



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ

ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ, ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ»**

**ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΚΥΠΡΙΔΗ ΑΡΤΕΜΙΣ -ΜΗΤΡΑΚΟΥ ΜΑΡΙΑ**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ : Μπιτσάνης Παναγιώτης, MSc εργαστηριακός συνεργάτης

Καλαμάτα 2009

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έννοια της νευρικής ανορεξίας ολοένα και αποκτά μεγαλύτερη δημοσιοποίηση στη σημερινή εποχή. Και όχι μόνο στα αστέρια του κινηματογράφου, της τηλεόρασης και τα μοντέλα, αλλά δυστυχώς, σε όλο και περισσότερους νέους ανθρώπους.

Η ανορεξία είναι μια ασθένεια που δεν προκαλείται από κανένα ιό ή μικρόβιο αλλά από το ίδιο το ανθρώπινο μυαλό!

Στην παρούσα πτυχιική εργασία, καταρχήν δίνονται οι διάφοροι ορισμοί της στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία. Ακόμη περιγράφονται οι επιπτώσεις στον οργανισμό και οι ηλικίες που συνήθως αυτή εμφανίζεται (νεαρά αγόρια και κορίτσια κυρίως τα οποία θεωρούν τον εαυτό τους χοντρό, είτε είναι στην πραγματικότητα, είτε όχι).

Στη συνέχεια αναφέρονται οι διάφοροι τρόποι αντιμετώπισης της ασθένειας και στο τέλος παρουσιάζεται η έρευνα και τα αποτελέσματά της.

Μετά λοιπόν από επεξεργασία και εμπεριστατωμένη μελέτη των ερωτηματολογίων προκύπτει ότι, στο επιλεγόμενο δείγμα της έρευνας, τα παιδιά που ρωτήθηκαν γνωρίζουν για την ασθένεια, αθλούνται, έχουν ακολουθήσει κάποια δίαιτα (αλλά όχι δίαιτα εξπρές), είναι ικανοποιημένοι με το σώμα τους, ενώ αν και δεν θα είχαν πρόβλημα να έχουν φίλο ανορεξικό/ια, παρόλα αυτά δεν θα ήθελαν να είναι σε αυτή την κατάσταση ο/η σύντροφος τους. Σημαντικό επίσης φαίνεται να είναι και το μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας των ερωτηθέντων καθώς οι αντιλήψεις τους επηρεάζουν σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό τα παιδιά τους.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	I
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	II
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	V
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	VI
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	I
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΩΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ.....	2
1.1 Ιστορική αναδρομή	2
1.2 Γενικά για τη διαταραχή.....	4
1.3 Νευρική ανορεξία	5
1.3.1 Ηλικίες που εμφανίζεται η νευρική ανορεξία	7
1.3.1.1 Βρεφική ανορεξία	7
1.3.1.2 Πρώιμη παθητική ανορεξία.....	8
1.3.1.3 Ανορεξία δεύτερου εξαμήνου	9
1.3.1.4 Η ανορεξία της παιδικής ηλικίας	10
1.3.1.5 Η ψυχογενής ανορεξία της εφηβείας	12
1.3.1.6 Αναπτυξιακή συνέχεια	15
1.3.1.7 Ψυχοδυναμική κατανόηση	16
1.3.2 Διαγνωστικά κριτήρια	19
1.4 Ψυχογενής Ανορεξία.....	19
1.4.1 Η κλινική εικόνα της Ψυχογενούς Ανορεξίας	21
1.4.2 Τα αίτια της ασθένειας.....	23
1.4.2.1 Βιολογικοί παράγοντες	25
1.4.2.2 Γενετική και Μελέτες Διδύμων.....	25
1.4.2.3 Το συναίσθημα.....	26
1.4.2.4 Το οικογενειακό περιβάλλον.....	26
1.4.2.5 Ο ρόλος των ΜΜΕ στη Νευρική Ανορεξία	27
1.4.3 Το Μοντέλο του Maudsley	29
1.5 Στατιστικά στοιχεία σχετικά με τη Νευρογενή Ανορεξία	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	30
2.1 Κόστος της προσωπικότητας στην Ψυχογενή Ανορεξία	36
2.1.1.Τελειομανία.....	37
2.2 Ιατρικές επιπλοκές στην Ψυχογενή Ανορεξία	39
2.3 Ιατρικές εξετάσεις και εργαστηριακά ευρήματα.....	40

2.4 Διαφοροδιάγνωση.....	41
2.5 Συνοσηρότητα.....	42
2.6 Παθοφυσιολογία	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	47
3.1 Θεραπευτικές παρεμβάσεις	47
3.2 Στόχοι της θεραπείας	47
3.3 Νοσηλεία	50
3.4 Ψυχοφαρμακευτική αγωγή στην ψυχογενή ανορεξία.....	52
3.5 Γνωσιακά-συμπεριφορικά μοντέλα της Ψυχογενούς Ανορεξίας	53
3.6 Το μοντέλο των Fairburn, Shafran, και Cooper (1999) για τη διατήρηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας.....	56
3.7 Τα στάδια της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας στην Ψυχογενή Ανορεξία.....	57
3.7.1 Η μείωση της ανάγκης για αυτοέλεγχο	61
3.8 Ανατροφοδοτικοί μηχανισμοί στη διατήρηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας.....	61
3.9 Νομικά θέματα και θέματα ηθικής.....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ 1^ο ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	65
4.1 Παρουσίαση του σκοπού της έρευνας.....	65
4.2 Υποθέσεις εργασίας.....	65
4.3 Περιγραφή του τρόπου διεξαγωγής της έρευνας.	65
4.4 Μεθοδολογία.....	66
4.5 Απεικόνιση συμπερασμάτων σε πίνακες και γραφήματα	66
4.6 Συμπεράσματα.....	84
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	86
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	88

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

A. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	A1
B. Ο ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟΣ ΙΟΣ ΤΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ	B1
Γ. ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ ΠΕΡΙ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	Γ1

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1. 1 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	3
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 1 ΦΥΛΟ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	66
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 2 ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	67
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 3 ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΓΕΥΜΑΤΩΝ	68
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 4 ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ ΕΞΠΡΕΣ.....	69
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 5 ΓΝΩΣΗ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΑΝΟΡΕΞΙΚΩΝ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΟΥΝ.....	70
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 6 ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΔΙΑΙΤΑΣ	71
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 7 ΑΙΣΘΗΜΑ ΕΝΟΧΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΟΥ ΦΑΓΗΤΟΥ.....	72
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 8 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΘΛΗΣΗΣ.....	73
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 9 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΟ ΣΩΜΑ ΜΟΥ	74
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 10 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΣΩΜΑ ΜΟΝΤΕΛΟΥ.....	75
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 11 ΣΥΝΔΕΣΗ ΔΙΑΙΤΑΣ ΜΕ ΩΡΑΙΟ ΣΩΜΑ	76
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 12 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΚΟΠΕΛΑΣ ΣΤΗΝ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ	77
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 13 ΜΕΤΡΗΣΗ ΘΕΡΜΙΔΩΝ.....	78
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 14 ΣΥΝΗΘΗΣ ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	79
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 15 ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΕΜΕΤΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΒΟΛΗ ΤΡΟΦΗΣ	80
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 16 ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	81
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 17 ΓΝΩΣΗ ΟΤΙ Η ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΑΝΔΡΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ	82
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 19 ΑΠΟΔΟΧΗ ΑΝΟΡΕΞΙΚΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ	83

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	46
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1 ΦΥΛΟ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ.....	66
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2 ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....	67
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3 ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΓΕΥΜΑΤΩΝ.....	68
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4 ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ ΕΞΠΡΕΣ.....	69
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.5 ΓΝΩΣΗ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΑΝΟΡΕΞΙΚΩΝ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΟΥΝ.....	70
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.6 ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΔΙΑΙΤΑΣ.....	71
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.7 ΑΙΣΘΗΜΑ ΕΝΟΧΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΟΥ ΦΑΓΗΤΟΥ.....	72
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.8 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΘΛΗΣΗΣ.....	73
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.9 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΟ ΣΩΜΑ ΜΟΥ.....	74
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.10 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΣΩΜΑ ΜΟΝΤΕΛΟΥ.....	75
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.11 ΣΥΝΔΕΣΗ ΔΙΑΙΤΑΣ ΜΕ ΩΡΑΙΟ ΣΩΜΑ.....	76
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.12 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΚΟΠΕΛΑΣ ΣΤΗΝ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ.....	77
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.13 ΜΕΤΡΗΣΗ ΘΕΡΜΙΔΩΝ.....	78
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.14 ΣΥΝΗΘΗΣ ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	79
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.15 ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΕΜΕΤΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΒΟΛΗ ΤΡΟΦΗΣ.....	80
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.16 ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	81
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.17 ΓΝΩΣΗ ΟΤΙ Η ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΑΝΔΡΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ.....	82
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.18 ΑΠΟΔΟΧΗ ΑΝΟΡΕΞΙΚΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ.....	83

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σκοπός της παρούσης πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη της νευρικής ανορεξίας (anorexia nervosa) ως μια ψυχογενή διατροφική διαταραχή.

Όσον αφορά τους επιμέρους στόχους, είναι οι εξής:

- Την ιστορική ανασκόπηση της νευρικής ανορεξίας που αναδεικνύει τη σοβαρότητα της ασθένειας.
- Των αιτιών που προκαλούν τη νόσο.
- Των σοβαρών επιπτώσεων στην υγεία του ατόμου.
- Τις λύσεις στο πρόβλημα του ατόμου που πάσχει από νευρική ανορεξία.

Στην παρούσα πτυχιακή στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται το τι είναι η νευρική ανορεξία, ποιοι τύποι υπάρχουν, τα διαγνωστικά κριτήρια, ποια είναι τα αίτια που την προκαλούν και σε ποιες ηλικίες εμφανίζεται. Επίσης, παρατίθεται διάφορα στατιστικά στοιχεία που αφορούν τη νευρική ανορεξία.

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά στις αρνητικές επιπτώσεις της νευρικής ανορεξίας στον ανθρώπινο οργανισμό.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρατίθεται οι πιθανοί τρόποι αντιμετώπισής της.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται το αποτέλεσμα της έρευνας που διεξήχθη στο 1^ο γυμνάσιο Τρικάλων σχετικά με τη νόσο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

1.1 Ιστορική αναδρομή

Η ψυχογενής ανορεξία είναι γνωστή από τον 17ο αιώνα. Στην αρχή θεωρήθηκε οργανικό νόσημα αλλά η ψυχογενής συνιστώσα δεν άργησε να αναγνωριστεί. Ο Άγγλος R. Morton πρώτος περιγράφει το 1689 τη νευρογενή φυματίωση¹. Δημοσιεύει ένα περιστατικό μιας νέας γυναίκας που αδυνατίζει χωρίς όμως πυρετό, βήχα ή δύσπνοια, τα κλασσικά συμπτώματα της φυματίωσης. Ο Morton τονίζει το φοβερό αδυνάτισμα που επιφέρει αυτή η ασθένεια. Το 1868 ο W. Gull προτείνει τον όρο *Hysteria arepsia* για να περιγράψει το ίδιο σύνδρομο. Ο Ch. Laseque το 1873 στη Γαλλία την ονομάζει υστερική ανορεξία και περιγράφει την τυπική κλινική εικόνα. Είναι ο πρώτος που αναφέρει τη συμμετοχή της οικογένειας στη δημιουργία αυτού του συνδρόμου. Το 1914 ο Simmonds ανατρέπει την μέχρι τότε επικρατούσα άποψη ψυχογενούς αιτιολογίας, αναφερόμενος σε μια καθαρά οργανική ασθένεια που ονομάζει υποφυσιακή καχεξία.. Μετά τη δεκαετία του 1950 η H. Bruch στις Η.Π.Α², η M. Selvini στην Ιταλία³, η E. Kensteberg⁴ και ο B. Brusset⁵ στη Γαλλία, ασχολήθηκαν με την ψυχογενή ανορεξία και έγραψαν για την αιτιοπαθογένεια και για την θεραπεία της και επανέφεραν στην συζήτηση την ψυχοπαθολογική διάσταση.

Τα τελευταία χρόνια μελέτες που αφορούν την ρύθμιση της κατανάλωσης τροφής και της όρεξης επαναφέρουν τον βιολογικό παράγοντα στην αιτιοπαθογένεια της ψυχογενούς ανορεξίας. Η ανακάλυψη της λεπτίνης και άλλων νευροπεπτιδίων καθώς και του τρόπου δράσης τους σε καθορισμένα νευρωνικά κυκλώματα προσανατολίζουν την έρευνα και την αναζήτηση βιολογικών αιτιολογικών παραγόντων.

Η μακρά ιστορία της Νευρογενούς Ανορεξίας υποδεικνύει ότι, αν και σημειώνονται αλλαγές στις κοινωνικές νόρμες σχετικά με το τι είναι αισθητικά επιθυμητό και οι νόρμες αυτές μπορεί να έχουν παίξει κάποιο ρόλο στην αύξηση της συχνότητας της Νευρογενούς

¹ Morton, R. (1689): *Phthisiologica: Or a treatise of consumption*. London

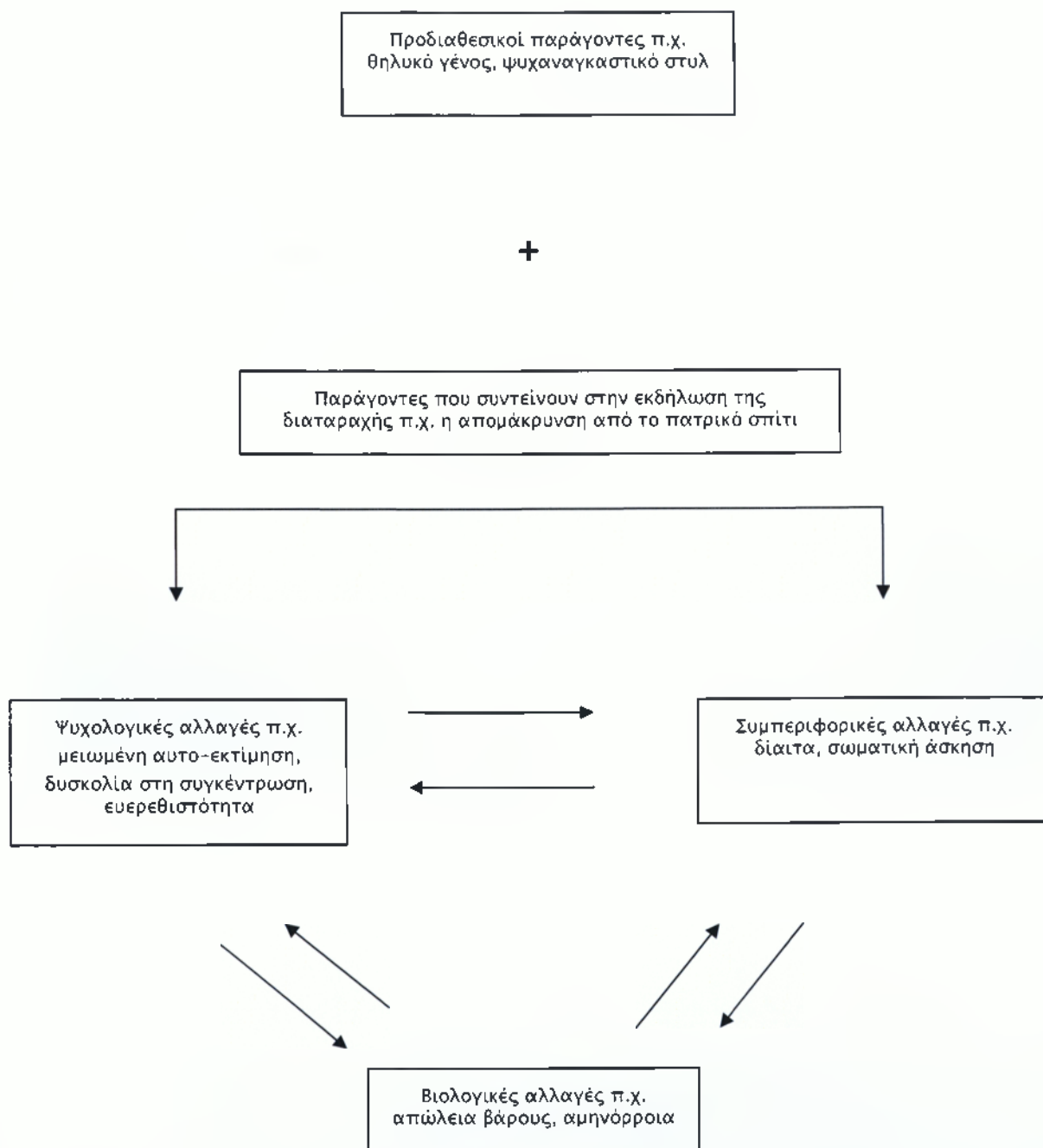
² Bruch H.: *Anorexia nervosa: therapy and theory*. *Am. J. Psychiatry*, 1982, 139:1531-1538.

³ Selvini M.: *L'anorexie*. Edit Feltrimelli, Milan 1963

⁴ Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S.: *La faim et le corps*. Paris, Edit P.U.F., 1975

⁵ Brusset B.: *"L'assiette et le miroir"*. Privat Ed., Toulouse, 1977, 1 vol.

Ανορεξίας, τελικά δε φαίνεται οι νόρμες αυτές να εξηγούν την αρχική εμφάνιση του συνδρόμου.



Γράφημα 1.1: Νευρογενής ανορεξία

ΠΗΓΗ: Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2000), *Ψυχιατρική Α' & Β' τόμος*, Εκδόσεις Βήτα, Medical Arts.

1.2 Γενικά για τη διαταραχή

Τη στιγμή που η παχυσαρκία φαίνεται να είναι το πιο συχνό πρόβλημα σε ό,τι αφορά την πρόσληψη τροφής, το αντίθετο πρόβλημα φαίνεται να αναδύεται με τη μορφή της Νευρογενούς Ανορεξίας και της Νευρογενούς Βουλιμίας. Και οι δύο αυτές διαταραχές έχουν σαν κεντρικό θέμα την παθολογική επιθυμία να αποτραπεί η αύξηση του σωματικού βάρους. Η Νευρογενής Ανορεξία έχει αναγνωριστεί εδώ και πολλές δεκαετίες και οι περιγραφές της νόσου σε διάφορα άτομα παρουσιάζουν μια εντυπωσιακή ομοιομορφία. Οι γυναίκες φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά της νόσου σε σύγκριση με τους άνδρες, ενώ η έναρξη της νόσου συμβαίνει συνήθως στην εφηβεία. Έχουν μάλιστα διατυπωθεί υποθέσεις οι οποίες καθιστούν τις ενδοψυχικές συγκρούσεις, που βιώνει το κορίτσι καθώς μεταβαίνει προς την ενηλικίωση, ως υπεύθυνες για την εκδήλωση της νόσου.



Ας φανταστούμε ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής σχηματίζουν ένα συνεχές, που περιλαμβάνει σοβαρές διαταραχές στη διατροφή και στο βάρος καθώς και σοβαρή υποβόσκουσα ψυχοπαθολογία. Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό των διαταραχών αυτών είναι ο διαταραγμένος τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται και βιώνουν οι πάσχοντες το σωματικό τους βάρος και σχήμα. Στο συνεχές, λοιπόν, που περιγράψαμε πριν και στο άκρο του, που καταλήγει στις πιο σοβαρές διαταραχές, τοποθετείται η υπερβολική απώλεια βάρους, χαρακτηριστική της Νευρογενούς Ανορεξίας. Ο όρος «ανορεξία» αναφέρεται στην απώλεια της όρεξης και ο όρος «νευρογενής» υποδηλώνει το συναισθηματικό υπόβαθρο. Για πολλούς ο όρος αυτός είναι κατά κάποιο τρόπο «ατυχής» ή «ανακριβής» δεδομένου ότι πολλοί λίγοι πάσχοντες πράγματι χάνουν την όρεξή τους, παρά μόνο όταν η νόσος έχει εγκατασταθεί σταθερά στο άτομο. Μάλλον το αντίθετο συμβαίνει τις περισσότερες φορές, δηλαδή οι ασθενείς αυτοί λιμοκτονούν και πολλές είναι οι φορές που θα πρέπει να επιδείξουν μεγάλη αυτοσυγκράτηση για να υπερνικήσουν το αίσθημα της πείνας που τους διακατέχει. Η απίσχνανση, που παρατηρείται, λοιπόν, στη νόσο αυτή, μπορεί να προκληθεί από την αυστηρή στέρηση τροφής, δηλαδή τη νηστεία στην οποία αυθυποβάλλεται το άτομο (Περιοριστικός Τύπος) ή μπορεί να προκληθεί όταν το άτομο επιδίδεται σε καθαρτικές συμπεριφορές μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο ή μετά από ένα κανονικό ή μικρό γεύμα (Υπερφαγικός / Καθαρτικός Τύπος). Είναι πολλοί οι

ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία και επιδεικνύουν υπερβολική ενασχόληση με το φαγητό. Η ενασχόληση αυτή μπορεί να εκδηλώνεται με συμπεριφορές όπως το να διαβάζουν βιβλία μαγειρικής συνεχώς, να προετοιμάζουν πολύπλοκες συνταγές και εξεζητημένα γεύματα για τις οικογένειές τους κ.ά.

Ένα άλλο πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό της Νευρογενούς Ανορεξίας είναι η έντονη και σοβαρή διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος και η ανυποχώρητη επιδίωξη της λεπτότητάς του. Η βασική αυτή διαταραχή, που θα μπορούσε να γίνει κατανοητή ως «παράλογος φόβος του πάχους», οδηγεί το άτομο σε σκόπιμα αυτοεπιβαλλόμενο περιορισμό στην πρόσληψη τροφής και σε κατανάλωση τροφών μετά από προσεκτική επιλογή τους τόσο σε ό,τι αφορά την ποιότητα όσο και σε ό,τι αφορά την ποσότητά τους, έτσι ώστε να οδηγείται το άτομο σε σταδιακή απώλεια βάρους και τελικά στην απίσχναση, καθώς προοδευτικά έχει οδηγηθεί σε κατάσταση λιμοκτονίας.

Βέβαια η απώλεια βάρους δεν έρχεται χωρίς αρνητικές συνέπειες για τον οργανισμό του ατόμου. Η αποδυνάμωση του οργανισμού καθιστά το άτομο ευάλωτο στις μολύνσεις, αλλά αυτό δεν είναι το μοναδικό σύμπτωμα της σοβαρής στέρησης τροφής. Υπάρχουν σοβαρές περιπτώσεις κατά τις οποίες το άτομο μπορεί ακόμα και να καταλήξει στο θάνατο εξαιτίας της αποδυνάμωσης αυτής. Δεν είναι τυχαίο ότι οι πρωτοπόροι ερευνητές της Νευρογενούς Ανορεξίας την περιέγραψαν ως «την αέναη επιδίωξη του αδυνατίσματος μέσω της στέρησης τροφής, ακόμα και μέχρι το θάνατο».

1.3 Νευρική ανορεξία

Η Νευρική Ανορεξία (anorexia nervosa) είναι μία διατροφική διαταραχή, που συνίσταται στον παράλογο φόβο του πάχους και εκδηλώνεται με την ψυχαναγκαστική άρνηση να δεχτεί κανείς τροφή. Η «Νευρική Ανορεξία» φαίνεται να σημαίνει «έλλειψη της όρεξης για νευρικούς λόγους» αλλά αυτό είναι τόσο πραγματικό γιατί το άτομο έχει πράγματι χάσει την ικανότητα να επιτρέπει στον εαυτό του να ικανοποιήσει την όρεξή του. Εστιάζουν στο φαγητό σε μια προσπάθεια να ανταπεξέλθουν στη ζωή περιορίζοντας τις ποσότητες που τρώνε και πίνουν, μερικές φορές σε επικίνδυνο επίπεδο.

Είναι ένας τρόπος να δείξουν ότι έχουν τον έλεγχο του βάρους του σώματός τους και του σχήματός τους. Ωστόσο, η διαταραχή από μόνη της παίρνει τον έλεγχο από το άτομο και

οι χημικές αλλαγές που προκαλούνται στο σώμα επηρεάζουν τον εγκέφαλο κάνοντας αδύνατον για το άτομο να πάρει λειτουργικές αποφάσεις για το φαγητό. Καθώς η διαταραχή εξελίσσεται, πολλά άτομα υποφέρουν από εξάντληση λόγω της ασιτίας.

Η Νευρική Ανορεξία μας δίνει στοιχεία για την παρουσία της σε 3 τομείς: στην συμπεριφορά, στο σώμα και στην ψυχολογία του ατόμου.

Στη συμπεριφορά παρατηρείται:

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

Στο σώμα φανερώνονται στοιχεία:

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

Η ψυχολογία του ατόμου χαρακτηρίζεται από:

- Έντονο φόβο να μην πάρει βάρος, ακόμα και αν κυμανθεί μέσα στα κανονικά πλαίσια βάρους σύμφωνα με το ύψος του ατόμου.
- Δυσλειτουργικές αντιλήψεις για το σχήμα του σώματος ή του βάρους
- Άρνηση για την ύπαρξη του προβλήματος
- Αλλαγές στην προσωπικότητα του ατόμου και μεταπτώσεις στην διάθεση.

1.3.1 Ηλικίες που εμφανίζεται η νευρική ανορεξία

1.3.1.1 Βρεφική ανορεξία

Η διατροφή έχει μια διπλή λειτουργία, αποτελεί φυσιολογική ανάγκη απαραίτητη στη ζωή και πηγή ευχαρίστησης. Στα βρέφη η ευχαρίστηση προέρχεται από τη διέγερση που προκαλεί το πιπίλισμα του μητρικού στήθους και συνδυάζεται με τη βλεμματική επαφή, με τη δερματική επαφή και με τα χάρδια. Είναι η κατ'έξοχόν λειτουργία μέσω της οποίας εγκαθίσταται η σχέση μητέρας-βρέφους. Εξετάζοντας τις διαταραχές της διατροφής μπορούμε να διακρίνουμε τις δυσκολίες αυτής της σχέσης.



