).

4.8 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Η διατροφή ως παράγοντας κινδύνου έχει μια σημαντική επιρροή στην υγεία, όχι μόνο των ενηλίκων αλλά και των παιδιών και των εφήβων (Brown & Ogden 2004). Σε μελέτη (ο Cabelas Hernandez 2004) υποστηρίζει πως η μελαγχολική προσωπικότητα επηρεάζει αρνητικά τα άτομα στις διατροφικές τους επιλογές. Η μελαγχολία αν όχι σε όλες τις

περιπτώσεις αλλά στις περισσότερες, έχει σαν αποτέλεσμα εμφάνιση ανορεξίας και υποσιτισμού, που εκδηλώνεται με εξαντλητική σημαντική άσκηση καθώς επίσης και με τη χρήση διάφορων καθαρτικών. Στη συνέχεια, φαίνεται πως εμφανίζονται προβλήματα αναιμίας λόγω χαμηλής πρόσληψης πρωτεϊνών και σιδήρου. Περαιτέρω μελέτες συνεχίζονται τόσο για τη διάγνωση, όσο και για τη θεραπεία.

Η διαιτητική συμπεριφορά του εφήβου εξαρτάται από μία ποικιλία παραγόντων όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, οι διαπροσωπικές σχέσεις/κοινωνικότητα, η οικονομική κατάσταση, η διαμορφωμένη κουλτούρα, τα κοινωνικά δίκτυα, η αποπροσανατολιστική διαφήμιση τροφίμων, η έλλειψη προσωπικού χρόνου του εφήβου, η οικογενειακή του κατάσταση καθώς και η ύπαρξη κυλικείου στο χώρο του σχολείου. Το διατροφικό περιβάλλον που παρέχουν οι γονείς στο παιδί, διαμορφώνει τις διατροφικές του συνήθειες σε μεγάλο βαθμό για τη μετέπειτα ζωή του (www.neaygeia.gr, Κορέτση, 2011).

Όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται ταυτόχρονα και το ενδιαφέρον για την προσωπική υγεία, με αποτέλεσμα να αυξάνεται και η αναζήτηση διατροφικών πληροφοριών. Οι διατροφικές επιλογές των εφήβων είναι συνάρτηση των εξής παραγόντων:

- Της δομής και των χαρακτηριστικών της οικογένειας και κυρίως οι διαιτητικές συνήθειες των γονέων.
- Των κοινωνικών και πολιτιστικών αξιών, καθώς και των σωματικών προτύπων, που προωθεί η βιομηχανία.
- Της εικόνας του σώματός τους.
- Των προσωπικών εμπειριών.
- Της γεύσης και της εμφάνισης των τροφίμων. Τα παιδιά προτιμούν τρόφιμα με έντονο χρώμα, αλλά με ήπιες γεύσεις και μυρωδιές.
- Της ευκολίας παρασκευής ή διαθεσιμότητας των τροφίμων (Ζαμπέλας, 2003).

Πρέπει να σημειωθεί, ότι οι διατροφικές επιλογές των εφήβων είναι μέσο για να δηλώσουν την αυτονομία τους απέναντι στην οικογένεια και την κοινωνία και να προσδιορίσουν ταυτόχρονα τη δική τους οντότητα. Ας αναλύσουμε λοιπόν, κάποιους από τους παραπάνω παράγοντες.

i) Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες

Είναι γνωστό πως το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την κατανάλωση της τροφής. Η διατροφή είναι ένα θέμα κλειδί για την υγεία, ιδιαίτερα σε σχέση με τις φτωχότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Τα τρόφιμα που τρώμε ασκούν τεράστια επίδραση στην υγεία μας. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους (Niciforovic-Surkovic, knrgic & Ac-Nikolie, 2002) σε 896 εφήβους από 20 τυχαία επιλεγμένα δημοτικά σχολεία μέσα σε δύο νορβηγικούς νομούς με σκοπό την πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, τα αποτελέσματα βρέθηκαν να είναι θεαματικά. Τα ερωτηματολόγια που δόθηκαν σε παιδιά και σε γονείς εξετάστηκαν αρχικά τον Μάιο του 2002 (μέση ηλικία 12,5 έτη) και πάλι το Μάιο του 2005 (μέση ηλικία 15,5 έτη). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα παρατηρήθηκε ότι οι έφηβοι των γονέων με υψηλότερη εκπαίδευση είχαν μεγαλύτερη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών πιο συχνά από τους εφήβους των γονέων χωρίς τριτοβάθμια.

ii) Οικογενειακοί παράγοντες (μονογονεϊκές οικογένειες)

Ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη διατροφική συμπεριφορά των εφήβων είναι το οικογενειακό περιβάλλον και κατά κύριο λόγο οι μονογονεϊκές οικογένειες, που δεν έχουν την απαραίτητη βοήθεια. Η διατροφή τους παρουσιάζεται προβληματική και μπορεί να επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Φιλανδία από τους (Remes, Martikainen & Valkonen, 2010), στόχος ήταν να εξετασθούν τα παιδιά των μονογονεϊκών οικογενειών στη ηλικία 1-14 ετών. Τα παιδιά αυτά έμεναν μόνο μαζί με την μητέρα τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα παιδιά παρουσιάζουν κάποιες ελλείψεις θρεπτικών συστατικών καθώς το μεγαλύτερο πρόβλημα εντοπίστηκε στα παιδιά της ηλικίας 1-4 ετών. Τα παιδιά αυτά ήταν λιποβαρή. Συμπερασματικά, δε μπορεί να εντοπιστεί η κύρια αιτία των ελλείψεων στη διατροφή των εφήβων, πρέπει όμως να τονιστεί πως στη συγκεκριμένη έρευνα οι μητέρες παρουσιάζονταν με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.

Επιπρόσθετα, αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι η οικονομική άνεση που θα έχει ένας γονέας για τη διαθεσιμότητα σωστών επιλογών μέσα στο σπίτι, μπορεί να θέλει και να γνωρίζει τι είναι σωστό αλλά να μην έχει τη δυνατότητα να το προσφέρει. Κατά τη συνέπεια οι επιλογές μπορεί να είναι πιο περιορισμένες για αυτές τις οικογένειες, καθώς ο γονέας προσπαθεί μόνος του να ανταπεξέλθει σε όλες τις υποχρεώσεις και κυρίως στην ανάπτυξη του παιδιού (Mc Dermott & Stephens, 2010). Τέλος, τα παιδιά που ζουν με ένα γονέα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζονται με δυσκολίες συμπεριφοράς, λανθασμένες επιλογές τροφίμων και αρνητική εικόνα απέναντι στην ισορροπημένη διατροφή αλλά και στην άσκηση. Συνοψίζοντας, διαπιστώνεται ότι η οικογένεια ασκεί σημαντική επιρροή προς τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών ιδιαίτερα σε μικρότερες ηλικίες που ξεκινά η βάση υγιεινής διατροφής (Woodruff, Harning, 2008).

iii) ΤΕΛΕΙΟΜΑΝΙΑ

Η τελειομανία είναι ένας πολυδιάστατος τύπος προσωπικότητας που σχετίζεται με έναν αριθμό από ψυχολογικές, διαπροσωπικές και συσχετιζόμενες με την επίδοση δυσκολίες (Μάνος 1997). Δεν είναι πρωτογενής διαταραχή από μόνη της, αλλά μπορεί να είναι ένδειξη διαταραχής και πιο συγκεκριμένα της Ψυχαναγκαστικής Διαταραχής. Η τελειοθηρία είναι ένα κεντρικό χαρακτηριστικό γνώρισμα των διατροφικών διαταραχών. Από μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Νέα Υόρκη από τους (Halm et al., 2010), βρέθηκε ότι 607 άτομα με νευρική ανορεξία και βουλιμία με ηλικία 13-65 έτη, παρουσίαζαν για κάποιο διάστημα τελειομανία σε συνδυασμό με ψυχαναγκαστική συμπεριφορά (OCD), (OCPD). Γενικότερα, είναι ένας παράγοντας που δημιουργεί προβλήματα σε γονείς, ενήλικες, εφήβους και παιδιά.

Η τελειομανία δεν είναι μια υγιής συμπεριφορά. Οι τελειομανείς είναι δύσκολο να πετύχουν, με αποτέλεσμα να μην είναι ποτέ ευχαριστημένοι από την επίδοσή τους. Ο περιορισμός της κατανάλωσης τροφίμων άμεσα ενισχύει την θεωρία των ατόμων αυτών ότι είναι κυρίαρχοι του εαυτού τους. Θέτουν αποφάσεις στο μυαλό τους για να περιορίσουν την εισαγωγή τροφίμων και σε μεγάλο βαθμό είναι επιτυχή. Ο περιορισμός τροφίμων περιλαμβάνει

χαρακτηριστικά την ποσότητα, το είδος τροφίμων όπως και τη χρονική στιγμή που καταναλώνονται. Τα τελειομανή πρότυπα εφαρμόζονται στο διαιτητικό περιορισμό και συχνά αυτά εκφράζονται ως ακραίοι διαιτητικοί κανόνες (Svensson et al, 2010). Οι νευρωτικοί τελειομανείς, ωστόσο, είναι αυτοί που είναι πολύ αυστηροί με τον εαυτό τους, θέτουν τον εαυτό τους σε κίνδυνο για ψυχολογικές και σωματικές διαταραχές, μεταξύ των οποίων είναι οι παρακάτω: (Yackobovitch-Gavam et al., 2009)

- A. Κατάθλιψη .
- B. Αλκοολισμός.
- Γ. Κοινωνικές φοβίες.
- Δ. Καρδιαγγειακές παθήσεις .
- E. Ψυχαναγκαστική διαταραχή.
- ΣΤ. Διαταραχή ψυχαναγκαστικής προσωπικότητας.
- Z. Αυτοκτονία.
- H. Νευρική ανορεξία.

Μια σημαντική μελέτη διερεύνησε τη σχέση μεταξύ γονέων με τελειομανία και εμφάνιση διατροφικών διαταραχών στα παιδιά τους (Camals, Sandro & Arjja, 2009). Συμμετείχαν 1.336 αγόρια και κορίτσια, συνολικά όμως 258 άτομα επιλέχθηκαν που κινδύνευαν για εμφάνιση διατροφικής διαταραχής. Εξετάστηκε η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, η δυσαρέσκεια του σώματος, ο δείκτης μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ) και η ηλικία. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η πίεση της μητέρας και η τελειομανία του πατέρα ήταν σημαντικοί αρνητικοί παράγοντες για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών στους εφήβους. Συμπερασματικά, οι γνωστικές και συμπεριφορικές καταστάσεις μέσα στο σπίτι και από τους δύο γονείς μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη κάποιας διαταραχής στους εφήβους. Αυτό πρέπει να ληφθεί υπόψη για την πρόληψη αλλά και την οικογενειακή θεραπεία (Κούρος, 1993).

iv) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η επιρροή του κοινωνικού προτύπου στον δυτικό κόσμο, που δίνει μεγάλη έμφαση στο αδύνατο σώμα, αναφέρεται συχνά ως σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας της πρόσφατης αύξησης των διαταραχών. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει μεγαλύτερη δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματος στον γενικό πληθυσμό απ' ότι υπήρχε στο παρελθόν, φαινόμενο που ισχύει για τις γυναίκες αλλά και για τους άνδρες (Garner, Cooke & Marano, 1997).

Το κοινωνικό πρότυπο προβάλλεται και ενισχύεται από τα Μ.Μ.Ε. και τη βιομηχανία της μόδας. Σύμφωνα με έρευνα (του Oldenberg 1998), τουλάχιστον το ένα τρίτο των μοντέλων που εμφανίζονται σε περιοδικά πληρούν κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας. Η επιρροή του αισθητικού προτύπου μέσω Μ.Μ.Ε. διαφαίνεται από τα αποτελέσματα πρόσφατης έρευνας στα νησιά Fiji. Το 1995 τα νησιά αυτά είχαν για πρώτη φορά πρόσβαση στα δυτικά τηλεοπτικά προγράμματα μέσω δορυφορικής μετάδοσης. Μερικά χρόνια αργότερα, ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι έφηβοι που έβλεπαν τηλεόραση τουλάχιστον τρεις φορές την

εβδομάδα ήταν πιο πιθανό να δηλώσουν ότι αισθάνονται "πολύ χοντρές" ή ότι έχουν "πολύ μεγάλο σώμα" από ότι κοπέλες που έβλεπαν τηλεόραση λιγότερο συχνά. Όσο περισσότερο αποδέχεται ο έφηβος και εσωτερικεύει αυτά τα πρότυπα, τόσο πιο επιρρεπής είναι να εκδηλώσει διαταραχή στην πρόσληψη τροφής.

4.9 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΙΑ ΕΦΗΒΟΥΣ

Να καταναλώνετε 5 γεύματα την ημέρα. Για να είναι ο μεταβολισμός καλά ρυθμισμένος, να γίνονται οι απαραίτητες καύσεις αλλά και να έχετε καλά επίπεδα ενέργειας καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας είναι απαραίτητο να μοιράζετε την ενεργειακή σας πρόσληψη σε 5 γεύματα: 3 κυρίως γεύματα (πρωινό, μεσημεριανό και βραδινό) και 2 ενδιάμεσα σνακ (δεκατιανό και απογευματινό). Η κατανάλωση ενός μόνο μεγάλου γεύματος το βράδυ, γεγονός αρκετά συνήθες για ορισμένους εφήβους, θα επιβραδύνει το μεταβολισμό σας, θα σας κάνει να νιώθετε κουρασμένη/ο και με μειωμένη συγκέντρωση κατά τη διάρκεια της ημέρας και επιπροσθέτως θα σας οδηγήσει σε υπερφαγική κρίση, καθώς θα έχετε συσσωρεύσει την πείνα μιας ολόκληρης ημέρας για το τέλος της ημέρας.

Να αποφεύγετε τα ζαχαρούχα ροφήματα και τα βιομηχανοποιημένα σνακ πλούσια σε ζάχαρη, αλάτι και λιπαρά. Ξέρω καλά πως όλα τα σοκολατούχα σνάκ (μπισκότα, γκοφρέτες και παραδοσιακά γλυκά) αλλά και τα αλμυρά τηγανιτά σνάκ (όπως πατατάκια και κράκερς) φαίνονται δελεαστικά και ίσως είναι μια γρήγορη λύση για ένα μίνι γεύμα στο σχολείο. Σκεφτείτε όμως πόσο φορτωμένα με θερμίδες, ζάχαρη και λιπαρά είναι και τι αντίκτυπο θα έχει αυτό στην εικόνα σας, αν τα καταναλώνετε συχνά ... Θα καταλήξετε με κάποια περιττά κιλά και με μειωμένη αυτοεκτίμηση. Για αυτό προσοχή: Αντί αυτών θα πρότεινα να προτιμήσετε για ενδιάμεσο γεύμα ένα φρούτο ή ένα τόστ με ζαμπόν – τυρί λάιτ και ντομάτα ή ένα ποτήρι γάλα 1,5% λιπαρών ή ένα γιαούρτι 0-2% λιπαρά ή τέλος ένα ποτήρι χυμό χωρίς ζάχαρη.

Τα δημητριακά ολικής αλέσεως (όπως ψωμί ολικής αλέσεως, δημητριακά πρωινού καιμπάρες δημητριακών ολικής αλέσεως) αποτελούν άριστη πηγή φυτικώνινών,συμπλέγματος βιταμινών Β, βιταμίνης Ε και μαγνησίου. Είναι η άμεση πηγή ενέργειας για τον οργανισμό μας και έλλειψη αυτών από τη διατροφή οδηγεί σε αδυναμία, απώλεια συγκέντρωσης, Ναι στα δημητριακά ολικής αλέσεως!νευρικότητα και κατάθλιψη. Η κατανάλωση 6-7 μερίδων για τα κορίτσια και 8-11 μερίδων για τα αγόρια μέσα στην μέρα είναι απαραίτητη (μια μερίδα αντιστοιχεί σε ½ φλιτζάνι δημητριακά πρωινού ή ½ φλιτζάνι μακαρόνια ή μια φέτα ψωμί) για την καλή λειτουργία του οργανισμού.

Να καταναλώνετε 400γρ φρούτων και λαχανικών την ημέρα. Ναι καλά διαβάσατε. Στη λίστα με τα επιτρεπόμενα λαχανικά και φρούτα συμπεριλαμβάνονται όλα ανεξαιρέτως. Τα 400γρ αντιστοιχούν σε 4 φρούτα ή 2 φρούτα και 2 μπολ σαλάτα της αρεσκείας σας. Μόνο αυτή η ποσότητα θα σας εξασφαλίσει την απαιτούμενη ποσότητα βιταμινών και ιχνοστοιχείων που χρειάζονται για την σωστή λειτουργία του οργανισμού σας αλλά και την ανάπτυξή σας. Επιπλέον τα φρούτα και τα λαχανικά είναι πλούσια σε αντιοξειδωτικές ουσίες

που προστατεύουν τον οργανισμό από τη φθορά του χρόνου και των τοξικών αποβλήτων του οργανισμού.

Να πίνετε γάλα: Η τροφή – κλειδί για την αύξηση του ύψους σας. Και όχι μόνο γάλα. Γάλα ή γιαούρτι ή τυριά χαμηλών λιπαρών: 3 μερίδες την ημέρα είναι βασικές για την πρόσληψη της απαιτούμενης ποσότητας ασβεστίου για την ανάπτυξη των οστών σας. Ένα ποτήρι γάλα το πρωί, ένα γιαούρτι ως ενδιάμεσο απογευματινό και 30-50γρ τυρί μαζί με το φαγητό σας το μεσημέρι επαρκούν για να προσλαμβάνετε όσο ασβέστιο χρειάζεστε για την ημέρα.

Ναι στο άπαχο κρέας, το κοτόπουλο και το ψάρι. Αποτελούν πηγές πρωτεΐνης καλής βιολογικής αξίας, σιδήρου, ψευδαργύρου και συμπλέγματος Β. Η ποσότητα των 200γρ την ημέρα ζωικής πρωτεΐνης είναι επαρκής για τα κορίτσια ενώ τα αγόρια χρειάζονται 300γρ την ημέρα για να καλύψουν τις ανάγκες τους (J Adolesc Health, 2002).

4.10 ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΕΦΗΒΟΥ

	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΠΡΩΙΝΟ	Ένα φλιτζάνι δημητριακά με ένα ποτήρι γάλα 1,5% λιπαρά και μία μπανάνα.	Μισό φλιτζάνι δημητριακά με ένα ποτήρι γάλα 1,5% λιπαρά κι ένα μήλο.
ΔΕΚΑΤΙΑΝΟ	Ένα τοστ με μια φέτα τυρί χαμηλών λιπαρών, μια φέτα ζαμπόν γαλοπούλας και ντομάτα.	Μία μπάρα δημητριακών 100-150 θερμίδες.
ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΟ	Δύο και 1/2 φλιτζάνια μακαρόνια με 1/2 φλιτζάνι κιμά, μια κουταλιά της σούπας τριμμένη παρμεζάνα και δύο φλιτζάνια λαχανοσαλάτα με μία κουταλιά του γλυκού λάδι.	Ένα και 1/2 φλιτζάνι μακαρόνια με 3 κουταλιές της σούπας κιμά και μία κουταλιά της σούπας τριμμένη παρμεζάνα και ένα φλιτζάνι λαχανοσαλάτα με μια κουταλιά του γλυκού λάδι.
ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ	Ένα ποτήρι γάλα 1,5% λιπαρά και μία μπανάνα.	Ένα γιαούρτι 0-2% λιπαρά κι ένα αχλάδι.
ΒΡΑΔΙΝΟ	200 γρ. κοτόπουλο ψητό με 2/3 του φλιτζανιού ρύζι βραστό αβουτύρωτο και δύο φλιτζάνια μαρουλοσαλάτα με μια κουταλιά του γλυκού λάδι.	120γρ κοτόπουλο ψητό με 1/2 φλιτζάνι ρύζι βραστό αβουτύρωτο και δύο φλιτζάνια μαρουλοσαλάτα με μια κουταλιά του γλυκού λάδι

4.11 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΩΣΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΦΗΒΟ

Ισορροπημένη διατροφή για τον έφηβο χαρακτηρίζεται από μέτρο και ποικιλία καλής ποιότητας τροφίμων και εξασφαλίζει στον οργανισμό τα θρεπτικά συστατικά στις ποσότητες που απαιτούνται για την υγεία και την ανάπτυξη. Μία δίαιτα πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, όσπρια και δημητριακά, κρέας και γαλακτομικά, μπορεί στις περισσότερες περιπτώσεις να καλύψει τις ανάγκες του εφήβου, δίνοντας πάντα προσοχή στο ισοζύγιο ενέργειας (Ζαμπέλας, 2003).

Σε αυτή τη περίοδο της ζωής του, το άτομο αποκτά διατροφικές συνήθειες οι οποίες θα γίνουν συνήθειες μιας ζωής με τις ανάλογες θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία. Έτσι, ένα παιδί που σε μικρή ηλικία τρώει φρούτα και λαχανικά καθημερινά, είναι πιθανότερο να συνεχίσει να τα περιλαμβάνει στη διατροφή του και στη μετέπειτα ζωή, αντίθετα μ' ένα παιδί που έχει εκτεθεί από μικρή ηλικία σε πληθώρα τροφών πλούσιων σε λίπος και ζάχαρη (Birch & Fisher, 1998).

Το απαιτούμενο ποσό θερμίδων διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και το βαθμό φυσικής δραστηριότητας. Είναι χαρακτηριστικό ότι ένα αγόρι ηλικίας 15 ετών, που ασκείται σωματικά, να έχει ανάγκη πρόσληψης 4.000 θερμίδων την ημέρα ή και περισσότερο, για να διατηρήσει το σωματικό βάρος, ενώ αντίθετα, ένα κορίτσι της ίδιας ηλικίας χωρίς σωματική άσκηση, να χρειάζεται 2.000 θερμίδες/ημέρα, ώστε να αποφύγει την αύξηση του σωματικού της βάρους.

Για την εφαρμογή των διατροφικών διαταραχών, θα πρέπει να υιοθετεί μία ισορροπημένη διατροφή βασισμένη στους κανόνες της υγιεινής διατροφής, σε συνδυασμό πάντα με άσκηση.



Ημερήσιες ανάγκες, εφήβων σε ενέργεια και πρωτεΐνη

Ηλικία (έτη)	Ενέργεια (θερμίδες)	Ανάλογο ύψος (cm)	Ενέργεια (θερμίδες/cm)	Πρωτεΐνη (gr/cm)
Αγόρια				
11-14	2500	157	15,9	0,29
15-18	3000	176	17,0	0,34
Κορίτσια				
11-14	2200	157	14,0	0,29
15-18	2200	163	13,5	0,27

(Προσαρμογή από τις Ημερήσιες Προτεινόμενες Προσλήψεις RDA).

4.12 Η ΑΞΙΑ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΓΕΥΜΑΤΩΝ

Το οικογενειακό τραπέζι αποτελούσε για τους Έλληνες ένα ισχυρό συνδετικό δεσμό για όλα τα μέλη της οικογένειας. Τα υλικά μαγειρικής εκτός από τις γαστρονομικές αναφορές και αναμνήσεις, υποδηλώνουν φροντίδα, αγάπη και ισορροπία μεταξύ των μελών της οικογένειας. Η είσοδος της Ελληνίδας στην παραγωγική διαδικασία, η ανάπτυξη των αλυσίδων διανομής γρήγορου φαγητού, η έλλειψη χρόνου, ο εντατικός ρυθμός ζωής, τα εστιατόρια πρόχειρου φαγητού (fast food) και το delivery έχουν αλλάξει ριζικά τις οικογενειακές συνήθειες των Ελλήνων (www.lovecooking.gr, 2009).

Τα τελευταία χρόνια πολλές επιστημονικές μελέτες έχουν αναδείξει την αξία των οικογενειακών γευμάτων στην προαγωγή της ανάπτυξης και της υγείας των παιδιών. Το οικογενειακό γεύμα βοηθά τον έφηβο να υιοθετήσει υγιεινές και ισορροπημένες διατροφικές συνήθειες. Έφηβοι που γευματίζουν μαζί με τους γονείς έχουν λιγότερες πιθανότητες να καταναλώσουν ανθυγιεινά τρόφιμα καθώς οι γονείς ελέγχουν την ποσότητα και την ποιότητα των τροφών. Γενικά γεύματα που καταναλώνονται με την οικογένεια έχουν συσχετισθεί με υψηλής ποιότητας διατροφή (Woodruff & Hanning, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ.

5.1 Γενικές συμβουλές και συστάσεις.

Οι διατροφικές συνήθειες των εφήβων είναι αποτέλεσμα γονικής επιρροής από τη παιδική ηλικία. Τα παιδιά μεγαλώνοντας παίρνουν παραδείγματα πρώτα από τους γονείς. Δεν γνωρίζουν ποιές επιλογές είναι σωστές ή όχι, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται διάφορα διατροφικά προβλήματα επηρεάζοντας τα για την υπόλοιπη ζωή τους. Από μικρή ηλικία χρειάζονται οι σωστές βάσεις και συστάσεις τόσο για τα παιδιά όσο και για όλη την οικογένεια (Savage, Fisher & Birch, 2007).

Πολλά εκπαιδευτικά μοντέλα παρέμβασης έχουν σκοπό να βοηθήσουν όλα τα μέλη μιας οικογένειας για αλλαγή διατροφικών συνηθειών. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με έρευνα, γονείς και ολόκληρη η οικογένεια, με τη βοήθεια των ειδικών εντάχθηκαν σε πρόγραμμα γνωσιακής τεχνικής, για να ολοκληρώσουν τα αποτελέσματα και να βρουν τις αιτίες που οδήγησαν στις διατροφικές διαταραχές αυτές τις οικογένειες. Το πρόγραμμα είχε σκοπό να θέσει νέες βάσεις και να βοηθήσει όλη την οικογένεια με διάφορες τεχνικές στο διάστημα Απρίλιο με Οκτώβριο του 2008.

Δίπλα σε αυτές τις οικογένειες (231), βρίσκονταν δύο γιατροί για ενημέρωση και εκπαίδευση στα θέματα υγείας και μία κοινωνική λειτουργός καθώς και ψυχολόγος. Όλες οι οικογένειες απάντησαν σε ερωτηματολόγια τόσο ψυχολογικά όσο και διατροφικά. Η μέση ηλικία ήταν 28 έτη και κυρίως μητέρες. Συμπερασματικά οι γονείς έδειξαν ένα ενδιαφέρον και θέληση να αλλάξουν τον τρόπο σκέψης αλλά και τον τρόπο ζωής τους . δέχτηκαν όλα τα μέλη της οικογένειας συμβουλές και σωστούς τρόπους αλλαγής συμπεριφοράς από τους ειδικούς.

Η συμπεριφορά των παιδιών αλλά και των γονέων, ήταν θετική δείχνοντας την ανάγκη που έχουν για αλλαγή τρόπου ζωής. Για καλύτερα και μόνιμα αποτελέσματα χρειάστηκε ένας αριθμός επαναληπτικών επισκέψεων και συνεδριών με του ειδικούς (McKee et al., 2010 & Asch, 2008).

Ένα ακόμα πρόγραμμα που ασχολήθηκαν οι (Salbach et al., 2006), είχε σκοπό να αναδείξει τη θεραπεία σε οικογένειες που αντιμετώπιζαν προβλήματα διατροφής και κυρίως Ψυχογενή Ανορεξία και Νευρογενή Βουλιμία. Το δείγμα που πήρε μέρος στη θεραπεία ήταν 32

κορίτσια ηλικίας 17-22 ετών, 29 με Ανορεξία και 3 με Βουλιμία, μαζί με τους γονείς τους. Τα κορίτσια αυτά πέρασαν γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία για 2 χρόνια. Το πρόγραμμα ολοκληρώθηκε και από τους γονείς επιτυχώς καθώς είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση των διατροφικών διαταραχών και την αλλαγή τρόπου ζωής.

Το σχολείο επίσης μπορεί να βοηθήσει εφαρμόζοντας προγράμματα με τη βοήθεια και τη συνεργασία καθηγητών φυσικής αγωγής. Συγκεκριμένα σε μία μελέτη συμμετείχαν 568 μαθητές τρίτης και τετάρτης τάξης δημοτικού σχολείου. Το πρόγραμμα ανέλαβαν καθηγητές φυσικής αγωγής διοργανώνοντας συνεδρίες συνολικά λιγότερο από 2 ώρες, διδάσκοντας στα παιδιά πώς να διαβάζουν σωστά τις διατροφικές ετικέτες, τα τεχνάσματα του μάρκετινγκ, καθώς και την επιλογή των υγιεινών τροφίμων.

Επίσης παρακολούθησαν το πρόγραμμα και οι γονείς των παιδιών και στο τέλος τους δόθηκε ένα κουίζ διατροφικών ετικετών, διατροφικά πρότυπα και μέτρηση του Δ.Μ.Σ. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως οι μαθητές της τρίτης και τετάρτης τάξης παρουσίασαν σημαντική βελτίωση όσο αφορά τις διατροφικές ετικέτες 23% ($p<01$) ενώ οι γονείς των μαθητών παρουσίασαν λιγότερη βελτίωση 8% ($p<01$). Τέλος το σύνολο των θερμίδων καθώς και η πρόσληψη νατρίου και η πρόσληψη της ζάχαρης μειώθηκε σημαντικά μεταξύ των μαθητών αλλά και στους γονείς ($p>05$).

Η οικογένεια είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι της υγιούς εικόνας του παιδιού και ο νοσηλευτής ίσως χρειάζεται στενά να επισκέπτεται τις οικογένειες με σκοπό να τις βοηθήσει να αναπτύξουν ένα σωστό σχεδιασμό υγείας για κάθε συγκεκριμένο παιδί. Σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτείται από τον νοσηλευτή να αναφέρει περιστατικά στις νομικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες που επιλαμβάνονται την προστασία των παιδιών, για την προφύλαξη και φροντίδα του παιδιού.

Συμπερασματικά τα προγράμματα που έχουν στόχο να βοηθήσουν τα παιδιά και τις οικογένειες τους, είναι αποτελεσματικά όταν γίνονται από ειδικούς έχοντας στόχο να αλλάξουν ριζικά τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών (Katz et al., 2011). Είναι φανερό λοιπόν, πως αν υπάρχει θέληση από τα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποιο διατροφικό πρόβλημα με τη βοήθεια των ειδικών και σε συνδυασμό διάφορων μεθόδων θα υπάρξει αλλαγή και βελτίωση σε οποιοδήποτε πρόβλημα που αντιμετωπίζουν. ***Η θεραπεία εξαρτάται από κάποιους δομικούς ή οργανωτικούς παράγοντες που είναι σημαντικοί, όπως:***

- Εξατομικευμένη θεραπεία.

- Συμμετοχή γονιών όσο αφορά τα προβλήματα στα παιδιά.
- Συχνότητα συνεδριών και διάρκεια θεραπείας.

Έπειτα το περιεχόμενο της θεραπείας είναι:

Δίαιτα:

- Πρόσληψη των τακτικών γευμάτων και σνακ.
- Μείωση του μεγέθους των μερίδων στα γεύματα.
- Προτίμηση φρέσκων φρούτων.
- Αύξηση πρόσληψης νερού και ροφημάτων χωρίς ζάχαρη.
- Κατανάλωση περισσότερων τροφίμων ψητών, βρασμένων και σχάρας αντί τηγανιτών.
- Επιλογή υγιεινών σνακ που περιλαμβάνουν πηγή πρωτεΐνης με χαμηλή περιεκτικότητα σε λίπος, μαζί με φρούτα φρέσκα και λαχανικά, ή ψωμί ολικής αλέσεως ή δημητριακά.

Φυσική δραστηριότητα: Η φυσική δραστηριότητα αποτελεί μέρος των περισσότερων συμπεριφορικών παρεμβάσεων.

Έλεγχος ερεθισμάτων: Αναφέρεται συχνά στη κατηγορία των παρεμβάσεων, που αλλάζουν τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα για την υποστήριξη μιας υγιεινής διατροφικής συμπεριφοράς και φυσικής δραστηριότητας. Οι περισσότερες συμπεριφορικές θεραπείες προωθούν αλλαγές στο περιβάλλον για τη μείωση των ερεθισμάτων και των ευκαιριών που σχετίζονται με τη θερμιδική πρόσληψη και την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας. Ο έλεγχος των ερεθισμάτων παίρνει 2 κύριες μορφές: α) αλλαγή της πρόσβασης και β) διαμόρφωση νέων συνηθειών.

Προσωπική καταγραφή: Είναι κεντρικής σημασίας στις συμπεριφορικές θεραπείες. Η καταγραφή της διατροφικής πρόσληψης και της φυσικής δραστηριότητας καθώς και το σωματικό βάρος. Η παρακολούθηση αυτών είναι απαραίτητη για την θέσπιση στόχων, την αξιολόγηση της προόδου και την επιτυχία.

Θέσπιση στόχων.

Συντήρηση και πρόληψη υποτροπής.

- ▼ *Οι γονείς πάντα θέλουν να ευχαριστούν το παιδί του δίνοντας κάποιο γλύκισμα ή τους προσφέρουν λάθος επιλογές μέσα στο σπίτι.*

- Αναλυτικότερα:
- Οι γονείς πρέπει να προσφέρουν περιορισμένες επιλογές.
 - Οι γονείς πρέπει να ανταμοίβουν το παιδί όταν τρώει και συμπεριφέρεται σωστά στο τραπέζι.
 - Πρέπει να περιοριστεί η χρονική διάρκεια των γευμάτων (Lobstein et al. 2004 & Jelarian et al., 2006).

Και όπως έλεγαν οι Αρχαίοι Σοφοί.....

« ΠΑΝ ΜΕΤΡΟΝ ΑΡΙΣΤΟΝ »

5.2 Νοσηλευτική διεργασία (Αξιολόγηση - συλλογή δεδομένων)

Συλλέγονται πληροφορίες σχετικές με καταναγκαστικές δίαιτες, σημαντική απώλεια βάρους ή μη ρεαλιστική εικόνα του σώματος. Η άρνηση μπορεί να χαρακτηρίζει τη στάση του ασθενή και της οικογένειας του. Με την πρόοδο της νόσου σημειώνονται αμηνόρροια, ηλεκτρολυτικές διαταραχές και ένα ευρύ φάσμα υποκείμενων συμπτωμάτων.

Προβλήματα που σχετίζονται με την έλλειψη βιταμινών και θρεπτικών συστατικών, περιλαμβάνουν ξηρότητα του δέρματος, δυσκοιλιότητα, απώλεια μυϊκής μάζας και οίδημα προσώπου. Την επιφάνεια του σώματος μπορεί να καλύπτει τρίχωμα (χνούδι).

Οι καρδιακές αρρυθμίες, η υπόταση και η υποθερμία μπορεί να είναι απειλιτικές για τη ζωή. Οι ασθενείς με νευρογενή βουλιμία μπορούν διατηρούν κανονικό βάρος σώματος. Αξιολογούνται οι αρθρώσεις των δακτύλων για σημάδια από δόντια εξαιτίας των επανειλημμένων προσπαθειών πρόκλησης εμέτου και για την ανάπτυξη τεριδόνας που οφείλεται στην έκκριση των δοντιών στα οξέα του γαστρικού περιεχομένου.

Άλλα σημεία και συμπτώματα περιλαμβάνουν διαταραχές του ύδατος και των ηλεκτολυτών, καύσο στο στομάχι, αιματέμεση ή δυσκοιλιότητα, εξαιτίας της αφυδάτωσης (Σφηκάκη, 2007).

Νοσηλευτικές διαγνώσεις:

Οι συνήθεις νοσηλευτικές διαγνώσεις στις περιπτώσεις ασθενών με διαταραχές της πέψης περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται, τις ακόλουθες:

- **Μη ισορροπημένη διατροφή:** λιγότερη από τις ανάγκες του σώματος, σχετιζόμενη με την άρνηση λήψης τροφής και το φόβο αύξησης βάρους.
- **Αρνητικό ισοζύγιο ύδατος σχετιζόμενο με την πρόκληση εμέτου.**
- **Διαταραγμένη εικόνα σώματος σχετιζόμενη με τα κοινωνικοπολιτιστικά πρότυπα και την επίδραση των Μ.Μ.Ε.**
- **Διαταραγμένη κοινωνική αλληλεπίδραση, σχετιζόμενη με την ανώριμη συμπεριφορά.**
- **Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση σχετιζόμενη με την επανειλημμένη ανάδραση των γονέων.**
- **Αναποτελεσματική αντιμετώπιση σχετιζόμενη με τη διαχείριση του stress μέσω κακών συνηθειών.**
- **Διαταραγμένες οικογενειακές διεργασίες σχετιζόμενες με την ανάγκη υποστήριξης της συναισθηματικής ανάπτυξης του εφήβου μέλους της (Ζουμπανέας, 2010).**

Σχεδιασμός:

Οι αναμενόμενες εκβάσεις γράφονται για κάθε εξατομικευμένη νοσηλευτική διάγνωση που έχει επιλεγεί για την επίλυση των προβλημάτων του ασθενή. Στο πλαίσιο των διαγνώσεων που αναφέρθηκαν παραπάνω, πιθανόν να περιλαμβάνουν:

- Ο ασθενής θα προσλαμβάνει τουλάχιστον..... θερμίδες την ημέρα για μία εβδομάδα και θα αυξάνει σταδιακά την κατανάλωση θερμίδων, μέχρι να ανακτήσει το 85% του ιδανικού βάρους σώματος μέσα σε..... μήνες.
- Ο ασθενής δε θα προκαλέσει έμετο κατά τη διάρκεια της βάρδιας.
- Ο ασθενής θα είναι σε θέση να συζητήσει τέσσερις ή πέντε τρόπους με τους οποίους τα Μ.Μ.Ε. και η κουλτούρα επηρεάζουν την εικόνα του εαυτού του μέσα σε τρεις μέρες.
- Ο ασθενής θα επιδειξει τη συμπεριφορά που αρμόζει στην ηλικία του, όταν συμμετέχει σε ομαδική θεραπεία μέσα σε 3-4 μήνες.
- Ο ασθενής θα προσδιορίσει παραδείγματα αρνητικής αντίδρασης στη στάση των γονέων απέναντί του και θα συζητήσει την επίδρασή τους πάνω του, στη διάρκεια συνεδριών ομαδικής ψυχοθεραπείας.
- Ο ασθενής θα προσδιορίσει τις τρεις εναλλακτικές στρατηγικές αντιμετώπισης για την αντικατάσταση των κακών διαιτητικών συνηθειών.
- Ο ασθενής και η οικογένειά του θα προσδιορίσουν τρεις οικογενειακές δραστηριότητες (όπου δε σχετίζονται με τη διατροφή ή άσκηση), που παρέχουν υποστήριξη στον έφηβο (π.χ. συζήτηση σχετική με την εργασία που έχει ανατεθεί στον έφηβο στο σπίτι).