Το στόμα εκτελεί ποικίλες λειτουργίες ιδιαίτερα σημαντικές για την ανάπτυξη του ανθρώπινου ψυχισμού. Αποτελεί πηγή ικανοποίησης βασικών αναγκών (πείνας, δίψας) και πηγή απόλαυσης για το νεογέννητο (θηλασμός, πιπίλισμα). Ταυτόχρονα είναι ένα όργανο επικοινωνίας και επαφής με τον έξω κόσμο. Το χαμόγελο, τα φωνήματα,

η μιμική αποτελούν τους πρώτους τρόπους επικοινωνίας του βρέφους με το περιβάλλον του. Εκτός από την επικοινωνία το στόμα χρησιμεύει και σαν μέσο εκμάθησης και εξερεύνησης του περιβάλλοντος χώρου. Το βρέφος ανακαλύπτει τα παιχνίδια και τα διάφορα αντικείμενα φέρνοντάς τα στο στόμα του. Τέλος το στόμα είναι ο κύριος μοχλός εξέλιξης και ανάπτυξης του λόγου, διεργασία η οποία αρχίζει από τη βρεφική ηλικία.

Η βρεφική ανορεξία αποτελεί μια συχνή κλινική εικόνα που συναντάται κυρίως στην παιδιατρική πράξη. Στην ψυχιατρική νοσολογία δεν αποτελεί αυτόνομη κλινική οντότητα ούτε αναφέρεται στα σύγχρονα ταξινομικά συστήματα ICD-10, DSM-V.

Τις δυο τελευταίες δεκαετίες πολλοί συγγραφείς κυρίως Γάλλοι και Αμερικάνοι δημοσιεύουν έρευνες με θέμα την βρεφική ανορεξία περιγράφοντας μια βασική κλινική εικόνα και τις πιθανές της διαφοροποιήσεις.

Η βρεφική ανορεξία, που δεν οφείλεται σε οργανικά αίτια, μπορεί να είναι ενεργητική ή παθητική. Πρόκειται για δύο κλινικές οντότητες με διαφορετική ψυχοπαθολογική σημασία.

1.3.1.2 Πρώιμη παθητική ανορεξία

Η πρώιμη ανορεξία παρατηρείται από την αρχή της ζωής και χαρακτηρίζεται από την παθητικότητα. Το βρέφος δίνει την εντύπωση ότι του λείπει το αίσθημα της πείνας και ότι δεν ξέρει να χρησιμοποιεί το στήθος ή τη ρόγα. Γυρνάει το κεφάλι του από το στήθος ή το μπιμπερό και αποστρέφει το βλέμμα του. Οι αντιδράσεις στην τροφή είναι παθητικές, σιωπηλές, ή με φωνούλες και παράπονο. Αρνείται τις πρώτες κουταλιές τροφής, ή κρατάει ανοιχτό το στόμα του και αφήνεται να γεμίσει, αλλά δεν καταπίνει. Η τροφή έτσι δεν μπλοκάρεται στα χείλη, αλλά στην κατάποση. Η κατάσταση αυτή που συνιστά κίνδυνο για τη ζωή του βρέφους απαντάται στο ιστορικό ψυχωτικών παιδιών ενώ άλλοτε συγχέεται με οργανική ασθένεια.

Στις βαρύτερες καταστάσεις ανορεξίας το βρέφος όχι μόνο δεν ικανοποιεί την πείνα και τη δίψα του αλλά δεν παίρνει καμιά στοματική ικανοποίηση και δεν έχει μια φυσιολογική ανάπτυξη. Πρόκειται για βρέφη διεγερτικά, με απότομες κινήσεις των μελών που αντανakλούν μια αίσθηση δυσφορίας. Οι κινήσεις πιπίλισματος και κατάποσης συνδυάζονται άσχημα με αποτέλεσμα το παιδί πολλές φορές να φτύνει το γάλα.

Υπάρχουν επίσης και βρέφη παθητικά, τα οποία εκδηλώνουν αδιαφορία όχι μόνο για τη λήψη τροφής αλλά για οτιδήποτε έχει σχέση με την στοματική ευχαρίστηση. Δεν βάζουν το δάχτυλο στο στόμα, δεν αναζητούν την πιπίλα ούτε το στήθος της μητέρας τους, δεν παράγουν ήχους με το στόμα. Είναι σαν να τους λείπει η διάθεση να ευχαριστηθούν και να ζήσουν. Μια τέτοια εικόνα μπορεί να παρατηρηθεί σαν συνέπεια συναισθηματικής στέρησης ή να εκφράζει την βρεφική κατάθλιψη, την "παθολογία του άδειου" σύμφωνα με τον L. Kreisler⁶.

Το χαρακτηριστικό της συμπεριφοράς του βρέφους είναι μεν ένα έντονο και διαπεραστικό βλέμμα αλλά άδειο, που αποτελεί σύμπτωμα καταθλιπτικού κενού. Για την αντιμετώπιση της πρώιμης ανορεξίας στα παιδιατρικά τμήματα χρησιμοποιείται ρινογαστρικός καθετήρας. Η συστηματική όμως και μακροχρόνια χρήση του ενέχει κινδύνους. Ο

⁶ Kreisler L: Le nouvel enfant du desordre psychosomatique, Edit. Privat, Toulouse, 1987.

καθητήρας μπορεί να γίνει αντικείμενο επένδυσης και να αποτελέσει εμπόδιο στη θεραπεία. Σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι μεν απαραίτητη η αιτιολογική διερεύνηση αλλά δεν χρειάζεται υπερβάλλον ζήλος για να ανακαλυφθεί μια οργανική αιτία. Οι επαναλαμβανόμενες παρακλινικές εξετάσεις αποπροσανατολίζουν τον κλινικό αλλά και την οικογένεια από την ψυχολογική αιτιολογία.

1.3.1.3 Ανορεξία δευτέρου εξαμήνου

Η συχνότερα συναντούμενη βρεφική ανορεξία είναι η λεγόμενη ανορεξία αντίθεσης του δευτέρου εξαμήνου. Παρουσιάζεται με την μορφή άρνησης τροφής σε μια περίοδο που το παιδί αποκτά ένα ορισμένο βαθμό αυτονομίας και προσπαθεί να επιβληθεί στη σχέση με τη μητέρα.

Αυτή η συμπεριφορά εκφράζει κυρίως την αντίδραση προς την μητέρα και όχι μια πραγματική έλλειψη όρεξης για φαγητό. Συμβαίνει συνήθως σε ζωντανά παιδιά με καλή φυσική κατάσταση και χωρίς ιδιαίτερα ψυχολογικά προβλήματα.

Παρατηρείται μετά το πρώτο τρίμηνο ή πιο συχνά το δεύτερο εξάμηνο. Το βρέφος είναι ζωντανό, ξύπνιο, χαρούμενο, παιχνιδιάρικο, μερικές φορές διεγερτικό με μια εκπληκτική ευκολία, ανάλογα με την ηλικία του, για επαφές.

Η μητέρα και το βρέφος βρίσκονται σε μια σχέση εξουσίας. Το γεύμα που πρέπει να είναι μια στιγμή μοιράσματος και χαράς γίνεται γρήγορα μια δοκιμασία για την μητέρα, τον πατέρα ή την οικογένεια.

Οι μητέρες περιγράφουν μια τυπική σειρά συμπεριφορών. Το παιδί αρνείται με τρόπο ή κατηγορηματικά την τροφή. Μπορεί να δείχνει μια επιφανειακή υπακοή αλλά καταφέρνει στο τέλος να έχει τον τελευταίο λόγο. Οι μητέρες καταβάλλουν υπερβολικές προσπάθειες για να το ταΐσουν και χρησιμοποιούν οτιδήποτε μέσο μπορούν να σκεφτούν (τραγούδια, παιχνίδια, παραμύθια). Μερικές φορές το μπιμπερό δίνεται όταν το παιδί κοιμάται ή με βίαιο τρόπο και συχνά το γεύμα τελειώνει με εμετό. Το βρέφος γίνεται γρήγορα τυραννικό για τον περιβάλλον και κατά περιόδους μπορεί να μην τρώει τίποτε ή να τρώει ανάλογα με τον τόπο ή τα πρόσωπα (συχνά κάποιον άλλον εκτός της μητέρας).

Οι εκλυτικές αιτίες της διαταραχής μπορεί να είναι ο αποθλασμός, ασθένεια π.χ. ίωση, εμβολιασμός, αλλαγή ενός τροφίμου, κόψιμο της πιπίλας. Ο μηχανισμός με τον οποίο

εγκαθίσταται η διαταραχή είναι τυπικός. Μια πρώτη άρνηση πιθανόν χωρίς ιδιαίτερο λόγο του παιδιού προκαλεί μια πίεση για να τελειώσει το παιδί το φαγητό του. Στη συνέχεια ο καθένας κρατάει τη θέση του: το παιδί την άρνηση, οι γονείς την πίεση.

Για την θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να καταλάβουμε τι κρύβεται πίσω από αυτό που μας περιγράφουν, πίσω από το δράμα που παίζεται καθημερινά ανάμεσα στο παιδί και τη μητέρα. Το μητρικό άγχος είναι πάντοτε παρόν και συνδέεται με πραγματικούς φόβους γιατί το παιδί δεν παίρνει βάρος ή αποτελεί ναρκισσιστικό τραύμα γιατί η μητέρα θεωρείται ανίκανη να θρέψει το παιδί.

Η απλή αυτή μορφή βρεφικής ανορεξίας υποχωρεί όταν κατευναστεί το άγχος της μητέρας, παύσει η πίεση και μεταβληθεί η στάση ως προς τη διατροφή.

Αν όμως δεν αλλάξει κάτι και συνεχιστεί η σύγκρουση γύρω από τη διατροφή, αυτή η συμπεριφορά του παιδιού μπορεί να εδραιωθεί και η ανορεξία να το συνοδεύσει στην παιδική και εφηβική ζωή. Σ' αυτή τη περίπτωση η συμβουλευτική θεραπευτική παρέμβαση δεν αρκεί αν δεν πάρουμε υπ' όψιν μας την προσωπικότητα της μητέρας και το ναρκισσισμό της. Ορισμένες μητέρες μπορεί να έχουν ασυνείδητα οφέλη απ' αυτήν τη διαταραχή. Η ψυχοδυναμική θεραπευτική παρέμβαση οφείλει να αναδείξει τη σύγκρουση, τη γενεαλογική συμμετοχή και τις ταυτοποιήσεις.

Οι δυσκολίες στη λήψη τροφής κατά την βρεφική και την πρώτη παιδική ηλικία μπορεί να οδηγήσουν σε καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης. Το σύνδρομο "δυστροφίας μη οργανικής αιτιολογίας" εκδηλώνεται σε ηλικία 6 μηνών έως 3 ετών με άρνηση τροφής, απώλεια βάρους και επιβράδυνση της ανάπτυξης.

1.3.1.4 Η ανορεξία της παιδικής ηλικίας

Η ανορεξία της παιδικής ηλικίας δεν πληρεί ακριβώς τα διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών διατροφής του ICD-10 και DSM-IV.



Η ανεπάρκεια των διαγνωστικών συστημάτων πιθανόν οδηγεί στην υποδιάγνωσή της. Στην μελέτη των Bryant-Waugh και Lask φαίνεται ότι μόνο το 50% των παραπομπών παιδιών ηλικίας 7-14 ετών, σε ένα ειδικευμένο κέντρο διαταραχών διατροφής της παιδικής

ηλικίας πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια ανορεξίας ή βουλιμίας⁷. Χρησιμοποιείται συχνά η κατηγορία: διαταραχές στη λήψη τροφής μη καθοριζόμενες. Σύμφωνα με τους ερευνητές η διαφορά από το πλήρες σύνδρομο διαταραχών διατροφής είναι ποσοτική και όχι ποιοτική.

Στην κλινική πρακτική συναντώνται όλο και συχνότερα παιδιά που παρουσιάζουν άρνηση τροφής, υπεραπασχόληση με το σωματικό τους βάρος και βάρος χαμηλότερο από το αναμενόμενο για την ηλικία τους.

Οι επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν χαμηλότερη επίπτωση ανορεξίας στην παιδική ηλικία απ' ό τι στην εφηβική αλλά αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά αγοριών (20-30%) και οικογενειών υψηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Στο δημοτικό σχολείο τα παιδιά σε ποσοστό 45% επιθυμούν να είναι λεπτότερα απ' ό τι πράγματι είναι, 37% προσπαθούν να κάνουν κάποια δίαιτα ενώ 6,9% παρουσιάζουν κάποιας μορφής παθολογία σε σχέση με τις συνήθειες διατροφής. Διαταραχές στην εικόνα του σώματος διαπιστώνονται και σ' αυτήν την ηλικιακή ομάδα και συνδέονται με ανησυχία για το σωματικό βάρος και διαιτητικές πρακτικές. Άρνηση τροφής, ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές κατά τη διάρκεια των γευμάτων, φοβικές συμπεριφορές σε σχέση με τη τροφή συνδέονται με υψηλή βαθμολόγηση στη κλίμακα εσωτερικευμένων προβλημάτων του CBCL (Child Behavior Check List) σε παιδιά σχολικής ηλικίας.

Οι κλινικές μορφές της ανορεξίας των παιδικών χρόνων περιλαμβάνουν την εκλεκτική διατροφή, το σύνδρομο διάχυτης άρνησης και την ανορεξία που αποτελεί σύμπτωμα μιας γενικότερης συναισθηματικής διαταραχής.

Εκλεκτική διατροφή παρουσιάζουν παιδιά τα οποία χρησιμοποιούν μια πολύ περιορισμένη ποικιλία τροφίμων. Συνήθως τρώνε τρία-τέσσερα είδη τροφών, κυρίως υδατάνθρακες όπως πατάτες, ψωμί, μακαρόνια. Έχουν φυσιολογικό ύψος και βάρος και δεν διαφέρουν από τους συνομήλικούς τους. Περισσότερο προβληματική είναι η κοινωνική τους ένταξη που δυσκολεύει από την επιλεκτική τους διατροφή όταν είναι σε σπίτια φίλων ή γεύματα μεταξύ συνομηλίκων. Αυτή η διαταραχή έχει καλή πρόγνωση γιατί μεγαλώνοντας τα

⁷ Lask, B., Britten, C., Kroll, L., Magagna, J., Tranter, M. Pervasive refusal in child. Archives of Disease in Childhood, 1991, 66, 866-869

παιδιά αυξάνουν την ποικιλία της διατροφής τους. Το σύνδρομο διάχυτης άρνησης της τροφής περιγράφηκε από τους Lask et al το 1991⁸. Η περιγραφή αφορούσε κορίτσια 8-14 ετών που παρουσίαζαν μια σθεναρή άρνηση στο να φάνε αλλά και να πιουν, να μιλήσουν, να περπατήσουν ή να φροντίσουν τον εαυτό τους. Στην αρχή αυτά τα παιδιά παρουσίαζαν χαρακτηριστικά τυπικά της ψυχογενούς ανορεξίας αλλά η αποφυγή τροφής συνοδευόταν από μια γενικότερη άρνηση και εκδήλωση φόβου. Το σύνδρομο διάχυτης άρνησης τροφής συνδέθηκε με την μετατραυματική αγχώδη διαταραχή γιατί ορισμένα από αυτά τα παιδιά ήταν θύματα φυσικής ή σεξουαλικής κακοποίησης.

Τέλος, η ανορεξία στην παιδική ηλικία μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα συναισθηματικής διαταραχής όπως κατάθλιψη, αγχώδους φοβικής ή ψυχαναγκαστικής διαταραχής ή σχολικής φοβίας. Στον αυτισμό συχνά παρατηρείται άρνηση τροφής ή επιλεκτική κατανάλωση υγρών και στερεών τροφών.

1.3.1.5 Η ψυχογενής ανορεξία της εφηβείας



Στην εφηβεία μία μεταβατική περίοδος μειωμένης λήψης τροφής είναι συνηθισμένη. Μπορεί να είναι ειδική ή γενική υπακούοντας σε διαιτητικές συμβουλές που δίνονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Κυριαρχεί η επιθυμία μίας λεπτής σιλουέτας σύμφωνα με τις προσατάγες της μόδας. Μία αρχική περίοδος που κρατάει 3-6 μήνες χαρακτηρίζεται από μία μέτρια δίαιτα μιας εφήβου λίγο παχουλής που θέλει να αδυνατίσει. Αυτή η επιθυμία για αδυνάτισμα είναι στην αρχή αποδεκτή από την οικογένεια. Η απώλεια βάρους όμως δεν επιφέρει ικανοποίηση στην έφηβη, η οποία εξακολουθεί να θεωρεί το βάρος της υπερβολικό. Η δίαιτα γίνεται περισσότερο αυστηρή, η λήψη τροφής περιορίζεται προοδευτικά στο ελάχιστο. Χρησιμοποιούνται επίσης τεχνικές "αδειάσματος" του πεπτικού σωλήνα (εμετοί ή χρήση υπακτικών).

Το σύνδρομο της ψυχογενούς ανορεξίας στο Αμερικάνικο ταξινομικό σύστημα DSM-IV ορίζεται με τα ακόλουθα κριτήρια:

⁸ Lask, B., Britten, C., Kroll, L., Magagna, J., Tranter, M. Pervasive refusal in child. Archives of Disease in Childhood, 1991, 66, 866-869

1. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο του ελάχιστου φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του.
2. Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα παχύνει ακόμη και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
3. Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος, υπέρμετρη επίδραση του βάρους στην αυτοαξιολόγηση, άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού βάρους του σώματος.
4. Σε γυναίκες αμηνόρροια δηλ. απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορυσιακών κύκλων.

Το DMS IV διαχωρίζει δυο τύπους ψυχογενούς ανορεξίας:

1. Περιοριστικός τύπος: όταν υπάρχει μόνο περιορισμός λήψης τροφής.
2. Επεισόδια υπερφαγίας/καθαρτικός τύπος: όταν το άτομο έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας και στη συνέχεια καταφεύγει σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς, χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

Το αδυνάτισμα είναι εντυπωσιακό και μπορεί να φθάσει μέχρι την απώλεια του 50% του αρχικού βάρους, δίνοντας την εικόνα μιας πραγματικής καχεξίας. Συνοδεύεται από σωματικές εκδηλώσεις, υποθερμία, επιβράδυνση καρδιακής λειτουργίας (50-60 σφυγμοί ανά λεπτό), υπογλυκαιμία και διαταραχές ηλεκτρολυτών (υπονατρίαemia, υποκαλμία).

Η αμηνόρροια εκδηλώνεται συνήθως μετά την απώλεια βάρους αν και μερικές φορές αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα της κλινικής εικόνας. Οι ορμονολογικές εξετάσεις δείχνουν την ανεπάρκεια του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης. Είναι μια εικόνα αντιστρέψιμη αν και πολλές φορές η αμηνόρροια επιμένει και μετά την επανάκτηση του φυσιολογικού βάρους.

Παράλληλα με την ανορεξία παρατηρείται μια σειρά συχνών συμπεριφορών. Οι δραστηριότητες είναι πολυπληθείς και ακατάπαυστες. Περιλαμβάνουν κυρίως άθληση υψηλού επιπέδου (τρέξιμο, κολύμβηση, χορό). Οι ανορεξικές φοιτούν συχνά σε σχολές γυμναστικής-μπαλέτου-μόδας.

Η σχολική φοίτηση συνεχίζεται φυσιολογικά με επιδόσεις συνήθως υψηλές. Οι δραστηριότητες των ανορεξικών όμως αποκτούν ένα στερεότυπο, ψυχαναγκαστικό χαρακτήρα και είναι σπάνια δημιουργικές. Η εξυπνάδα τους είναι υποταγμένη στις

σχολικές απαιτήσεις χωρίς καμία πρωτοτυπία. Η κοινωνική ένταξη είναι επιφανειακή και οι διαπροσωπικές σχέσεις περιορισμένες. Δεν εκδηλώνουν κανένα ενδιαφέρον για την σεξουαλικότητα. Οι σωματικές αλλαγές της εφηβείας αποτελούν ενόχληση και ο τρόπος ντυσίματος που επιλέγεται (παντελόνια, φόρμες γυμναστικής) δεν επιτρέπει να διαφανεί κανένα ίχνος θηλυκότητας. Η παθολογία δεν αναγνωρίζεται. Ακόμη και στα τελικά στάδια της ασθένειας οι ανορεξικές αρνούνται την σοβαρότητα της κατάστασής τους.

Οι οικογένειες των ανορεξικών παρουσιάζονται χωρίς εμφανή προβλήματα με καλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο.

Μια πιο προσεκτική μελέτη των οικογενειακών αλληλεπιδράσεων αναδεικνύει την συγκρουσιακή θέση της διατροφής στην οικογένεια. Η σύγκρουση μπορεί να εκφράζεται σε πολλά επίπεδα. Για παράδειγμα, όταν ένας πατέρας θέλει να τρώνε όλοι μαζί την ώρα του φαγητού, τη στιγμή που η έφηβη θέλει να έχει τους δικούς της κανόνες και τρόπους διατροφής. Αυτές οι οικογένειες έχουν μια κυρίαρχη φροντίδα να δοθεί μια καλή εικόνα προς τα έξω σε βάρος των προσωπικών συναισθημάτων.

Η σχολική και η κοινωνική επιτυχία έχουν μεγάλη αξία. Διαπιστώνεται η έλλειψη επικοινωνίας με συστηματική αποφυγή κάθε ανοιχτής λεκτικής σύγκρουσης.

Με το αδυνάτισμα η ανορεκτική προκαλεί τους γονείς να επέμβουν. Παίρνει μια διεστραμμένη ικανοποίηση με το να κάνει την οικογένειά της να υποφέρει (τους υποβάλλει στα μαρτύρια που υποβάλλει το σώμα της). Είναι χειριστική προς την οικογένεια, απευθύνοντας ένα διπλό παράδοξο μήνυμα. Από τη μία προβάλλει το αίτημά της για αγάπη με την σωματική αδυναμία της και απ' την άλλη αρνείται με τη συμπεριφορά και τα λόγια της κάθε βοήθεια που της προσφέρεται.

Σε πρόσφατες έρευνες παρατηρήθηκε υψηλός βαθμός οικογενειακής συνάθροισης σε περιστατικά ψυχογενούς ανορεξίας. Η επίπτωση της διαταραχής ήταν περίπου 3,5% σε γυναίκες συγγενείς ανορεξικών ασθενών έναντι 3% σε συγγενείς υγιών μαρτύρων. Βασισμένος σ' αυτά τα δεδομένα ο σχετικός οικογενειακός κίνδυνος εκδήλωσης της ψυχογενούς ανορεξίας (δηλ. η αναλογία νοσούντων συγγενών πρώτου βαθμού ασθενών και νοσούντων από το γενικό πληθυσμό) είναι περίπου 10.

Είναι αξιοσημείωτο ότι οι συγγενείς ασθενών με ψυχογενή ανορεξία που δεν παρουσιάζουν την διαταραχή ασχολούνται ιδιαίτερα με το βάρος τους και υιοθετούν τις ίδιες στάσεις απέναντι στη διατροφή.

1.3.1.6 Αναπτυξιακή συνέχεια

Οι περισσότερες μελέτες εστιάζονται στην ψυχογενή ανορεξία που παρουσιάζεται στην εφηβεία με μια τυπική κλινική εικόνα. Οι δυσκολίες της θεραπευτικής αντιμετώπισης οδηγούν συχνά στη χρονιότητα και η ψυχογενής ανορεξία φαίνεται να επιδρά στην προσωπικότητα και να καθορίζει σ' ένα μεγάλο μέρος τη ζωή του ατόμου.

Αποδεικνύεται ότι η ψυχογενής ανορεξία μπορεί να έχει έναρξη στη βρεφική ή στη παιδική ηλικία ή στην εφηβεία. Συζητείται το αν η διαφορετική ηλικία έναρξης παραπέμπει σε μια διαφορετική κλινική οντότητα ή μπορούμε να εντάξουμε τη διαταραχή στο φάσμα του συνεχούς.

Είναι σαφές ότι υπάρχουν διαφορές στην κλινική εικόνα ανάλογα με την ηλικία, αλλά αυτό είναι αναμενόμενο γιατί η έκφραση της διαταραχής επηρεάζεται από το αναπτυξιακό στάδιο π.χ. διαφορετικός τρόπος επιλογής ή άρνησης τροφής. Υπάρχουν επίσης διαφορές ανάλογα με το φύλο. Στην πρώτη παιδική ηλικία τα αγόρια είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο απ' ότι τα κορίτσια να αναπτύξουν διαταραχές διατροφής. Στην σχολική ηλικία η αναλογία των φύλων εξισώνεται, ενώ στην εφηβεία είναι σαφής η υπεροχή των κοριτσιών (1 αγόρι:10 κορίτσια). Η ανορεξία που εκδηλώνεται στα αγόρια κατά τη διάρκεια της εφηβείας κυρίως παραπέμπει σε μία ψυχιατρική παθολογία, ψύχωση ή βαριά ψυχαναγκαστική διαταραχή. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις αγοριών με διαταραχή ταυτότητας φύλου που εκδηλώνουν ψυχογενή ανορεξία.

Μελέτες που αναφέρονται στην πορεία και την πρόγνωση της διαταραχής συνήθως περιλαμβάνουν δείγματα με έναρξη την εφηβεία και η παρακολούθηση επεκτείνεται για ποικίλα χρονικά διαστήματα στην ενήλικη ζωή.

Λίγες είναι οι έρευνες που εξετάζουν την αναπτυξιακή συνέχεια των διαταραχών διατροφής από τα παιδικά στα εφηβικά χρόνια και την ενήλικη ζωή.

Φαίνεται ότι τα παιδιά με πλήρη ή μερικό σύνδρομο διαταραχών διατροφής αναπτύσσουν συχνότερα τη διαταραχή στην εφηβεία απ' ότι υγιείς μάρτυρες ή παιδιά με κατάθλιψη ή με συναισθηματικές διαταραχές.