Ο σχεδιασμός φροντίδας με διαταραχές πέψης περιλαμβάνει διασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος και την παροχή βοήθειας για την αποκατάσταση του σωματικού βάρους και την αναπλήρωση των θρεπτικών συστατικών. Μετά την αντιμετώπιση των σωματικών αναγκών, η νοσηλευτική φροντίδα εστιάζει στην ενίσχυση του ασθενή, ώστε να αναπτύξει μια ρεαλιστική εικόνα του σώματος του, στην αύξηση της αυτοεκτίμησης, στην αύξηση της αίσθησης του ελέγχου και στην εξάσκηση σε νέες δεξιότητες αντιμετώπισης (www.enet.gr, 2011).

Εφαρμογή:

Οι αρχικές παρεμβάσεις σε περιπτώσεις διαταραχών θρέψης εστιάζουν στη σωματική υγεία και ασφάλεια. Εάν είναι απαραίτητα, λαμβάνονται μέτρα προφύλαξης έναντι πιθανής αυτοκτονίας και διορθώνονται οι διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών.

Παρακολουθούνται, η κατάσταση θρέψης, το σωματικό βάρος και συμπεριφορές, όπως πρόκληση εμετού και υπερβολική άσκηση. Εφαρμόζεται υποστηρικτική και μη επικριτική προσέγγιση, ώστε να ενισχυθεί ο ασθενής να αναπτύξει αισθήματα αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, μία ρεαλιστική εικόνα του σώματός του, ανάλογη της ηλικίας του, στις σχέσεις με τους συνομήλικούς του.

Πρέπει να αποφεύγονται οι σφοδρές συγκρούσεις και επικριτικές συζητήσεις, οι σχετικές με τη διατροφή (Ζαμπέλα, 2003).

Εκτίμηση αποτελεσμάτων της φροντίδας:

Στην οξεία φάση, οι ασθενείς με διαταραχές της θρέψης πρέπει να εκτιμούνται για τις εκβάσεις όσον αφορά στην ασφάλεια, στη θρέψη και στις ανάγκες ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. Η αλλαγή πεποιθήσεων των σχετικών με τη διατροφή ή την εικόνα του σώματος, η οικοδόμηση της αυτοεκτίμησης, η ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων αντιμετώπισης και η αναπροσαρμογή των διαιτητικών συνηθειών είναι χρονοβόρες διαδικασίες που μπορεί να αποκτήσουν μήνες ή και χρόνια ακόμα, για να πραγματοποιηθούν. Επομένως, ακόμα και οι μικρές επιτυχίες πρέπει να τεκμηριώνονται.

Εκτιμάται η ετοιμότητα του ασθενή να αναλαμβάνει εκ νέου τους ρόλους του στο κοινωνικό σύνολο, με υγιέστερες διατροφικές συνήθειες καθώς και η ικανότητα της οικογένειας να υποστηρίζει τις προσπάθειες του. Σύμφωνα με τους στόχους του προγράμματος οι Υγιείς Άνθρωποι 2010, απαιτούνται προγραμματισμένος έλεγχος, υποστήριξη και συνεχής εκτίμηση για τη μείωση ποσοστών υποτροπής των ασθενών με διαταραχές της θρέψης (Κοτανίδης Α.)

5.3 ΔΙ.ΚΕ.ΨΥ. (Διεπιστημονικό Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Παιδιών και Ενηλίκων).

Το ΔΙ.ΚΕ.ΨΥ δημιουργήθηκε με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας των παιδιών, εφήβων και ενηλίκων μέσα από έγκυρη επιστημονική διάγνωση και εξειδικευμένες υποστηρικτικές θεραπείες. Μια έμπειρη διεπιστημονική ομάδα ειδικών, οι οποία στελεγχώνεται από ψυχολόγο, ψυχοθεραπευτή, ψυχίατρο, παιδοψυχολόγο, λογοπαιδικό, εργοθεραπευτή, ειδικό παιδαγωγό, συμβάλλει στην επιτυχή διεκπεραίωση του στόχου αυτού με την ολοκληρωμένη διάγνωση και θεραπεία. Υπηρεσίες που προσφέρονται στο ΔΙ.ΚΕ.ΨΥ.:

- Ψυχοθεραπεία
- Λογοθεραπεία
- Εργοθεραπεία
- Ειδική αγωγή
- Αγωγή δυσλεξίας
- Παιδονευρολογική αντιμετώπιση
- Παιδοψυχιατρική.
- Συμβουλευτική γονέων
- Συμβουλευτική ζευγαριών
- Θεραπεία διατροφικών συνηθειών (Ψυχογενής Βουλμία, Νευρική Ανορεξία)
- Ένταξη στο πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης παιδιών με αυτιστική διαταραχή (Lonaos).
- Επαγγελματικός προσανατολισμός
- Φυσιοθεραπεία/κινησιοθεραπεία
- Ακουστική θεραπεία με παιδιά με αυτιστική διαταραχή A.I.T (Auditory Integration Training)

Το τμήμα διάγνωσης και θεραπείας παιδιών και εφήβων του ΔΙ.ΚΕ.ΨΥ. καλύπτει διαγνωστικά και θεραπευτικά τις ανάγκες των παιδιών από τη βρεφική ηλικία μέχρι το τέλος της εφηβικής περιόδου. Απευθύνεται σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες (δυσλεξία), διαταραχές λόγου, φωνής, ομιλίας, αναπτυξιακής διαταραχής, ψυχοκινητική καθυστέρηση, ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες, διάχυτη διαταραχή της ανάπτυξης (αυτισμός), αντιμετώπιση διαζυγίου γονιών καθώς και σε παιδιά και σε εφήβους με δυσκολίες στην

κοινωνική ένταξη προβλήματα συμπεριφοράς, αναζήτηση επαγγέλματος και διατροφικές διαταραχές (ψυχογενής βουλιμία, νευρική ανορεξία). Στο κέντρο είναι δεκτά όλα τα ασφαλιστικά ταμεία.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ-ΒΟΥΛΙΜΙΑ.

6.1 Κατάθλιψη:

Για καταθλιπτική διάθεση μιλάμε όταν το άτομο κατακλύζεται από συναισθήματα έντονης στεναχώριας ή απελπισίας, τα οποία το εμποδίζουν ακόμη και στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Τομείς όπως η εργασιακή απόδοση, η όρεξη για φαγητό ακόμη και ο ύπνος, επηρεάζονται από τη διάθεση (Κουρκουτάς, 2001).

Τα άτομα που εμφανίζουν καταθλιπτική διάθεση συνήθως νιώθουν ανήμπορα και απελπισμένα και συχνά κατηγορούν τον εαυτό τους για τα συναισθήματα αυτά. Είναι μία συναισθηματική κατάσταση που κάνει το άτομο να σκέφτεται με αρνητικό τρόπο για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον και με αυτόν τον τρόπο επηρεάζει κάθε όψη της λειτουργικότητας του, δημιουργεί έντονα συναισθήματα, μειώνει το ενδιαφέρον, αλλά και την απόλαυση που αντλεί από πράγματα που προηγουμένως ήταν ευχάριστα, επηρεάζει τις κοινωνικές σχέσεις κλπ. (Χαρτοκόλλης, 1992).

Ως συναισθηματική κατάσταση δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα, αλλά απλώς εκφράζει τον τρόπο που το άτομο λειτουργεί ψυχικά μία ορισμένη περίοδο της ζωής του. Η κατάθλιψη στους γονείς είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την κατάθλιψη στους απογόνους σε όλες τις ηλικίες. Τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας, προβλήματα στη διατροφή τους, καθώς δεν υπάρχει ισορροπία και βάσεις μέσα στην οικογένεια (Giakoumaki et al., 2009).

✓ Η κατάθλιψη ταξινομείται στις εξής κατηγορίες:

- § Πρωτοπαθής και δευτεροπαθής με τη διαφορά ότι στη δευτεροπαθή η κατάθλιψη παρουσιάζεται στα πλαίσια ενός άλλου νοσήματος.

§ Ανάλογα με την σπουδαιότητά της σε σοβαρή, μέτρια και ελαφριά. Η ταξινόμηση αυτή σχετίζεται με τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Σύμφωνα με το DSM-IV οι καταθλιπτικές διαταραχές διακρίνονται στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, στη Δυσθυμική Διαταραχή και στην Καταθλιπτική Διαταραχή, Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Τα βασικά συμπτώματα που εμφανίζουν τα καταθλιπτικά άτομα είναι η διαταραχή ύπνου, η απώλεια δυναμικότητας, σημαντική μείωση του ενδιαφέροντος και της όρεξης, τάσεις αυτοκτονίας, απαισιοδοξία, σωματικά συμπτώματα, απώλεια συγκέντρωσης και μνήμης, κόπωση, ελάττωση σεξουαλικής διάθεσης, σωματικά ενοχλήματα, ανηδονία και γενικά εμφάνιση μιας καταθλιπτικής συμπεριφοράς (Μάνος, 1997).

Η διατροφή εντούτις, μπορεί να διαδραματίσει έναν βασικό ρόλο, στην αρχή και κατά τη διάρκεια της κατάθλιψης είναι παρόμοιες με αυτές που είχε πριν. Οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες περιλαμβάνουν τον μειωμένο αριθμό γευμάτων, τη μείωση της όρεξης και μία έντονη επιθυμία για γλυκά. Οι άνθρωποι που ακολουθούν διατροφές χαμηλές σε υδατάνθρακες διατρέχουν επίσης τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, επειδή οι χημικές ουσίες του εγκεφάλου που προωθούν το συναίσθημα της ευημερίας, τρυπτοφάνη και η σεροτονίνη, παράγονται από τα τρόφιμα πλούσια σε υδατάνθρακες (Lin, Tang & Lee, 2009).



6.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ – ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΦΗΒΕΙΑ

Τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί κατά πολύ οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας, που αναδεικνύονται σε χαρακτηριστική συμπεριφορά της εφηβείας. Οι απόπειρες αυτοκτονίας σηματοδοτούν την αποτυχία της μετάβασης από την κρίση της εφηβείας και αποτελούν σημαντικό τρόπο συμπεριφοράς και μέσο προσέλκυσης της συμπεριφοράς των άλλων. Στην εφηβεία επίσης, συναντιόνται σε αυξημένη συχνότητα τα αυτοκτονικά ισοδύναμα, συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή ή τη σωματική ακεραιότητα χωρίς να υπάρχει συνειδητή επιθυμία θανάτου (π.χ. επικίνδυνη οδήγηση μηχανής) (Χαρτοκόλλης 1992).

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

απόπειρα, όσο και αν φαίνεται πειστική ως προς το περιβάλλον και απευθύνεται κυρίως στους γονείς, πρέπει πάντα να αντιμετωπίζεται σοβαρά.

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

Η καλύτερη αντιμετώπιση είναι η πρόσληψη, δηλαδή η πληροφόρηση των εφήβων, γονέων και δασκάλων, η οποία θα τους βοηθήσει να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης και των τάσεων αυτοκτονίας. Όταν γίνει μία απόπειρα ο έφηβος πρέπει να νοσηλευτεί για να του δείξουμε πόσο σοβαρό είναι αυτό που έκανε και ότι χρειάζεται απαραίτητα βοήθεια. Στη συνέχεια απαιτείται η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη του και συμβουλευτική γονέων για να μπορούν να βοηθήσουν σε πιθανή χειριστική συμπεριφορά του (Χριστοπούλου, 2005).

6.3 ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ(OCD)

Η Ψ.Κ.Δ. επηρεάζει παιδιά και ενήλικες. Όπως τις περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές, γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της συγκεκριμένης διαταραχής. Η έναρξη των συμπτωμάτων εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία (πριν τα 18 χρόνια) στο 80% των περιπτώσεων ίσως με διαφορετική κλινική εικόνα σε σχέση με την ενήλική της μορφή. Η Ψ.Κ.Δ συμπεριφορά είναι κοινή στις διατροφικές διαταραχές. Στην ανορεξία και στη βουλιμία, η Ψ.Κ.Δ. μπορεί να είναι παρούσα και να αποτελεί το 25% και 40% των περιπτώσεων αντίστοιχα. Πολλές συμπεριφορές διατροφικής διαταραχής μοιάζουν με την ψυχαναγκαστική συμπεριφορά που προκαλείται από φόβο για την εικόνα του σώματος (Bogetto, 1999).

Η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή μπορεί να περιγραφεί ως το σύνολο των συμπτωμάτων που αναγκάζει ένα πρόσωπο να ενεργήσει ή να σκεφτεί με επαναλαμβανόμενους τρόπους. Το πρόσωπο μπορεί να στεναχωρηθεί με τις καταναγκαστικές σκέψεις ή να κατέχεται με το φόβο της μόλυνσης. Άλλοι προσπαθούν να σιγουρευτούν με διάφορους τρόπους ότι έχουν κλείσει κατάλληλα τις πόρτες ή τα παράθυρα ή ότι τα πράγματα είναι στη σωστή θέση τους. Έχει κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα με τα τελειομανή άτομα. Το άτομο με τη διαταραχή αυτή ασχολείται συνεχώς με λίστες, κανόνες και ασήμαντες λεπτομέρειες, δε μπορεί να υπολογίσει καλά τον χρόνο του και συχνά αφήνει τις πιο σημαντικές υποχρεώσεις για την τελευταία στιγμή (Altman & Shankman, 2009).

Τα συμπτώματα της Ψ.Κ.Δ. μπορούν να ποικίλουν με την πάροδο του χρόνου, ανάλογα με τις βασανιστικές σκέψεις (Μάνος,1997). Ο φόβος του βάρους του μπορεί να οδηγήσει σε ένα τελετουργικό εξαγνισμού(νευρική βουλιμία), ή στον περιορισμό των θερμίδων σε ένα

ανθυγιεινό επίπεδο διατροφής (νευρική ανορεξία). Οι κοινές συμπεριφορές που έχουν τα άτομα με Ψ.Κ.Δ περιλαμβάνουν την πολύ συχνή πλύση των χεριών τους, λόγω του φόβου τους με τα μικρόβια, ή της επιμονής να ελέγχουν μια πόρτα για να διαπιστώσουν αν είναι κλειδωμένη πολλές φορές πριν πάνε για ύπνο. Πολλά από τα χαρακτηριστικά της ψυχαναγκαστικής διαταραχής συμπίπτουν με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας *τύπου Α*: τάση για επίτευξη, ανυπομονησία, ανταγωνιστικότητα, εχθρότητα. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι ψυχαναγκασμοί δεν είναι απλώς υπερβολική ανησυχία σχετικά με πραγματικά προβλήματα, καθώς αυτό παραπέμπει στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Τα στοιχεία που υπάρχουν συνδέουν τη Ψ.Κ.Δ με πιο μακροχρόνια διάρκεια διατροφικών διαταραχών (Bogetto, 1999).

Μια σημαντική μελέτη πραγματοποιήθηκε στη Δανία από τους (Nikolajsen, Nissen & Thomsen, 2010). Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να περιγράψει τη σχέση των γονέων που παρουσιάζονται με Ψ.Κ.Δ. και η επιρροή τους στα παιδιά. Το δείγμα που συμμετείχε ήταν παιδιά εφηβικής ηλικίας που είχαν διαγνωστεί με ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή κατά τη περίοδο 1998-2004, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο για Παιδιά και Εφήβους, Ρισκόβ της Δανίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα συμπτώματα της Ψ.Κ.Δ. των εφήβων, συσχετίστηκαν με το οικογενειακό περιβάλλον. Συμπερασματικά αυτή είναι μία από τις πρώτες μελέτες που εξετάζει τις διαστάσεις των συμπτωμάτων σε εφήβους.

6.4 ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι Αγχώδεις Διαταραχές είναι οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό. Εκδηλώνονται στους περισσότερους ανθρώπους από διάφορες συγκεκριμένες καταστάσεις που τους συμβαίνουν στην καθημερινότητα τους. Κάποια κύρια χαρακτηριστικά του άγχους, στρες ή πανικού, είναι η ταχυκαρδία, τρόμος, εφίδρωση και βαριά αναπνοή (Giakoumaki et al., 2009). Τα τελευταία χρόνια εμφανίζεται το άγχος κυρίως στα νεαρά κορίτσια (στην εφηβεία), διότι βομβαρδίζονται από διάφορες καταστάσεις όπως πίεση από τους γονείς, ανταγωνισμό ή επίσης από διάφορες εκπομπές που έχουν ως πρότυπα μόνο τα μοντέλα.

Μία σημαντική εργασία που ασχολήθηκαν οι (Thompson & Chad, 2002), είχε σκοπό να εξετάσει τις σχέσεις του άγχους, με το σώμα 77 νεαρών κοριτσιών ηλικίας 7-16 ετών στον Καναδά. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα νεαρά κορίτσια βιώνουν αγχωτικές καταστάσεις και δημιουργούν διατροφικά προβλήματα ίσως από πίεση ή οικιοθελώς με σκοπό να αλλάξουν την εικόνα και τη διάπλαση του σώματός τους. Οι γονείς λόγω του ότι εργάζονται και οι δύο πολλές ώρες, δε δίνουν σημασία στη διατροφή τους, με αποτέλεσμα και τα παιδιά να ακολουθούν την ίδια κατάσταση επιλέγοντας ανθυγιεινά τρόφιμα που δίνουν μόνο λίπος και όχι θρεπτικά συστατικά ή ακόμα να κάνουν χρήση διαφόρων ουσιών.

Αναλυτικότερα μετά από έρευνα βρέθηκε υψηλός επιπολασμός ανάμεσα σε αγχώδεις-ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται με τη διατροφή. Επιλέχθηκαν τυχαία από τον πληθυσμό στη Δυτική Ελλάδα 1046 γυναίκες ηλικίας 20-93 χρονών από τους (Jacka et al., 2010). Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τα αποτελέσματα ήταν ένα ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων καθώς και ένα Γενικό ερωτηματολόγιο ψυχικής υγείας (GHQ-12) που χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση των ψυχολογικών συμπτωμάτων. Επίσης η κλινική συνέντευξη χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση στις καταθλιπτικές και αγχώδεις

γυναίκες. Τα αποτελέσματα ήταν αναμενόμενα καθώς μετά από καταγραφή για την ηλικία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, την εκπαίδευση, την υγεία και τη συμπεριφορά, ένα «παραδοσιακό» διατροφικό πρότυπο που χαρακτηρίζεται από λαχανικά, φρούτα, κρέας, ψάρι και δημητριακά ολικής αλέσεως συσχετίστηκε με χαμηλότερες πιθανότητες για μείζονα κατάθλιψη ή δυσθυμία και αγχώδεις διαταραχές.