Συμπεριφορές όπως αποφυγή φαγητού, να τρώει πολύ λίγο, να τρώει πολύ αργά, να τσιμπολογάει βρέθηκαν να παραμένουν σταθερές για μια περίοδο 10 ετών από την πρώιμη και μέση παιδική ηλικία μέχρι την εφηβεία.

Συγκρούσεις γύρω από τη διατροφή, μάχες την ώρα του φαγητού, μη ευχάριστα γεύματα κατά την διάρκεια των παιδικών χρόνων συνδέονται με την διάγνωση της ανορεξίας στην εφηβεία και την αρχή της ενήλικης ζωής.

Μητέρες ασθενών με διαταραχή διατροφής αναφέρουν επιμονή σε προγραμματισμένα γεύματα και πρώιμη εισαγωγή στερεών τροφών συχνότερα απ' ότι οι μάρτυρες.

Δεν υπάρχουν στατιστικές έρευνες που να αναφέρονται στην αναπτυξιακή συνέχεια της ανορεξίας με έναρξη τη βρεφική ηλικία. Συναντώνται όμως κλινικές περιγραφές μεμονωμένων περιπτώσεων που αναλύονται από ψυχοδυναμική σκοπιά.

Επίσης η μελέτη παραγόντων κινδύνου περιορίζεται για την ψυχογενή ανορεξία που εκδηλώνεται στην εφηβεία. Δεν έχουν προσδιοριστεί παράγοντες που ευνοούν ή αποτρέπουν την εκδήλωση των διαταραχών διατροφής σε συγκεκριμένες αναπτυξιακές περιόδους.

1.3.1.7 Ψυχοδυναμική κατανόηση

Πέρα από τις επιδημιολογικές μελέτες, μια κοινή ψυχοπαθολογική προσέγγιση υποστηρίζει, την συνέχεια της διαταραχής από την βρεφική στην παιδική και την εφηβική ηλικία. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση αναζητά μια κοινή αιτιοπαθογένεια και την αντίστοιχη οικονομική αξία του συμπτώματος που μπορεί να συνδέει τις διαφορετικές εκφράσεις της ψυχογενούς ανορεξίας.

Η περισσότερο αποδεκτή συνέχεια είναι η εμφάνιση της ανορεξίας στο ίδιο άτομο σε διαφορετικές στιγμές της ζωής του π.χ. στη βρεφική ηλικία και στην εφηβεία.

Έχει παρατηρηθεί επίσης ανορεξία βρέφους όταν η μητέρα ήταν η ίδια πρώην ανορεκτική έφηβος. Εκεί η διαταραχή αποκτά μια διαγενεολογική διάσταση και επιβαρύνεται

φαντασιωσικά από την μια γενεά στην άλλη. Η σχέση μητέρας-βρέφους επικεντρώνεται στη διατροφή και το προσωπικό άγχος της μητέρας γύρω απ' αυτό το θέμα διοχετεύεται στο παιδί.

Για την αιτιοπαθογένεια της ψυχογενούς ανορεξίας η H. Bruch προτείνει μια θεωρία αναπτυξιακή⁹. Από τα πρώτα χρόνια η μητέρα απάντησε με τροφή σε κάθε συναισθηματική ανάγκη του παιδιού της, έτσι που εκείνο βρέθηκε στην αδυναμία να αναγνωρίσει τις πραγματικές του ανάγκες (πείνα-κούραση). Δημιουργήθηκε ένα βασικό αίσθημα ανικανότητας που αυξάνεται με τα προβλήματα της εφηβείας. Οι ανορεξικές δεν μπορούν να διακρίνουν σωστά τις σωματικές ανάγκες. Σχηματίζεται μια παραληρητική διαταραχή της εικόνας του σώματος, η έφηβη αρνείται το αδυνάτισμα και ζει μέσα στο συνεχή φόβο του πάχους.

Ο B. Brusset επεκτείνοντας αυτή τη θεωρία λέει ότι η σχέση είναι περισσότερο συγκρουσιακή ανάμεσα στη μητέρα και το μωρό-κορίτσι παρά ανάμεσα στη μητέρα και το μωρό-αγόρι¹⁰.

Ο A. Sours πιστεύει ότι η έφηβη δεν είναι ικανή να αντιμετωπίσει τη διαδικασία ατομικοποίησης-αποχωρισμού λόγω της υπερπροστασίας και του υπερελέγχου στα παιδικά χρόνια¹¹. Η άρνηση είναι ο κεντρικός μηχανισμός άμυνας, άρνηση για τη λεπτότητα του σώματος, την αρρώστεια, την θεραπεία. Αυτή η άρνηση είναι αποτέλεσμα του μητρικού υπερελέγχου που αναγκάζει τις ανορεκτικές να αρνηθούν τις ενορμήσεις, τα αισθήματα, τις επιθυμίες τους.

Ακόμη και στην ίδια ηλικιακή περίοδο το σύμπτωμα της ανορεξίας μπορεί να μην έχει και την ίδια ψυχοπαθολογική σημασία. Στην περίπτωση της βρεφικής ανορεξίας π.χ. η ανορεξία που εκδηλώνεται τις πρώτες εβδομάδες της ζωής παραπέμπει σε αρχαϊκούς μηχανισμούς και έχει τελείως διαφορετική αξία για τη λειτουργία του ψυχικού οργάνου από ότι η αντιδραστική ανορεξία του δεύτερου εξαμήνου. Η ανορεξία του δεύτερου

⁹ Bruch Disorders: Obesity, Anorexia and the Person Within, Basic Books, New York, 1973. Bruch H.: "Anorexia Nervosa and Its Differential Diagnosis", Journal of Nervous and Mental Disease, 141:555-564, 1966

¹⁰ Brusset B.: "L' assiette et le miroir". Privat Ed., Toulouse, 1977, 1 vol

¹¹ Sours J.A.: "The Anorexia Nervosa Syndrome", International Journal of Psycho-Analysis, 55:567-576, 1974

εξαμήνου επέρχεται στην περίοδο που το παιδί κερδίζει την αυτονομία του, στο στάδιο ατομικοποίησης-αποχωρισμού κατά M. Mahler. Σύμφωνα με την M. Klein η περίοδος που το βρέφος συνειδητοποιεί ότι η ύπαρξή του είναι ξεχωριστή από εκείνη της μητέρας του αποτελεί την καταθλιπτική θέση. Η εφηβεία εξ'άλλου είναι η στιγμή επαναδραστηριοποίησης του σταδίου ατομικοποίησης-αποχωρισμού και του πένθους των γονεϊκών αντικειμένων. Με αυτή την οπτική γωνία, η ανορεξία φαίνεται να είναι η συνέπεια ενός συμβολικού αποχωρισμού στην βρεφική ηλικία και την εφηβεία.

Στην εφηβεία ο τύπος της προσωπικότητας που καθορίζει τους μηχανισμούς άμυνας και τις αντικειμενότροπες σχέσεις καθορίζει την ένταξη του συμπτώματος της ανορεξίας σε ένα ευρύ νοσολογικό πεδίο που περιλαμβάνει τη νεύρωση, την κατάθλιψη, τις διαταραχές της προσωπικότητας ακόμη και την ψύχωση.

Στην αναζήτηση των κοινών σημείων πολλοί Γαλλόφωνοι συγγραφείς αναφέρουν την παθολογία του πένθους. Ο L. Kreisler¹² παρατηρεί την αυξημένη συχνότητα των πρώιμων ψυχοσωματικών διαταραχών των βρεφών, κυρίως ανορεξίας, όταν η μητέρα βρίσκεται σε ένα μη επεξεργασμένο πένθος.

Το σύμπτωμα θεωρείται το προϊόν της προβληματικής ταύτισης της μητέρας με το παιδί που της επιτρέπει να αποφύγει την κατάθλιψη αλλά μπλοκάρει την ψυχική ανάπτυξη του παιδιού. Η διατήρηση του συμπτώματος εμποδίζει την ψυχική διεργασία του πένθους αλλά επιτρέπει την διατήρηση διαμέσου του παιδιού του λιβιδινικού δεσμού με το αγαπημένο απωλεσθέν πρόσωπο.

Φαίνεται ότι μια παρόμοια κατάσταση συναντάται συχνά στις οικογένειες των ανορεκτικών εφήβων. Η μητέρα της ανορεκτικής δεν έχει κάνει το πένθος για ένα εξιδανικευμένο γονέα. Ένα μεγάλο μέρος των επενδύσεών της εξακολουθεί να του είναι αφιερωμένο, και αυτή η επένδυση αποβαίνει εις βάρος των πραγματικών αναγκών της οικογένειάς της. Η έφηβη προσπαθεί να φτάσει αυτό το επιθυμητό άπιαστο αντικείμενο της μητέρας της και η ανορεξία μπορεί να είναι ένας τρόπος να πλησιάσει αυτό το ιδεατό που περικλείει τον θάνατο.

¹² Kreisler L: Le nouvel enfant du desordre psychosomatique, Edit. Privat, Toulouse, 1987

1.3.2 Διαγνωστικά κριτήρια

Η ταξινόμηση των ψυχιατρικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας¹³, θέτει τα παρακάτω διαγνωστικά κριτήρια για την Ψυχογενή Ανορεξία:

- Α. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματός του στο επίπεδο ή άνω από το επίπεδο του ελάχιστα φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του, π.χ. απώλεια βάρους που έχει ως αποτέλεσμα τη διατήρηση του βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου, ή αποτυχία αν έχει την αναμενόμενη αύξηση βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης που έχει ως αποτέλεσμα, βάρος σώματος λιγότερο από το 85% του αναμενόμενου.
- Β. Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα γίνει παχύ, ακόμη και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
- Γ. Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα, υπέρμετρη επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματος στην αυτοαξιολόγηση ή άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού βάρους του σώματος.
- Δ. Σε γυναίκες μετά την εμμηναρχή, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιακών κύκλων (μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια αν οι περίοδοί της εμφανίζονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών, π.χ. οιστρογόνων).

1.4 Ψυχογενής Ανορεξία

Η Ψυχογενής ανορεξία εκδηλώνεται με δύο διαφορετικούς τύπους:

- Α) Ανορεξία στερητικού τύπου / Περιοριστικός τύπος (restricting type):**
Ο στερητικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από μια παρατεταμένη και αυστηρή αποχή από το φαγητό. Οι ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου συνήθως χαρακτηρίζονται από περισσότερη εσωστρέφεια κι αρνούνται να παραδεχτούν πως νιώθουν πείνα και άγχος.

¹³ American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition), Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994

Στο άτομο, που εμφανίζει αυτόν τον Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας και αυτοαξίας συνδέεται άρρηκτα με το βαθμό στον οποίο μπορεί να ελέγξει το σωματικό βάρος και σχήμα. Το άτομο αισθάνεται περήφανο και αποκτά την αίσθηση της αυτοκυριαρχίας όταν το βάρος του αρχίζει να μειώνεται, ενώ αντίθετα όταν το βάρος του αυξάνεται το άτομο κατακλύζεται από συναισθήματα αποτυχίας και την εντύπωση ότι δεν είναι πλέον αποδεκτό από τους οικείους και το κοινωνικό σύνολο. Στα άτομα, που εμφανίζουν τον Περιοριστικό Τύπο, είναι σπάνιο να εκδηλωθούν επεισόδια υπερφαγίας ή καθαρτικών συμπεριφορών, και σε σύγκριση με τα άτομα, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο, δεν είναι πολύ επιρρεπείς στη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, εμφανίζουν όμως μικρότερη συναισθηματική αστάθεια και είναι λιγότερο ενεργοί σεξουαλικά. Υπάρχουν ακόμα ενδείξεις ότι οι δύο αυτοί υποτύποι μπορεί να διαφέρουν στον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή.

B) Ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου / Υπερφαγικό / Καθαρτικό: binge eating/purging type: Ο υπερκαταναλωτικός τύπος της ανορεξίας χαρακτηρίζεται από σποραδικά επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθούνται από τεχνητή πρόκληση εμετού. Οι ασθενείς με ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου χαρακτηρίζονται από εξωστρέφεια, αναφέρουν συχνότερα άγχος, κατάθλιψη κι ενοχές, παραδέχονται πως έχουν έντονη όρεξη και τείνουν να είναι μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τους ασθενείς με ανορεξία στερητικού τύπου.

Οι βουλιμικοί ανορεκτικοί ξεκινούν συχνά ως περιοριστικοί και τελικά προχωρούν προς τα υπερφαγικά επεισόδια και τις καθαρτικές συμπεριφορές, όταν στα μεσοδιαστήματα της πλήρους αποστέρησης τροφής αισθάνονται ανίκανοι πλέον να διατηρήσουν απόλυτο έλεγχο της τροφής που καταναλώνουν.

Σε γενικές γραμμές, η Νευρογενής Ανορεξία δεν είναι δύσκολο να αναγνωρισθεί. Για το 85% των περιπτώσεων ισχύει ότι το άτομο θα εκδηλώσει τη νόσο κάποια στιγμή μεταξύ των 13 και 20 ετών. Ο ειδικός θα πρέπει να εξετάσει με ιδιαίτερη προσοχή την πιθανότητα να διαγνώσει Νευρογενή Ανορεξία σε άτομο που δεν εμπίπτει σ' αυτό το ηλικιακό φάσμα. Η δυσκολία του ειδικού εντοπίζεται περισσότερο στη μυστικοπάθεια που διακατέχει τους ασθενείς, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, με αποτέλεσμα να μην περιγράφουν ξεκάθαρα ούτε το κίνητρό τους να είναι αδύνατοι ούτε το φόβο του πάχους που τους

κυριεύει. Αντ' αυτού μπορεί να αναγνωρίζουν στον εαυτό τους μόνο μια γενική και αόριστη ανησυχία για την ποιότητα των τροφών που καταναλώνουν και μια έντονη επιθυμία να γυμνάζονται. Επίσης, μπορεί να είναι δύσκολο για τους ασθενείς αυτούς να εξωτερικεύσουν τη διαστρεβλωμένη εικόνα που έχουν για το σωματικό τους σχήμα και βάρος. Μπορεί να δηλώνουν οι ασθενείς αυτοί ότι συνειδητοποιούν πως είναι πολύ αδύνατοι και ότι θα χρειαστούν υπεράνθρωπες προσπάθειες για να ανακτήσουν ένα φυσιολογικό βάρος, αλλά ωστόσο δεν ανησυχούν για τους πολύ σοβαρούς κινδύνους που διατρέχει ο οργανισμός τους εξαιτίας του χρόνιου υποσιτισμού και σε γενικές γραμμές δεν είναι βαθιά δεσμευμένοι να προσπαθήσουν πραγματικά όπως με το να αυξήσουν την θερμιδική αξία των τροφών που καταναλώνουν.

1.4.1 Η κλινική εικόνα της Ψυχογενούς Ανορεξίας



Η Ψυχογενής Ανορεξία χαρακτηρίζεται από έντονη και σοβαρή διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος και από την ανυποχώρητη επιδίωξη του/της ασθενούς να είναι λεπτός/ή. Η διαταραχή μπορεί να γίνει κατανοητή ως ένας παράλογος φόβος για το πάχος ή όπως το ονόμασε ο Russell ως «νοσηρός φόβος του πάχους», ο οποίος οδηγεί το άτομο σε έναν σκόπιμο αυτοεπιβαλλόμενο περιορισμό της πρόσληψης της τροφής του και σε μια τέτοια επιλογή της ποσότητας και της ποιότητας των τροφών, ώστε εκείνο να οδηγείται σε μια απώλεια βάρους και απίσχνανση, η οποία προοδευτικά μπορεί να φτάσει σε κατάσταση λιμοκτονίας. Η καταναγκαστική σωματική άσκηση διατηρεί το χαμηλό βάρος των ασθενών, ενώ σε μικρό ποσοστό γίνεται χρήση διουρητικών, καθαρτικών ή αυτοπροκαλούμενου εμετού. Μόλις η απώλεια βάρους επιτευχθεί, όχι απλά η συμπεριφορά δεν θεωρείται πρόβλημα για τον ίδιο τον ασθενή, αλλά αντίθετα, το χαμηλό βάρος το αξιολογεί ως επίτευγμα, με αποτέλεσμα να παρουσιάζει περιορισμένο κίνητρο για αλλαγή. Η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται με την αυστηρή δίαιτα, κατά την οποία τα φαγητά που θεωρεί παχυντικά τα αποκλείει από το διαιτολόγιό του. Οι ασθενείς αναπτύσσουν συμπεριφορές με συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες σε σχέση με τη διατροφή, όπως το να κρύβουν φαγητά σε διάφορα μέρη του σπιτιού. Συνήθως τεμαχίζουν το φαγητό τους σε μικρά κομματάκια και καταναλώνουν πολύ χρόνο στην προσπάθειά τους αναδιατάζουν την τροφή στο πιάτο τους.

Όταν οι ασθενείς δέχονται παρατηρήσεις για τη συμπεριφορά τους σε σχέση με το φαγητό, συνήθως δεν αποδέχονται το μη φυσιολογικό της συμπεριφοράς τους και αρνούνται κάθε συζήτηση για το πρόβλημα¹⁴. Ο έντονος φόβος να πάρουν βάρος είναι εμφανής σε όλους τους ασθενείς, με αποτέλεσμα να μην έχουν ενδιαφέρον για οποιαδήποτε θεραπευτική πρόταση.

Σε ορισμένους ασθενείς με ανορεξία, ο περιορισμός της ληφθείσας τροφής ενεργοποιείται και από άλλες ψυχολογικές διεργασίες, όπως είναι ο ανταγωνισμός και η αυτοτιμωρία¹⁵. Κατά τους Westen και Harnden-Fisher¹⁶ οι ασθενείς εκδηλώνουν έναν περιορισμό απέναντι στην ευχαρίστηση, τις βαθύτερες ανάγκες τους, τα συναισθήματα, τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, την αυτογνωσία, τη σεξουαλικότητα και το βάθος με το οποίο κατανοούν τους άλλους. Συνήθως αισθάνονται κενοί, χρόνια δυσφορικοί, καταθλιπτικοί, ανεπαρκείς και ανηδονικοί.

Παρουσιάζουν επίσης υψηλά ποσοστά αυτοτραυματιστικών συμπεριφορών, όπως και οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία¹⁷, π.χ. τράβηγμα του τριχωτού της κεφαλής, κόψιμο και πρόκληση μωλώπων. Η ύπαρξη δευτερογενών συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης όπως είναι η ευερεθιστότητα, η εναλλαγή της διάθεσης, η διαταραγμένη συγκέντρωση, η κοινωνική απομόνωση, η απώλεια της σεξουαλικής όρεξης και οι έμμονες ιδέες έχουν επίσης επισημανθεί στη βιβλιογραφία. Σύμφωνα με τους Fairburn και Harrison¹⁸, τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης επιδεινώνονται με τη μείωση του βάρους και καλυτερεύουν κατά την φυσιολογικοποίησή του.

¹⁴ Fairburn, C. (1997) *Eating Disorders Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy* by Clark, D. and Fairburn, C., Oxford University Press.

¹⁵ Beumont PJV.(2002) The Neurobiology of eating behaviour and weight control p.p237-250,in Neurobiology in the Treatment of Eating Disorders, John Wiley

¹⁶ Westen, D., & Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158, 547-562.

¹⁷ Mitchell, J.E. (1992). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Psychiatric Medicine*, 1, 229-255

¹⁸ Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders-Seminar. *The Lancet* 2003, 361:407-416

Οι έρευνες συνοσηρότητας αναφέρουν ότι ένα υψηλό ποσοστό (75%) των ασθενών με ΔΠΤ (Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής) πάσχουν και από αγχώδεις διαταραχές, οι οποίες εμμένουν και μετά την αποκατάσταση της ΔΠΤ¹⁹. Οι Becker, και Zayfert²⁰ ανέφεραν υψηλά ποσοστά συσχέτισης ανάμεσα στην κοινωνική φοβία, τη μετατραυματική διαταραχή και τις ΔΠΤ.

Παρά τη λατινική ρίζα της λέξης, η νευρική ανορεξία, "*anorexia nervosa*", δηλαδή «νευρική απώλεια της όρεξης», δεν σημαίνει πραγματική απώλεια της όρεξης. Αντίθετα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία αποκτούν μια πλήρη και αποκλειστική ενασχόληση με το φαγητό, ενώ συχνά βιώνουν οξείες κρίσεις πείνας. Η Ψυχογενής Ανορεξία έχει ερμηνευτεί ως μία αγχώδης αποφυγή της πρόσληψης βάρους, ως μια εμμονή με το σχήμα και το βάρος του σώματος και ως ένας εμμένων ψυχαναγκασμός γύρω από τον έλεγχο της πρόσληψης τροφής και του σωματικού βάρους. Μάλιστα ο Collier²¹ έχει θεωρήσει την Ψυχογενή Ανορεξία ως μια πρωτογενή διαταραχή του άγχους και του ελέγχου των παρορμήσεων, παρά του φαγητού. Η σχέση ανάμεσα στη Ψυχογενή Ανορεξία και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή άλλωστε είναι ιδιαίτερα συναφής, λόγω της υψηλής τους συνοσηρότητας²² των επικαλυπτόμενων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και των νευροβιολογικών ομοιοτήτων τους

1.4.2 Τα αίτια της ασθένειας

Τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει μια αλματώδη αύξηση των διαταραχών διατροφής. Το ποσοστό της νευρικής ανορεξίας κυμαίνεται από 0,4 σε 0,7% και κυρίως εκδηλώνεται σε γυναίκες ηλικίας 15-19 ετών. Είναι η μοναδική ψυχιατρική διαταραχή που μπορεί να

¹⁹ Kaye WH, Greeno CG, Moss H, Fernstrom J, Fernstrom M, Lilenfeld LR, Weltzin TE, Mann J: Alterations in serotonin activity and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 55(10):927-935, 1998.

²⁰ Zayfert, C., Becker, C.B., Unger, D.L. and Shearer, D.K., 2002. Comorbid anxiety disorders in civilians seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* **15**, pp. 31-38

²¹ D. A. Collier and J. L. Treasure The aetiology of eating disorders *The British Journal of Psychiatry*, November 1, 2002; 185(5): 363 - 365

²² Zaidar, T. I. Johnson, J. G., and Cockell, S. J. (2000). Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 58-67.

οδηγήσει απ' ευθείας στο θάνατο με ποσοστό θνησιμότητας γύρω στο 10% σύμφωνα με τα στοιχεία της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας. Ένα επίσης ανησυχητικό εύρημα είναι, πως έχουν αρχίσει να αναφέρονται αυξανόμενα περιστατικά νευρικής ανορεξίας σε ηλικίες 8-13 ετών, γεγονός που ήδη είχε καταγραφεί από το 1992 από τους ερευνητές Lask και Bryant-Waugh²³. Τα αίτια της νευρικής ανορεξίας φαίνεται να είναι πολυπαραγοντικά. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κοινωνίας, του τρόπου σκέψης, του συναισθήματος αλλά και της οικογένειας στην οποία ζουν τα άτομα με ανορεξία έχουν ενοχοποιηθεί σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό για την εκδήλωση της διαταραχής αυτής. Οι παράγοντες αυτοί περισσότερο φαίνεται να συμπληρώνουν ο ένας τον άλλον κι όχι να αποκλείουν ο ένας τον άλλον.

Το είδος της κοινωνίας μέσα στην οποία μεγαλώνει ένα άτομο φαίνεται να είναι πολύ σημαντικό για το αν θα αναπτύξει κάποια διαταραχή διατροφής ή όχι. Τα τελευταία είκοσι χρόνια στις δυτικές κοινωνίες, όλο και πιο πολύ προβάλλεται το αδύνατο σώμα όχι μόνο σαν πρότυπο ομορφιάς αλλά και σαν προϋπόθεση για αυτοεκτίμηση, επιτυχία κι ευτυχία. Ταυτόχρονα όλο και πιο πολύ αυξάνονται τα ποσοστά των διαταραχών διατροφής. Σε μη δυτικές κοινωνίες που δεν υπήρχαν αυτά τα δυτικά πρότυπα δεν αναφέρονταν περιστατικά ανορεξίας. Με την εισβολή των δυτικών προτύπων ομορφιάς και κομψότητας μέσα από διαφημίσεις, περιοδικά και σταρ του κινηματογράφου άρχισαν να αναφέρονται όλο και πιο πολλά περιστατικά ανορεξίας. Ακόμη, τα παιδιά των οικογενειών χωρών της μέσης ανατολής και της Ασίας που πήγαν στην Αγγλία π.χ. ανέπτυξαν διαταραχές διατροφής με το που ήρθαν σε επαφή με τις νέες αξίες, ενώ στις χώρες τους τα ποσοστά ανορεξίας είναι κοντά στο 0. Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα των ερευνών είναι πως οι έγχρωμες γυναίκες της Αμερικής δεν θεωρούν πως ένα αδύνατο σώμα είναι απαραίτητο για να είναι, επιτυχημένες και ελκυστικές αλλά αντίθετα πως η ελκυστικότητα εξαρτάται από τη συνολική στάση και προσωπικότητα της γυναίκας, 70% των έγχρωμων γυναικών δηλώνουν ευχαριστημένες με το σώμα τους ενώ μόλις 11% των λευκών γυναικών της Αμερικής δηλώνουν το ίδιο. Συνολικά πολύ λίγες έγχρωμες αμερικάνες έχουν νευρική ανορεξία σε σχέση με τις λευκές αμερικάνες και οι έγχρωμοι αμερικάνοι είναι πολύ πιο πρόθυμοι από τους λευκούς να φλερτάρουν με μια παχύτερη γυναίκα. Σύμφωνα με τους Αμερικάνους ψυχολόγους Sue και Sue, φαίνεται πως η κουλτούρα των νέγων της

²³ Lask, B., Britten, C., Kroll, L., Magagna, J., Tranter, M. Pervasive refusal in child. Archives of Disease in Childhood, 1991, 66, 866-869.

Αμερικής «θωρακίζει» τις γυναίκες τους από τα δυτικά πρότυπα ομορφιάς και κατ' επέκτασιν και από τις διαταραχές διατροφής.

1.4.2.1 Βιολογικοί παράγοντες

Μεταξύ των πιθανών βιολογικών παραμέτρων συμπεριλαμβάνονται γενετικοί και νευροβιολογικοί παράγοντες, ενώ η νευροπεπτιδική ρύθμιση της όρεξης φαίνεται να αποτελεί μια εναλλακτική πρόταση σχετικά με την αιτιολογία των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.

1.4.2.2 Γενετική και Μελέτες Διδύμων

Υπάρχουν δεδομένα που στηρίζουν την άποψη ότι υπάρχει γενετική συμβολή στην ανάπτυξη των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Σε ό,τι αφορά την κληρονομικότητα, η Νευρογενής Ανορεξία φαίνεται να παρουσιάζεται με σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα σε βιολογικούς συγγενείς ασθενών που έχουν εκδηλώσει τη διαταραχή και το εύρημα αυτό μας οδηγεί να υποθέσουμε ότι υπάρχουν μηχανισμοί μεταβίβασης της νόσου στα μέλη μιας οικογένειας. Οι γυναίκες συγγενείς νεαρών ασθενών που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, έχουν 5 φορές περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν και οι ίδιες από τη διαταραχή. Η επιρροή της Νευρογενούς Ανορεξίας στις αδελφές των ατόμων που έχουν ήδη προσβληθεί υπολογίζεται περίπου στο 6%, αλλά αυτή η σχέση μπορεί να αντικατοπτρίζει κοινωνική επίδραση, παρά γενετική το ποσοστό επικινδυνότητας για άλλους συγγενείς κυμαίνεται μεταξύ του 2% και 4%.

Κάποια δεδομένα, που ενισχύουν την άποψη ότι κάποιος γενετικός παράγοντας ενυπάρχει στην αιτιοπαθογένεια της Νευρογενούς Ανορεξίας, έρχονται μέσα από μελέτες διδύμων. Τα δεδομένα αυτών των ερευνών αποτελούν ενδείξεις, οι οποίες συνηγορούν για αυξημένους δείκτες συμφωνίας σε μονοζυγωτικούς διδύμους σε σύγκριση με διζυγωτικούς. Ο Hsu²⁴, συνδυάζοντας δεδομένα από πολλές διαφορετικές δημοσιευμένες μελέτες, υπολόγισε ένα ποσοστό συμφωνίας 47% για τους μονοζυγωτικούς διδύμους και

²⁴ Hsu, L.K.G. (1990) Eating disorders. New York: Guilford cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.

ένα ποσοστό συμφωνίας 10% για τους ετεροζυγωτικούς διδύμους. Μεταγενέστερες έρευνες επιβεβαιώνουν αυτά τα δεδομένα, καθώς αναφέρουν ποσοστά σύμπτωσης σχεδόν 50% μεταξύ των μονοζυγωτικών διδύμων και ποσοστά 10% σε μονοζυγωτικούς διδύμους ή σε μη δίδυμους αδελφούς. Αυτά τα δεδομένα μπορεί να ενισχύουν την πιθανότητα η γενετική προδιάθεση να κατέχει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της Νευρογενούς Ανορεξίας, αλλά θα πρέπει να σημειωθεί ότι είναι σημαντικό να πραγματοποιηθούν και περισσότερο περίπλοκες μελέτες και έρευνες με υιοθετημένους διδύμους , γιατί τα δεδομένα που αποδεικνύουν την γενετική μετάδοση της νόσου δεν είναι ακόμα διαθέσιμα.



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

1.4.2.3 Το συναίσθημα

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

1.4.2.4 Το οικογενειακό περιβάλλον

Στον τομέα της οικογένειας, υπάρχει η άποψη πως οι οικογένειες των ατόμων με νευρική ανορεξία δεν επιτρέπουν στα νεαρά μέλη τους να αποδεχτούν μέσα από την εφηβεία το

νέο τους σώμα και δεν βοηθούνται να αποκτήσουν μια νέα ενήλικη ταυτότητα. Κατά αυτό τον τρόπο οι έφηβες κοπέλες νιώθουν αμηχανία και δυσκολία να δημιουργήσουν μια νέα ταυτότητα σώματος και να την περιλάβουν με αυτοεκτίμηση. Έτσι καταφεύγουν σε έναν ασκητικό τρόπο διατροφής «αρνούμενες να μεγαλώσουν». Σε όλα τα παραπάνω αν προσθέσουμε και την άποψη πως το φαγητό είναι ένας τρόπος επικοινωνίας της μητέρας με τα παιδιά της, θέματα διατροφής κι ανάπτυξης μπορεί να εμπεριέχουν και παιχνίδια εξουσίας στο χώρο της οικογένειας.

1.4.2.5 Ο ρόλος των ΜΜΕ στη Νευρική Ανορεξία



Τα σύγχρονα ΜΜΕ επηρεάζουν αρνητικά την εικόνα του σώματος της σημερινής γυναίκας μέσα από μία διαδικασία προβολής εικόνων που έχουν ως πρότυπο-ιδεώδες το υπερβολικά αδύνατο γυναικείο σώμα. Σύμφωνα με έρευνες, η εκδήλωση των ΔΠΤ (Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής) συσχετίζεται με την έκθεση

στις εικόνες που προβάλλουν τα ΜΜΕ²⁵. Οι κοινωνικοπολιτισμικές μελέτες υποστηρίζουν ότι η έκθεση στις εικόνες περιοδικών και η ακόλουθη εσωτερίκευση του ιδεώδους προτύπου λεπτότητας δημιουργούν στις γυναίκες έντονη δυσαρέσκεια με το σώμα τους²⁶ και συσχετίζονται με την εμφάνιση ΔΠΤ. Ακόμη και η μικρής διάρκειας έκθεση γυναικών σε εικόνες που προβάλλουν τα ιδεώδη αδύνατα γυναικεία σώματα, μπορεί να δημιουργήσει ανησυχία για το βάρος τους, δυσαρέσκεια με το σώμα τους, την αντίληψη ότι είναι παχύτερες από το κανονικό, κακή διάθεση και την αίσθηση ότι δεν είναι ελκυστικές. Η δυσαρέσκεια με το σώμα αποτελεί έναν καθοριστικό παράγοντα ευπάθειας στις ΔΠΤ. Σύμφωνα με την θεωρία του Festinger (1954) ένα άτομο κάνει υποκειμενικές συγκρίσεις με άλλα άτομα όταν απουσιάζουν οι αντικειμενικές πληροφορίες σχετικά με τους κοινωνικούς κώδικες και τα κριτήρια, με σκοπό την εκτίμηση του εαυτού του.

²⁵ Hsu, L.K.G. (1990) Eating disorders. New York: Guilford cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.

²⁶ Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825–848

Στόχοι της σύγκρισης συχνά αποτελούν τα άτομα υψηλού «κύρους», όπως είναι τα μοντέλα, οι ηθοποιοί και οι διασημότητες. Οι Mills, Polivy, Herman, και Tiggemann²⁷ ανέφεραν ότι τα άτομα που έκαναν δίαιτα αξιολογούσαν το τρέχον και το ιδανικό σχήμα του σώματός τους ως μικρότερο, ενώ απαρνιόντουσαν τη λήψη τροφής έπειτα από την έκθεση σε ιδεώδη σωματικά πρότυπα. Σύμφωνα με τους Joshi και Herman²⁸ τα άτομα που περιόριζαν το φαγητό τους παρουσίαζαν υψηλότερη κοινωνική αυτοεκτίμηση και θετικότερη εικόνα του σώματός τους αφού εκτέθηκαν σε εικόνες αδυνάτων μοντέλων, ενώ στα άτομα που δεν εμφάνιζαν διατροφικούς περιορισμούς, οι εικόνες αυτές είχαν αρνητική επίδραση. Σε έρευνα των Halliwell και Dittmar²⁹, μετά από έκθεση σε εικόνες που έδειχναν αδύνατα μοντέλα, οι συμμετέχουσες εμφάνισαν αρνητική αντίληψη της εξωτερικής τους εμφάνισης απ' ότι οι συμμετέχουσες που δεν εκτέθηκαν στις ίδιες εικόνες.

Μέσα από μία κοινωνικο-ψυχολογική οπτική, ο δυσανάλογος αριθμός των γυναικών συγκριτικά με τον αριθμό των ανδρών που πλήττεται από την Ψυχογενή Βουλιμία σηματοδοτεί τη μερική συμβολή της ταυτότητας του φύλου στην αιτιολογία της διαταραχής. Η ταυτότητα του φύλου αποτελεί μέρος της κοινωνικής ταυτότητας ενός ατόμου και αναφέρεται στο βαθμό της ταυτοποίησής του με τα κοινωνικά στερεότυπα που αφορούν στο εκάστοτε φύλο. Οι γυναίκες, στην προσπάθειά τους να νιώσουν περισσότερο άξιες και αποδεκτές, προσπαθούν να αποκτήσουν μία θετικότερη κοινωνική ταυτότητα. Εκείνες που έχουν τα περισσότερα θηλυκά στοιχεία και που ενστερνίζονται το παραδοσιακό γυναικείο πρότυπο έχουν περισσότερες πιθανότητες να εσωτερικεύσουν το ιδεώδες πρότυπο της λεπτότητας³⁰.

²⁷ Mills, 1985, I. Mills, The neuronal basis of compulsive behavior in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research* 19 (1985), pp. 231–235.

²⁸ Joshi, R Herman CP Polivy J “Self Enhancing Effects of Exposure to thin body Images” *International Journal of Eating Disorders* 35(3) 333–41 2004 April

²⁹ Halliwell, E. & Dittmar, H. (2004). Does size matter? The impact of model's body size on women's body-focused anxiety & advertising effectiveness. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 23(1), 104–122.

³⁰ Klingenspor, B., 1994. Gender identity and bulimic eating behavior. *Sex Roles* 31, pp. 407–410

1.4.3 Το Μοντέλο του Maudsley

Η σύγχρονη ομάδα των ερευνητών του Νοσοκομείου Maudsley του Λονδίνου θεωρεί ότι απουσιάζουν τα επαρκή στοιχεία που στηρίζουν την ευθύνη των οικογενειών για την «παραγωγή» ασθενών με ανορεξία³¹. Μέσα από μια θετική θεώρηση της ασθενούς και της οικογένειας, ο θεραπευτής καλείται να παίζει έναν συμβουλευτικό ρόλο με στόχο να επανατοποθετηθεί ο έλεγχος στους γονείς της ασθενούς με ανορεξία, οι οποίοι θα ταΐζουν το παιδί τους, όπως το έκαναν παλαιότερα. Η θεραπεία περιλαμβάνει ένα οικογενειακό γεύμα το οποίο προσφέρει την ευκαιρία στον θεραπευτή να εκμάθει στους γονείς τη λήψη τροφής και να εντοπίσει ενδεχόμενες προβληματικές διαστάσεις, όπως είναι ο θυμός, οι ανεπαρκείς επιλογές της τροφής ή η αποφυγή της διεκδικητικότητας³². Η θεραπεία είναι βραχυπρόθεσμη και οι αλλαγές επιχειρούνται στα μοτίβα της οικογενειακής συμπεριφοράς που δυσκολεύουν τη διαδικασία πρόσληψης τροφής. Η θεραπεία χωρίζεται σε τρεις ευδιάκριτες φάσεις: την επανατροφοδότηση του πελάτη, τις διαπραγματεύσεις για ένα νέο μοτίβο σχέσεων και τον τερματισμό³³.

Η πρώτη ελεγχόμενη κλινική μελέτη σε ενήλικους ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία ήταν η μελέτη των Russell, Szmulker, Dare, και Eisler³⁴ στο νοσοκομείο Maudsley του Λονδίνου. Σε κλινικό δείγμα 80 ασθενών με ΔΠΤ, οι ερευνητές συνέκριναν την οικογενειακή θεραπεία του Maudsley με μια ατομική, υποστηρικτικού τύπου θεραπεία. Οι ασθενείς με έναρξη της διαταραχής πριν τα 19 έτη και με διάρκεια της διαταραχής μικρότερη των τριών ετών οι οποίοι μετείχαν σε οικογενειακή θεραπεία παρουσίασαν καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με την ομάδα της υποστηρικτικής θεραπείας, ενώ το ποσοστό διατήρησης των αποτελεσμάτων ήταν μεγαλύτερο σε αξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε πέντε χρόνια αργότερα. Δεν παρατηρήθηκαν ωστόσο σημαντικές

³¹ Dare, C., LeGrange, D., Eisler, I., & Rutherford, J. (1994) Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disordered families. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 211-226 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.

³² Lock, J. Le Grange, D. Agras, WS., et al. *Treatment manual for anorexia nervosa. A family-based approach*. New York: Guilford; 2005

³³ Le Grange, D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 5, 1999, 727-740

³⁴ Eisler, I., Dare, C., Russell, G.F.M., Szmulker, G.I., Le Grange, D., & Dodge, E. Family and individual therapy in anorexia nervosa: A five year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1987, 1025-1030

διαφορές ως προς την αποτελεσματικότητα των δύο παρεμβάσεων στις ασθενείς εκείνες των οποίων η διάρκεια της διαταραχής τους ήταν μεγαλύτερη των τριών ετών. Μάλιστα παρατηρήθηκε μια τάση υπέρ της ατομικής θεραπείας σε υποομάδα των ασθενών που παρουσίαζαν μεταγενέστερη έναρξη της διαταραχής, συγκριτικά με τις ασθενείς που παρουσίαζαν πρόωμη έναρξη της διαταραχής, οι οποίοι επιπροσθέτως παρουσίασαν μεγαλύτερη ψυχολογική προσαρμοστικότητα μετά τη λήξη της θεραπείας σε σύγκριση με τις ασθενείς που ολοκλήρωσαν την οικογενειακή θεραπεία³⁵.

1.5 Στατιστικά στοιχεία σχετικά με τη Νευρογενή Ανορεξία

Σύμφωνα με τα δημογραφικά ευρήματα, οι ΔΠΤ εκδηλώνονται συνήθως σε έφηβες και νεαρές γυναίκες οι οποίες αποτελούν τουλάχιστον το 90% των ασθενών με ΔΠΤ³⁶. Η επικράτηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας στον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 1% έως 3%, ενώ στη Ψυχογενή Ανορεξία από 0.3% έως 0.5%. Η «επικράτηση» (Μαδιανός, 2003) είναι η μέτρηση του συνολικού αριθμού των περιπτώσεων που νοσούν από μια ψυχιατρική διαταραχή στον γενικό πληθυσμό και προέρχεται από τη μετάφραση της αγγλικής λέξης “prevalence”³⁷. Η επικράτηση της υποουδικής 4 Ψυχογενούς Βουλιμίας στις νεαρές ενήλικες γυναίκες υπολογίζεται στο 5.4% και της υποουδικής Ψυχογενούς Ανορεξίας στο 1.09%³⁸.

Τα ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία ποικίλλουν στις διαφορετικές έρευνες. Για παράδειγμα, οι Fairburn και Harrison και ο Hsu³⁹ υπολόγισαν ότι το ποσοστό θνησιμότητας των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία είναι 4-10 %, ενώ σύμφωνα με τον Μαδιανό (2004), μετά από εικοσαετή πορεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας υπάρχει ένα ποσοστό 18% θνησιμότητας, στο οποίο εμπίπτει το 20% των ασθενών κατά τους Crisp, Callendar, Halek, και Hsu (1992).

³⁵ Lock, J., Le Grange, D. Help your teenager beat an eating disorder. New York: Guilford Press, 2005.

³⁶ Hoek, HW, van Hoeken, D (2003) "Review of the prevalence and incidence of eating disorders" Int J Eat Disord 34: 383-396

³⁷ Franko, D.L., Striegel-Moore, R.H. Psychosocial risk for eating disorders: what's new? In: Wonderlich, S., Mitchell, J., de Zwaan, M., Steiger, H. (Ed.) *Annual Review of Eating Disorders*, Part I. Oxford. Radcliffe Publishing; 2007: 51-62.

³⁸ Szumska, Tury, Csoboth, Rethelyi, Purebl, Hajnal, the prevalence of eating disorders in Hungarian Representative Sample of young woman, alpbuck 2005

³⁹ Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003) Eating disorders. *Lancet*, 361, 407 -416

Στις ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, η πιθανότητα εκδήλωσης Ψυχογενούς Βουλιμίας υπολογίζεται στο 2-5% Kreipe & Birndorf⁴⁰, Van Hoeken, Lucas, & Hoek⁴¹, ενώ το ποσοστό της πιθανότητας αυτής διπλασιάζεται για τις Άτυπες Διαταραχές Διατροφής. Το 20% των γυναικών με καθαρτικού τύπου Ψυχογενή Βουλιμία και το 13% με μη-καθαρτικού τύπου Ψυχογενή Βουλιμία παρουσίαζαν ιστορικό Ψυχογενούς Ανορεξίας (Striegel- Moore).

Στη διεθνή βιβλιογραφία οι έρευνες των ποσοστών επίπτωσης των ΔΠΤ βασίζονται σε περιπτώσεις ασθενών που εμφανίζονται στις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με πρόσφατη επισκόπηση των υπάρχοντων επιδημιολογικών μελετών των Hoek και Van Hoeken (2003), η επίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι οκτώ περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα στον γενικό πληθυσμό τον χρόνο και η επίπτωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι δώδεκα περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα στον πληθυσμό τον χρόνο.

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα στην κοινότητα των Striegel-Moore⁴² το 1.5% των λευκών γυναικών πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για Ψυχογενή Ανορεξία έναντι καμίας μαύρης γυναίκας,

Στις Ασιατικές χώρες η επικράτηση των ΔΠΤ αποτελεί ένα σύγχρονο φαινόμενο. Σε έρευνα των Nakamura⁴³, η επικράτηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας ήταν 4.79 ανά 100.000 γυναίκες.

Στο Χονγκ-Κόνγκ επίσης διαπιστώθηκε ότι Ψυχογενής Ανορεξία ήταν επικρατέστερη της Ψυχογενούς Βουλιμίας.

⁴⁰ Kreipe, R.E., & Birndorf, S.A. (2000). Eating disorders in adolescents and young adults. *Medical Clinics of North America*, 84 (4), 1027.

⁴¹ Van Hoeken, D., Lucas, A.R., & Hoek, H.W. (1998). Epidemiology. In H.W. Hoek, J.L.Treasure, & M.A. Katzman (Eds.), *Neurobiology in the treatment of eating disorders* (pp. 97-126). Chichester: Wiley.

⁴² Striegel-Moore, R.H., Dohm, F.A., Kraemer, H.C., Taylor, C.B., Daniels, S., Crawford, P.B., Schreiber, G.B. (2003). Eating disorders in white and black women. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1326-1331.

⁴³ Nakamura, K., Yamamoto, M., Yamazaki, O., Kawashima, Y., Muto, K., Someya, T., Sakurai, K., and Nozoe, S. (2000). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 173-180.

Σε μεγάλη έρευνα που διεξήχθη στην Κίνα σε 1246 κορίτσια σχολικής ηλικίας 12-19 ετών, οι Huon, Migyi, και Xiao⁴⁴ εντόπισαν υψηλά επίπεδα ενασχόλησης με θέματα βάρους και κρούσματα υποουδικών περιπτώσεων Ψυχογενούς Βουλιμίας και Ψυχογενούς Ανορεξίας. Αναλυτικότερα, το 25% των κοριτσιών ανέφερε ότι το βάρος του αποτελούσε εξαιρετικά σημαντικό παράγοντα στην αξιολόγηση του εαυτού του, ενώ το 15-20% έκανε κατά καιρούς δίαιτα. Το 41% του δείγματος ανέφερε ότι είχε ενδώσει σε επεισόδια υπερφαγίας, το 1.8% έκανε πρόκληση εμετού και το 2.2% χρησιμοποίησε καθαρτικά.

Σε επιδημιολογική έρευνα των Szumska⁴⁵ σε 3.615 Ουγγαρέζες γυναίκες, η επικράτηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας ήταν 0.03%.

Οι Bilukha και Utermohlen⁴⁶ σε έρευνά τους σε 616 Ουκρανές νεαρές γυναίκες στην κοινότητα, υπολόγισαν ότι το 1/4 των γυναικών που ήταν ελλειποβαρείς και τα 3/5 των γυναικών που είχαν φυσιολογικό βάρος επιθυμούσαν να είναι λεπτότερες, ενώ το 31% ανέφερε ότι έκανε δίαιτα κατά τους προηγούμενους έξι μήνες. Ο συγγραφείς συμπέραναν ότι η εσωτερικοποίηση του Δυτικού ιδεώδους της λεπτότητας συσχετίζεται με την έκθεση στα Δυτικά Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

Σε έρευνα που μελετήθηκαν οι γενετικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που επιδρούν στην εκδήλωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας, η συμφωνία για την κληρονομικότητα των MZ (Μονοζυγωτικών) έναντι των ΔZ (Διζυγωτικών) διδύμων για τον ευρύ ορισμό της Ψυχογενούς Ανορεξίας, ήταν 22% και 10% αντίστοιχα⁴⁷. Σύμφωνα με τους Kirman και συν. (1999) η Ψυχογενής Ανορεξία έχει δείκτη κληρονομικότητας 0.71 σε έρευνες σε

⁴⁴ Huon, G.F., Migyi, Q., and Xiao, G. (2002). A large-scale survey of eating disorder symptomatology among female adolescents in the People's Republic of China.

⁴⁵ Szumska, I., Tury, F., Csoboth, C.T., Rethelyi, J., Purebl, G., Hajnal, A. (2005). The prevalence of eating disorders of eating disorders and weight-control methods among young women: a Hungarian representative study. *European Eating Disorders Review*, 13 (4), 278-284.

⁴⁶ Bilukha, O.O., Utermohlen, V. (2001). Internalization of Western standards of appearance, body dissatisfaction and dieting in urban educated Ukrainian females. *European Eating Disorders Review*, 10 (2), 120-137

⁴⁷ Walters, E.E., & Kendler, K.S. (1995). Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 64-71.

διδύμους και 0.72 σε έρευνες σε οικογένειες. Η Ψυχογενής Βουλιμία θεωρείται επίσης ότι έχει μεγάλη κληρονομικότητα, τα ποσοστά της οποίας κυμαίνονται από 30% μέχρι 83%.

Σε πρόσφατη μετα-ανάλυση των ερευνών στις ΔΠΤ, η Ψυχογενής Ανορεξία είχε μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στην οικογένεια λόγω γενετικών επιδράσεων κατά 88%, χωρίς την επιρροή του μη-κοινού περιβάλλοντος στην εμφάνισή της. Στη Ψυχογενή Βουλιμία η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισής της στην οικογένεια, εξηγήθηκε με βάση τους γενετικούς παράγοντες κατά 47%, του κοινού περιβάλλοντος κατά 30% και του μη-κοινού περιβάλλοντος κατά 23%. Οι Klump, McGue και Lacono⁴⁸ μελέτησαν ομάδες διδύμων παιδιών και εφήβων ηλικίας 10-18 ετών από την οργάνωση “*Minnesota Twin Family Study*” και κατέληξαν ότι ενώ η υπερβολική ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος καθορίζεται από γενετικούς παράγοντες, ωστόσο ο αντίκτυπος που θα έχουν στο άτομο εξαρτάται από τις επιδράσεις του περιβάλλοντος. Σε έρευνα⁴⁹ οι συγγενείς των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία παρουσίαζαν κατά 11.4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής από τους συγγενείς των υγιών συμμετεχόντων, ενώ ο αντίστοιχος κίνδυνος για την Ψυχογενή Βουλιμία ήταν 3.7 φορές μεγαλύτερος. Επίσης ήταν πιθανότερο να νοσεί και δεύτερο μέλος σε μια από τις οικογένειες των ασθενών με ΔΠΤ σε σχέση με τις οικογένειες των υγιών συμμετεχόντων.

Μια νέα μελέτη δείχνει ότι η νευρική ανορεξία έχει μια, μεγαλύτερη χρονικά, πορεία στα κορίτσια από ότι στα αγόρια. Ένα χρόνο μετά την υποβολή τους σε θεραπεία για την ανορεξία, ερευνητές στο αμερικανικό Πανεπιστήμιο UCLA διαπίστωσαν ότι, τα κορίτσια παρουσίασαν υψηλότερο επίπεδο συνεχούς ανησυχίας με το βάρος και την κατανάλωση, σε σύγκριση με τα αγόρια. Ενώ κανένα από τα αγόρια σε αυτή την μελέτη δεν υποτροπίασε στην ανορεξία, ένα χρόνο μετά την θεραπεία, 8,2% των κοριτσιών υποτροπίασε.

⁴⁸ Klump, K.L., McGue, M., & Lacono, W.G. (2000): Age differences in genetic and environmental influences of eating attitudes and behaviors in preadolescent and adolescent female twins. *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 239-251.

⁴⁹ Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157, 393-401

Η μελέτη αυτή είναι η πρώτη που εξετάζει τις διαφορές φύλου στους ασθενείς με νευρική ανορεξία, όπως αναφέρουν οι ερευνητές της στην "Διεθνή Επιθεώρηση Διατροφικών Διαταραχών".

Δεδομένου ότι η ασθένεια είναι περισσότερο διαδεδομένη μεταξύ των κοριτσιών και των γυναικών, σημειώνουν, μερικοί ερευνητές είχαν προτείνει ότι μπορεί να υπάρχουν διαφορές φύλου στην αιτία ανάπτυξης αυτής της ασθένειας.

Για να διερευνήσουν το ζήτημα, οι επιστήμονες του Πανεπιστημίου UCLA εξέτασαν 99 ασθενείς με ανορεξία ηλικίας 13 έως 17, εκ των οποίων 14 ήταν αγόρια. Και τα αγόρια και τα κορίτσια είχαν τα ίδια σοβαρά συμπτώματα όταν υποβλήθηκαν στη θεραπεία και έπασχαν από τις διαταραχές και τα γνωρίσματα ανησυχίας που ήταν γνωστές πως συνδέονται με την ανορεξία όπως η ακαμψία και η τελειοθηρία.

Ωστόσο, τα κορίτσια παρουσίασαν μεγαλύτερη ανησυχία με το βάρος, και ένα χρόνο αργότερα, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα κορίτσια εξέφραζαν περισσότερη ανησυχία για το βάρος τους, το σχήμα και την διατροφή από τα αγόρια, και ήταν πιθανότερο να έχουν πέσει κάτω από το συνιστώμενο βάρος συντήρησής τους.