Σε αντίθεση μια «δυτική» δίαιτα που περιλαμβάνει τηγανισμένα τρόφιμα, εξευγενισμένους σπόρους, λιπαρά, ζαχαρούχα προϊόντα και μύρα συνδέεται με υψηλότερη βαθμολογία στο γενικό ερωτηματολόγιο ψυχικής υγείας (GHQ-12). Τα αποτελέσματα αυτά καταδεικνύουν τη σύνδεση μεταξύ της ποιότητας διατροφής με τον υψηλό επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών (J Psychosom Obstet Gynaecol, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.

ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΚΟΣΜΟ ΜΕ ΕΜΜΟΝΗ ΣΤΟ ΒΑΡΟΣ

Μια «Διακήρυξη Ανεξαρτησίας από έναν Κόσμο με Εμμονή στο Βάρος» έχει αναρτήσει στις σελίδες της η NEDA. Διακήρυξη που μπορεί να τυπώσει και να υπογράψει όποιος είναι έτοιμος να παραδεχτεί ότι αντιμετωπίζει διατροφική διαταραχή. Είναι ένα ιδιωτικό συμφωνητικό, ένα πλάνο, επιβλητικό 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.

- 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 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.
- Θα πιστεύω ότι η αυτοπεποίθηση και η αυτογνωσία πηγάζουν από μέσα μας!» (ελευθεροτυπία, 2007).

Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΕΧΕΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ 10%

Σταρ του κινηματογράφου, μοντέλα αλλά και εστεμμένες, όπως η αυτοκράτειρα Σίσσυ, περιλαμβάνονται στα θύματα της *anorexia nervosa*, της ψυχογενούς ανορεξίας. Περιγράφηκε πρώτη φορά από τον Morton, το 1689, με ιατρική ακρίβεια ως αυτο-λιμοκτονία, ενώ αναγνωρίστηκε στις αρχές του 20ού αιώνα και κατηγοριοποιήθηκε ως διάγνωση από την ιατρική κοινότητα. Αυτή η διαταραχή σίτισης που παρουσιάζεται κυρίως στα κορίτσια, σ' ένα ποσοστό 90% των περιπτώσεων, επισημαίνει στην «Ε» η κλινικός ψυχολόγος, παιδοψυχολόγος, διδάκτορας Ψυχοπαθολογίας του Πανεπιστημίου Toulouse II, Χαρά Νομικού.



Χαρά Νομικού

«Τα κορίτσια αυτά συνήθως στη μέση της εφηβείας πιστεύουν ότι είναι υπέρβαρα και κάνουν απεγνωσμένες προσπάθειες να αδυνατίσουν. Τρώνε όλο και λιγότερο, κάνουν επίπονες σωματικές ασκήσεις και εξαντλητικές δίαιτες σε σημείο τέτοιο ώστε πολλές φορές εμφανίζονται σημεία καθυστέρησης στη φυσιολογική τους ανάπτυξη, όπως παύση περιόδου, τα στήθη δεν μεγαλώνουν, δεν φυτρώνει ηβικό τρίχωμα αν η πάθηση εκδηλωθεί πριν από την εφηβεία. Τα κορίτσια αυτά αναπτύσσουν μια παραμορφωμένη αντίληψη για το σώμα τους». Οι άνθρωποι με ανορεξία φαίνονται υπερβολικά «τέλειοι», ώστε να αποκρύπτεται η αλήθεια, σημειώνει η κ. Νομικού. Σπάνια είναι ανυπάκουες, κρατούν τα συναισθήματά τους για τον εαυτό τους, τείνουν στην τελειομανία, είναι καλοί μαθητές και άριστοι αθλητές.

Μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι τα άτομα με ανορεξία περιορίζουν το φαγητό (ιδιαίτερα τους υδατάνθρακες - carbohydrates) για να κερδίζουν τον έλεγχο σε κάποια έστω περιοχή της

ζωής τους. Έχοντας ακολουθήσει τις επιθυμίες των άλλων στα περισσότερα θέματα, δεν έχουν μάθει να αντιμετωπίζουν τα τυπικά προβλήματα της εφηβείας -να μεγαλώσουν δηλαδή και να γίνουν ανεξάρτητα. Το να ελέγχουν το βάρος τους φαίνεται να έχει δύο πλεονεκτήματα, τουλάχιστον αρχικά: 1) Μπορούν να έχουν τον έλεγχο του σώματός τους, πιστεύοντας πως έτσι 2) θα κερδίσουν την αναγνώριση των άλλων. Παρ' όλα αυτά, οι άλλοι τελικά συνειδητοποιούν το αντίθετο: ότι έχουν χάσει τον έλεγχο και ότι είναι επικίνδυνα αδύνατοι. Η ασθένεια έχει θνησιμότητα πάνω από 10% και τα συμπτώματα στις ασθενείς συμπεριλαμβάνουν τον φόβο μην παχύνουν, ο οποίος συνδυάζεται με άρνηση να φάνε και εξαντλητική φυσική άσκηση. Αυτός ο συνδυασμός οδηγεί τις περισσότερες φορές σε επικίνδυνη απώλεια βάρους και διαστρέβλωση της εικόνας σώματος.

Η τροφή και το βάρος γίνονται η μανία τους. Στην κοινωνία μας, το να είναι κανείς αδύνατος ισούται κατά κάποιον τρόπο με την ομορφιά και τον αυτοέλεγχο και αυτό μπορεί να είναι ένα μέρος της ερμηνείας τού γιατί τόσο μεγάλο ποσοστό των κοριτσιών στην εφηβεία εκφράζει δυσαρέσκεια για το βάρος του. Είναι χαρακτηριστικό, αναφέρει η κ. Νομικού, ότι τόσο οι ανορεξικές όσο και οι βουλιμικές γυναίκες αδιαφορούν για τις ερωτικές σχέσεις. Το ενδιαφέρον τους εστιάζεται αποκλειστικά στη σχέση τους με το φαγητό. Επίσης, χαρακτηριστικό της ανορεκτικής έφηβης είναι ότι έχει την τάση να μην αναπτύσσει τις ικανότητες που χρειάζονται για να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις της ηλικίας της και τα προβλήματα της καθημερινότητάς της. Η υπερβολική προσκόλληση στην οικογένεια την εμποδίζει να έλθει σε επαφή με τον εκτός της οικογένειας κόσμο, γεγονός που προκαλεί καθυστέρηση στην ανάπτυξη.

Σημεία ανησυχίας

Μερικά από τα συνηθισμένα φυσικά συμπτώματα είναι:

- Ζάλη
- Μειωμένη αντοχή στο κρύο.
- Το δέρμα είναι ξηρό και κιτρινωπό
- Δυσκοιλιότητα και κοιλιακές ενοχλήσεις
- Υπερκινητικότητα
- Διάφορες διαταραχές στο σώμα, όπως καρδιολογικές, ενδοκρινικές, γαστρικές, σκελετικές κ.ά. (www.enet.gr, 2007)

ΤΑ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ «ΙΔΑΝΙΚΑ» ΤΗΣ ΤΕΛΕΙΟΤΗΤΑΣ

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

ΕΦΗ ΦΑΛΙΔΑ

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

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

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

Καθένας, λοιπόν, δίνει ότι έχει ή ότι μπορεί. χρήματα για δίαιτες και πλαστικές εγχειρήσεις , χρόνο για εξαντλητικά προγράμματα γυμναστικής ή απλά την όρεξή του. Γι'αυτό και η νευρική ανορεξία έγινε ασθένεια της μόδας και της εφηβείας . Με θύματα πολλές γυναίκες μοντέλα – όπως έχει παραδεχτεί η Κάρεν Έλσον – που πασχίζουν να διατηρηθούν αδύνατες, για να έχουν πέραση στις πασαρέλες των μεγάλων σχεδιαστών. Αλλά και πολλά κορίτσια που στην αρχή ης εφηβείας τους αντιμετωπίζουν την άνιση μάχη της αλλαγής του σώματός τους και της «τέλειας» εικόνας των ειδώλων τους που αντικρίζουν στα περιοδικά, στην τηλεόραση, στον κινηματογράφο, αγνοώντας όμως την ταλαιπωρία της Μπρίτνι Σπίαρς από τις εξαντλητικές δίαιτες και τα φάρμακα που της περιορίζουν την όρεξη.

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

Τέλειο σημαίνει οπωσδήποτε αδύνατο σώμα. Όπου το αδύνατο σώμα προκύπτει από ψηφιακή επεξεργασία της εικόνας ή δίαιτα. Όπου η δίαιτα οδηγεί σε διατροφικές διαταραχές.

Όπου αυτά τα πρότυπα προκαλούν σε εφήβους και σε νέους ανθρώπους ψυχογενή ανορεξία ορίζοντάς τους σε λίγα χρόνια ραντεβού με το θάνατο.....(ελευθεροτυπία, 2007).

ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΑΤΟΜΑ ΠΑΛΕΥΟΥΝ ΜΕ ΤΗ ΔΥΣΑΡΕΣΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥΣ

Εννέα στα δέκα θύματα της ανορεξίας είναι γένους θηλυκού

«Η νευρική ανορεξία έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας στην εποχή μας. Το ίδιο και το σύνολο των διατροφικών διαταραχών». «Η νευρική ανορεξία είναι μία από τις συχνότερες ψυχιατρικές διαγνώσεις στις νέες γυναίκες. Μία στις τέσσερις από αυτές θα οδηγηθούν στο θάνατο από τη διατροφική διαταραχή». «Στις ΗΠΑ, 10 εκατομμύρια γυναίκες και 1 εκατομμύριο άνδρες παλεύουν με κάποια διατροφική διαταραχή, με κίνδυνο να πεθάνουν. Αυτές είναι μόνο οι καταγεγραμμένες περιπτώσεις. Εκατομμύρια μένουν εκτός στατιστικών, αφού η ντροπή που σχετίζεται μ' αυτές τις αφήνει αδιάγνωστες».

Αυτά βρήκαμε στην αναζήτηση στατιστικών στοιχείων και ερευνών στη διεθνή βιβλιογραφία. Και άλλα πολλά σχετικά με τη δυσαρέσκεια της εικόνας που βιώνουν οκτώ στις δέκα γυναίκες στις ΗΠΑ, την αύξηση των περιπτώσεων διατροφικής διαταραχής από το 1930 μέχρι τις μέρες μας, την υποχρηματοδότηση της έρευνας για τις διατροφικές διαταραχές, τη μη κάλυψη των απαραίτητων θεραπειών από τα ασφαλιστικά ταμεία και τις ασφαλιστικές εταιρείες, ανάγκη που αναγνωρίζουν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και άλλοι φορείς υγείας των ΗΠΑ και άλλων χωρών.

Εννέα (90-95%) στα δέκα θύματα της ανορεξίας είναι γένους θηλυκού, σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία. Στις ΗΠΑ, το πρόβλημα το αντιμετωπίζει το 0,5-1% του γυναικείου πληθυσμού. Η νευρική ανορεξία είναι μία από τις συχνότερες ψυχιατρικές διαγνώσεις στις νέες γυναίκες, σύμφωνα με μελέτη του διεθνούς φήμης καθηγητή Ψυχιατρικής L.K. George Hsu, διευθυντή του Προγράμματος Διατροφικών Διαταραχών στο Ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστημίου Tufts. Το 5-20% των γυναικών που παλεύουν με τη νευρική ανορεξία θα πεθάνουν. Οι πιθανότητες θανάτου αυξάνονται ανάλογα με το χρόνο επιμονής της διαταραχής, αναφέρει η καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Μαιευτικής και Γυναικολογίας Kathryn Zerbe, διευθύντρια της Ψυχιατρικής και Ψυχοθεραπευτικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Υγείας και Επιστημών του Ορεγκον. Η νευρική ανορεξία έχει την υψηλότερη θνησιμότητα από κάθε άλλη ψυχιατρική κατάσταση. Πρόκειται για διαταραχή που εμφανίζεται συχνότερα στα μέσα της εφηβείας.

Οι διατροφικές διαταραχές έχουν πάρει διαστάσεις επιδημίας στην εποχή μας, γράφει η μεγαλύτερη μη κυβερνητική οργάνωση στις ΗΠΑ, αλλά και παγκοσμίως, που μάχεται για τον περιορισμό των διατροφικών διαταραχών «Εθνική Εταιρεία για τις Διατροφικές Διαταραχές»

(NEDA). Ενα στα δύο έφηβα κορίτσια αντιμετωπίζουν κάποια διατροφική διαταραχή. Δέκα εκατομμύρια γυναίκες και ένα εκατομμύριο αγόρια και άνδρες σήμερα στις ΗΠΑ παλεύουν με δύο ασθένειες που απειλούν τη ζωή: τη νευρική ανορεξία και τη νευρική βουλιμία. Εκατομμύρια ακόμα βασανίζονται επίσης με κάποια άλλη διατροφική διαταραχή, έδειξαν μελέτες των Crowther, Fairburn, Gordon, Hoek και Shisslak.

Αυτή είναι όμως μόνο η αρχή του δράματος. Λόγω της ντροπής που σχετίζεται με τις διατροφικές διαταραχές, πολλές περιπτώσεις δεν αναφέρονται και, ως αποτέλεσμα, δεν καταγράφονται. Επιπλέον, εκατομμύρια άλλα άτομα παλεύουν με τη δυσανεξία της εικόνας τους και άλλες υποκλινικές μορφές της ασθένειας. Οκτώ στις δέκα Αμερικανίδες είναι δυσαρεστημένες με την εμφάνισή τους, καταδεικνύει μελέτη του Smolak.

Αιτίες θανάτου:

Στις γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών, που υποφέρουν από νευρική ανορεξία, ο κίνδυνος κατάληξης είναι 12 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με όλες τις άλλες αιτίες θανάτου, σύμφωνα με μελέτη του Sullivan. Η νευρική ανορεξία έχει τον υψηλότερο δείκτη πρόωρων θανάτων από κάθε άλλη ψυχική ασθένεια, σύμφωνα με τον ίδιο ερευνητή.

Τέσσερις στις δέκα νέες διαγνώσεις ανορεξίας είναι σε κορίτσια 15-19 ετών, σύμφωνα με τους Hoek και Van Hoeken. «Η αύξηση της συχνότητας της ανορεξίας κατά την περίοδο 1935-1990 είναι τρομακτική, ειδικά στις παραπάνω ηλικίες. Παρατηρούμε σημαντική αύξηση των διαγνώσεων της ανορεξίας κάθε δεκαετία από το 1930 μέχρι τη δεκαετία του '90», προσθέτουν. Και μόνο το ένα τρίτο των ατόμων με ανορεξία έχουν ψυχιατρική φροντίδα.

Στις ΗΠΑ οι διατροφικές διαταραχές είναι πιο συχνές από τη νόσο Αλτσχάιμερ, κοστίζουν περισσότερο από τη θεραπεία της σχιζοφρένειας, έχουν τον υψηλότερο δείκτη πρόωρων θανάτων από κάθε άλλη ψυχική ασθένεια. Ωστόσο, σύμφωνα με στοιχεία του 2000 που παραθέτει το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας (NIH) των ΗΠΑ, ξοδεύονται 59 εκατομμύρια δολάρια για την έρευνα του Αλτσχάιμερ, περισσότερα από 238 εκατομμύρια δολάρια για την έρευνα της σχιζοφρένειας και μόνο 14 εκατομμύρια για την έρευνα των διατροφικών διαταραχών. Τα ποσά που ξοδεύονται για τις διατροφικές διαταραχές σε επίπεδο έρευνας είναι κατά 75% μικρότερα από αυτά που διατίθενται για το Αλτσχάιμερ. Για κάθε άτομο με διατροφική διαταραχή ξοδεύεται 1,20 δολάρια, σε αντίθεση με τα 159 δολάρια που διατίθενται για κάθε άτομο με σχιζοφρένεια.

Παρ' όλο αυτά, τρεις στους τέσσερις Αμερικανούς πιστεύουν ότι οι διατροφικές διαταραχές πρέπει να καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία και τις ασφαλιστικές εταιρείες όπως κάθε άλλη ασθένεια, σύμφωνα με εθνική μελέτη της NEDA και του κολοσσού της διεθνούς αγοράς στην έρευνα Global Market Institute (GMI). Η ίδια μελέτη δείχνει ότι τέσσερις στους δέκα Αμερικανούς είτε υπέφεραν οι ίδιοι είτε γνωρίζουν κάποιον που παλεύει με κάποια διατροφική διαταραχή.

Μεγάλη μελέτη του αμερικανικού γυναικείου περιοδικού «Essence», που αναδημοσιεύει η NEDA, βρήκε ότι επτά στις δέκα συμμετέχουσες στη μελέτη ανέφεραν ότι τους απασχολούσε να είναι αδύνατες. Επτά στους δέκα ανέφεραν ότι τα παραπάνω κιλά τους «τρώμαζαν». Το 65% σκεφτόταν καθημερινά τα κιλά του, ενώ οι μισοί ένιωθαν ενοχές ύστερα από κάθε γεύμα. Τέσσερις στους δέκα παραδέχονταν ότι το φαγητό και τα κιλά έλεγχαν τη ζωή τους.

Άνδρες

Ένα στα δέκα άτομα με διατροφική διαταραχή είναι γένους αρσενικού, δείχνουν μελέτες των Wolf και Fairburn και Beglin. Η κλινική εικόνα των διαταραχών στους άνδρες είναι ίδια με αυτή των γυναικών, αποδεικνύουν μελέτες των Margo, Schneider και Agras, Crisp, Vandereycken και Van der Broucke. Εθνική μελέτη σε 11.467 μαθητές Λυκείου και 60.861 ενήλικους, της καθηγήτριας Mary Serdula, διευθύντριας του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών των ΗΠΑ, έδειξε ότι στους ενήλικους το 38% των γυναικών και το 24% των ανδρών προσπαθούσαν να χάσουν βάρος, ενώ στους μαθητές το 44% των κοριτσιών και το 15% των αγοριών. Σε άλλη μελέτη των Drewnowski και Yee, σε 226 φοιτητές, φάνηκε ότι το 26% των ανδρών και το 48% των γυναικών περιέγραφε τον εαυτό του ως υπέρβαρο, χωρίς αυτό να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Στην ερώτηση πώς αντιμετωπίζουν τα παραπάνω αυτά κιλά, οι άνδρες απάντησαν ότι κάνουν γυμναστική, σε αντίθεση με τις γυναίκες που δήλωσαν ότι κάνουν δίαιτα.

Μελέτη των Rosen και Gross σε 1.373 μαθητές Λυκείου αποκάλυψε ότι τα κορίτσια, 6 στα 10 από τα οποία αντιμετώπιζαν διατροφική διαταραχή, είχαν τετραπλάσιες πιθανότητες σε σύγκριση με τα αγόρια -το 16% από τα οποία παραδεχόταν ότι αντιμετώπιζε διατροφική διαταραχή- να προσπαθήσουν να μειώσουν το βάρος τους μέσα από την άσκηση και την πρόσληψη λιγότερων θερμίδων. Επιπλέον, ένα 28% των αγοριών και ένα 9% των κοριτσιών απασχολούνταν με το να αυξήσει το βάρος του. Κοινωνικά, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες στη μελέτη φοιτητές, τα αποδεκτά πρότυπα είναι οι αδύνατες γυναίκες και οι μυώδεις άνδρες. Σε γενικές γραμμές, σύμφωνα με άλλη μεγάλη εθνική μελέτη των Αμερικανών Cash, Winstead και Janda, οι άνδρες είναι πολύ πιο άνετοι με το βάρος τους και δέχονται μικρότερη από τις γυναίκες πίεση για να είναι αδύνατοι. Μόνο το 41% των ανδρών ήταν δυσαρεστημένοι με το βάρος τους, σε σύγκριση με το 55% των γυναικών. Επιπλέον, το 77% των αδύνατων ανδρών δήλωνε ικανοποιημένο με το βάρος του, σε σύγκριση με το 83% των αδύνατων γυναικών (www.enet.gr, 2011).

ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ: Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΑ

Η φωτογραφία μιας γυμνής ανορεξικής νέας γυναίκας του Ολιβιέρο Τοσκάνι, για τη νέα καμπάνια καταπολέμησης της ανορεξίας, με τίτλο «No Anorexia - No-I-ita» έκανε τον γύρο του κόσμου. Οι αντιδράσεις, αντικρουόμενες: θετικές και αρνητικές. Θετικές από τον διεθνή χώρο της μόδας -που (παράλογο;) καθοδηγεί την κούρσα της προώθησης των αποστεωμένων γυναικών- αρνητικές από τους ειδικούς επιστήμονες των ανά τον κόσμο μη κερδοσκοπικών οργανώσεων για την καταπολέμηση των διατροφικών διαταραχών: «Το μοντέλο αυτό θα έπρεπε να νοσηλεύεται σε κάποιο νοσοκομείο και όχι να ποζάρει για διαφημιστικές γιγαντοαφίσες».

Το τρομερό παιδί της φωτογραφίας της μόδας χρησιμοποιεί άλλη μία φορά την πρόκληση για να ευαισθητοποιήσει έναν κόσμο που απροκάλυπτα προωθεί το πρότυπο των σούπερ

αδύνατων γυναικών. Ο ίδιος στο παρελθόν έχει δημοσιοποιήσει φωτογραφίες θυμάτων του AIDS και φυλακισμένων που αντιμετώπιζαν τη θανατική ποινή με τον ίδιο στόχο: την κοινωνική επαγρύπνηση. «Το πρόβλημα των διατροφικών διαταραχών στοιχειώνει εδώ και χρόνια τον χώρο της μόδας, με την εξάπλωση εξαιρετικά αδύνατων μοντέλων που δεν κάνουν κακό μόνο στον εαυτό τους αλλά καθιερώνουν ανθυγιεινά πρότυπα για τις καταναλώτριες. Η κριτική εντάθηκε πέρυσι με τον θάνατο της Άννα-Καρολίνα Ρέστον, 21χρονου μοντέλου από τη Βραζιλία, από τις επιπτώσεις της ανορεξίας στην υγεία της», γράφει το περιοδικό «Time».

Σήμερα ο διεθνής Τύπος -εφημερίδες και περιοδικά- έχουν γεμίσει με αντιδράσεις στην καμπάνια «No Anorexia - No-I-ita» που χρηματοδότησε η ιταλική εταιρεία ρούχων Flash & Partners. «Μπορείς να πεθάνεις από την ασθένεια αυτή», αναφέρει στην εφημερίδα «Corriere della Sera» ο πρόεδρος της μεγαλύτερης μη κερδοσκοπικής οργάνωσης για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών Riccardo Dalle Grave. «Αν θέλουν πραγματικά να συμβάλουν στην πρόληψη, θα ήταν προτιμότερο να βοηθούσαν τις νέες γυναίκες να αποδεχτούν μια ποικιλία σωματικών αναλογιών και να κατανοήσουν ότι η ομορφιά έρχεται σε όλα τα μεγέθη». Ο Dalle Grave επικρίνει την προσπάθεια, τονίζοντας ότι είναι «εκμετάλλευση ενός άρρωστου μοντέλου για οικονομικούς και διαφημιστικούς λόγους».

Παραδέχεται βέβαια ότι οι εικόνες που σοκάρουν «μπορούν να προκαλέσουν χρήσιμες συζητήσεις γύρω από την ανορεξία», αλλά επιμένει ότι «δεν προσφέρουν καμία υπηρεσία στα θύματα της ασθένειας». «Μέχρι αυτο-καταστροφικές συμπεριφορές μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα». Fabiola De Clercq, επικεφαλής της άλλης κορυφαίας στην Ιταλία οργάνωσης, ABA, για την έρευνα της Ανορεξίας και της Βουλμίας, χαρακτηρίζει στη «La Repubblica» τη δουλειά του Τοσκάνι ως «σκληρή» και «ωμή». «Δεν θα έχει καλή επίδραση στις γυναίκες που υποφέρουν από την ασθένεια. Μπορεί ακόμα και να ζηλέψουν τη δόξα της απεικονιζόμενης και να προσπαθήσουν να αδυνατίσουν πιο πολύ». Η ίδια τονίζει στο κλείσιμο του άρθρου της εφημερίδας ότι «μια τέτοια προσπάθεια δεν έχει καμία λογική» (www.enet.gr, 2011)

« Η μόδα αγνοεί τους φυσιολογικούς ανθρώπους »

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

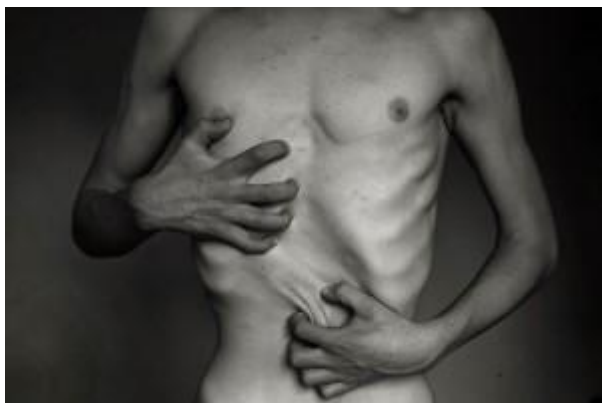
μέσα στον οποίο ζούμε. Τα πάντα γύρω μας προβάλλονται εκθαμβωτικά και ωραιοποιημένα, δηλώνει ο Γάλλος ειδικός στη ψηφιακή επεξεργασία Πασκάλ Ντανγκεν στους *New York Times*. Πρόσωπο το οποίο εκτιμάνε η Μαντόνα και η Τζένιφερ Λόπεζ, η φωτογράφος Άνι Λίμποβιτς και κάθε διευθυντής περιοδικού lifestyle,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

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

“Από την πλευρά των φωτογραφιζομένων προσώπων, μας εκφράζουν την επιθυμία τους να γίνει στο πορτρέτο τους μια επεξεργασία εικόνας”. Ωστόσο κάποιοι, σίγουρα λιγότεροι, επιθυμούν να μείνουν ανέπαφοι. Όμως το ζήτημα εστιάζεται στο πόσο έτοιμος είναι κανείς να δει τον εαυτό του όπως ακριβώς αποτυπώνεται σε μια φωτογραφία. Το βέβαιο είναι ότι τα περιοδικά δε του το δίνουν. Αναζητούμε ακόμα όμορφους ανθρώπους και μας ενδιαφέρει η επιφάνεια. Όσο για τα δημοκρατικά μηνύματα της μόδας που μιλάνε για απελευθέρωση από τους κανόνες και υιοθέτηση όλων των τάσεων που αναδεικνύουν το στυλ, στην πράξη είναι ανεφάρμοστα. Στη βιομηχανία της μόδας χωράνε μόνο εκείνοι που διαθέτουν αναλογίες μοντέλου. Τα μεγέθη με τα οποία ντύνεται ένας άνθρωπος με φυσιολογικές διαστάσεις δεν υπάρχουν στην αγορά των σινέ ρούχων. Και το φαινόμενο του small-medium size εξαπλώνεται και στην ευρύτερη αγορά με τις πιο προσιτές τιμές.”(ελευθεροτυπία, 2010).

Άντρες και Διατροφικές Διαταραχές

September 21, 2011.



Μέχρι πρόσφατα, οι διατροφικές διαταραχές θεωρούνταν μία γυναικεία υπόθεση, λόγω της φύσης των συμπτωμάτων, των κοινωνικών πιέσεων που ασκούνταν στο γυναικείο σώμα και φυσικά των υψηλών ποσοστών των κοριτσιών και των γυναικών που αναζητούσαν θεραπεία. Οι τελευταίες βέβαια έρευνες δείχνουν ότι τουλάχιστον το 10 % των ατόμων που απευθύνονται σε κάποιον ειδικό για την

αντιμετώπιση των συγκεκριμένων συμπτωμάτων είναι άντρες, ενώ υπολογίζεται ότι το ποσοστό πιθανόν να είναι μεγαλύτερο, καθώς υπάρχουν περιπτώσεις αντρών με διατροφική διαταραχή που αποφεύγουν την θεραπεία, κυρίως λόγω της ντροπής που βιώνουν εξαιτίας της σύνδεσης των συγκεκριμένων διαταραχών με τον γυναικείο πληθυσμό. Έτσι εξηγείται και η καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας .

Οι κοινωνικές πιέσεις που δέχονται οι άντρες σε σχέση με το σώμα τους και την εμφάνιση τους έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια και διαρκώς κατακλύζονται από συμβουλές του πως να καταφέρουν να αποκτήσουν το ιδανικό, μυώδες, σε σχήμα V σώμα, προκειμένου να είναι πιο αρρενωποί και πετυχημένοι. Ενώ για τις γυναίκες το αδύνατο σώμα θεωρείται το ιδανικό, στους άντρες είναι συνδεδεμένο με την μειωμένη αρρενωπότητα, με αποτέλεσμα όλο και περισσότεροι να προσπαθούν να αυξήσουν το βάρος τους μέσω ειδικών διατροφικών συνηθειών, είτε να τονώσουν τον μυϊκό τους όγκο μέσω της γυμναστικής και των συμπληρωμάτων διατροφής. Όλο και περισσότεροι αγωνιούν για την εξωτερική τους εμφάνιση, ελέγχουν το βάρος τους, κατηγοριοποιούν τις τροφές σε καλές ή κακές, κάνουν δίαιτα και αγοράζουν προϊόντα περιποίησης που θα τους βοηθήσουν να δείχνουν πιο νέοι.

Πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση διατροφικής διαταραχής είναι οι αθλητές, όσοι ασχολούνται με πιο «γυναικεία» επαγγέλματα ή εκείνοι που εργάζονται σε χώρους άμεσα συνδεδεμένους με το φαγητό, πχ οι σεφ. Επίσης, σημαντικό ρόλο έχει η σεξουαλικότητα και οι σεξουαλικές προτιμήσεις του ατόμου, καθώς η ομοφυλοφιλία και η ασεξουαλικότητα συνδέονται άμεσα με την εμφάνιση κάποιας διατροφικής διαταραχής και μάλιστα η εσωτερική σύγκρουση που πιθανόν να βιώνει ένας άντρας σε σχέση με τις σεξουαλικές του προτιμήσεις μπορεί να προκαλέσει την έναρξη των συμπτωμάτων. Στην περίπτωση της νευρικής βουλιμίας οι άντρες είναι πιο ενεργοί σεξουαλικά, ενώ η ασεξουαλικότητα είναι πιο συχνό φαινόμενο στην νευρική ανορεξία και στις άτυπες μορφές. Οι άντρες που πάσχουν από νευρική ανορεξία δέχονται έντονη κριτική για το σώμα τους, καθώς θεωρούνται πιο θηλυπρεπείς και συχνά η αποχή από το σεξ, που οφείλεται στα χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης λόγω της διατροφής τους, μοιάζει να δίνει λύση στα θέματα που αντιμετωπίζουν σε σχέση με την ταυτότητα του φύλου τους. Στους άντρες που εμφανίζουν νευρική βουλιμία πολλές φορές υπάρχει ιστορικό παιδικής παχυσαρκίας, ενώ συχνά παρατηρείται η χρήση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών.

Είναι πολύ σημαντικό να κατανοήσει κάποιος ότι οι διατροφικές διαταραχές δεν είναι θέμα φύλου και ότι η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία είναι απαραίτητες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Τα ποσοστά των αντρών με διατροφική διαταραχή, ιδιαίτερα στις άτυπες μορφές, συνεχώς αυξάνονται, όσο μεγαλώνει και η πίεση που δέχονται γύρω από το σώμα τους και την αρρενωπότητα τους. Δεν υπάρχει ο ορισμός του ιδανικού σώματος, ούτε ο ορισμός της τέλει αρρενωπότητας, γι' αυτό και χρειάζεται να είναι κάποιος αρκετά επιφυλακτικός με τα μηνύματα που δέχεται ως προς την εμφάνιση του και την διαφορετικότητα του. Ένας από τους στόχους της θεραπευτικής διαδικασίας είναι να αποκτήσει κάποιος τον πραγματικό έλεγχο της ζωής του μέσω της αυτογνωσίας και της ελεύθερης έκφρασης και όχι μέσω του περιορισμού της τροφής ή των εξεζητημένων διατροφικών συνηθειών (www.hcfed.gr, Σταυρουλάκη, 2011).

Μαρτυρίες

1^η Μαρτυρία

Η Όλγα, 21ετών, προσέρχεται σε ειδικό με τους γονείς της, κατόπιν παραπομπής από τον οικογενειακό γιατρό. Είναι μία εμφανίσιμη κοπέλα, ντυμένη με σύγχρονη ενδυμασία, δηλαδή τζίν και φούτερ, αλλά δίνει την εντύπωση ενός κοριτσιού μικρότερης ηλικίας. Έχει ύψος 1.65 και ζυγίζει 42 κιλά, έχοντας χάσει 12 κιλά κατά τον περασμένο εξάμηνο. Μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα οι διατροφικές τις συνήθειες περιορίζονται σε σαλάτες, χόρτα και γιαούρτι σε πολύ μειωμένες ποσότητες. Ασχολείται συνεχώς με θέματα διατροφής, για παράδειγμα: ζυγίζεται τουλάχιστον τρεις φορές την ημέρα, μετρά τις θερμίδες και κάνει τζόκινγκ τουλάχιστον μία ώρα την ημέρα. Ασχολείται επίσης με τη ζαχαροπλαστική, δηλαδή φτιάχνει συνεχώς γλυκά και τα πηγαίνει στους συγγενείς της.

Τους τρεις τελευταίους μήνες δεν έχει έμμηνο ρύση. Η ίδια δηλώνει ότι είναι ευχαριστημένη με το βάρος της, αν και θα ήθελε να χάσει άλλα 5 κιλά, «για να είμαι στο ιδανικό μου βάρος». Οι γονείς αναφέρουν έντονες λογομαχίες γύρω από αυτό το θέμα του βάρους και της διατροφής της. Οι ίδιοι δηλώνουν ότι είναι η δεύτερη φορά στη ζωή της Όλγας που έχει χάσει τόσο βάρος. Η πρώτη φορά ήταν σε ηλικία 15 ετών, στην Α΄ Λυκείου. Η Όλγα άλλαξε σχολείο και πήγε από δημόσιο σε ιδιωτικό. Εκείνο το διάστημα μία φίλη της είχε ξεκινήσει δίαιτα. Η Όλγα έκανε το ίδιο, μέχρι που έφτασε να ζυγίζει 10 κιλά κάτω από το φυσιολογικό της βάρος.

Οι γονείς της τότε ανησύχησαν πολύ και την πήγαν στον γιατρό, ο οποίος τους συνέστησε να πάνε σε ψυχολόγο. Η ίδια η Όλγα ήταν πάρα πολύ αρνητική και οι γονείς της θεώρησαν ότι αυτή η στάση είναι χαρακτηριστική εκδήλωση εφηβείας. Η αδερφή της μητέρας, που ζει στο εξωτερικό, πρότεινε να πάει η Όλγα να ζήσει μαζί της για ένα διάστημα, ώστε να αλλάξει περιβάλλον. Η Όλγα έμεινε με τη θεία της ένα χρόνο, κατά τη διάρκεια του οποίου επανήλθε στο φυσιολογικό για το ύψος της βάρος. Τα τωρινά συμπτώματα της ανορεξίας εμφανίστηκαν περίπου τα Χριστούγεννα του περασμένου έτους.

Οι γονείς της ισχυρίζονται ότι αυτός ο χρόνος είναι αρκετά πειστικός για την Όλγα, γιατί βρίσκεται στο τελευταίο έτος της Νομικής. Η ίδια αναγνωρίζει ότι αισθάνεται αγχωμένη σχετικά με τις υποχρεώσεις της σχολής, όμως θεωρεί πιο κρίσιμη την απόφαση για μεταπτυχιακές σπουδές στο εξωτερικό, κάτι στο οποίο αντιτίθενται οι γονείς της, ειδικά η μητέρα της. Η Όλγα περιγράφει έντονες συγκρούσεις με τους γονείς της σχετικά με αυτό το θέμα. Η μητέρα επιμένει ότι η Όλγα είναι πολύ ανώριμη για να πάει στο εξωτερικό. ο πατέρας, αν και δεν συμφωνεί με την εκτίμηση της μητέρας, θεωρεί ότι η Όλγα οφείλει να συμμορφωθεί στις επιθυμίες της μητέρας της.

Η μητέρα στεναχωριέται πολύ με την κατάσταση της Όλγας και για τη μεταξύ τους σχέση. Όπως λέει, «παλιότερα ήμασταν κολλητές.» Θυμάται ότι ως παιδί η Όλγα επέμενε να κοιμάται μαζί της, γιατί φοβόταν. Έτσι, τον περισσότερο καιρό κατά τη διάρκεια του δημοτικού κοιμόταν στο ίδιο κρεβάτι με την μητέρα, ενώ ο πατέρας κοιμόταν στο κρεβάτι της Όλγας. Ο πατέρας διαμαρτυρόταν έντονα, αλλά η επικρατούσα κατάσταση άλλαξε μόνο όταν η Όλγα επέστρεψε από το εξωτερικό όπου έμενε με τη θεία της για ένα χρόνο.

Όσον αφορά στις ακαδημαϊκές επιδόσεις της, αναφέρθηκε ότι πάντα ήταν αριστούχος στο σχολείο, όπως είναι τώρα στο πανεπιστήμιο. Έχει υψηλές φιλοδοξίες, πολύ άγχος σχετικά με την επίδοσή της και γι' αυτό μελετά πάντα πολλές ώρες. Ανέκαθεν επίσης ασχολιόταν εντατικά με τον αθλητισμό, όπου και εκεί ήταν πολύ φιλόδοξη και είχε σημαντικές επιτυχίες. Όσον αφορά στις διαπροσωπικές σχέσεις, πάντα διατηρούσε έναν κοινωνικό κύκλο, καθώς και κάποιες φίλες με τις οποίες ήταν ιδιαίτερη συνδεδεμένη. Ενώ την ενδιέφεραν ορισμένα αγόρια, πάντα θεωρούσε ότι δεν ήταν αρκετά όμορφη για να θελήσει κάποιος να συνάψει συναισθηματική σχέση μαζί της.