Δεν είναι σαφές, όπως γράφουν οι ερευνητές, αν τα ευρήματα σημαίνουν ότι τα κορίτσια θα υποστούν σοβαρότερα και πιο επίμονα συμπτώματα της ασθένειας μακροπρόθεσμα από τα αγόρια.

Σημειώνουν επίσης ότι οι διαφορές εγκεφάλου μεταξύ των φύλων θα μπορούσαν να είναι υπεύθυνες για τις διαφορές φύλου, ενώ είναι επίσης δυνατό ότι οι κοινωνικές και πολιτιστικές δυνάμεις που ωθούν σε ένα ιδανικό τύπο αδύνατου ανθρώπου στοχεύουν πιο έντονα και αποτελεσματικότερα τα κορίτσια.

Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα, ένας στους πενήντα χιλιάδες άντρες πάσχει από ανορεξία. Ο αριθμός αυτός, που αφορά σε ηλικίες από 18 έως 28 χρονών, δείχνει ότι το φαινόμενο βρίσκεται σε άνοδο. Έχει, μάλιστα, υπερδιπλασιαστεί τα τελευταία είκοσι χρόνια. Η νευρική ανορεξία οφείλεται στη νευρωτική εμμονή ν' αποκτήσει κάποιος ή να διατηρήσει μια λεπτή σιλουέτα. Η επιδίωξη αυτή οδηγεί στην παθολογική αποστροφή της τροφής που εξαντλεί τον οργανισμό, οδηγώντας ακόμα και στο θάνατο. Το γεγονός ότι αυτή η διαταραχή ήταν κυρίως γυναικεία υπόθεση οδήγησε σε καθυστερημένη διάγνωση

στους άντρες. Τα άτομα αυτά πηγαίνουν σε ειδικά ιατρεία μόνο όταν διαπιστώσουν ότι έχουν γκρίζο δέρμα, υπόταση και ιλίγγους από την αδυναμία, καθώς και εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα. Σύμφωνα με μια έρευνα του πανεπιστημίου του Μίσιγκαν, αυτή η παθολογική κατάσταση εμφανίζεται συνήθως σε άντρες με έντονη αθλητική δραστηριότητα, που απαιτεί τον αυστηρό έλεγχο του σωματικού βάρους. Όμως η προσπάθειά τους να αποκτήσουν "τέλειο" σώμα γίνεται με τέτοια μανία, που ξεπερνά το αρχικό μυώδες και αθλητικό πρότυπο. Η περίοδος που οι έφηβοι, αγόρια και κορίτσια, εκδηλώνουν νευρική ανορεξία (ο σωστός όρος είναι νευρωτική ανορεξία) είναι συνήθως η εφηβική περίοδος που το άτομο συγκροτεί την προσωπική του ταυτότητα και εικόνα.

Είναι σίγουρο πως η σύγχρονη κοινωνία έχει να επιδείξει πολλά στοιχεία που συνέβαλαν αποφασιστικά στην βελτίωση του βιοτικού επιπέδου στις ανεπτυγμένες χώρες. Παράλληλα όμως φαίνεται πως υπάρχουν και σημαντικές «παρενέργειες» στην γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

2.1 Κόστος της Ψυχογενούς Ανορεξίας στην προσωπικότητα



Η Ψυχογενής Ανορεξία έχει σχετισθεί με την εσωστρέφεια και τη συμμόρφωση⁵⁰ καθώς και με μία πληθώρα ιδεοψυχαναγκαστικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, όπως είναι η έντονη αυστηρότητα, η νοσηρή ανάγκη για έλεγχο και ο βαθιά ριζωμένος φόβος της αλλαγής⁵¹. Σύμφωνα με τους Fassino⁵², οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία τείνουν να αποφεύγουν ενδεχόμενες βλάβες (“harm avoidance”), δεν επιδιώκουν νέες εμπειρίες και είναι επίμονες. Καταπιέζουν

οποιαδήποτε μορφή παρορμητικότητας ή αυθορμητισμού στο όνομα μίας απόλυτης συμμόρφωσης σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς κανόνες. Η αβεβαιότητα αποτελεί για τις ασθενείς σημαντική πηγή απειλής και τις οδηγεί σε συναισθήματα ντροπής, ευθραυστότητας, απαισιοδοξίας και φόβου, με αποτέλεσμα να προσπαθούν να αποφύγουν το κόστος που μπορεί να εμπεριέχεται σε μια δεδομένη κατάσταση. Οι ίδιοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η μειωμένη ειλικρίνεια σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία αποτελεί πιθανή ιδιοσυγκρασιακή προδιάθεση για την εκδήλωση της διαταραχής και εκφράζεται με ανευθυνότητα, κατηγορίες εναντίον άλλων και χαμηλή ικανότητα εύρεσης διεξόδων.

Οι Bulik, Sullivan, Fear, και Pickering⁵³ μελέτησαν τα διαφορετικά χαρακτηριστικά ανάμεσα σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία που ανάρρωναν από τη διαταραχή και σε χρόνιους ασθενείς με την ίδια διαταραχή. Οι χρόνιοι ασθενείς είχαν χαμηλότερο δείκτη σωματικής μάζας, είχαν λάβει χαμηλότερη μητρική και πατρική φροντίδα και εκδήλωναν υψηλότερο περιορισμό απέναντι στην τροφή, μεγαλύτερο κίνητρο για λεπτότητα,

⁵⁰ Casper, R.C. (1990): Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomat Med*; 52: 156

⁵¹ Sullivan, P.F. (2003) Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073-1075

⁵² Fassino S, Svrakic D, Abbate-Daga G et al. (2002). Anorectic family dynamics: temperament and character data. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 114-120

⁵³ Bulik, C. M., Sullivan, P.A., Fear, J. L., & Pickering, A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 704-707.

συχνότερη βουλιμία και τάσεις αποφυγής της βλάβης (“harm avoidance”) σε σχέση με τις ασθενείς που βρίσκονταν σε στάδιο ανάρρωσης.

2.1.1 Η Τελειομανία

Η τελειομανία εκφράζεται ως η ανάγκη ενός ατόμου να θέτει υπερβολικά υψηλούς και συχνά ανέφικτους στόχους με αποτέλεσμα να νιώθει διαρκώς μια αίσθηση αποτυχίας, ακόμη και όταν η συμπεριφορά του είναι επιτυχής. Οι κλινικές περιγραφές της τελειομανίας ποικίλουν: η Horney⁵⁴ αναφέρθηκε στην «τυραννία των πρέπει», ο Hamachek⁵⁵ σημείωσε ότι τα τελειομανή άτομα «απαιτούν από τους εαυτούς τους ένα υψηλότερο επίπεδο επίδοσης από εκείνο το οποίο συνήθως είναι πιθανόν να επιτευχθεί με αποτέλεσμα να μειώνονται σοβαρά οι πιθανότητες να αισθάνονται τα ίδια τα άτομα καλά με τους εαυτούς τους». Ο συγγραφέας προσέθεσε ότι τα τελειομανή άτομα «δεν καθοδηγούνται τόσο από μία επιθυμία για πρόοδο όσο από τον φόβο της αποτυχίας...ενώ υπεραξιολογούν την επίδοσή τους και υποαξιολογούν τον εαυτό τους». Ο Hollender⁵⁶ αναλύοντας τις γνωσιακές διεργασίες των τελειομανών ατόμων οι οποίες διατηρούν την τελειομανία τους, ανέφερε ότι «η επιλεκτική τους προσοχή, τους κάνει να επικεντρώνονται στο τι είναι λάθος και σπάνια στο τι είναι σωστό». Οι Shafran, Cooper και Fairburn⁵⁷ σημείωσαν ότι το κεντρικό χαρακτηριστικό της «κλινικής τελειομανίας», δηλαδή της τελειομανίας που συνθέτει κλινικό πρόβλημα, είναι «η αποκλειστική αξιολόγηση του εαυτού με βάση την αναζήτηση και την επιτυχία στους αυτοεπιβαλλόμενους και απαιτητικούς κανόνες της επίδοσης, σε τουλάχιστον έναν τομέα, παρά την ύπαρξη αντίστροφων συνεπειών». Οι συγγραφείς υποστήριξαν ότι τόσο η Ψυχογενής Ανορεξία όσο και η Ψυχογενής Βουλιμία αποτελούν συχνά την άμεση έκφραση μίας βαθύτερης τελειομανίας. Η αξιολόγηση του εαυτού καταλήγει να εξαρτάται αποκλειστικά από την επίτευξη των αυτοεπιβαλλόμενων και απαιτητικών κριτηρίων αναφορικά με τον έλεγχο του φαγητού, του βάρους και του σχήματος του σώματος.

⁵⁴ Horney, 1950. K. Horney, *Neurosis and human growth*, Norton, New York (1950).

⁵⁵ Hamachek, D.E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: a Journal of Human Behavior*, 15, 27-33.

⁵⁶ Hollender, 1965. M.H. Hollender, Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry* 6 (1965), pp. 94–103

⁵⁷ Shafran, Cooper and Fairburn, 2002. R. Shafran, Z. Cooper and C.G. Fairburn, Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy* 40 (2002), pp. 773–781

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η τελειομανία θεωρείται ένα από τα κεντρικότερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας στις ασθενείς με ΔΠΤ και αποτελεί έναν ειδικό και σημαντικό παράγοντα ευπάθειας στην εμφάνιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας⁵⁸ αλλά και της Ψυχογενούς Βουλιμίας. Η μεγαλύτερη έρευνα σήμερα της σχέσης της Ψυχογενούς Ανορεξίας με την τελειομανία, είναι αυτή των Halmi⁵⁹ οι οποίοι υποστήριξαν ότι η τελειομανία αποτελεί ένα γερό και διακριτό χαρακτηριστικό των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία, το οποίο και αποδίδεται σε μια γενετική προδιάθεση και σχετίζεται με τη σοβαρότητα των διατροφικών συμπτωμάτων. Η τελειομανία θεωρείται ότι συμβάλλει στην εκδήλωση των ΔΠΤ μέσω της αλληλεπίδρασής της με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και τη δυσαρέσκεια με το σώμα των ασθενών⁶⁰.

Σε πρόσφατη έρευνα⁶¹ η τελειομανία ήταν ιδιαίτερα ανυψωμένη στις γυναίκες που είχαν διαγνωσθεί με Ψυχογενή Βουλιμία ή Ψυχογενή Ανορεξία, τόσο κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης της διαταραχής τους, όσο και έπειτα από την αποθεραπεία τους. Οι πτυχές της τελειομανίας που συνδέθηκαν ειδικότερα με την Ψυχογενή Ανορεξία και την Ψυχογενή Βουλιμία σε σχέση με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, ήταν οι αρνητικές αντιδράσεις των ασθενών ως προς τη διάπραξη λαθών, η ερμηνεία ενός λάθους ως αποτυχία και οι έντονες αμφιβολίες τους για την ικανότητά τους να επιτύχουν τους στόχους τους. Η σχέση της τελειομανίας με τις κλινικές εκδηλώσεις των ΔΠΤ έχει επαληθευθεί και σε πειραματικές διαδικασίες.

⁵⁸ G Fairburn, Z Cooper, H A Doll, and S L Welch (1999) ,Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons,56(5):468-70.

⁵⁹ Halmi, K.A., Sunday, S.R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D.B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W.H., and Kaye, W.H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality and pathological eating behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1799-1805.

⁶⁰ Joiner et al., 1997 T.E. Joiner, T.F. Heatherton, M.D. Rudd and N.B. Schmidt, Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: Two studies testing a diathesis–stress model, *Journal of Abnormal Psychology* 106 (1997), pp. 145–150

⁶¹ Bulik CM, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo S, Aggen S, Sullivan PF (2003). The relation between components of perfectionism and eating disorders. *Am J Psychiatry* 160: 366–368

Οι Shafran, Lee, Payne, και Fairburn⁶² σε πρόσφατη πειραματική τους μελέτη συμπέραναν ότι τα άτομα που έχουν υψηλά προσωπικά κριτήρια και εμμένουν αυστηρά στη συμμόρφωσή τους σε αυτά, εκδηλώνουν πιο ανυψωμένες στάσεις και συμπεριφορές σε σχέση με το φαγητό από τα άτομα που δεν εμμένουν σε υψηλά προσωπικά κριτήρια του εαυτού τους. Επιπροσθέτως, πρόσφατη αξιολόγηση της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας στην κλινική τελειομανία σε δείγμα ασθενών με πληθώρα διαγνώσεων διαταραχών του Άξονα Ι κατά DSM-IV⁶³ επισήμανε την κλινικά σημαντική βελτίωση της τελειομανίας, η οποία μέχρι τώρα θεωρείτο ανθεκτική στην θεραπευτική αλλαγή.

2.2 Ιατρικές επιπλοκές στην Ψυχογενή Ανορεξία

Μία από τις επικίνδυνες διαστάσεις της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι η σοβαρότητα των οργανικών επιπλοκών που μπορεί να προκαλέσει. Σύμφωνα με τους Leonard και Mehler⁶⁴, οι σημαντικότερες ιατρικές επιπλοκές που συνδέονται με την Ψυχογενή Ανορεξία είναι: (1) δερματολογικές, (2) γαστρεντερικές, (3) ενδοκρινολογικές, (4) αιματολογικές, (5) καρδιαγγειακές οι οποίες ευθύνονται για το 50% των θανάτων που σχετίζονται με την ασθένεια, (6) σύνδρομο επανασίτισης (*"refeeding syndrome"*): μία από τις επικινδυνότερες περιόδους που παρουσιάζουν κίνδυνο καρδιακών επιπλοκών είναι οι πρώτες φάσεις της επανασίτισης των ασθενών με ανορεξία, οι οποίες στοχεύουν στην ανάκτηση του βάρους τους. Η επιθετική επανασίτιση και ιδιαίτερα υδατανθράκων και υγρών στην ασθενή με ανορεξία, μπορεί να δημιουργήσουν κατακράτηση υγρών, υποφωσφαταιμία και καρδιακή ανεπάρκεια, (7) αμηνόρροια. Δευτερογενή αμηνόρροια εμφανίζει το 95% των γυναικών με Ψυχογενή Ανορεξία και εν μέρει έχει αποδοθεί σε υποθαλαμικές δυσλειτουργίες που σχετίζονται με την απώλεια βάρους και σωματικού λίπους. Η έμμηνος ρύση επιστρέφει μέσα σε έξι μήνες στις περισσότερες ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, όταν ανακτήσουν το φυσιολογικό τους βάρος, (8) οστεοπόρωση, η

⁶² Shafran, Lee, Payne, & Fairburn (2006) R. Shafran, M. Lee, E. Payne and C.G. Fairburn, The impact of manipulating personal standards on eating attitudes and behaviour, *Behaviour Research and Therapy* 44 (2006), pp. 897–906

⁶³ Glover, Shafran, Brown, & Fairburn (in press) Glover, D. S., Shafran, R., Brown, G. P., & Fairburn, C. G. A preliminary evaluation of CBT for clinical perfectionism: A case series. *British Journal of Clinical Psychology*

⁶⁴ David Leonard & Philip S. Mehler, *Eating Behaviors*, Volume 2, Issue 4, (2001), pp. 293-305

οποία πλήττει το 50% των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία και συνθέτει μία από τις σοβαρότερες κλινικές επιπλοκές της διαταραχής.

Οι παραπάνω ιατρικές επιπλοκές είναι δευτερογενείς στις διαταραγμένες συμπεριφορές των ασθενών, στη λήψη τροφής και στο μειωμένο σωματικό τους βάρος. Ορισμένες επιπλοκές είναι αναστρέψιμες με την επαναφορά των ασθενών στο φυσιολογικό τους βάρος. Ωστόσο θα πρέπει στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι η Ψυχογενής Ανορεξία μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο, εξαιτίας της υπερβολικής νηστείας των ασθενών, της έκτασης της σοβαρότητας των συνδεόμενων ιατρικών επιπλοκών ή της αυξημένης πιθανότητας απόπειρας αυτοκτονίας που είναι εγγενής στη διαταραχή. Σύμφωνα με τις έρευνες, πάνω από το 10% των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία πεθαίνουν⁶⁵.

2.3 Ιατρικές εξετάσεις και εργαστηριακά ευρήματα

Όταν ο ασθενής απευθύνεται στον ειδικό θα πρέπει να ζυγίζεται ή αλλιώς ο ειδικός να ενημερωθεί για το τρέχον βάρος του ασθενούς από τον θεράποντα ιατρό του. Η πίεση, οι παλμοί και η θερμοκρασία του σώματος είναι συνήθως χαμηλότερα από τα κατώτατα φυσιολογικά όρια. Κατά την εξέταση του ασθενούς ο ιατρός μπορεί να παρατηρήσει την ύπαρξη lanugo, δηλαδή να διαπιστώσει ότι ο ασθενής εμφανίζει χνούδι (κοντές και λεπτές τρίχες), όπως αυτό του νεογνού, στην πλάτη ή/και το πρόσωπο. Επίσης, μπορεί εύκολα να διαπιστώσει ότι τα άκρα είναι συχνά κρύα και έχουν ένα ελαφρώς κόκκινο-μωβ χρώμα (ακροκυάνωση). Το οίδημα σπάνια παρατηρείται κατά την αρχική παρουσία του ασθενούς αλλά μπορεί να αναπτυχθεί σταδιακά κατά τη διάρκεια των αρχικών σταδίων της επανασίτισης.

Ανάμεσα στα πλέον κοινά εργαστηριακά ευρήματα εντάσσονται η ελαφρά έως και μέτρια αναιμία και λευκοπενία. Μια ποικιλία ανωμαλιών των ηλεκτρολυτών μπορεί επίσης να παρατηρηθεί και αντανακλά το επίπεδο της αφυδάτωσης, το ιστορικό των αυτοπροκαλούμενων εμετών, καθώς και της χρήσης διουρητικών και υπακτικών. Επίσης, τα επίπεδα χοληστερόλης μπορεί να είναι ανεβασμένα. Τέλος, το ηλεκτροκαρδιογράφημα

⁶⁵ Garfinkel, P.E. & Garner, D.M (1987). The role of drug treatments for eating disorders, Brunner-Mazel, publishers-New York.

τυπικά δείχνει ελαφρά βραδυκαρδία και μία ποικιλία από αρρυθμίες που έχουν επίσης περιγραφεί.

2.4 Διαφοροδιάγνωση

Η διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας καθίσταται ιδιαίτερα δυσχερής εξαιτίας της άρνησης του πάσχοντος να συζητήσει για τα συμπτώματά του, της μυστικοπάθειας που επιδεικνύει γύρω από τις τελετουργίες στη συμπεριφορά τη σχετική με το φαγητό και τη γενικότερη αντίστασή του στην οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση. Όλα τα παραπάνω καθιστούν ιδιαίτερα δύσκολο εγχείρημα τον προσδιορισμό του μηχανισμού απώλειας βάρους και την εκμαίευση από τον ασθενή των δυσλειτουργικών σκέψεων για την εικόνα του σώματός του.

Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ασθενειών που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή απώλεια βάρους σε νέους ανθρώπους και είναι δυνατό να συγχέονται με τη Νευρογενή Ανορεξία. Παραδείγματα τέτοιων προβλημάτων είναι το σύνδρομο Crohn, οι όγκοι στον εγκέφαλο, ο καρκίνος και το σύνδρομο δυσαπορρόφησης. Τα άτομα που υφίστανται απώλεια βάρους εξαιτίας μιας γενικής ιατρικής κατάστασης συνήθως δεν έχουν ως κίνητρο να χάσουν βάρος, δεν εκδηλώνουν φόβο του πάχους και δεν επιδιώκουν την αυξημένη σωματική δραστηριότητα, στοιχεία που είναι χαρακτηριστικά στη Νευρογενή Ανορεξία. Ο ειδικός που καλείται να διαγνώσει την πιθανή ύπαρξη Νευρογενούς Ανορεξίας θα πρέπει πρωτίστως να αποκλείσει την πιθανότητα ύπαρξης σωματικής νόσου που μπορεί να είναι υπεύθυνη για την απώλεια βάρους στον ασθενή.

Διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να γίνει και από την Κατάθλιψη. Η σοβαρή απώλεια βάρους και οι ασυνήθιστες διατροφικές συνήθειες, καθώς και οι εμετοί μπορεί να συμβαίνουν και μέσα στα πλαίσια άλλων ψυχικών διαταραχών. Οι Καταθλιπτικές Διαταραχές παρουσιάζουν κοινά στοιχεία στη συμπτωματολογία τους με τη Νευρογενή Ανορεξία. Το καταθλιπτικό συναίσθημα, τα κλάματα, οι διαταραχές ύπνου, ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι συμπτώματα που μπορούν ν' αναγνωρισθούν και στις δύο διαταραχές. Ο κλινικός θα πρέπει να λάβει υπόψη του ότι εφόσον υπάρχει σημαντική απώλεια βάρους στην Κατάθλιψη θα πρέπει να συνυπάρχει και σοβαρή διαταραχή της όρεξης. Αντίθετα, το άτομο, που πάσχει από Νευρογενή Ανορεξία, αναφέρει ότι έχει φυσιολογική όρεξη και δεν αρνείται την ύπαρξη του αισθήματος της πείνας. Σε ό,τι αφορά την υπερκινητικότητα του

ατόμου, που πάσχει από Νευρογενή Ανορεξία, είναι σκόπιμη και έχει τελετουργικό χαρακτήρα, δε θα πρέπει να συγχέεται με τη γενικευμένη ανησυχία που χαρακτηρίζει την Κατάθλιψη και είναι τελείως διαφορετική. Τέλος, στην Κατάθλιψη δεν απαντάται η έντονη και επίμονη ενασχόληση με τη θερμιδική αξία και τη σύνθεση των τροφών, που καταναλώνει το άτομο, με τις περίπλοκες συνταγές και την παρασκευή δύσκολων, εξεζητημένων γευμάτων, ενώ απουσιάζει ο φόβος του πάχους και η επίμονη άρνηση της απώλειας βάρους.

Σε ό,τι αφορά τη διαφοροδιάγνωση από τη Σχιζοφρένεια, ο ειδικός θα πρέπει να λάβει υπόψη του ότι οι σχετιζόμενες με το φαγητό παραληρητικές ιδέες στη Σχιζοφρένεια σπάνια αναφέρονται στη θερμιδική αξία των τροφών. Επίσης, το άτομο, που πάσχει από Σχιζοφρένεια, είναι απίθανο να εμφανίζει την υπερβολική ενασχόληση με το φόβο του πάχους και την υπερκινητικότητα, έτσι όπως αυτά εκδηλώνονται σε άτομα που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία.

Η διαφοροδιάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας, και πιο συγκεκριμένα του Υπερφαγικού / Καθαρτικού Τύπου αυτής, από τη Νευρογενή Βουλιμία θα βασιστεί στο γεγονός ότι τα επεισόδια υπερφαγίας στην τελευταία συνοδεύονται από έντονο καταθλιπτικό συναίσθημα, σκέψεις αυτουποτίμησης και αισθήματα ντροπής. Επίσης, το βάρος του ατόμου, που πάσχει από Νευρογενή Βουλιμία, διατηρείται τις περισσότερες φορές σ' ένα φυσιολογικό επίπεδο και πολύ σπάνια θα σημειώσει απώλεια μεγαλύτερη από το 15% του αναμενόμενου για την ηλικία, το φύλο και το ύψος του.

2.5 Συνοσηρότητα

Ο Περιοριστικός Τύπος της Νευρογενούς Ανορεξίας συχνά εμφανίζει χρόνια συνοσηρότητα με κάποιες από τις Αγχώδεις Διαταραχές – κυρίως Ειδικές Φοβίες και Διαταραχή Πανικού και κάποιες από τις Διαταραχές Προσωπικότητας κυρίως την Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή και την Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας.

Περισσότεροι παράγοντες συνοσηρότητας έχουν συνδεθεί με τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας. Τα άτομα, που πάσχουν από αυτόν τον τύπο της διαταραχής, σε μεγάλο ποσοστό υποφέρουν και από Διαταραχές της Διάθεσης (π.χ. Μείζονα Κατάθλιψη, Δυσθυμία), Αγχώδεις Διαταραχές, συχνά κάνουν κατάχρηση ουσιών

ή πάσχουν από Διαταραχή Εξάρτησης από Ουσίες, πάσχουν επίσης από Διασχιστική Διαταραχή και κάποιοι από αυτούς έχουν προβεί και σε απόπειρες αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι υψηλός και συχνότερα απαντάται στον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο. Κάποιες φορές γίνεται αναφορά σε καταναγκαστικές κλοπές (κλεπτομανία) και σ' αυτές τις περιπτώσεις τα αντικείμενα κλοπής είναι συνήθως γλυκά ή υπακτικά και σπανιότερα άλλα αντικείμενα. Επίσης, σ' αυτόν τον Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας συχνά παρατηρείται και παθολογία του χαρακτήρα και μάλιστα η συνοσηρότητα με παθολογία του χαρακτήρα φαίνεται να έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην πρόγνωση της διαταραχής.

Και στους δύο Τύπους της Νευρογενούς Ανορεξίας οι ασθενείς πολύ συχνά λαμβάνουν διάγνωση Αλκοολισμού, ενώ είναι πολύ πιθανό να εμφανίσουν και Σεξουαλικές Διαταραχές στην ψυχιατρική συμπτωματολογία. Σε έρευνα που διεξήχθη με δείγμα γυναικών, που έπασχαν από Νευρογενή Ανορεξία, με μέσο όρο ηλικίας τα 24 έτη, προέκυψε ότι το 20% δεν είχε σεξουαλική επαφή ποτέ, ενώ ένα ποσοστό που ξεπερνούσε το 50% του δείγματος εμφάνιζε Διαταραχή της Σεξουαλικής Λειτουργίας τόσο στη φάση του οργασμού όσο και στη φάση της επιθυμίας. Συνήθως, οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία εμφανίζουν κακή σεξουαλική προσαρμογή, η οποία όταν το άτομο βρίσκεται στην εφηβεία εκδηλώνεται ως καθυστέρηση στην ψυχοκοινωνική σεξουαλική ανάπτυξη και όταν το άτομο ενηλικιωθεί εκδηλώνεται ως μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον.

Σε ό,τι αφορά την ομολογουμένως πολύ συχνή συνοσηρότητα με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή ή Δυσθυμία, το ποσοστό που προκύπτει από τις έρευνες αγγίζει ακόμα και το 50% των ασθενών. Όπως προκύπτει από τις έρευνες οι Μείζονες Συναισθηματικές Διαταραχές είναι συχνότερες σε μέλη της οικογένειας πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η στενή αυτή σχέση μεταξύ της Νευρογενούς Ανορεξίας και της Κατάθλιψης οδήγησαν ορισμένους ερευνητές να εξετάσουν την πιθανότητα η Νευρογενής Ανορεξία να είναι η αιτία της Κατάθλιψης. Οι υποθέσεις πίσω απ' αυτό το συσχετισμό είναι ότι οι βιοχημικές αλλαγές που επισυμβαίνουν στον οργανισμό σαν αποτέλεσμα του χρόνιου και σοβαρού υποσιτισμού ή τα συναισθήματα ενοχής και ντροπής που αισθάνεται το άτομο για τις διατροφικές του συνήθειες και την εικόνα του σώματός του μπορεί να αποτελούν την υποβόσκουσα αιτία για την εκδήλωση καταθλιπτικής διάθεσης και συμπτωματολογίας. Γεγονός είναι όμως ότι η Νευρογενής Ανορεξία δεν προηγείται πάντοτε της Κατάθλιψης. Η Νευρογενής Ανορεξία και η

Κατάθλιψη είναι πιθανό να έχουν κοινά σημεία σε ό,τι αφορά τη γενετική προδιάθεση ή τις περιβαλλοντικές αιτίες για την εκδήλωσή τους, όπως είναι για παράδειγμα ένα νοσηρό οικογενειακό περιβάλλον ή άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες στη ζωή του ατόμου. Δεν είναι τυχαίο ότι αρκετές έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι συγγενείς των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία είναι ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη Κατάθλιψης. Έχει προταθεί σαν υπόθεση και το αντίστροφο, ότι δηλαδή η Κατάθλιψη είναι αυτή που προκαλεί τη Νευρογενή Ανορεξία ή ότι η τελευταία είναι τρόπον τινά μια παράμετρος της Κατάθλιψης. Οι υποθέσεις αυτές έχουν στηριχθεί στο γεγονός ότι υπάρχει μία ομοιότητα ανάμεσα στις δύο νόσους κυρίως σε ότι αφορά τη συμπτωματολογία τους. Για παράδειγμα η απώλεια βάρους είναι ένα από τα συμπτώματα της Κατάθλιψης αλλά και της Νευρογενούς Ανορεξίας.

Επιπροσθέτως, υπάρχουν και βιολογικές ομοιότητες ανάμεσα στις δύο διαταραχές. Για παράδειγμα, τόσο οι ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία όσο και αυτοί που πάσχουν από Κατάθλιψη έχουν χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης. Επίσης, με βάση νευροχημικά ευρήματα, οι ασθενείς, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία μπορεί να παρουσιάζουν μειωμένη νораδρενεργική δραστηριότητα και μειωμένα επίπεδα 3-μεθοξυ-4-υδροξυφαινυλ-γλυκόλης (MHPG) στα ούρα και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Ο υποσιτισμός, μπορεί να προκαλέσει πολλές βιοχημικές αλλαγές, οι περισσότερες από τις οποίες, όμως, απαντώνται και στους καταθλιπτικούς ασθενείς (π.χ. υπερκορτιζολαιμία, έλλειψη καταστολής με δεξαμεθαζόνη, καταστολή της θυρεοειδικής λειτουργίας). Η επανασίτιση ωστόσο μπορεί να βοηθήσει τον οργανισμό του ατόμου να διορθώσει όλες αυτές τις ανωμαλίες. Και οι τρεις προαναφερθείσες υποθέσεις παραμένουν πιθανές εξηγήσεις για την υψηλή συνοσηρότητα μεταξύ Νευρογενούς Ανορεξίας και Κατάθλιψης.

2.6 Παθοφυσιολογία

Μια εντυπωσιακή σειρά από σωματικές διαταραχές έχουν παρατηρηθεί κατ' επανάληψη σε άτομα που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, και η φυσιολογία τους έχει γίνει κατανοητή. Οι περισσότερες απ' αυτές τις σωματικές διαταραχές φαίνεται να αποτελούν δευτερογενείς συνέπειες της αστίας, και δεν είναι ξεκάθαρο αν ή πώς αυτές οι διαταραχές μπορεί να έχουν συμβάλει στην ανάπτυξη και διατήρηση των ψυχολογικών και συμπεριφορικών ανωμαλιών που είναι χαρακτηριστικές στη Νευρογενή Ανορεξία.

Η αποστέρηση τροφής και η χρήση υπακτικών έχουν αναρίθμητες ανεπιθύμητες επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου. Οι πιο σημαντικές απ' αυτές τις ιατρικές επιπλοκές αναφέρονται στον **πίνακα 2.1**. Εκτός απ' αυτές τις δυσλειτουργίες, που αναφέρονται στον πίνακα, συχνά στους ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία παρουσιάζεται συγχουρία, αφυδάτωση, δυσλειτουργία του υποθαλάμου και υπόταση. Οι ανωμαλίες των ηλεκτρολυτών μπορεί να λειτουργήσουν ως προδιαθεσικοί παράγοντες για την ανάπτυξη καρδιακών παθήσεων και ανευρίσκονται συνήθως στον Καθαρτικό / Υπερφαγικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορούμε να τις συναντήσουμε και στον Περιοριστικό Τύπο. Αυτές οι μεγάλες μεταβολές των ηλεκτρολυτών συνδέονται και με μια γενικευμένη αίσθηση αδυναμίας και σύγχυσης, που βιώνουν οι πάσχοντες, καθώς και με γνωσιακές διαταραχές (π.χ. ανεπάρκεια στη μνήμη και στη σκέψη) και με συναισθηματική αστάθεια.

Στον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας η χρήση του ipercac αλλά και άλλων καθαρτικών μπορεί να προκαλέσει μη αναστρέψιμη βλάβη στην καρδιακή λειτουργία και στον μυϊκό ιστό. Έτσι, πόνοι στο στήθος, αρρυθμίες και τάσεις για λιποθυμία θα μπορούσαν να αποτελούν ενδείξεις κατάχρησης καθαρτικών. Από την άλλη πλευρά η κατάχρηση διουρητικών αποτελεί ένα από τα πιο συνήθη προβλήματα που οδηγούν σε ανακοπή αλλά και σε νεφρική ανεπάρκεια.

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς απευθύνονται σε κάποιο γιατρό όταν πλέον η απώλεια βάρους έχει καταστεί ιδιαίτερα εμφανής. Σε κάποιες περιπτώσεις η ασθενής μπορεί να αποφανθεί σχετικά νωρίς σε γυναικολόγο εξαιτίας της αμηνόρροιας η οποία οφείλεται στον υποσιτισμό και μερικές φορές εγκαθίσταται ακόμα και πριν από την εμφάνιση αξιοσημείωτης απώλειας βάρους. Οι συνηθέστερες ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις είναι η ταπεινωση ή αναστροφή των T, η κατάσπαση του ST ή η επιμήκυνση του QT διαστήματος και οφείλονται στο σοβαρό υποσιτισμό. Σοβαρότερες ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις που οφείλονται σε βαρεία υποκαλιαιμία, μπορεί να οδηγήσουν στο θάνατο. Άλλη σπάνια αλλά επικίνδυνη επιπλοκή είναι η οξεία γαστρική διάταση.

Άλλα στοιχεία που μπορεί να παρατηρήσει κανείς είναι ότι τα νύχια γίνονται εύθραυστα, ενώ ορισμένοι ασθενείς χάνουν μαλλιά από το τριχωτό της κεφαλής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	
ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ	
Καχεξία	Απώλεια λίπους, μυϊκής μάζας, μειωμένος θυρεοειδικός μεταβολισμός, δυσανεξία στο κρύο, δυσκολίες στη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος (υποθερμία)
Καρδιακές	Ατροφία καρδιακού μυός, καρδιακές αρρυθμίες, έκτακτες κοιλιακές και κολπικές συστολές, παράταση του QT διαστήματος, βραδυκαρδία, κοιλιακή ταχυκαρδία, ανακοπή (αιφνίδιος θάνατος)
Γαστρεντερικές	Καθυστέρηση της γαστρικής εκκένωσης, επιγαστρικά άλγη, δυσκοιλιότητα, μετεωρισμός
Μεταβολικές	Υπογλυκαιμία, υποκαλιαιμία, σιδηροπενία, έλλειψη Ca, P, Zn, Mg
Αναπαραγωγικές	Αμηνόρροια, χαμηλά επίπεδα LH, FSH, GRH
Δερματολογικές	Lanugo (χνούδι που μοιάζει με αυτό του νεογνού) , οίδημα στάσεως
Αιματολογικές	Αναιμία, λευκοπενία
Νευροψυχιατρικές	Διαταραχές γεύσης, απάθεια, διαταραχές προσοχής και συγκέντρωσης, ήπιες γνωσιακές διαταραχές
Σκελετικές	Οστεοπόρωση, αναστολή της ανάπτυξης στο ύψος (σε πρώιμη έναρξη)
ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΘΑΡΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	
Μεταβολικές	Υποκαλιαιμία, υποχλωραιμική αλκάλωση, υπομαγνησιαιμία
Γαστρεντερικές	Διόγκωση και φλεγμονή σιαλογόνων αδένων (κυρίως παρωτίδων) και παγκρέατος, αύξηση αμύλασης ορού, οισοφαγικές και στομαχικές διαβρώσεις, διαταραχές κενώσεων
Οδοντικές	Διάβρωση της αδαμαντίνης (ιδιαίτερα των κοπτήρων), τερηδόνα, κακή κατάσταση των οδόντων
Νευροψυχιατρικές	Κρίσεις σπασμών (συνδεόμενες με μεγάλες μεταβολές ύδατος και ηλεκτρολυτών), ήπιες μυοπάθειες, κόπωση και αδυναμία, ήπιες γνωσιακές διαταραχές

ΠΗΓΗ: Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008), Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

3.1 Θεραπευτικές παρεμβάσεις

Μια από τις δυσκολίες που αναγνωρίζουν οι επαγγελματίες στη θεραπεία των πασχόντων από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι, το να πείσεις τον πάσχοντα να προσέλθει για θεραπεία. Ο ασθενής αρνείται ότι έχει κάποιο πρόβλημα και κατά συνέπεια αρνείται και τη συνεργασία με τον ειδικό. Η σθεναρή αντίσταση του πάσχοντος σχετίζεται με την πεποίθησή του ότι η σιλουέτα του είναι τόσο φυσιολογική όσο και επιθυμητή από τον ίδιο. Αυτός είναι και ο λόγος που η πλειονότητα των ασθενών με κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής – περίπου το 90% - δεν παρακολουθούν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Αυτή η αντίσταση των ασθενών όταν συνδυαστεί με την άρνηση ή την άγνοια των οικείων, αναφορικά με το διατροφικό πρόβλημα και τους σοβαρότατους κινδύνους που ενέχει αυτό, οδηγεί πολλές φορές τον πάσχοντα στο να εγκαταλείψει τη θεραπεία ή να υποτροπιάσει. Γενικότερα, τα ποσοστά ίασης είναι χαμηλότερα για τους πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία σε σύγκριση με τους πάσχοντες από Νευρογενή Βουλιμία.

3.2 Στόχοι της θεραπείας

Η θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας εστιάζει σε δύο βασικά στοιχεία. Ο άμεσος στόχος είναι να βοηθήσει τον πάσχοντα να αυξήσει το σωματικό του βάρος, έτσι ώστε να αποφευχθούν οι ιατρικές επιπλοκές και η πιθανότητα θανάτου. Προκειμένου να ανατραπούν οι διατροφικές και συμπεριφορικές διαταραχές αναφορικά με την πρόσληψη τροφής θα πρέπει πρώτα να καθοριστεί η απαιτούμενη συχνότητα των θεραπευτικών συνεδριών και να αξιολογηθεί η ανάγκη για μερική ή ολική νοσηλεία. Τα παραπάνω θα καθοριστούν βάσει του τρέχοντος σωματικού βάρους, της ταχύτητας απώλειας βάρους, της σοβαρότητας των συνοδών ιατρικών ή συμπεριφορικών προβλημάτων και τη συνύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Ο ασθενής συχνά είναι τόσο αδύναμος και οι οργανικές του λειτουργίες σε τέτοιο βαθμό αποδιοργανωμένες, ώστε η νοσηλεία, προκειμένου να διασφαλιστεί η πρόσληψη τροφής, είναι ιατρικώς επιβεβλημένη. Θα πρέπει να αξιολογηθούν και ν' αντιμετωπισθούν τα επείγοντα οργανικά προβλήματα όπως οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών και οι καρδιακές αρρυθμίες. Γενικά, οι ασθενείς των οποίων το βάρος είναι χαμηλότερο του 75% του αναμενόμενου θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως επικίνδυνοι ή αμφίβολοι ιατρικά, και να νοσηλεύονται. Βάσει της

σοβαρότητας της ασθένειας, συχνά κρίνεται αναγκαία η εμπλοκή και ενός γενικού ιατρού στην όλη θεραπευτική διαδικασία, ακόμα και αν η νοσηλεία δεν είχε κριθεί απαραίτητη.

Έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά τα προγράμματα θεραπείας της συμπεριφοράς, στα οποία ο νοσηλευόμενος είναι απομονωμένος όσο το δυνατό περισσότερο και του παρέχεται συντροφιά κατά τη διάρκεια του γεύματος, αλλά και περίοδοι που θα έχει πρόσβαση σε τηλεόραση, ραδιόφωνο, στέρεο, περιπάτους με κάποιο νοσηλευτή, αλληλογραφία και επισκέπτες. Όλα αυτά χρησιμοποιούνται ως επιβραβεύσεις για την πρόσληψη τροφής και την αύξηση του σωματικού βάρους. Ο δεύτερος στόχος της θεραπείας, η μακροπρόθεσμη διατήρηση των κεκτημένων σε ό,τι αφορά το σωματικό βάρος, δεν έχει μέχρι τώρα αξιόπιστα αποδειχθεί μέσω ιατρικών, συμπεριφοριστικών ή παραδοσιακών ψυχοδυναμικών παρεμβάσεων. Η αποκατάσταση του σωματικού βάρους σ' ένα φυσιολογικό επίπεδο, η επαναφορά της διατροφικής συμπεριφοράς στα φυσιολογικά πλαίσια και η επίλυση των συναφών ψυχολογικών διαταραχών αποτελούν στόχους δύσκολους και χρονοβόρους.

Στόχος της θεραπείας αποτελεί και η δέσμευση του ασθενούς και της οικογένειάς του. Για την πλειονότητα των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία αυτό αποτελεί μια πρόκληση για το θεραπευτή. Η ανησυχία της οικογένειας και των φίλων του ασθενούς συχνά παίζει καθοριστικό ρόλο προκειμένου να οριστεί το πρώτο ραντεβού με ειδικό, αλλά οι ασθενείς συνήθως υποβαθμίζουν τα συμπτώματά τους και θεωρούν ότι αυτή η ανησυχία των τρίτων κινείται σε επίπεδα υπερβολής. Είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίσουμε ένα πρόβλημα, που να μπορεί και ο ασθενής να παραδεχτεί, όπως η αδυναμία, η ευερεθιστότητα, η δυσκολία στη συγκέντρωση ή τα προβλήματα με τα επεισόδια υπερφαγίας. Ο ψυχίατρος θα πρέπει στη συνέχεια να αποπειραθεί να ενημερώσει τον ασθενή για τις πολύ σημαντικές οργανικές αλλά και ψυχολογικές επιδράσεις της νηστείας και την ανάγκη να αυξηθεί το βάρος, προκειμένου το πρόβλημα, που από κοινού θεραπευτής και ασθενής έχουν αναγνωρίσει, να αντιμετωπισθεί επιτυχώς.

Οι διαφωνίες των ασθενών αναφορικά με τους θεραπευτικούς στόχους είναι ένα κοινό μείζον εμπόδιο στη θεραπεία. Οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία πολύ απλά δεν αντιλαμβάνονται πολλά από τα χαρακτηριστικά της διαταραχής τους ως προβληματικά. Αυτό μπορεί να σχετίζεται και με ένα σύνολο άλλων ανησυχιών του ασθενούς όπως η γενικευμένη επιφυλακτικότητα στις σχέσεις, τα αισθήματα ευθραυστότητας και

κατωτερότητας και η ευαισθησία στον προσλαμβανόμενο εξαναγκασμό. Όλες αυτές οι ανησυχίες μπορεί να εκφράζονται μέσα από μια σθεναρή αντίσταση, ανυπακοή, ψευδοσυμμόρφωση με τις παρεμβάσεις του ψυχιάτρου και γενικότερα να συμβάλλει στις συγκρούσεις του ασθενούς με το θεραπευτή για την επιβολή, όπως το αντιλαμβάνεται ο πάσχων, του ενός από τους δύο στη θεραπευτική σχέση. Αυτές οι συγκρούσεις δε, είναι πολύ συχνό φαινόμενο που χαρακτηρίζει τη θεραπευτική διαδικασία με ασθενείς, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία. Ο θεραπευτής θα πρέπει να αποφύγει να συνωμοτήσει με τον ασθενή στις απόπειρες του τελευταίου να υποβαθμίσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, αλλά την ίδια στιγμή θα πρέπει επίσης να του αφήνει και τα αναγκαία περιθώρια ανεξαρτησίας για να διατηρηθεί η θεραπευτική συμμαχία. Η αντιμετώπιση τέτοιων διλημμάτων είναι συχνά μια πρόκληση και απαιτεί μια ενεργό προσέγγιση από την πλευρά του θεραπευτή. Στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι δυνατό να διατηρηθεί η συμμαχία ενώ υπάρχει σεβασμός των προκαθορισμένων ορίων και αποδοχή της ανάγκης για αλλαγή.

Κατά τη διάρκεια της φάσης αποκατάστασης του σωματικού βάρους, οι ασθενείς έχουν ανάγκη από συναισθηματική στήριξη. Φαίνεται ότι αποδοτικότερο είναι να αντιμετωπίζεται ο φόβος του πάχους με την ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τους κινδύνους της νηστείας και της αυστηρής στέρησης της τροφής και με τη διαβεβαίωση ότι θα αποτραπεί από τον ίδιο το θεραπευτή το ενδεχόμενο οι ασθενείς να πάρουν τέτοιο βάρος ώστε να γίνουν υπέρβαροι.

Μια συνεχής και δομημένη θεραπευτική προσέγγιση, με ή χωρίς πρόγραμμα διαμόρφωσης της συμπεριφοράς, είναι γενικά επιτυχημένη στο να προάγει την αποκατάσταση του σωματικού βάρους, αλλά απαιτεί καλό συντονισμό ώστε να διατηρηθεί ένα υποστηρικτικό, μη-τιμωρητικό θεραπευτικό κλίμα. Η συμβουλευτική ενός διαιτολόγου και οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις έχουν αποδειχθεί επίσης βοηθητικές και αποτελεσματικές στο να βοηθήσουν τους ασθενείς να διευρύνουν το διαιτητικό τους ρεπερτόριο συμπεριλαμβάνοντας και τροφές που μέχρι πρότινος φοβούνταν να καταναλώσουν εξαιτίας της υψηλής θερμιδικής τους αξίας.

Από τη στιγμή που το βάρος αρχίζει να αυξάνεται, η ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία μπορεί να αρχίσει να εστιάζει στην αντιμετώπιση άλλων θεμάτων παράλληλα με την αντιμετώπιση της ανησυχίας για την αύξηση του σωματικού βάρους.

Για παράδειγμα, είναι σημαντικό για τους ασθενείς να αναγνωρίσουν ότι έχουν φθάσει στο σημείο να βασίζονται στην αυτοεκτίμησή τους στη διαίτα και στον έλεγχο του σωματικού βάρους και είναι πιθανό να αξιολογούν τον εαυτό τους με αυστηρά και απόλυτα κριτήρια, χωρίς να αφήνουν περιθώρια να συγχωρέσουν στους εαυτούς τους κάποια λάθη. Ομοίως, οι ασθενείς θα πρέπει να βοηθηθούν να δουν ότι η Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής έχει εμπλακεί με την επίτευξη των προσωπικών τους στόχων όπως η εκπαίδευση, η άθληση ή η δημιουργία και διατήρηση φιλικών σχέσεων.

3.3 Νοσηλεία

Η φύση της Νευρογενούς Ανορεξίας είναι τέτοια, λόγω των σύνθετων ψυχολογικών και ιατρικών συνοδών προβλημάτων, που στις περισσότερες περιπτώσεις επιβάλλεται η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία σε συνδυασμό με την ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία για τη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής. Η νοσηλεία έχει σαν στόχο να αυξηθεί σταδιακά η πρόσληψη τροφής αλλά και να παρακολουθείται στενά και με προσοχή το σωματικό βάρος του ασθενούς, το οποίο αφού σταθεροποιηθεί θα πρέπει να αρχίζει σταδιακά να αυξάνεται. Η αποκατάσταση του υποσιτισμού και των σοβαρών επιπλοκών του, λοιπόν, θα πρέπει να είναι η πρώτη μας φροντίδα, καθώς η απώλεια βάρους μπορεί να είναι τόσο μεγάλη και τόσο σοβαρή ώστε να είναι αναγκαία ακόμη και η ενδοφλέβια σίτιση του ασθενούς προκειμένου να μην καταλήξει.

Τα στοιχεία, που αξιολογεί ο ψυχίατρος προκειμένου να αποφασίσει την εισαγωγή του ασθενούς, σχετίζονται με τη σωματική κατάσταση και την ύπαρξη των συνθηκών εκείνων που θα διασφαλίσουν τη συνεργασία του πάσχοντος. Πιο συγκεκριμένα, η νοσηλεία σε νοσοκομείο θα πρέπει να εξετάζεται σαν ενδεχόμενο βάσει των ακόλουθων κριτηρίων:

1. σοβαρό υποσιτισμό (μερικές φορές ορίζεται από την απώλεια βάρους που έχει οδηγήσει σε βάρος χαμηλότερο από το όριο που θέτει ο θεράπων ιατρός, π.χ. αν η απώλεια βάρους είναι μεγαλύτερη από 20% ή αν αυτή έχει συμβεί με ταχύ ρυθμό)
2. σοβαρές ιατρικές επιπλοκές - σοβαρά οργανικά προβλήματα (π.χ. σοβαρές καρδιακές ή μεταβολικές – ηλεκτρολυτικές διαταραχές, διαταραχές δηλαδή των ηλεκτρολυτών, υποκαλιαιμία, οργανική βλάβη άλλου είδους)

3. ένας επίμονος κύκλος αυτοπροκαλούμενων εμετών ή κατάχρησης υπακτικών μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο, ο οποίος κύκλος δεν έχει διακοπεί με τις εξωνοσοκομειακές παρεμβάσεις
4. σοβαρός κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας
5. η διαπίστωση συνοσηρότητας με άλλες ψυχικές διαταραχές
6. μια αξιοσημείωτη ανικανότητα να φροντίσει ο ασθενής τον ίδιο τον εαυτό του ή η ανυπαρξία τέτοιας βοήθειας από την οικογένεια του ασθενούς.

Τα ενδονοσοκομειακά ψυχιατρικά προγράμματα για ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία βασίζονται τόσο σε συμπεριφερολογικές πρακτικές, στην ψυχοθεραπευτική παρέμβαση όσο και σε φαρμακοθεραπείες. Η επιτυχία τέτοιων προγραμμάτων θα εξαρτηθεί κατά βάση από τις δεξιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και από τον βαθμό συνεργασίας της θεραπευτικής ομάδας. Είναι σημαντικό στη θεραπεία αυτών των ασθενών να καλλιεργηθεί η θεραπευτική συμμαχία, αλλά το ίδιο σημαντικό στοιχείο είναι και η συνεργασία, η υποστήριξη και η εμπιστοσύνη των μελών της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία και το θεραπευτή.

Σε ό,τι αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα, θα πρέπει να χορηγούνται μικρά και συχνά γεύματα (1500-2000 θερμίδες ημερησίως αρχικά, μοιρασμένες σε 5-6 γεύματα). Επίσης, θα πρέπει να πραγματοποιείται τακτικό πρωινό ζύγισμα, να υπάρχει συχνή παρακολούθηση των κλινικών εργαστηριακών δεικτών για τις επιπλοκές του χρόνιου υποσιτισμού, αποτροπή των αυτοπροκαλούμενων εμετών και των άλλων καθαρτικών συμπεριφορών με στενή επίβλεψη μετά τα γεύματα, φαρμακευτική αγωγή για την αποκατάσταση των διαταραχών ύπνου, αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας με μαλακτικά κοπράνων, καταστολή της υπερκινητικότητας και του άγχους με ηρεμιστικά – αγχολυτικά. Τέλος, είναι εξαιρετικά σημαντικό να ενθαρρύνεται και να ενισχύεται ο ασθενής ώστε οι συζητήσεις του να επικεντρώνονται στα προβλήματα που αντιμετωπίζει και να πάψει να περιορίζεται στα θέματα διατροφής και σωματικού βάρους.