Στην ατομική συνέντευξη με τον ειδικό, η Όλγα είναι πολύ επιφυλακτική και λιγομίλητη. Παραμένει σιωπηλή και μιλά μόνο για να απαντήσει σε ερωτήσεις του ειδικού, δίνοντας τις ελάχιστες δυνατές πληροφορίες. Ισχυρίζεται ότι δεν έχει κανένα πρόβλημα γενικώς και ότι είναι ευχαριστημένη με τη ζωή της. Θεωρεί ότι η ψυχολογία δεν είναι σοβαρός επιστημονικός κλάδος, καθώς δεν υπάρχουν αρκετές εμπειρικές έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητά της. Πιστεύει επίσης ότι η ψυχοθεραπεία αποτελεί προσπάθεια αναγκαστικής συμμόρφωσης των ανθρώπων στα κοινωνικά πρότυπα.

Για παράδειγμα, πιστεύει ότι οι γονείς της θέλουν από τον ψυχολόγο να της επιβάλει να αυξήσει το βάρος της και ότι κι ο ψυχολόγος έχει τον ίδιο σκοπό. Εκμυστηρεύεται ακόμα ότι οι γονείς της θα προτιμούσαν να πάρει βάρος για να μην είναι ελκυστική, επειδή θεωρούν ότι είναι πολύ μικρή για να δημιουργήσει ερωτική σχέση και θέλουν να εμποδίσουν αυτή την προοπτική.

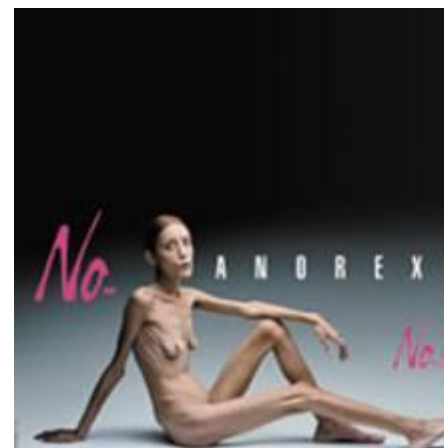
2^η Μαρτυρία

Το παρακάτω κείμενο είναι ένα άρθρο το οποίο δημοσιεύτηκε από την εφημερίδα “Ελευθεροτυπία”, στις 6 Οκτωβρίου 2007.

ΜΑΡΤΥΡΙΑ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ ΧΩΡΙΣ ΒΟΗΘΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΜΙΑ ΧΑΜΕΝΗ ΜΕΡΑ

των Σοφίας Νέτα - Ντάνι Βέργου

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, απέφυγε 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. 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. Αργήσαν 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...» (ελευθεροτυπία, 2007).

3^η Μαρτυρία

ΜΑΡΑ ΔΑΡΜΟΥΣΛΗ: ΚΑΤΕΛΗΞΑ ΝΑ ΠΟΛΕΜΩ ΤΟ ΣΩΜΑ ΜΟΥ

Αν θες να πετύχεις στο χώρο της μόδας πρέπει να πέσεις πολύ... χαμηλά. Από 52 κιλά και ύψος 1,74 στα 17 μου, έφτασα στα 43 κιλά στα 20... Τελειομανής ως προσωπικότητα, ήθελα να αντεπεξέλθω με κάθε μέσο στον σκληρό ανταγωνισμό της διεθνούς σκινης της μόδας... Κατέληξα να πολεμώ το σώμα μου. Με όπλα δυνατά, όπως είναι η βουλιμία και η ανορεξία... Οι συνέπειες πολλές. Σε καμιά περίπτωση δεν λειτουργούσα το ίδιο. Οι ψυχοσωματικές επιδράσεις ήταν αμέτρητες».



Η Μάρα Δαρμουσλή, ένα από τα πιο όμορφα πλάσματα που έχει να επιδείξει η χώρα μας, μιλά στην «Ε» για τη μάστιγα της εποχής: τις διατροφικές διαταραχές. Πανέμορφη, βάσει καθαρά ελληνικών προτύπων. Κορυφαία στον χορό μιας αρχαίας ελληνικής τραγωδίας. Απλή, γλυκομίλητη, προσιτή στις κουβέντες της, μας λέει όταν τη ρωτάμε αν ξεπέρασε το πρόβλημα: « Κάθε μέρα παλεύω μ' αυτό. Κάθε μέρα το κερδίζω ». Ο μικρός Άγγελος, που σήμερα είναι ενάμισι έτους, ήταν το πιο σημαντικό της όπλο στο να ξεπεράσει το πρόβλημα. «Η απόφαση για μητρότητα με έκανε να συνειδητοποιήσω ότι οι δρόμοι που είχα επιλέξει δεν με άφηναν να αντεπεξέλθω σε τίποτα και ειδικότερα στο να κάνω ένα παιδί ».

Η Μάρα Δαρμουσλή με το μωρό της

Μοντέλο στο επάγγελμα, με σταθερή εμφάνιση στις διεθνείς πασαρέλες από το Παρίσι μέχρι τη Νέα Υόρκη, και στον περιοδικό Τύπο με εξώφυλλα στο «Vogue», το «Marie Claire» και το «Bazaar». Αλλά και ηθοποιός, με πιο γνωστή εμφάνιση αυτή στην ταινία «Η Καρδιά του Κτήνους», στην οποία πρωταγωνίστησε και που τη σκηνοθέτησε ο Ρένος Χαραλαμπίδης. «Ο δικός μου φαύλος κύκλος ξεκίνησε με τη βουλιμία. Ετρωγα και μετά με κυριεύαν έντονες τύψεις και, είτε με εμετό είτε με τη χρήση καθαρτικών ή χαπιών αδυνατίσματος είτε με εξαντλητική γυμναστική, πάλευα να απαλλαγώ από τις θερμίδες. Ακολούθησε η ανορεξία και ύστερα διαδοχικά η μία έπαιρνε τη σκυτάλη από την άλλη. Στα παρασκήνια των διεθνών πασαρελών, ο ανταγωνισμός είναι μεγάλος. Αν θες να πετύχεις πρέπει να πέσεις πολύ... χαμηλά. Κι αυτό σου ξεκαθαρίζεται με όλους τους τρόπους από την πρώτη μέρα». Για πέντε χρόνια, από τα 17 μέχρι τα 22 της, η Μάρα Δαρμουσλή αντιμετώπιζε τότε βουλιμία τότε ανορεξία.

«Κατέληξα να πολεμώ το σώμα μου. Με όπλα δυνατά όπως είναι η βουλιμία και η ανορεξία. Οι συνέπειες πολλές. Σε καμιά περίπτωση δεν λειτουργούσα το ίδιο. Οι ψυχοσωματικές επιδράσεις ήταν αμέτρητες. Αντιμετώπισα ισχιαλγίες, μηνίσκους, πολλούς τραυματισμούς με το παραμικρό. Έζησα βλάβες στο γαστρεντερολογικό μου σύστημα από την πρόσληψη χαπιών. Ψυχολογικά με έσκιζαν οι τύψεις και είχα κυριευτεί από μια μανία για το φαγητό. Δεν μπορούσα να σκεφτώ τίποτε άλλο από το φαγητό. Η συμπεριφορά μου ήταν αντικοινωνική, οδήγησα τον εαυτό μου στην απομόνωση και ένιωθα μοναξιά. Δεν ήμουν καλά. Αντί να σκέφτομαι τον έρωτα, τις απολαύσεις που μπορεί να ζήσει μια 20χρονη, τυραννιόμουν από τη σκέψη του φαγητού. Ανέπτυξα μ' αυτό μια σχέση πάθους και μίσους: από τη μία σκεφτόμουν πόσο πολύ θέλω να φάω και από την άλλη πόσο πολύ μισώ το φαγητό, γιατί με παχαίνει». Στα 23 της, η Μάρα Δαρμουσλή έγινε μητέρα. Κι αυτό γιατί είχε

αποφασίσει να αλλάξει τη ζωή της, να ξεφύγει από το αδιέξοδο στο οποίο μόνη της είχε οδηγήσει τον εαυτό της. «Συνειδητοποίησα στα 22 ότι δεν μπορώ ν' αντεπεξέλθω πουθενά. Στις σχέσεις, στη δουλειά, πουθενά. Επιπλέον, η επιθυμία για μητρότητα και η απόφαση γι' αυτήν με οδήγησε στην υιοθέτηση μιας διαφορετικής φιλοσοφίας: Είμαστε οι άνθρωποι που επιλέγουμε μόνο οι ίδιοι για τον εαυτό μας... Έκανα τον μισό δρόμο μόνη μου και τον υπόλοιπο με τη βοήθεια του μωρού που έμαθα ότι είχα στην κοιλιά».

Η Μάρα Δαρμουσλή σήμερα βρίσκεται δίπλα στις νέες και τους νέους που αντιμετωπίζουν πρόβλημα μέσα από την «Ανάσα», τη μοναδική μη κερδοσκοπική εταιρεία με σκοπό τη στήριξη των ατόμων με διατροφικές διαταραχές στη χώρα μας, πρωτοβουλία της ηθοποιού Ζέτας Δούκα. Κι η ανάγκη για μια τέτοια πρωτοβουλία αποδεικνύεται μεγάλη, δεδομένων των 150-200 φωνών που ζητούν βοήθεια στα τηλέφωνα της εταιρείας. Ωστόσο, το πρόβλημα στην Ελλάδα δεν έχει τις διαστάσεις που έχει στο εξωτερικό, εξηγεί η Μάρα Δαρμουσλή. «Σ' αυτή την περίπτωση, ευτυχώς που η Ελλάδα καθυστερεί. Οι Έλληνες επιμένουν στο μεσογειακό πρότυπο παρά τον βομβαρδισμό τους με αδύνατους σωματότυπους.

Οι πιο ζουμερές γυναίκες προτιμούνται στη χώρα μας, χωρίς αυτό να σημαίνει όμως ότι η συνεχής προβολή των αδύνατων προτύπων δεν επηρεάζει τις γυναίκες. Άθελά τους, ειδικότερα τα νέα κορίτσια που διανύουν την εφηβεία, αποκτούν την εντύπωση ότι πρέπει να είναι στέκες για ν' αρέσουν στον εαυτό τους και στους άλλους». Στο εξωτερικό, η κατάσταση είναι τραγική, λέει η Μάρα. Η εικόνα των ανορεξικών κοριτσιών έχει περάσει στις νέες και στις έφηβες. Και η πλύση εγκεφάλου συνεχίζεται. Τα πράγματα για τα μοντέλα είναι εξαιρετικά πιεστικά: «Τα μοντέλα είναι ένα παρεξηγημένο είδος. Επειδή προσελκύνουν τα φώτα της δημοσιότητας θεωρείται πως αυτά τα ίδια είναι εμπνευστές τού προτύπου που ενσαρκώνουν. Δεν είναι έτσι, όμως. Τα κορίτσια και τα αγόρια αυτά είναι μόνο κλητήρες. Εμπνευστές είναι οι ανά τον κόσμο δημιουργοί - σχεδιαστές μόδας. Δεν είναι λίγες οι φορές που, όταν λόγω κάποιου θανάτου που κάνει το γύρο του κόσμου, έρχονται αντιμέτωποι με το θέμα της ανορεξίας και τα πρότυπα που προωθούν, και απαντούν ότι "δεν θα μας πείτε τι θα προωθήσουμε. Θα το αποφασίσουμε εμείς"».

«Οι εμπειρίες που έχω από κορίτσια των διεθνών πασαρελών είναι τρομακτικές. Οι δίαιτες είναι κανόνας και οι βλάβες στην υγεία φωνάζουν. Κορίτσια που έχουν περίοδο κάθε 6 μήνες και άλλα που έχουν κάθε 15 μέρες ως αποτέλεσμα συνεχούς δίαιτας». Για τη φωτογράφιση του Ολιβιέρο, Τοσκάνι, η Μάρα λέει: «Δημιουργεί αντιφατικά συναισθήματα. Μια τέτοια εικόνα σοκάρει και ποτέ μια εικόνα σοκαριστική δεν έχει θετικό αποτέλεσμα, τουλάχιστον στους πάσχοντες. Διότι το σοκ προκαλεί πίεση και η πίεση, στην περίπτωση του προβλήματος αυτού, είναι αρνητικός παράγοντας». «Το 25% των ατόμων με διατροφική διαταραχή θεραπεύεται, το 50% το παλεύει και το υπόλοιπο 25% καταλήγει. Εγώ είμαι στο 50%, που το παλεύω», μας λέει. Στη δική της μάχη όμως δεν έχει τίποτα να φοβηθεί αφού έχει αγκαλιά έναν Άγγελο που την προστατεύει(www.tovema.gr, Δαρμουσλή, 2010).

4^η Μαρτυρία

"Η Ρεβέκκα, 30, πέθανε λόγω νευρικής ανορεξίας. Ελπίζω το κείμενο που έγραψε να βοηθήσει." Πηγή: www.lifo.gr

"DYING" TO BE THIN..."ΤΑ ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΥ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ANOREXIA NERVOSA. by Rebecca Andriani Lochaiti on Sunday, June 12, 2011 at 12:51pm.

Είναι πολύ σημαντικό να αναφέρω τα προβλήματα υγείας που προκαλεί η anorexia nervosa, όμως ίσως δώσω ελλιπή στοιχεία γιατί θα αναφερθώ στα δικά μου. Η κάθε περίπτωση διαφέρει από άτομο σε άτομο και φυσικά ανάλογα το φύλο και την ηλικία.

ΚΥΡΙΩΣ ΟΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΔΙΑΦΕΡΟΥΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ. Ωστόσο, έχοντας υποστεί τεράστια κακοποίηση της υγείας μου και έχοντας αναλόγως βρεθεί με ιατρούς, με τους οποίους έχω συζητήσει θα αναφερθώ σε ορισμένα κοινά γνωρίσματα που δείχνουν πόσο επιβαρύνεται η σωματική (και ψυχική υγεία). Από την πρώτη στιγμή που έχασα βάρος και πήγα κάτω από το φυσιολογικό μου που είναι τα 58 κιλά έχασα κύκλους στην περίοδό μου. Στην αρχή νόμισα ότι ήμουν έγκυος και αμέσως έκανα τεστ εγκυμοσύνης, το οποίο βγήκε αρνητικό. Στα 57 κιλά (έχοντας χάσει έξι περιττά κιλά που είχα πάρει το καλοκαίρι με μια αυτοσχέδια δίαιτα που ακόμα ήταν εμπλουτισμένη γιατί μου είχαν μείνει οι λιγούρες), δεν μπορείς να διανοηθείς ότι ο οργανισμός σου βαράει καμπανάκι. Στα μάτια μου πια ήμουν χοντρή. Ήταν πολύ αργά για να σταματήσω. Ως εκεί δεν είχα κάποιο άλλο σύμπτωμα. Δεν είχαν αρχίσει οι ζαλάδες και οι ατονίες γιατί ακόμα έτρωγα. Με πολλή οδύνη όμως αποχωρίστηκα τις τεράστιες ποσότητες γλυκών που κατανάωνα χωρίς κάποτε να παχαίνω. Είχα πια πειστεί ότι έστω και ένα κομματάκι σοκολάτα, μια κουταλιά μέλι ή ακόμα και η μια κουταλιά ζάχαρη που έβαζα στον καφέ μου ήταν «εχθρός».

Ο καφές έκτοτε πίνεται σκέτος. Ωστόσο, έτρωγα και φρούτα και τυρί και λίγο κρέας και ψωμί. Θέλω να πω ότι είναι αδύνατον να κόψει κανείς το φαγητό μέσα σε μια μέρα. Γι' αυτό και κανείς ποτέ (τουλάχιστον εγώ) δεν μπορεί να «μυριστεί» ότι έχει θέμα. Η ποσότητα και οι κατηγορίες τροφίμων περιορίζονται σταδιακά. Λίγο- λίγο, αργά –αργά, μέχρι ο οργανισμός να τις «ξεχάσει» και να μην τις ζητάει. Το μόνο που χρειάζεται είναι υπομονή και σιδηρά πειθαρχία, που μόνο κάποιος που είναι ανορεξικός διαθέτει. Γι' αυτό και ο πολύς κόσμος κάνει τη δίαιτά του, χάνει τα κιλά που θέλει και περνάει στη φάση της συντήρησης. Και μπορεί να ξαναπάρει και να ξαναχάσει. Εδώ τα πράγματα περιπλέκονται κάπως... Εγώ δεν ήξερα ούτε πόσα κιλά ήθελα να χάσω, ούτε πώς, ούτε σε ποια κιλά νιώθω καλά. Είχα τόσο σιχαθεί τον εαυτό μου όταν έτρωγα που και μόνο που είχα απαλλαγεί από το κουσούρι ήμουν ικανοποιημένη.

Έτσι έπεσα άλλα δυο κιλά. Στα 55 κιλά, ένιωσα μετά από καιρό ότι είμαι πάλι όμορφη, όμως αλλιώς όμορφη. Κλεισμένη στον εαυτό μου όμορφη, λιγόφαγη όμορφη, «Ρεβέκκα αδυνάτισες πολύ». Ακόμα όμως και έβγαينا, και έβλεπα φίλους και αγόρια και παράλληλα διάβαζα συνέχεια για να πετύχω στο Πανεπιστήμιο. Ή Νομική ή Ιστορικό-Αρχαιολογικό. Δεν είχα διεκδικήσει κανένα άλλο τμήμα. Ήμουν σίγουρη ότι θα πετύχω σε ένα από τα δυο. Όσο προχωρούσε ο καιρός, τόσο κλεινόμουν μέσα και μελετούσα καθώς οι εξετάσεις πλησίαζαν. Δεν έβλεπα κανέναν. Πια μου είχαν γίνει εμμονή δύο πράγματα: Το ένα ήταν να διαβάσω

τόσο καλά για να περάσω και το δεύτερο να χάσω τόσα κιλά που να μην πάει παραπέρα! Νομίζω ότι πια ήξερα τι έκανα. Πια είχα μπει στη δίνη. Ήξερα ότι αυτό που σκεφτόμουν είναι περιέργο, όμως για κάποιο λόγο με ανακούφιζε για να αντέχω το διάβασμα. Έτσι νόμιζα, ότι αν το στομάχι μου είναι άδειο και δε με βαραίνει μπορώ να αντέξω περισσότερες ώρες διάβασμα. Σα να έπαιρνα speed. Είχε τα ίδια αποτελέσματα. Διάβαζα μερόνυχτα, αφομοίωνα. Η αφομοίωση όμως ήταν η θέλησή μου να σπουδάσω και ενώ το αρχικά το γνώριζα πόσο το ήθελα, το είχα κάνει πέρα. Η αφομοίωση και η καλή μου απόδοση είχαν περάσει σε άλλα χέρια, όχι στα δικά μου. Σε μια στρεβλή εντύπωση ότι όσο δεν τρώω τόσο αφομοιώνω. Δεν είπα στιγμή εκείνο το χρόνο «κουράστηκα», «βαρέθηκα», «σήμερα δε θα μελετήσω». Ήρθαν και τα πολυπόθητα 53 κιλά στα οποία είχα υποσχεθεί ότι θα σταματούσα. Το «Ρεβέκκα αδυνάτισες πολύ» έδινε κι έπαιρνε. Και το καλοδεχόμουν, και το ευχαριστιόμουν. Ένιωθα ότι κάνω κάτι σπουδαίο. Ότι πια δεν μπορεί τίποτα να με νικήσει. Είχα στα χέρια μου το μυαλό μου να το γεμίζω και το κορμί μου να το αδειάζω.

Πια είχα νικήσει τους νόμους της φύσης. Μπορούσα τα πάντα. Φαίνεται ότι οι Super Heroes έχουν ζαλάδες όμως. Ατονίες, τάση για εμετό, αστάθεια, μαύρους κύκλους, κρύα χέρια, και όχι περίοδο. Και όλο κλαίνε χωρίς να ξέρουν γιατί. Αυτά ήταν τα πρώτα δείγματα ότι κάτι δεν πήγαινε καλά. Αρνήθηκα αναλάβω τον εαυτό μου και να πω « δε θέλω να νιώθω έτσι, πρέπει κάτι να κάνω να γίνω καλά. Ας πω λίγο γάλα.». Έπινα καφέ αντί αυτού. Κλεισμένη στο δωμάτιο, διάβαζα. Μια μέρα χτύπησε η πόρτα. Ήταν η μητέρα μου με ένα μπολ “Kellogg’s All Bran” με γάλα. Ένα μπολ τόσο δα μικρό. Θυμάμαι που έπεσε στα γόνατά της και με παρακαλούσε να φάω μια κουταλιά. Την πέταξα έξω από το δωμάτιο ουρλιάζοντας. Έκλαιγε πίσω από την πόρτα και μου φώναζε «Ρεβέκκα έχεις νευρική ανορεξία...

Πήγα σε γιατρό και μίλησα... Σε παρακαλώ! Σε ικετεύω! Έλα να το νικήσουμε ΤΩΡΑ! Άσε με να μπω όσο είναι νωρίς!». Θυμάμαι ότι την έβριζα με τις χειρότερες λέξεις και κυρίως ότι την αποκαλούσα «εχθρό» μου. Της φώναζα ότι δεν έχω τίποτα, ότι είναι τρελή, ότι με μισεί και με ζηλεύει κι ότι δε θέλει να περάσω στο Πανεπιστήμιο. Γιατί μου ζητάει να φάω! Γιατί άλλες φορές μου έλεγε να βγω να δω φίλους. Ότι προσπαθεί να με παρασύρει. Να μου κάνει κακό. Θυμάμαι ότι έτρεμα από νεύρα, από μια ανεξήγητη ντροπή κι από φόβο μήπως με σταματήσουν από αυτό που έκανα. Ότι πάει πια! Ότι θα με παχύνουν. Νομίζω τελικά ότι έτρεμα από αδυναμία γιατί αμέσως μετά έχασα τις αισθήσεις μου και έπεσα στο πάτωμα. Θυμάμαι ότι συνήλθα μόνη μου μετά από κάποιες ώρες. Δεν κοιμόμουν καλά και κοιμήθηκα πολύ εκείνο το απόγευμα. Μετά από αυτό η ρήξη με το «έξω» είχε επέλθει. Κανείς δε θα άφηνε πια να με πλησιάζει. Όλοι μακριά μου! Τους μισούσα όλους. Η μόνη που έμπαινε στο δωμάτιό μου ήταν η καθηγήτριά που μου έκανε αρχαία, ιστορία και λατινικά. Δεν έμπαινε καν ο γάτος μου πια γιατί είχε το θράσος να νιαουρίζει για να το βάλω να φάει και μια μέρα που δεν του έδινε σημασία ανέβηκε στο γραφείο μου και μου ούρισε το βιβλίο της ιστορίας!

Η ζυγαριά πήγε στο 50. Και μέσα μου η απέραντη ηδονή. Τι ναρκωτικά να πάρω μετά από αυτό; Η ντόπα κυλούσε στο αίμα μου. Η ζαλάδα ήταν ένδειξη ότι αδυνατίζω κι άλλο. Αν κάποιο πρωί δεν ξυπνήσω και να έχω ζαλάδα, νιώθω ότι παχαίνω. Ακόμα και σήμερα το πρωί. Ωπ!, λέω, κάτι παίζει εδώ... Παίρνουμε κιλάκια; Χα... Μέχρι να ξανά ζαλιστώ δε θα φάω τίποτα. Για κάποιο λόγο η ζυγαριά είχε κολλήσει κανά τρίμηνο στο 50. Είχα απελπιστεί! Γιατί δεν αδυνάτιζα κι άλλο. Τρελάθηκα! Πήγα και αγόρασα δεύτερη ζυγαριά. Δεν μπορεί! Χαλασμένη θα ήταν! Και η δεύτερη ζυγαριά έδειξε 49,5 προς 50... Κάτι πρέπει να κάνω! Πια τι να κόψω όμως; Α ναι! Τα φρούτα! Έχουν ζάχαρη και παχαίνουν! Πώς δεν το σκέφτηκα! Και πάνε και τα μηλαράκια. Τότε έτρωγα μόνο ρύζι θυμάμαι. Ένα μικρό μπολάκι ρύζι την ημέρα. Ναι... Μετά από 10 ημέρες σταθεροποιήθηκα στο 49! Νομίζω ότι ήταν η πρώτη φορά στη ζωή μου που ένιωσα πώς είναι ο πραγματικός οργανισμός που νιώθει ένας πρωταθλητής όταν αποθεώνεται. Στα 18 μου χρόνια. Το σεξ ήταν πια πολύ λίγο μπροστά σε αυτό που είχα

νώσει... Τι έχουμε εδώ λοιπόν; Διαταραχή της libido. Οι ανορεξικοί δεν κάνουν έρωτα. Γιατί δεν νιώθουν τίποτα. Θυμάμαι ένα αίσθημα αηδίας ότι είχα. Όχι για το αγόρι μου, αλλά όταν με άγγιζε αηδίαζα κι έτρεμαν τα πόδια μου. Πονούσα φρικτά. Δεν ήθελα πια να μοιραστώ το κορμί μου. Ήταν δικό μου! Μόνο δικό μου. Μάνι-μάνι και συνοπτικά έχουμε λοιπόν: - ατονία, αδυναμία, αστάθεια, λιποθυμικές τάσεις. Τάση προς έμετο- άδειο στομάχι. Υποσιτισμό. - Διαταραχή περιόδου. - Άρνηση συναναστροφής με κόσμο - Σπασμένα νεύρα - Ανεξήγητο κλάμα - Εκμηδένιση της libido - εμμονή - κατάθλιψη .

Περνούσα πια στην επόμενη φάση. Το κάτω από 50 κιλά έμαθα πολύ αργότερα ότι για μένα είναι επικίνδυνο. Δεν μου έφτανε όμως. Ήθελα κι άλλο. (Δεν νομιμοποιώ τη χρήση ναρκωτικών – όποιος κάνει πρέπει να διαβάσει περισσότερο από τους υπόλοιπους τα παρακάτω! Σας αγαπώ και είμαι μαζί σας στον αγώνα όμως δείτε την αλήθεια! Εδώ είμαι μόνη. Μόνη εντελώς. Αρχισα να γίνομαι ένα τέρας. Πονούσε συνέχεια το κεφάλι μου, δεν έβλεπα καλά, πήγαινα τουαλέτα για να ουρήσω άπειρες φορές μέσα στη μέρα, πράγμα που μου την έσπαγε γιατί έπρεπε να διακόψω το διάβασμά μου!

Πια ο χειμώνας είχε μπει για τα καλά και ερχόταν η άνοιξη. Θυμάμαι ότι ήταν η πιο παγωμένη άνοιξη που έζησα ποτέ. Κρύωνα – κρύωνα – πάγωνα! Μέσα στο σπίτι θυμάμαι έλεγα «ανάψτε κάτι! Έχει πολικό ψύχος εδώ μέσα!». Έξω πια δεν έβγαινα γιατί έκανε τόσο κρύο. Όλα τα υπόλοιπα λοιπόν συν υποθερμία. Παγωμένα χέρια και πόδια γιατί το κορμί μου πια δεν έπαιρνε ενέργεια από την τροφή για να τη μετατρέψει σε θερμότητα και επιπλέον δεν είχα γυναικείες ορμόνες, ώστε να έχω περίοδο. Είναι πολύ σημαντικό η γυναίκα να έχει ορμόνες που παράγονται από την κατανάλωση επαρκούς πρωτεΐνης και λίπους από την τροφή. Αν τότε είχα σταματήσει, μπορεί και να είχα προλάβει όσα ακολούθησαν μετά. Όμως δεν το έκανα. Το μόνο που έκανα ήταν να επιτρέψω επιτέλους στους γονείς μου και ειδικά στον πατέρα μου που ήταν γιατρός να με πάρει μαζί του στο νοσοκομείο για εξετάσεις. Τα αποτελέσματα ήταν μια χαρά! Αυτό εξηγείται από δύο λόγους, ο ένας ήταν ότι ο οργανισμός μου ήταν «παρθένος» ακόμα και μπορούσε να υποστεί την κακουχία και ο δεύτερος ότι είχα μπουκωθεί με πάσης φύσεως βιταμίνες για να παραποιήσω τα αποτελέσματα. Η σκέψη μου λοιπόν είχε γίνει νοσηρή.

Ο καιρός πέρασε και οι εξετάσεις ήταν σε εξέλιξη. Θα έδινα ιστορία, αρχαία και λατινικά. Την έκθεση την είχα κρατήσει από την προηγούμενη χρονιά. Ήμουν πια 44 κιλά. Η μητέρα μου με συνόδευε στο σχολείο για να δώσω και περίμενε απέξω μήπως χρειαστώ ασθενοφόρο! Μου το είπε πολύ αργότερα. Εγώ νόμιζα ότι με πήγαινε, έφευγε κι ερχόταν να με πάρει μετά από 3 ώρες. Κι όμως εκείνη ήταν απέξω! Όλη την ώρα. Την πρώτη ημέρα που έδινα ιστορία είχα γράψει τέλεια! Πάμε για τα αρχαία... Έδωσα κι όλα καλά. Στα λατινικά είχα πια εξαντληθεί... Εκείνη τη μέρα έβλεπα την κόλλα μου διπλή και ήμουν έτοιμη να πέσω κάτω. Η μητέρα μου παρόλο το βρίσιμό μου που της είχα ρίξει, μου είχε βάλει στην κασετίνα ένα κομμάτι lacta. Ένα τόσο δα μικρό κομματάκι. Μου είχε πει αν ζαλιστώ, στο όνομα όσων έχω διαβάσει και στο όνομα του πόσο ήθελα να πετύχω αφού πια είχε πιστέψει σε μένα, να φάω αυτό το μικρό κομμάτι. Κόντευα να λιποθυμήσω. Δεν το έφαγα. Προτίμησα να συνεχίσω να γράφω έτσι Νόμιζα όμως ότι δεν είχα γράψει. Όταν βγήκε ο βαθμός μου είχα γράψει 19,75. Στρεβλή αντίληψη της πραγματικότητας λόγω ελλιπούς οξυγόνωσης του εγκεφάλου από ασιτία. Αυτό που έχουν οι χρήστες όταν βρίσκονται υπό την επήρεια ναρκωτικών... Δεν επικοινωνούσα. Πέρασα δεύτερη σε όλη την Ελλάδα στο τμήμα ιστορίας και αρχαιολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης. Φυσικά δεν έπαιρνα υποτροφία από το ΙΚΥ γιατί έδινα για δεύτερη φορά. Όμως πέρασα δεύτερη. Ένα ακόμα επίτευγμα... Για μένα ήταν τίποτα. Ναι μεν είχα μπει στη δεύτερη μου επιλογή, είχα χάσει τη Νομική Κομοτηνής για 9 μόρια. Ήμουν ένα τίποτα. Κατάφερα να εξαπατήσω τους γονείς μου, ώστε να με εμπιστευτούν και με στείλουν στο Ρέθυμνο να ζήσω «μια φυσιολογική ζωή όπως όλοι οι φοιτητές!», με

εμπιστεύτηκαν. Τους είπα ότι δεν θα το ξανακάνω ποτέ και ψευτο-δέχτηκα το καλοκαίρι εκείνο, πριν φύγω τον Σεπτέμβρη να πάω σε ψυχίατρο. Πήγαινα κι ερχόμουν με κλειστά αυτιά. Με κλειστή ψυχή. Έφαγα και λίγο και πήρα μερικά κιλά για να «σκάσουν», να μη μου λένε τίποτα. Θα εφοδιαζόμουν κιλά όπως εφοδιάζουν νερό οι καμήλες στην καμπούρα τους και θα τα έχανα στην Κρήτη ανενόχλητη! Δεν ήθελα να γίνω καλά. Ήθελα να φύγω για να συνεχίσω αυτό που κάνω. Α! και να σπουδάσω κιόλας. Κάτι τόσο σημαντικό μέσα μου είχε περάσει σε δεύτερη μοίρα. Το πρώτο εξάμηνο του πρώτου έτους μίζερο και μοναχικό και όλο επιτυχίες στην πρώτη εξεταστική. Δεν ήξερα σχεδόν κανέναν. Με εξαίρεση τη φίλη μου τη Ρένια που ήταν δίπλα μου από την αρχή να με εξοικειώσει μέχρι το τέλος (Ρένια σε ευχαριστώ).

Στο δεύτερο εξάμηνο γνώρισα τους τώρα κολλητούς μου. Γίναμε αμέσως μια παρέα και χαλάρωσα μαζί τους. Ένιωθα αποδοχή. Περνούσα καλά. Δε σκοτωνόμουν και στο διάβασμα! Αρχισα να βγαίνω πάλι και μπορώ να πω του έδωσα και κατάλαβε. Μοιραζόμουν στιγμές μου μαζί τους, το σπίτι μου, και σιγά σιγά το πρόβλημά μου. Ναι μεν τα κιλά μου καλά, έβλεπαν όμως ότι δεν τρώω. Ένιωσα βολικά και τους τα είπα όλα. Όταν με τον καιρό με αγάπησαν, άρχισαν κι αυτοί να πονούν μαζί μου. Όμως είχαν το κουράγιο να μου χαμογελούν και να με βλέπουν σαν φυσιολογικό άτομο. Ακόμα και σήμερα! Έτσι κύλησε ο καιρός στο Ρέθυμνο... Οι πλάκες γύρω από το τι τρώω γίνονται ακόμα και σήμερα...! Μαλενάκια μου σας λατρεύω. είστε οικογένεια μου. Τα μαλενάκια μου όμως ήταν ένα χρόνο μεγαλύτερα από μένα και αποφοίτησαν το 2003. Έμεινα μόνη πίσω με λίγους φίλους για παρέα και κυρίως τη Ρένια. Που αργότερα έφυγε κι εκείνη γιατί είχε περάσει ένα έτος πιο πριν από μένα και αποφοίτησε κι εκείνη. Εκείνο το καλοκαίρι υποτροπίασα γιατί έμεινα μόνη μου με τη Ρεβέκκα. Από 48 κιλά τον Αύγουστο έφτασα 33-35 τον Δεκέμβριο. Δεν είχα πατήσει σπίτι μου όλο εκείνο το διάστημα. Οι γονείς μου απαγορεύονταν να κατέβουν και αρνιόμουν να πάω να τους δω. Από το τηλέφωνο τους γελούσα ότι είμαι μια χαρά! Έφτασα στο αεροδρόμιο στις 27/12/2003. Τι αντίκρισαν; Μια σκιά. (συγγνώμη, δεν μπορώ να γράψω).

Νοσηλεύτηκα στο νοσοκομείο στις 5/1/2004 σε προ κωματώδη κατάσταση, με 38 σφύξεις, 35 θερμοκρασία σώματος. Το πρώτο πόρισμα της εξέτασης αίματος έδειξε «άτομο υψηλού κινδύνου για έμφραγμα λόγω αρρυθμία» με κόκκινα γράμματα. Ο πατέρας μου σα γιατρός επέμεινε να κάνουν ότι μπορούσαν να μη με διασωληνώσουν. Να μην μπω εντατική. Πιστεύω ότι το έκανε γιατί δεν μπορούσε να το αντέξει. Δεν ξέρω ιατρική. Δεν ξέρω γιατί το ζήτησε. Με πάλεψαν σε θάλαμο, όχι στην εντατική. Μου πέρασαν ορούς για ενυδάτωση, γλυκόζη και λίγο αργότερα παρεντερική σίτιση. Ο πατέρας μου γνώριζε το σωματικό πόνο αυτής της διαδικασίας και ζήτησε να μη μου περάσουν το φαγητό από τη σφαγίτιδα ούτε από τη μύτη μέσω μιας διασωλήνωσης, αλλά στα χέρια μου όσο αντέξουν οι φλέβες μου. Έσπαγαν η μια μετά την άλλη.

Ο πόνος ήταν αβάσταχτος. Ακόμα έχω τα σημάδια και στα δύο μου χέρια. Συνήλθα σχεδόν αμέσως. Την επόμενη μέρα. Αρνιόμουν πεισματικά να φάω και όσο δεν έτρωγα δεν μου έβγαζαν αυτό το γαμημένο πηχτό πράμα από το χέρι μου γιατί θα πέθαινα ακαριαία. Υπέμεινα εκεί μέσα πεισματικά 17 ημέρες. Ζήτησα να δω μόνο 4 άτομα. Το ένα αρνήθηκε να έρθει. Τους υπόλοιπους εκτός των τριών που είχαν απομείνει, αρνιόμουν να τους δω εγώ. Δεν ήθελα να δούν. Και βγήκα παρά τις αντιρρήσεις, γιατί επέμεινα ότι θα αναλάβουμε το θέμα με όλους τους γιατρούς που χρειάζεται και δε θα ξαναγίνει. Ήμουν ενήλικη, μπορούσα να το κάνω. Η επείγουσα ιατρική είχε επιτελέσει το έργο της και στην Ελλάδα τα δημόσια νοσοκομεία δεν μπορούν να φιλοξενήσουν εύκολα περιστατικά όπως το δικό μου, τουλάχιστον τότε. Σήμερα, δεν ξέρω έχει χρειαστεί να μπω μόνο για ορούς και δεν ξέρω, μένω μόνο μερικές ώρες. («MAMA πάω για καφέ ... Τα λέμε μετά!»).

Είπα ψέματα. Το πρώτο πράγμα που έκανα τη μέρα που βγήκα από το νοσοκομείο ήταν να πάω να πάρω διουρητικά και αδυνατιστικά χάπια. Ήμουν 44 κιλά από 35 πάνχοντρη! Πάλι βούβαλος! Κι αυτοί οι γονείς μου με εμπιστευόνταν ακόμα, γιατί είχαν εντολή από τον γιατρό να μην επεμβαίνουν στις αποφάσεις μου. Ήμουν ενήλικη.

Μετά από μήνες τους είπα ότι μου καταστρέφουν την ακαδημαϊκή μου καριέρα που δε με άφηναν να πάω να δώσω εξεταστική. Τους απείλησα. Με άφησαν. Έδωσα και τα πέρασα όλα. Η μαμά μου ήρθε και με μάζεψε 38 κιλά τον Αύγουστο του 2004. Λίγους μήνες μετά αρρώστησε ο πατέρας μου και μπόρεσα να κρυφτώ γιατί είχε γίνει εκείνος πια το επίκεντρο. Πήρα και μερικά κιλά για να μπορώ να τον βλέπω και να είμαι κοντά του. Τότε έβλεπα και τον πρώτο ψυχίατρο που από μόνη μου είχα ζητήσει να δω. Δεν είχα εμπιστοσύνη σε κανέναν. Έναν χρόνο μετά ο μπαμπάς πέθανε. Και όσες φορές είχε χρειαστεί αίμα δεν με άφησαν ποτέ να δώσω. Του είχα ορκιστεί ότι θα πάρω το πτυχίο μου. Και το έκανα. Σε μια εξεταστική πέρασα 14 μαθήματα και 2 εργασίες όλα με λίαν καλώς. Όχι άριστα.