3.4 Ψυχοφαρμακευτική αγωγή στην ψυχογενή ανορεξία

Οι Dally και Sargent⁶⁶ επισήμαναν την αποτελεσματικότητα της χλωροπρομαζίνης (“Largactil”) σε συνδυασμό με την ινσουλίνη, στην θεραπεία των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία. Οι Vandereycken και Pierloot⁶⁷ υποστήριξαν την αποτελεσματικότητα του αναστολέα της ντοπαμίνης «πιμοζίδη» στην επαναφορά του φυσιολογικού σωματικού βάρους, η οποία ωστόσο δεν είχε επίδραση στις στάσεις των ασθενών απέναντι στο φαγητό. Ενώ οι Dally και Sargent⁶⁸ είχαν προτείνει ότι οι αγωνιστές της ντοπαμίνης ήταν αποτελεσματικοί στην θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας, σχεδόν 20 χρόνια μετά, οι Vandereycken και Pierloot σε δύο επαναληπτικές τους έρευνες, δεν επαλήθευσαν το πειραματικό αυτό εύρημα. Συνεπώς, οι υπάρχουσες έρευνες δεν έχουν διασαφηνίσει επαρκώς την θεραπευτική αποτελεσματικότητα των νευροληπτικών φαρμάκων στην πρόσληψη βάρους ή στην αλλαγή των στάσεων και των συμπεριφορών των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία.

Σε συγκριτική έρευνα των Halmi, Eckert, και Falk⁶⁹, οι ασθενείς που είχαν λάβει αμιτριπτιλίνη ή κυπροεπταδίνη είχαν πάρει περισσότερο βάρος και εμφάνισαν μειωμένες βαθμολογίες στην κλίμακα κατάθλιψης Hamilton σε σχέση με ομάδα ελέγχου. Ωστόσο τα αποτελέσματα της έρευνας είναι αμφισβητήσιμα καθ’ ότι τα μειωμένα επίπεδα της κατάθλιψης είναι πιθανόν να οφείλονται στις κατασταλτικές επιδράσεις των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Σύμφωνα με επισκόπηση των Fairburn και Harrison⁷⁰, απουσιάζουν οι ενδείξεις της αποτελεσματικότητας ενός ειδικού φαρμάκου στην επιτυχή πρόσληψη βάρους, με εξαίρεση την φλουοξετίνη, η οποία μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο υποτροπής στις ασθενείς εκείνες των οποίων το βάρος έχει ήδη αποκατασταθεί.

⁶⁶ Dally, P.J., & Sargent, W. (1966). Treatment and outcome of anorexia nervosa. *British Medical Journal*, 2, 793-5.

⁶⁷ Vandereycken W, Pierloot R. Pimozide combined with behavior therapy in the short-term treatment of anorexia nervosa. A double-blind placebo-controlled cross-over study. *Acta Psychiatr Scand*. 1982 Dec;66(6):445-450

⁶⁸ Dally, P. J. & Sargent, W. (1960) A new treatment of anorexia nervosa. *British Medical Journal*, ii , 1770., Dally, P. J. & Sargent W. (1966) Treatment and outcome of anorexia nervosa. *British Medical Journal*, ii , 793

⁶⁹ Halmi, K.A., Eckert, E., Falk, JR. (1982). Cyproheptadine for anorexia nervosa. *Lancet* 1, 1357-1358.

⁷⁰ Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. Seminar. *The Lancet*, Vol. 361, 407-416.

Η συγκριτική έρευνα των Biederman, Herzog και Rivinus⁷¹ δεν εντόπισε σημαντικές διαφορές στην αποτελεσματικότητα της ψυχοκοινωνικής θεραπείας, της θεραπείας με αμιτριπτιλίνη και των εικονικών φαρμάκων (“placebo”). Οι Crisp, Callender, Halek, και Hsu⁷² χορήγησαν χλωμιπραμίνη σε δείγμα ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία. Οι ασθενείς ανέφεραν μεγαλύτερη αίσθηση πείνας όσο λάμβαναν τη χλωμιπραμίνη.

Διαπιστώθηκε, λοιπόν, ότι η χλωμιπραμίνη διευκολύνει στα αρχικά στάδια της θεραπείας τον ρυθμό ανάκαμψης του βάρους των ασθενών με ανορεξία.

Οι Gross, Ebert, Faden, Goldberg, Nee, και Kaye⁷³ επισήμαναν ότι το λίθιο αυξάνει την πρόσληψη βάρους στις ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, όσο όμως εκείνες μετέχουν σε παράλληλη θεραπεία τροποποίησης της συμπεριφοράς. Τέλος, σε ορισμένες ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία οι οποίες παρουσιάζουν συνοσηρότητα με μείζονα κατάθλιψη, έχει εφαρμοστεί και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία⁷⁴.

Συμπερασματικά οι βασικές βιολογικές θεραπείες στη Ψυχογενή Ανορεξία περιλαμβάνουν τη χορήγηση νευροληπτικών, τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών και λιθίου, η αποτελεσματικότητα των οποίων όμως δεν έχει διασαφηνιστεί επαρκώς στις κλινικές μελέτες.

3.5 Γνωσιακά-συμπεριφορικά μοντέλα της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Οι ρίζες των γνωσιακών-συμπεριφορικών μοντέλων της Ψυχογενούς Ανορεξίας ανάγονται στις κλινικές παρατηρήσεις της ψυχιάτρου Hilde Bruch, η οποία αν και ήταν ψυχαναλύτρια, ήταν η πρώτη που επισήμανε τον σημαντικό ρόλο του τρόπου σκέψης των

⁷¹ Biederman, J., Herzog, D. B., & Rivinus, T. M. (1985). Amitriptyline in the treatment of anorexia nervosa: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 5, 10-16.

⁷² Crisp AH, Callender JS, Halek C, Hsu LK. Long-term mortality in anorexia nervosa. A 20-year follow-up of the St George's and Aberdeen cohorts. *Br J Psychiatry*. Jul 1992;161:104-7

⁷³ Gross HA, Ebert MH, Faden VB, Goldberg SC, Nee LE, Kaye WH. A double-blind controlled trial of lithium carbonate primary anorexia nervosa. *J Clin Psychopharmacol*. 1981;1(6):376-381

⁷⁴ Χριστοδουλου, Γ. Ν. (2000). *Ψυχιατρική Α' & Β' τόμος*. Εκδόσεις Βήτα, Medical Arts.

ασθενών με ανορεξία. Η Bruch ανέφερε «την αίσθηση αναποτελεσματικότητας που παραλύει και διαπερνά τη σκέψη και τις δραστηριότητες των ανορεξικών ασθενών»⁷⁵. Με βάση τις κλινικές της παρατηρήσεις, η Bruch τόνισε τη σημαντικότητα του δυσπροσαρμοστικού τρόπου σκέψης στην εμφάνιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Η ίδια αντιλήφθηκε τον υποσιτισμό ως μία έκφραση της προσπάθειας της ασθενούς να επιτύχει αυτονομία, ικανότητα, έλεγχο και αυτοσεβασμό. Υποστήριξε ότι η αποτυχία της μητέρας να αναγνωρίσει και να επιβεβαιώσει την ανάγκη ανεξαρτησίας του παιδιού της, παράγει και αναπαράγει μια εσωτερική σύγχυση σε τρεις αλληλο-επηρεαζόμενες διαταραχές στο παιδί, οι οποίες συνοπτικά περιλαμβάνουν: (α) την τάση να υπερεκτιμά το σωματικό του βάρος (λανθασμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος) που συνυπάρχει με έναν έντονο και μόνιμο φόβο πάχους, (β) την ανικανότητα τόσο να αναγνωρίσει το ενδογενές αίσθημα της πείνας, του κορεσμού και της σεξουαλικότητας (αγνόηση των αναγκών του σώματος), όσο και να δηλώσει συναισθηματική συμμετοχή (γ) την αίσθηση ανικανότητας που χαρακτηρίζεται από αισθήματα απώλειας ελέγχου.

Στις ασθενείς με ανορεξία, η παρουσία δυσπροσαρμοστικών στάσεων σε σχέση με το βάρος, τη λήψη τροφής και το σχήμα του σώματος αποτελεί ένα καθοριστικό στοιχείο της συγκεκριμένης διαταραχής⁷⁶.

Μεταγενέστερα, οι απόψεις της Bruch (1973) επαναπροσδιορίστηκαν και αναπτύχθηκαν από τους Garner και Bemis⁷⁷ σε δύο μελέτες στις οποίες εφάρμοσαν τις αρχές της γνωσιακής θεωρίας και θεραπείας του Beck για την κατάθλιψη⁷⁸ στη Ψυχογενή Ανορεξία. Η γνωσιακή-συμπεριφορική τοποθέτηση των Garner και Bemis⁷⁹ έχει περιγραφεί λεπτομερώς από τη Vitousek και τους συναδέλφους της σε μια σειρά επιστημονικών

⁷⁵ Bruch H (1973) *Eating disorders, obesity, Anorexia Nervosa and the person within*. Routledge and Kegan Paul, London

⁷⁶ Russell GFM. Anorexia nervosa through time. In: Szmulker G, Dare C, Treasure J, eds. *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. New York, NY: John Wiley and Sons; 1983: 15.

⁷⁷ Garner, dm, Bemis, km. "a cognitive-behavioral approach to anorexia-nervosa." *Cogn. Ther. Res.* 6: 123, 1982..

⁷⁸ Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guildford.

⁷⁹ Garner, D & Bemis, K (1982). A Cognitive-Behavioural approach to Anorexia Nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 1 – 27

άρθρων που έχουν επικεντρωθεί στον ρόλο της επεξεργασίας των πληροφοριών⁸⁰, της αυτο-εικόνας⁸¹ και των παραγόντων της προσωπικότητας⁸².

Η Vitousek αναφέρει ότι σύμφωνα με το γνωσιακό-συμπεριφορικό μοντέλο, τα ανορεκτικά και τα βουλιμικά συμπτώματα διατηρούνται από ένα σύνολο υπερεκτιμημένων ιδεών για τις προσωπικές προεκτάσεις και τις επιπτώσεις που έχουν για την ασθενή το βάρος και το σχήμα του σώματός της. Η κεντρική πεποίθηση στις ασθενείς με ΔΠΤ, είναι ότι η αξία του εαυτού αναπαρίσταται στο βάρος και το σχήμα του σώματος. Οι στάσεις αυτές προέρχονται από την αλληλεπίδραση σταθερών ατομικών χαρακτηριστικών, όπως είναι η τελειομανία, ο ασκητισμός και η δυσκολία στον συναισθηματικό έλεγχο, με τα περιβάλλοντα κοινωνικό-πολιτισμικά πρότυπα και ιδανικά που εξιδανικεύουν τη γυναικεία εμφάνιση και που ευνοούν τη σύνδεση των προσωπικών αξιών με το βάρος. Μόλις διαμορφωθούν, οι πεποιθήσεις αυτές οδηγούν τα άτομα σε στερεοτυπική λήψη τροφής και εξαιρετικές συμπεριφορές, στην ανταπόκριση σε συναφή ενισχυτικά γεγονότα και στην επεξεργασία των πληροφοριών ανάλογα, μέσα από μία σειρά προβλέψιμων γνωσιακών προκαταλήψεων, οι οποίες επίσης εξυπηρετούν τη διατήρηση των διαταραγμένων πεποιθήσεων και συμπεριφορών τους⁸³.

Ο Slade⁸⁴ πρότεινε το μοντέλο «παραγοντικής ανάλυσης» κατά το οποίο η έντονη ανάγκη για έλεγχο είναι κεντρική στην εμφάνιση και τη διατήρηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Η ανάγκη αυτή εκφράζεται μέσα από τη δίαιτα, η οποία ενισχύεται θετικά μέσα από το αίσθημα επιτυχίας και ενισχύεται αρνητικά από την φοβική αποφυγή της πρόσληψης

⁸⁰ Vitousek, K.B. & Hollon S.D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14(2), 191-214.

⁸¹ Vitousek, K.B., & Ewald, L.S. (1993). Self-representation in eating disorders: A cognitive perspective. In Z.V. Segal & S.J. Blatt (Eds.), *The Self in Emotional Distress: Cognitive and Psychodynamic Perspectives*, pp. 221-266. New York: Guilford.

⁸² Vitousek, K. & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137-147.

⁸³ Vitousek, K. (1996). The current status of cognitive-behavioral models of anorexia and bulimia nervosa. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 383-418). New York: Guilford Press.

⁸⁴ Slade, 1982, P.D. Slade, Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology* 21 (1982), pp. 167-179.

βάρους και άλλων σχετιζόμενων δυσκολιών. Η διαίτα διατηρείται, το σωματικό βάρος μειώνεται και ο μηχανισμός της διαταραχής γίνεται αυτοδιατηρητικός.

3.6 Το μοντέλο των Fairburn, Shafran, και Cooper (1999) για τη διατήρηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Σε μια σχετικά πρόσφατη προσπάθεια να διασαφηνιστούν οι διαδικασίες που μετέχουν στη διατήρηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας οι Fairburn, Shafran, και Cooper⁸⁵ πρότειναν ένα νέο και υποσχόμενο γνωσιακό-συμπεριφορικό μοντέλο που εστιάζει σε μια βαθιά ριζωμένη ανάγκη της ασθενούς για αυτοέλεγχο και ειδικότερα για έλεγχο της τροφικής ανάλωσης. Αναπτυξιακά, ο αυτοέλεγχος θεωρείται το αποτέλεσμα μίας αίσθησης αναποτελεσματικότητας και τελειομανίας της ασθενούς, που αλληλεπιδρά με χρόνια αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης. Όπως αναφέρει η Bruch, αρχικά τα άτομα που αναπτύσσουν Ψυχογενή Ανορεξία πειραματίζονται προσπαθώντας να ασκήσουν έλεγχο σε διάφορους τομείς της ζωής τους, όπως στην εργασία, στην άθληση ή σε άλλα ενδιαφέροντά τους, αλλά σύντομα ο έλεγχος απέναντι στο φαγητό υπερισχύει σημαντικά έναντι των άλλων. Σύμφωνα με τον Slade⁸⁶ ο διατροφικός έλεγχος βιώνεται ως μία επιτυχημένη συμπεριφορά στα πλαίσια μιας αντιλαμβανόμενης αποτυχίας σε όλους τους άλλους τομείς της ζωής τους. Είναι η ενεργός πάλη της ασθενούς ενάντια στη πείνα η οποία διεξάγεται πεισματικά, και αν και οδυνηρή, με τις προσπάθειες που εκείνη επιβάλλει αποτελεί τελικά μία πηγή έντονης ικανοποίησης. Άλλοι λόγοι που καθιστούν το φαγητό ένα επιτυχές αντικείμενο ελέγχου σχετίζονται, με την ταύτιση μιας αποτελεσματικής διαίτας με το αίσθημα επιτυχούς αυτοελέγχου. Επίσης, η διαίτα σε ένα μέλος της οικογένειας μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στη συμπεριφορά άλλων μελών της οικογένειας. Η επίδραση αυτή, έχει ιδιαίτερη σημασία για την ασθενή με ανορεξία, η οποία συχνά έχει βιώσει, ή συνεχίζει ακόμη να βιώνει, δυσλειτουργικές και συγκρουσιακές σχέσεις μέσα στην οικογένειά της⁸⁷.

⁸⁵ Fairburn, Shafran and Cooper, 1999. C.G. Fairburn, R. Shafran and Z. Cooper, A cognitive-behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy* (1999), pp. 1-13

⁸⁶ Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179.

⁸⁷ W. Vandereycken, E. Kog and J. Vanderlinden, The family approach to eating disorders: assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia. New York: PMA Publications (1989).

Επιπροσθέτως, η εμφάνιση της διαταραχής στην εφηβεία, σε συνδυασμό με τη χρήση της απίσχνανσης και της συνακόλουθης πείνας, πιθανώς λειτουργεί ως ένα μέσο είτε για να παλινδρομήσει η ασθενής στο προεφηβικό σώμα, είτε για να διατηρήσει σταθερό και αμετάβλητο το εφηβικό στάδιο το οποίο μπορεί να αποτελεί για την ίδια μια απειλή στον αυτοέλεγχό της⁸⁸. Τέλος, ο συνδυασμός του περιορισμού της τροφής με τη βαθιά αίσθηση ελέγχου ενισχύεται και από τις αξίες και τα πρότυπα της Δυτικής κοινωνίας, η οποία ενισχύει τη χρήση δίαιτας και ταυτίζει τη δίαιτα με τον επιτυχή αυτοέλεγχο⁸⁹.

3.7 Τα στάδια της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας στην Ψυχογενή Ανορεξία

1ο στάδιο: Εξοικείωση με το γνωσιακό μοντέλο και χτίσιμο της θεραπευτικής σχέσης

Προϋπόθεση για την γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, όπως και για οποιαδήποτε ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, είναι η δέσμευση της ασθενούς στην θεραπεία. Οι πρώτες συναντήσεις με την ασθενή είναι πολύ σημαντικές ώστε εκείνη να δεσμευτεί και να αντιληφθεί τον εαυτό της ως ενεργητική και συμμετοχική στη διαδικασία της θεραπείας. Αυτή η αρχή ή αλλιώς ο «*συνεργατικός εμπειρισμός*» καθιστά τη γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση κατεξοχήν κατάλληλη για την δύσκολη και με πολλές αντιστάσεις ασθενή. Εκείνη ενθαρρύνεται να συμμετέχει σε μια πειραματική διαδικασία ανακάλυψης του τρόπου με τον οποίο οι πεποιθήσεις και οι συμπεριφορές της επηρεάζουν την ίδια της την εμπειρία, αλλά και να εξετάσει προσεκτικά τα μέσα που έχει επιλέξει και τις συνέπειές τους για να επιβεβαιώσει τις βαθύτερες πεποιθήσεις της. Στις πρώτες συνεδρίες η έμφαση είναι στην βοήθεια που πρέπει να δίνεται στην ασθενή ώστε εκείνη να αναπτύξει, εκφρασμένο με τα δικά της λόγια, έναν λεπτομερή και εξαντλητικό κατάλογο των «υπέρ» και των «κατά» της διαταραγμένης της συμπεριφοράς σε σχέση με το φαγητό. Αυτό λειτουργεί αφοπλιστικά στην ασθενή καθώς έχει συνηθίσει να ακούει μόνο για τους κινδύνους της συμπεριφοράς αυτής. Η τεχνική αυτή επιτρέπει επίσης στον θεραπευτή να εισάγει πρακτικές για την τροποποίηση των δυσπροσαρμοστικών σκέψεων και ιδεών, οι

⁸⁸ Strober, M. (1991). Disorders of the self in anorexia nervosa: An organismic–developmental paradigm. In C. Johnson (Ed.) *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia* (pp. 354-373). New York: Guilford.

⁸⁹ Fairburn, C.G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1-13.

οποίες αποτελούν βασική μέθοδο θεραπευτικής αλλαγής στα πλαίσια της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας.

2ο στάδιο: Τροποποίηση της συμπεριφοράς

Βασικό στοιχείο της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η προσπάθεια για βελτίωση της λήψης τροφής και του σωματικού βάρους της ασθενούς. Οι προσπάθειες αυτές ενσωματώνονται και συντονίζονται με την εξέταση των πεποιθήσεών της και συντονίζονται με αυτή. Στην αρχική φάση της θεραπείας προσδιορίζεται για κάθε ασθενή ένα εύρος βάρους / στόχου π.χ. 45-48 kg, το οποίο πρέπει να βρίσκεται πάνω από το οριακό βάρος για την λειτουργία της εμμήνου ρύσεως και ο ρυθμός με τον οποίο πρέπει να επιτυγχάνεται η αύξηση βάρους. Η πρόοδος προς αυτούς τους στόχους καταγράφεται συστηματικά. Το θεραπευτικό αυτό σύστημα είναι περισσότερο εφικτό σε ασθενείς που νοσηλεύονται. Στην αρχή, η ασθενής παροτρύνεται να τρώει «μηχανικά», σύμφωνα με τις οδηγίες, σε όσον αφορά τη σύσταση, την ποσότητα και τα διαστήματα των γευμάτων. Οι τροφές τις οποίες η ασθενής θεωρεί απαγορευμένες προστίθενται σταδιακά στο σχήμα της διατροφής της.

3ο στάδιο: Γνωσιακή αναδόμηση

Ο πυρήνας της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας στηρίζεται στην εκπαίδευση της ασθενούς συγκεκριμένων τρόπων ελέγχου της εγκυρότητας των σκέψεων, των παραμέτρων ενίσχυσης και των τρόπων επεξεργασίας των πληροφοριών που χρησιμοποιεί και που επηρεάζουν τη συμπεριφορά της απέναντι στο φαγητό. Η τακτική αξιολόγηση των σκέψεων εξηγείται με παραδείγματα και η ασθενής εξασκείται μέσω ασκήσεων που σταδιακά διεκπεραιώνει μόνη της ανάμεσα στις συνεδρίες.

Η ασθενής καλείται να καταγράψει και να σχηματίσει το πλέγμα όλων των συνδέσεων που σχετίζονται με τις ανησυχίες της για το βάρος της και τη λήψη τροφής και να εκφράσει τις προβλέψεις της για το τι θα προκύψει αν τις παραβιάσει ή αν υποταχθεί στις υποθέσεις που προκύπτουν από αυτές. Τα λάθη συλλογιστικής που διαπιστώνονται στις καταγραφές της επεξεργασίας των πληροφοριών προσδιορίζονται και συζητούνται με στόχο η ασθενής να είναι σε θέση να εντοπίζει τις καταστάσεις αυτές όπου τα λάθη συλλογιστικής επηρεάζουν την ικανότητά της να ερμηνεύει τα γεγονότα γύρω της. Συνήθη συλλογιστικά

λάθη των ασθενών με ανορεξία είναι η επιλεκτική προσοχή, η διχοτομική σκέψη, η υπεργενίκευση, η ταμπελοποίηση, η καταστροφολογία, η προκατειλημμένη επιβεβαίωση και η χρήση «δυο μέτρων-δυο σταθμών».

Για την αντιμετώπιση των υπερτιμημένων ιδεών της ασθενούς, ο θεραπευτής εφαρμόζει την τεχνική της «γνωσιακής ασυμφωνίας» (δηλ. τη διατάραξη από τον θεραπευτή της ψευδαίσθησης αρμονίας και συμμετρίας των πίστεων της ασθενούς, με το να τονίζει στην ασθενή ότι το λογικό της σύστημα είναι ελλειμματικό) προκειμένου να ενσταλάξει την αμφιβολία στις βασικές της πεποιθήσεις και όχι να αμφισβητήσει άμεσα την εγκυρότητα των πεποιθήσεών της⁹⁰. Στη συνέχεια, η ασθενής εκπαιδεύεται σε τρόπους εφαρμογής των ερωτήσεων και των υπερτιμημένων ιδεών που της προκαλούν δυσφορία, ακολουθώντας την παρακάτω διαδοχή: (α) *«Ποιες είναι οι ενδείξεις για την πεποίθησή μου αυτή;»*, (β) *«Υπάρχουν άλλες διαφορετικές εξηγήσεις;»*, (γ) *«Ποια είναι τα επακόλουθα αν αυτή η πεποίθηση είναι σωστή;»*, (δ) *«Ποια είναι τα επακόλουθα αν αυτή η πεποίθηση είναι λανθασμένη;»*, (ε) *«Είναι προσαρμοστικό για μένα να πράξω σύμφωνα με την πεποίθησή μου αυτή;»*, (στ) *«Ποια μπορεί να είναι η εναλλακτική λύση;»*.

Μερικές από τις προβλέψεις που κάνουν οι ασθενείς μπορούν να τροποποιηθούν σε υποθέσεις και να αξιολογηθούν με περαιτέρω συλλογή στοιχείων. Ο θεραπευτής και η ασθενής μπορούν συνεργαζόμενοι να σκεφτούν συγκεκριμένα πειράματα που στοχεύουν στον έλεγχο ειδικών υπερτιμημένων ιδεών ή πεποιθήσεων. Για παράδειγμα, μια ασθενής που πιστεύει ότι το περιβάλλον της θα την αντιμετωπίσει θετικά αν χάσει ένα κιλό, ενθαρρύνεται να συλλέξει πληροφορίες για το αν οι άλλοι είναι ικανοί να ανακαλύψουν τις μικρές διακυμάνσεις στο βάρος της. Στην συνέχεια ενθαρρύνεται να τροποποιήσει την συμπεριφορά της για να αξιολογήσει αν το περιβάλλον της αντιδρά περισσότερο στις μεταβολές του βάρους της ή σε άλλες όψεις της συμπεριφοράς της ή των εκφραζόμενων συναισθημάτων της.

Καθώς η θεραπεία εξελίσσεται, ο θεραπευτικός εστιασμός μετατοπίζεται από τα εστιακά συμπτώματα της ανορεξίας, σε άλλες γενικές πλευρές του εαυτού που σχετίζονται με την

⁹⁰ Παπακώστας, Γ. (1993). *Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία: Θεωρία και Πράξη*. Κεφάλαιο 12: Διαταραχές Σίτισης. Ψυχογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία. Σελ: 379-399.

προδιάθεση της ασθενούς στην εμφάνιση της διαταραχής. Για παράδειγμα γίνεται μια προσπάθεια να τροποποιηθούν οι απόψεις της ασθενούς για τον εαυτό της. Χαρακτηριστικά θέματα που προκύπτουν είναι αυτά που αναφέρονται σε ελλείμματα της έννοιας του εαυτού και της αυτεπίγνωσης και αφορούν σε πεποιθήσεις της για επιτεύξεις και ικανότητες. Σε μετέπειτα στάδια της θεραπείας, οι ασθενείς ενθαρρύνονται να πειραματίζονται με νέες πρακτικές για την επίτευξη στόχων, όπως είναι οι νέες πηγές ενισχύσεων με τη δοκιμή ευχάριστων δραστηριοτήτων και την υιοθέτηση νέων μέτρων για την αξιολόγηση της αξίας του εαυτού.

Η χρονική διάρκεια που συνίσταται για την γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία είναι μεγαλύτερη σε σχέση με άλλες διαταραχές. Συχνά φτάνει τα δύο χρόνια με εβδομαδιαία συχνότητα συνεδριών. Η μεγάλη διάρκεια της θεραπείας των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία οφείλεται αφενός στις αντιστάσεις των ασθενών στην αλλαγή και στις χρόνια εδραιωμένες και ανθεκτικές δυσπροσαρμοστικές τους πεποιθήσεις που αναφέρονται στη σημασία του βάρους και του σχήματος του σώματός τους.