Πέρασε ένας χρόνος ήμουν σταθερή 47-49 κιλά. Αποφάσισα να κάνω μεταπτυχιακό. Πέρασα και υποσχέθηκα ότι θα πάω σε διατροφολόγο, γυναικολόγο και νέο ψυχίατρο. Τους βλέπω μέχρι και σήμερα. Από το 2008 ως σήμερα δεν είχα υποτροπιάσει στιγμή. Στρατιωτική πειθαρχία στην αποτοξίνωσή μου. Σήμερα είμαι 49 κιλά. έγινε πάλι. Τα κιλά τα έχασα όταν έγραφα τη διπλωματική μου διατριβή. Όλο τον περσινό χειμώνα. Από 'κει που τίποτα δεν πρόδιδε ότι έχω νευρική ανορεξία. Σήμερα κάτι χτυπάει πάλι σαν καμπανάκι. Συνοψίζω την κατάσταση της υγείας μου ως σήμερα. - πια άμα φάω κάνω υπογλυκαιμία - αν τρώω σταθερά γεύματα κάνω κατακράτηση υγρών και πρήζομαι.

Παίρνω αμέσως το βάρος που πρέπει γιατί το σώμα ξέρει καλύτερα ποια είναι τα υγιή του κιλά! Εγώ όμως νιώθω χοντρή. - παθαίνω αφυδάτωση πιο εύκολα από όσο παλαιότερα. Κίνδυνος για έμφραγμα. - Αν μείνω ποτέ έγκυος, σύμφωνα με τον γιατρό μου το κρατάμε από όποιο και να είναι γιατί θα είναι ένα μικρό θαύμα!! Έχω κακοήθη αναιμία -Αυξημένες τρανσαμινάσες (όπως οι χρήστες ναρκωτικών και οι αλκοολικοί) από τα διάφορα χάπια που παίρνω (κυρίως πολύ δυνατά παυσίπονα γιατί συνέχεια πονάω) αλλά και άλλα...(...) - Πολυτερηδονισμό από απασβεστίωση των δοντιών λόγω ασιτίας και εμέτων που έκανα για κάποιο διάστημα και είμαι συνέχεια στην οδοντίατρο για σφραγίσματα, απονευρώσεις κλπ - Οστεοπόρωση Πηγή: www.lifo.gr Ευτυχώς δεν μου έπεσαν ακόμα τα μαλλιά μου. Το μόνο πράγμα που μου αρέσει πάνω μου. Τα υπέροχα καστανά, μακριά μαλλιά μου... Σε άλλους όπως εγώ πέφτουν τα μαλλιά αμέσως... Αυτά τα έχω είτε πάρω κιλά είτε όχι. Όταν αδυνατίζω γίνονται ακόμα πιο εμφανή. Ακόμα πιο απειλητικά.

Όσο για το πόσες φορές μέχρι σήμερα έχω πέσει σε μίνι κόμα, ρωτήστε τη μαμά μου και την αδερφή μου την Ιόλη να σας πουν.... Παρόλο αυτά αδιαφορώ καμιά φορά και χαίρομαι αν βγάλω τις ημέρες πίνοντας μόνο νερό. Αυτή είναι η ANOREXIA NERVOSA. Με τεράστια εκτίμηση, Ρεβέκκα-Ανδριαννή. Αθήνα, 12/6/2011

ΥΓ δεν κατάφερα το κείμενο να είναι «εντελώς πρακτικό». Γιατί γράφοντας μπήκε πόνος και παρασύρθηκα σε περιγραφή πραγματικών περιστατικών της ζωής μου.

Λίγο καιρό μετά το ανέβασμα του κειμένου η Ρεβέκκα πέθανε. Το κείμενό της παραμένει - παρ' ότι δεν αρκεί.

Πηγή:(www.lifo.gr, Lochaiti, 2011).

5^η Μαρτυρία

Η αρχή της διατροφικής διαταραχής... ένα παραμύθι με κακό τέλος

January 7, 2012



Είμαι στην εφηβεία και 13 μήνες τώρα κάνω δίαιτα μετά από παρότρυνση του γιατρού μου. Όμως εδώ και 8 μήνες, αφού κανένας από το σχολείο δεν μου έχει πει ότι έχω αδυνατίσει, έχω αρχίσει να σκέπτομαι μόνο αυτό. Πως δηλαδή θα χάσω και άλλο βάρος. Εδώ και 4 μήνες έχω αρχίσει την έντονη γυμναστική και τους εμετούς. Όταν κάνω εμετό νιώθω μετά ... μια ικανοποίηση και ανακούφιση. Επειδή είμαι κλειστός άνθρωπος και δεν εκφράζω ποτέ τα συναισθήματά μου, ο εμετός είναι μια διέξοδος για μένα. Δεν μπορώ να αντισταθώ στο φαγητό και παρόλο που συνεχίζω τη δίαιτα δεν την κάνω όπως πρέπει. Λέω π.χ. *σήμερα* θα μείνω νηστική γιατί έφαγα πολύ και πήρα ένα κιλό, μέχρι τις 4 δεν τρώω τίποτα και πριν έχω φροντίσει να έχω κάνει και 3 ώρες γυμναστική.

Μετά στις 5 τρώω ότι βρω σε αρκετή ποσότητα και μετά αν δεν είναι κανείς σπίτι κάνω εμετό, αν είναι όχι γιατί δεν θέλω να καταλάβει τίποτα κανείς. Έτσι μη έχοντας άλλη επιλογή δεν τρώω τίποτα άλλο μετά. Δεν μπορώ να αντισταθώ, θέλω να τρώω συνέχεια αλλά ΤΟ ΟΝΕΙΡΟ ΜΟΥ είναι να γίνω *skinny girl* (πάντα το είχα αυτό το όνειρο) γιατί θέλω οι άλλοι να με αποδέχονται και να κάνω φίλους και να αποκτήσω επιτέλους αγόρι. Μπαίνοντας στην διατροφική διαταραχή πιστεύεις ότι είσαι κοντά στην εκπλήρωση του ονείρου, ότι δηλ. αν έχεις ένα τέλειο σώμα θα διεκδικήσεις καλύτερα μια θέση στον τον ερώτα και την ζωή. Μπαίνοντας σε μια ασθένεια αλλάζεις τα δεδομένα τις ζωής σου βάζοντας μια βαριά παρακαταθήκη για το μέλλον σου.

Ο υποσιτισμός προκαλεί μόνιμες βλάβες σε μέρη του εγκεφάλου που συνδέονται με τις σκέψεις, την έκφραση και αναγνώριση των συναισθημάτων, την ερωτική επιθυμία κλπ. Ο τρόπος για να εκτονωθείς συναισθηματικά μέσω του εμετού σε οδηγεί σε άγνωστα μοναχικά μονοπάτια που δεν διασταυρώνονται με κάποιων άλλων. Εσύ απλά θα υποδύεσαι ότι είσαι τέλεια αλλά με πολλά ΜΥΣΤΙΚΑ. Γιατί απλά θα είσαι μόνιμα συνδεδεμένη με την μοναδική σου φίλη, την Διατροφική Διαταραχή. Μην επιλέγεις αυτό το μονοπάτι που θα σε απομονώσει ολοκληρωτικά από τους άλλους. Η 16χρονη εμπειρία μου έδειξε ότι το πρόβλημα αυτό δυστυχώς μπορεί να γίνει χρόνιο. Γυναίκες 25-30 χρόνια στην διατροφική διαταραχή, έχουν διαλυθεί στους περισσότερους τομείς τις ζωής τους: οι γάμοι τους, οι σχέσεις με τα παιδιά τους, οι καριέρες τους. **Ζήτα βοήθεια τώρα** που είναι νωρίς ακόμα για να απαλλαγείς από αυτόν το γοητευτικό αλλά κατά τα άλλα καταστρεπτικό δαίμονα που δυστυχώς έχει αρχίσει να σε κατακλύζει (Μαρία Τσιάκα, 2012).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική:

Αθανασοπούλου Ι., (2011). (www.diatrofi.gr/epistimonika/psychogenis_anorexia.htm).

Αμοιρίδου, Σ.(2005). *Συγκριτική Παιδοψυχιατρική Διερεύνηση των Διαταραχών Διατροφής στην πρώτη Παιδική Ηλικία και Εφηβική ηλικία*. Θεσσαλονίκη

Βέργου Σοφίας Νέτα-Ντάνι.(6/10/2007) "Μαρτυρία" *Κάθε μέρα χωρίς βοήθεια είναι μία χαμένη μέρα*. Ελευθεροτυπία.

Γονιδάκης Φ. Και Βάρσου Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία, Αυτοφυλακισμένες κοπέλες στο μονοπάτι προς την έξοδο*. Αθήνα, Βήτα.

Ζουμπανέας Ε.,(www.diatrofi.gr/epistimonika/psychogenis_anorexia.htm)

Ζαμπέλα Α. (2003). « *Η Διατροφή στα στάδια της ζωής* Πασχαλίδου, Αθήνα.

Κολαξή Θ., (www.ert.gr/afieromata/diatrofi/diat-diataraxes.htm)

Κοτανίδης Α., (www.psychologia.gr/disorders/diatrofi.htm)

Κουρκουτάς, Η.Ε. (2001). *Η Ψυχολογία του Εφήβου*.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Κούρος, Ι (1993). *Ψυχολογικά θέματα Παιδιών και Εφήβων*: Αθήνα.

Μοσχάκου, Γ. και Ντζοίδου Ε.(2010). *Η σύνδεση μεταξύ των διαταραχών πρόσληψης τροφής και εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες*. Τετράδια ψυχιατρικής, **110:114-124**.

Παπαδημητρίου Γ., *Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών*. Μονάδα Κλινικής και Μοριακής Νευρογενετικής, Αιγινήτειο Νοσοκομείο.

Σφηκάκη, Μ.(2007). *Ανορεξία-Βουλιμία; Εξαρτητική Συμπεριφορά ή Τρόπος ζωής*. Τετράδια ψυχιατρικής , **98:116-118**.

Χαρτοκόλλης Π. (1992), *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*.

Χριστοπούλου Άννα. *Εισαγωγή στην Ψυχολογία του Ενήλικα*. Πηγή: Βιβλιοθήκη Ψυχολογίας.

Ξενόγλωσση :

Altman, SE, Shankman SA. *What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders*. Clin Psychol Rev 2009, **29(7):638-46**.

Beumont PI, *The clinical presentation of anorexia and bulimia nervosa*, In : eating disorders and obesity , a comprehensive handbook brownell KD , Fainburn CG (eds) , New York-London. Κοντοπίδης Γ. , The Guilford Press 1998.

Birch LL, Davison KK. *Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight*. Pediatr Clin North Am 2001, **48(4):893-907**.

Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina G, Ravizza L. *Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder*. Eur Psychiatry 1999, **14(8):434-41**.

Brown R, Ogden J. *Children's eating attitudes and behavior: a study of the modeling and control theories of parental influence*. Health Educ Res 2004, **19(3):261-71**.

Cabetas Hernandez I. *Malnutrition in anorexia nervosa: psychosomatic approach and multidisciplinary treatment*. Nutr Hosp. 2004 Jul- Aug; **19(4):225-8**

Canals J, Sancho C, Arija MV. *Influence of parent's eating disorders in school adolescents*. Eur Child Adolesc Psychiatry. (2009), **18(6):353-9**.

Cole, M., & Cole, S.R. (2002). *Η Ανάπτυξη των Παιδιών: Εφηβεία*, Αθήνα: Τυπωθήτω.

Discourse Analytic Study. *Journal of Health Psychology*, **4(1):59-69**.

Erguner-Tekilans B. and Gillespie C. (2010). *Mental Health Practitioner's Professional Opinion Mental Health*, **39(3):68-87**.

Fairburn,G.G., Welsch, S.L, Doll, H.A., Devie, B.A, and O'Connor,M.E(1997). *Risk Factors for Bulimia Nervosa: A Community-Based Case Control Study.* Archives of General Psychiatry, **54:509-517.**

Giakoumaki O, Vasilaki K, Lili L, Souroliakou M, Liosis G. *The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009, **30(1):21-8**

Godart, N., Berthoz,S.,Rein, Z., Perdereau, F., Lang, F., et al.,(2006). *Does the Fregueney of Anxiety and Depression Disoreders Differ Between Diagnostic Subtypes of Anorexia Nervosa and Boulimia?* Internation Journal of Eating Disorders, **34:77-778.**

Godt, K.(2008). *Personality Disorders in sut Patrents with Eating Disorders.* European Eating Disorder Review, **16:94-99.**

Honey, A., and Halse, C. (2006). *The specifics of coping: Parents of Daughters with Anorexia Nervosa.* Qualitative Health Research, **16(5).611-615.**

Jacka FN, et al. *Association of Western and tradition diets with depression and anxiety in women.* Am J Psychiatry 2010, **167(3):305-11**

Jelalian C. et. al. *Practitioner review: bridging the gap between research and clinica practice in pediatric obesity.* J. Child Psychiatry 2006, **x:1-11**

Katz DL, et al. *Teachingr healthful food choices to elementary school students and their parents: the Nutrition Detectives program.* J Sch Health 2011, **81(1):21-8**

Kim, J.H., and Lennon, S.J, (2007). *Mars Media and Self-esteem, Body image, and Eating Disorder Tendenties .* Clothing and Textilcs Research Journal, **25(1):3-23.**

Lin HC, Tang CH, LeeHC. *Association between paternal schizophrenia and low birthweight: a nationwide population-based study.* Schizophrenia Bull. 2009, **35(3):624-30**

Lindberg, L. and Hjern , A. (2003). *Risk Factors for Anorexia Nervosa: A National Cohort Study.* International Journal of Eating Disorders, **34:397-408.**

Lobstein T.et al. *Obesity in children and young people: a crisis in public health.* Obes Rev 2004, **5(sup 1):4-85**

Madden, S.(2004). *Anorexia Nervosa-Still Relevant in the Twenty-first Century?*A Review of William Gull's Anorexia Nervosa. *Clinical child Psychology and Psychiatry*, **9(1):1359-1045**.

McDermott AJ, Stephens MB. *Cost of eating: whole foods versus convenience foods in a low-income model*. *Farm Med* 2010, **42(4):280-4**

McKee MD, Maher S, Deen D, Blank AE. *Counseling to prevent obesity among preschool children: acceptability of a pilot urban primary care intervention* . *Ann Fam Med* 2010, **8(3):249-55**.

Mussel, MP. Bintord, R.B., and FULKERSON. J.A (2000). *Eating Disorders: Summary of Risk Factors, Prevention Programming , and Prevention Research*. *The Counseling Psychology*. **28(6):746-796**.

National Eating Disorders Association, (2005). *Eating Disorders and Pregnancy: Some Facts about the Risks*, retrieved from www.neds.org

Niciforovic-Surkovic O, Kvirgic S, Ac-Nicolice. *Knowledge of nutrition and nutritional behavior of schoolchildren and their parents in voivodina allied pregl* 2002, **55(11-12):465-9**

Nikolajsen KH, Nissen JB, Thomsen PH. *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Symptom dimensions in a naturalistic setting*. *Nord J Psychiatry* (2010).

Power PS ,*Initial assessment and early treatment options for anorexia nervosa and bulimia nervosa* .*The Psychiatric Clinics of North America* 1998.

Remes H, Martikainen P, Valconen T. *The effects of family type on child mortality*. *Eur J Public Health* 2010.

Richard Harvey , Pamela Champe, *Φαρμακολογία, Παρισιάνου* , Αθήνα 2004.

Salbach H, Bohnkamp I, Lehmkuhl U, Pfeiffer E, Korte A. *Family-oriented group therapy in the treatment of female patients with anorexia and bulimia nervosa-a pilot study*. *Z kinder Jugendpsychiatr psychother*. 2006, **634(4):267-74**.

Sansone, R.A., Levitt, J.L. Sansone, L.A.(2005) *The Prevalence of Personality Disorders among those with Eating Disorders*. *Eating Disorder Review*, **16:94-99**.

Savage JS, Fisher JO, Birch LL. *Parental influence on eating behavior: Conception to adolescence*. J Law Med Ethics 2007, **35(1):22-34**.

Svensson V, et. al. *Associations between severity of obesity in childhood and adolescence, obesity onset and parental BMI: a longitudinal cohort study*. Int Jobs (Lond) 2010.

Swinbourne, J.M., and Touyz, S.W(2007). *Morbidity of Eating Disorders and Anxiety Disorders: A review*. European Eating Disorders Review, **15:253-274**.

Tozzi F., Sullivan, P.F., Fear, J.L. McKenzie, J., and BULIK, C.M(2013). *Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patients Perspective*. Eating Disorders, **33:143-154**.

Thomson R.A and Sherman R.T. «*Good Athlete: traits and characteristics of Anorexia Nervosa: are they similar? Eating Disorders*» The Journal of Treatment and Prevention. (1999).

Thompson AM, Chad KE. *The relationship of social psysique anxiety to risk for developing and eating disorder in young females*. J Adolesc Health 2002, **31(2)183-9**.

Wasted: A Memoir of Anorexia and Bulimia Marya Hornbacher. Publisher: Harper Perennial; 1 edition (January 15, 1999) Language: English **ISBN 0-06-093093-4 ISBN 978-0-06-093093-6**

www.hcfed.gr, Σταυρουλάκη, 2011. *Άρθρα για την νευρική ανορεξία*.

Woodrife, B.D., *Comorbidity in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. CNS Drugw, **20(8):655-665**.

Woodruff SJ, Harning R.M. (2008). «*A review of family meal influence on adolescents dietary intaks*», Can I Diet Practice and Research, Spring

www.tovema.gr/default.asp!pid=2&ct=1&artid=3170958&dt= Φυντανίδου Έ. (26/02/2010) «*Νευρική ανορεξία και βουλιμία, σύγχρονες παθήσεις*.»

www.lifo.gr Μάρα Δαρμουσλή (2010): *κατέληξα να πολεμάω με το σώμα μου*.

www.lifo.gr *Dying to be thin.....Τα κυριότερα προβλήματα υγείας μου, εξαιτίας της Anorexia Nervosa*. By Rebecca Andrian Lochaiti on Sanday, June 12, 2011.

www.neaygeia.gr/userFiles/File/MelethKidscreen.pdf. Κορέτση Ελένη (2011), «Διατροφή στην εφηβική ηλικία.»

www.lovecooking.gr/idex.php?itemid=60&id=362&option=comcontent&view=articl, (03/02/2009). « Η αξία των οικογενειακών γευμάτων.»

www.iatronet.gr. *Neyrikh anorexia*. (2009)

www.keadd.gr/wb/pages/arththra/nevriki-anorexia-stousefivous-charaktiristika-keproima-symptomata.php.(2013)

www.somaygies.gr/displayITM1.asp?ITMID=21 www.hcfed.gr/index.php
Γιαννιτσοπούλου Κάλλια, (2007) «Διατροφή στην εφηβεία.»

www.wikipedia.org/neurikianorexia. (2013)

Yackobovitch-Gavan M, Nagelberg N, Phillip M, Ashkenazi-Hoffnung L, Hershkovitz E, Shalitin S. *The influence of diet and/or exercise and parental compliance on health-related quality of life in obese children in the Norwegian Mother and Child Cohort Study*. *Matern Child Nurt* 2009, **5(3):234-42**