Στα πλαίσια της γνωσιακής-συμπεριφορικής προσέγγισης για την αποκατάσταση της Ψυχογενούς Ανορεξίας οι Vitousek και Hollon⁹¹ αναφέρθηκαν στη σχηματική επεξεργασία και στην παρότρυνση για θεραπεία των ασθενών που προβάλλουν μεγάλη αντίσταση στην θεραπεία⁹². Ωστόσο, παρ' όλες τις σύγχρονες περιγραφές μιας γενικής θεραπευτικής προσέγγισης, δεν έχει διαμορφωθεί ένα δομημένο, έγκυρο και εδραιωμένο εγχειρίδιο για την θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας⁹³.

Επιπροσθέτως, οι μέχρι τώρα έρευνες για την αποτελεσματικότητα της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας στη Ψυχογενή Ανορεξία έχουν χαρακτηριστεί ως ελλιπείς⁹⁴.

⁹¹ Vitousek, K.B. and Hollon, K.B., 1990. The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research* **14**, pp. 191–214

⁹² Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G.T. (in press). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*

⁹³ Wilson, G.T., & Fairburn, C.G. (1998). Treatments for eating disorders. In P.E. Nathan & J.M. Gorman (Eds.), *A Guide to Treatments that Work* (pp. 501–530). New York: Oxford University Press.

⁹⁴ Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. Seminar. *The Lancet*, Vol. 361, 407-416.

3.7.1 Η μείωση της ανάγκης για αυτοέλεγχο

Το νεότερο μοντέλο των Fairburn, Shafran, και Cooper (1999) που παρουσιάστηκε προηγουμένως, προτείνει ως κύρια θεραπευτική παρέμβαση την ανίχνευση και την τροποποίηση της έντονης ανάγκης της ασθενούς για αυτοέλεγχο, ο οποίος θα πρέπει να επαναπροσδιορίζεται και να μετριάζεται σε όλα τα στάδια της θεραπείας, με άμεσους ή έμμεσους τρόπους. Ο κεντρικός εστιασμός στον αυτοέλεγχο, σύμφωνα με τους συγγραφείς, θα περιλαμβάνει την θεραπευτική αξιολόγηση του φαγητού, του βάρους και του σχήματος του σώματος ως οχήματα επίτευξης του αυτοελέγχου και της αυτοαξίας, τις διαταραγμένες συμπεριφορές λήψης φαγητού και τις σχετιζόμενες ακραίες μεθόδους ελέγχου του βάρους, τον έλεγχο της σωματικής εικόνας και το χαμηλό σωματικό βάρος. Σε αντίθεση με τα γνωσιακά-συμπεριφορικά μοντέλα που εστιάζονται στην θεραπευτική βελτίωση της αυτοεκτίμησης της ασθενούς, των εγγενών δυσκολιών που αντιμετωπίζει στην αναγνώριση και την έκφραση των συναισθημάτων της και των διαπροσωπικών και οικογενειακών της δυσκολιών, οι Fairburn, Shafran, και Cooper⁹⁵ τονίζουν ότι οι τομείς αυτοί θα αποτελέσουν στόχο της θεραπείας μόνο εφ' όσον αποτελούν εμπόδιο στην θεραπευτική αλλαγή.

Στόχος είναι η ασθενής να κατανοήσει ότι ο έλεγχος του φαγητού δεν της προσδίδει αυτό που εν τέλει αναζητά και σταδιακά να μπορέσει να «συρρικνώσει» την έντονη ανάγκη της να ελέγχει το φαγητό και το βάρος της και να αρχίσει να αντλεί ικανοποίηση από άλλες δραστηριότητες. Η χρήση τεχνικών γνωσιακής αναδόμησης, αποκατάστασης του βάρους και μείωσης του συστηματικού ελέγχου της σωματικής εικόνας, μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση της ανάγκης για έλεγχο.

3.8 Ανατροφοδοτικοί μηχανισμοί στη διατήρηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Μόλις ξεκινήσουν οι πρώτες προσπάθειες περιορισμού της λήψης τροφής από το άτομο, τότε εκείνες ενισχύονται στην πορεία του χρόνου μέσα από τρεις ανατροφοδοτικούς

⁹⁵ Fairburn, C.G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1-13.

μηχανισμούς, με αποτέλεσμα η διαταραχή να γίνεται αυτοδιατηρητική. Οι μηχανισμοί αυτοί εξελίσσονται και η σχετική τους επίδραση αλλάζει: (1) Ο πρώτος μηχανισμός αναφέρεται στην άμεση ενίσχυση της ατομικής αίσθησης αυτοελέγχου που δημιουργεί ο περιορισμός της τροφής. Οι ασθενείς συχνά εφαρμόζουν πρότυπα τελειομανίας μέσα από υπερβολικούς διαιτητικούς κανόνες, με αποτέλεσμα να νιώθουν «ενθουσιώδεις, περήφανες, δυνατές και ηρωικές»⁹⁶. Η συμπεριφορά τους είναι δύσκολο να αλλάξει επειδή ο επιτυχής αυτοέλεγχος αυξάνει την αντίληψη της αυτοαξίας τους, ενώ μακροχρόνια οι ασθενείς αρχίζουν να ορίζουν την ταυτότητά τους μέσα από την ανορεξία. Οι παράγοντες αυτοί συμβάλλουν στο σύνδρομο με το Εγώ χαρακτήρα της Ψυχογενούς Ανορεξίας, δηλαδή τα συναισθήματα και οι αξίες που η διαταραχή εγείρει είναι συμβατές και αποδεκτές από τη συνείδηση της ασθενούς. Η ασθενής δεν βιώνει τη διαταραχή της ως μια πάθηση, αλλά αντίθετα ως ένα προτέρημα με αποτέλεσμα να αρνείται την θεραπεία, η οποία στοχεύει στην αλλαγή⁹⁷, (2) Ο δεύτερος μηχανισμός σχετίζεται με τον υποσιτισμό και πηγάζει από τον τρόπο με τον οποίο η ασθενής ερμηνεύει ορισμένες σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες της διαταραχής της. Ο διαιτητικός περιορισμός οδηγεί στην απώλεια του βάρους και στην ανάπτυξη μιας κατάστασης πείνας και στέρησης, η οποία χαρακτηρίζεται από αλλαγές στην φυσιολογία και την ψυχολογία της ασθενούς. Όταν τις αλλαγές τις ερμηνεύει ως απειλή στον αυτοέλεγχό της (π.χ. η πείνα συχνά ερμηνεύεται ως απειλή στον αυτοέλεγχο και η πληρότητα ως αποτυχία του αυτοελέγχου), τότε η ασθενής καταφεύγει σε ακόμη μεγαλύτερο περιορισμό της λήψης τροφής και νιώθει ότι θα επανακτήσει το αίσθημα αυτοελέγχου και παντοδυναμίας, (3) Οι υπερβολικές ανησυχίες της ασθενούς ως προς το βάρος και το σχήμα του σώματός της, ενισχύουν το διαιτητικό της περιορισμό. Πρόκειται, σύμφωνα με τους συγγραφείς, για έναν μηχανισμό πολιτισμικά ειδικό ο οποίος επικρατεί ιδιαίτερα στις σύγχρονες Δυτικές κοινωνίες. Σύμφωνα με τους Fairburn, Shafran, και Cooper (1999) η αυτοεκπληρούμενη προκατάληψη ανατροφοδοτεί την Ψυχογενή Ανορεξία, καθ' ότι η ετοιμότητα των ασθενών να ελέγχουν το σχήμα του σώματός τους μεγενθύνει την αντίληψη των σωματικών τους ατελειών, το οποίο με τη σειρά του ενισχύει την επιλεκτική προσοχή και τον εστιασμό τους στο σχήμα του σώματός

⁹⁶ Vitousek, K.B., & Ewald, L.S. (1993). Self-representation in eating disorders: A cognitive perspective. In Z.V. Segal & S.J. Blatt (Eds.), *The Self in Emotional Distress: Cognitive and Psychodynamic Perspectives* (pp. 221–266). New York: Guilford

⁹⁷ Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18, 391–420

τους και το άγχος τους, με αποτέλεσμα την ανατροφοδότηση ενός φαύλου κύκλου, κ.ο.κ. Συνακολούθως η απώλεια βάρους επιβραβεύεται από τους φίλους και την κοινωνία. Η ενίσχυση της απώλειας βάρους και η ανάγκη για αυτο-έλεγχο μπορεί να γίνουν τόσο ισχυρές ώστε η ασθενής να διατηρεί την ανορεκτική της συμπεριφορά παρά το γεγονός ότι απειλείται σημαντικά η υγεία και η ευημερία της. Η αναφορά αυτή βρίσκεται σε συμφωνία με τον Russell⁹⁸, ο οποίος σημείωσε ότι τα τελευταία 30-50 χρόνια το ψυχολογικό περιεχόμενο της Ψυχογενούς Ανορεξίας έχει μετατοπιστεί σε μια φοβία πάχους, ο οποίος είναι ανάλογος με την υψηλή αξία που έχει προσδώσει η κοινωνία στη λεπτή φιγούρα της γυναίκας.

Η έμφαση του μοντέλου των Fairburn, Shafran, και Cooper (1999) στη διατήρηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας, βασίστηκε στη συμβολή των περισσότερων μέχρι τώρα γνωσιακών-συμπεριφορικών θεωριών διατήρησης άλλων ψυχιατρικών διαταραχών στην πρόοδο της θεραπείας τους⁹⁹. Οι θεραπευτικές προεκτάσεις του γνωσιακού μοντέλου είναι εξαιρετικά σημαντικές. Μία από τις προκλήσεις της σημερινής κοινωνίας άλλωστε, είναι η ανεύρεση αποτελεσματικών θεραπειών της πολύπλοκης και πολυδιάστατης αυτής ψυχιατρικής διαταραχής στα πλαίσια της «διαχειριζόμενης υγείας» (κλινικές, νοσοκομεία, κ.λ.π.) και της εξω-νοσοκομειακής περίθαλψης.

3.9 Νομικά θέματα και θέματα ηθικής

Μια σειρά από νομικά θέματα και ζητήματα ηθικής ανακύπτουν στην θεραπεία των ασθενών, που εμφανίζουν κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Όπως και σε άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, η νοσηλεία ενάντια στη θέληση του ασθενούς μπορεί να είναι απαραίτητη για να διασφαλιστεί η θεραπεία ενός ασθενούς, που αντιμετωπίζει σοβαρά ιατρικά προβλήματα, ή για να προστατευθεί ένας ασθενής, που εμφανίζει αυτοκτονική συμπεριφορά. Για τους έφηβους ασθενείς, η άδεια των γονέων θα πρέπει να εξασφαλίζεται για την ανεπιθύμητη, σε ότι αφορά τον ασθενή, εισαγωγή σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και για την ανεπιθύμητη θεραπεία. Για τους ενήλικες ασθενείς, ψυχιατρικός εγκλεισμός είναι απαραίτητος για την κράτηση του ασθενούς. Ο εγκλεισμός σε νοσοκομείο μπορεί να είναι

⁹⁸ Russell, G. F. M. (1995). Anorexia nervosa through time. In Szmukler, G. I., Dare, C., and Treasure, J. (eds.), *Handbook of Eating Disorders. Theory, Treatment and Research*. John Wiley & Sons, Chichester.

⁹⁹ Clark, D.M., & Fairburn, C.G. (1997). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. New York: Oxford University Press

απαραίτητος κάποιες φορές προκειμένου να εφαρμοστούν διαδικασίες ενάντια στη θέληση του ενήλικα ασθενούς. Η αιτιολογία για την εφαρμογή τέτοιων διαδικασιών, όπως η ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων κ.ά. ή η ενδοφλέβια σίτιση ενάντια στις επιθυμίες του ασθενούς, συνήθως επαφίεται στις ηθικές αρχές που επικαλούνται την προστασία του ασθενούς από τη δική τους κακή κρίση και συμπεριφορά.

Το να φροντίζει κανείς έναν ασθενή, που πάσχει από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, συχνά περιλαμβάνει την ενεργό συνεργασία με την οικογένεια του ασθενούς και εγείρει δύσκολα θέματα αναφορικά με την αφοσίωση του θεραπευτή στον ασθενή. Το να εργάζεται κανείς με ανήλικους ασθενείς μπορεί να εμφανίζει ειδικές προκλήσεις. Όταν ο έφηβος ασθενής ζητά οι πληροφορίες να παραμείνουν εμπιστευτικές και να μην αποκαλυφθούν στα μέλη της οικογένειάς του, ο θεραπευτής θα πρέπει να συνυπολογίσει το δικαίωμα των γονέων να υπογράψουν υπεύθυνη δήλωση ενάντια στην αυξανόμενη επιθυμία του έφηβου ασθενούς για αυτονομία. Όταν είναι εφικτό, ο θεραπευτής θα πρέπει να εμπλέκεται καθώς μπορεί να λειτουργήσει σαν σύμμαχος της οικογένειας, αφήνοντας έτσι το θεραπευτή περισσότερο ελεύθερο να υποστηρίξει τον ασθενή. Όποτε εμπλέκεται σε μια υπόθεση ασθενούς μια διεπιστημονική ομάδα, είναι απαραίτητο να παρέχονται στην ομάδα όλες οι διαθέσιμες πληροφορίες είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε από το νόμιμο κηδεμόνα του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟ 1^ο ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

4.1 Παρουσίαση του σκοπού της έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι η εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων μέσω των ευρημάτων σχετικά με την γνώμη των μαθητών του πρώτου γυμνασίου Τρικάλων για τη νευρική ανορεξία, αφού πρώτα ερευνάται τι ακριβώς είναι η νευρική ανορεξία (το οποίο διατυπώνεται στο θεωρητικό μέρος).

Η συλλογή όλων των στοιχείων της έρευνας οδηγεί στο συμπέρασμα πώς οι νέοι αντιλαμβάνονται τη σοβαρή αυτή μάστιγα της σύγχρονης εποχής.

Η έρευνα διεξήχθη με τη μορφή ερωτηματολογίων σε ένα δείγμα 61 ατόμων με την μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας.

4.2 Υποθέσεις Εργασίας

- ✓ Το μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας επηρεάζει τη στάση των νέων απέναντι στις διατροφικές τους συνήθειες
- ✓ Στην πλειοψηφία των νέων η λέξη δίαιτα δεν είναι συνδεδεμένη με ένα ωραίο σώμα

4.3 Περιγραφή του τρόπου διεξαγωγής της έρευνας

Το δείγμα ήταν 61 άτομα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στους μαθητές την ώρα του διαλείμματος με την έγκριση του Διευθυντή κ. Β. Πισκόγια. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στους μαθητές και στο τέλος των μαθημάτων τους τα παραλάβαμε συμπληρωμένα. Με τη βοήθεια λοιπόν, των απαντήσεων των ερωτηθέντων διεξήχθησαν τα αποτελέσματα της έρευνας.

4.4 Μεθοδολογία

Για την πραγματοποίηση της έρευνας επιλέχθηκε η μέθοδος της δημοσκόπησης με τη μορφή ερωτηματολογίου κλειστού τύπου. Το δείγμα ήταν 61 άτομα συνολικά. Δηλαδή περίπου 20 άτομα από κάθε τάξη του γυμνασίου, 13 κορίτσια και 7 αγόρια. Διενεργήθηκε έτσι ώστε να είναι αντικειμενικά τα αποτελέσματα, αφού όπως έγινε γνωστό από τις πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν, η νευρική ανορεξία είναι γυναικεία ασθένεια.

Στη συνέχεια, αφού φτιάχτηκε ένας συγκεντρωτικός πίνακας των αποτελεσμάτων της δημοσκόπησης, με ευκολία πια, δημιουργήθηκαν τα αντίστοιχα γραφήματα. Τέλος με την καθοδήγηση των γραφημάτων αυτών, προέκυψαν τα συμπεράσματα.

4.5 Απεικόνιση απαντήσεων σε πίνακες και γραφήματα

Στο **γράφημα 4.1**, παρατηρείται ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων είναι κορίτσια. Το 65% είναι κορίτσια, ενώ το 35% μόλις αγόρια.

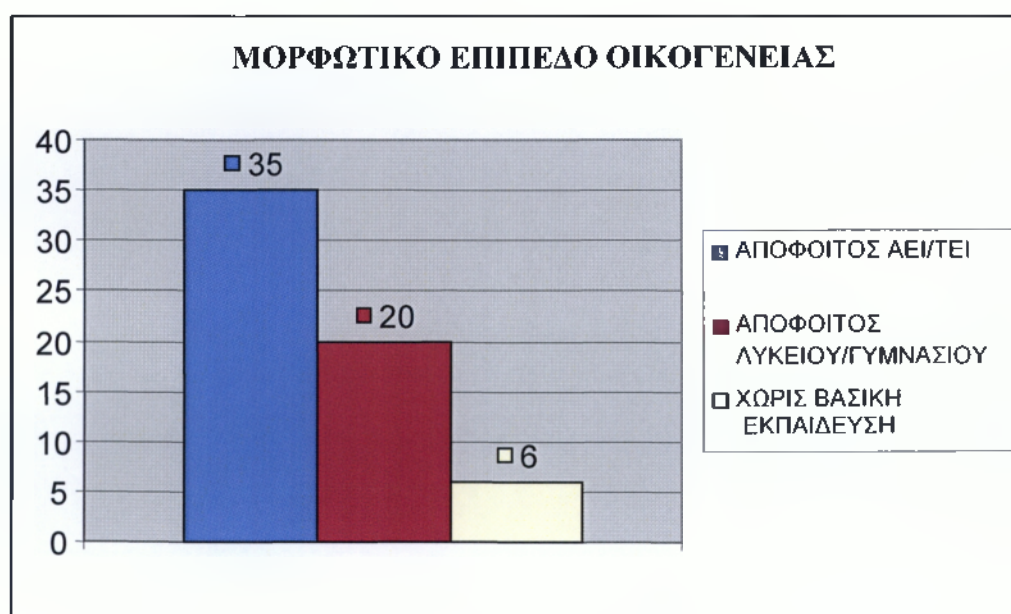
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1 ΦΥΛΟ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΓΟΡΙΑ	21	35%
ΚΟΡΙΤΣΙΑ	40	65%



ΓΡΑΦΗΜΑ 4.1 ΦΥΛΟ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2 ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ	35	57%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ/ΛΥΚΕΙΟΥ	20	33%
ΧΩΡΙΣ ΒΑΣΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	6	10%

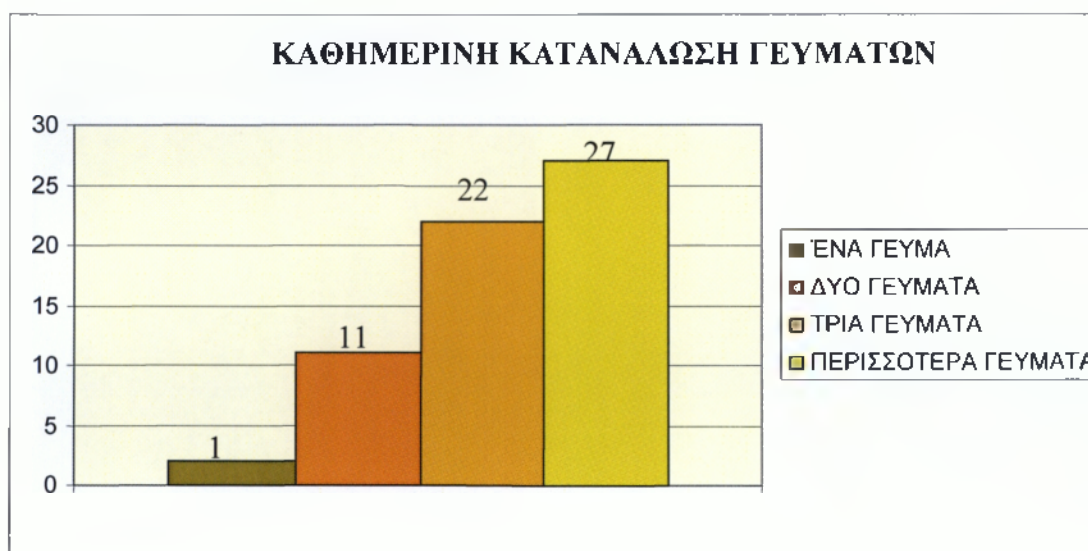
Στο **γράφημα 4.2**, φαίνεται καθαρά το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των οικογενειών των ερωτηθέντων (35) έναντι του μικρού αριθμού (20) των αποφοίτων Λυκείου/Γυμνασίου και των ατόμων (6) χωρίς βασική εκπαίδευση.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4.2 ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3 ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΓΕΥΜΑΤΩΝ		
ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΝΑ	1	2%
ΔΥΟ	11	18%
ΤΡΙΑ	22	36%
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ	27	44%

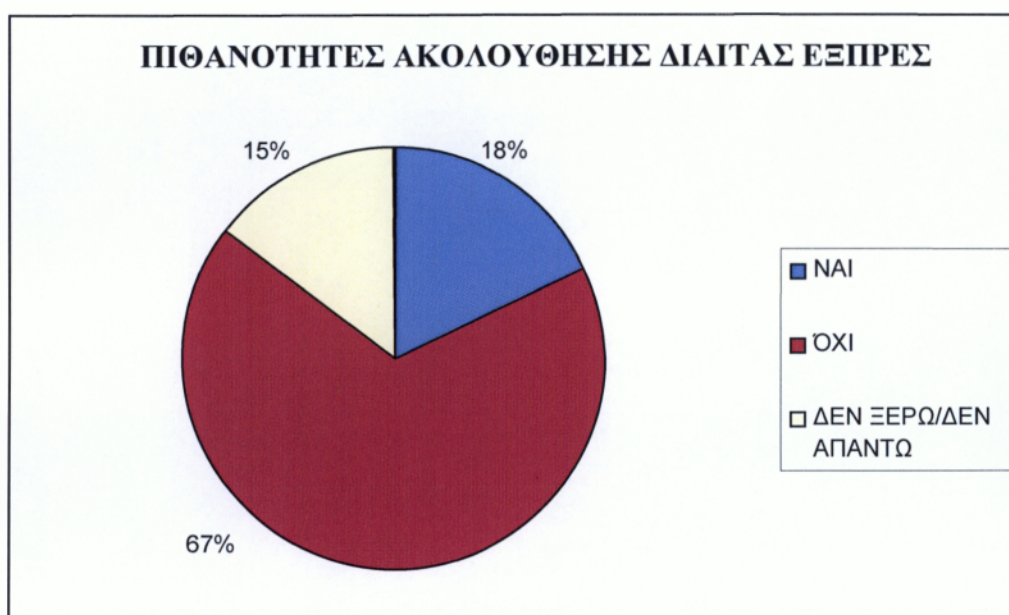
Στο γράφημα 4.3, παρατηρείται ότι οι περισσότεροι, δηλαδή οι 27 από τους 61 καταναλώνουν περισσότερα από τρία γεύματα καθημερινά. Οι 22 καταναλώνουν τρία γεύματα, οι 11 μόνο δύο, ενώ υπάρχει και ένας που καταναλώνει μόλις ένα γεύμα καθημερινά.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4.3 ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΓΕΥΜΑΤΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4 ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ ΕΞΠΡΕΣ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	11	18%
ΟΧΙ	41	67%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	9	15%

Όπως προκύπτει στο **γράφημα 4.4**, οι περισσότεροι, δηλαδή το 67%, δεν θα ακολουθούσαν διαίτα εξπρές, ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 18% θα ακολουθούσε διαίτα εξπρές.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4.4 ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ ΕΞΠΡΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.5 ΓΝΩΣΗ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΑΝΟΡΕΞΙΚΩΝ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΟΥΝ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	16	20%
ΟΧΙ	45	80%

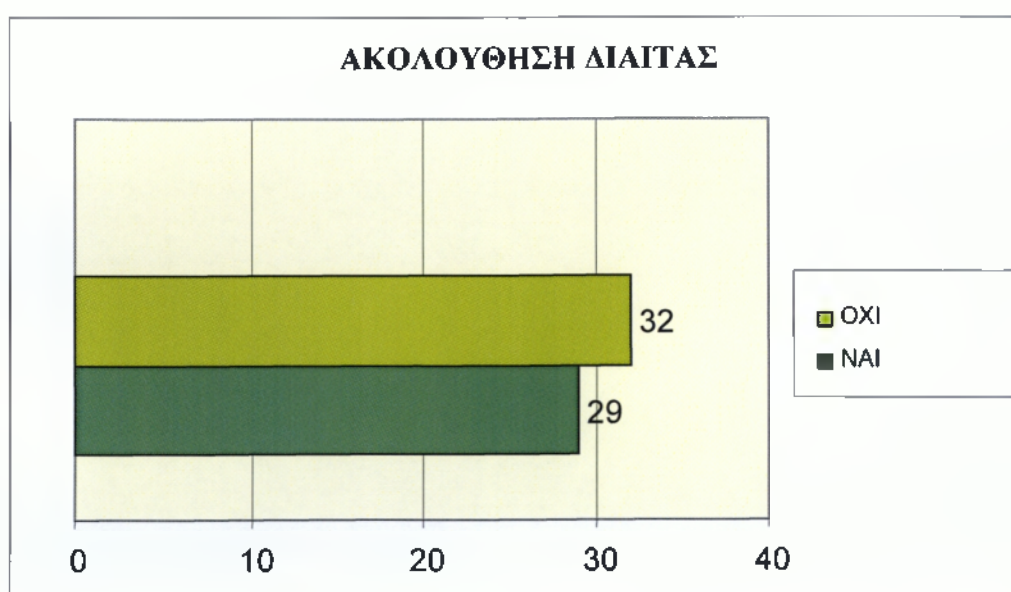
Στο **γράφημα 4.5**, φαίνεται ότι το 80% των ατόμων που είναι ένας σημαντικός αριθμός, δε γνωρίζει ότι το ποσοστό των ανορεξικών κοριτσιών που πεθαίνουν είναι **20%**, ενώ μόλις 20% από αυτούς το γνωρίζει.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4.5 ΓΝΩΣΗ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΑΝΟΡΕΞΙΚΩΝ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΟΥΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.6 ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΔΙΑΙΤΑΣ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	29	48%
ΟΧΙ	32	52%

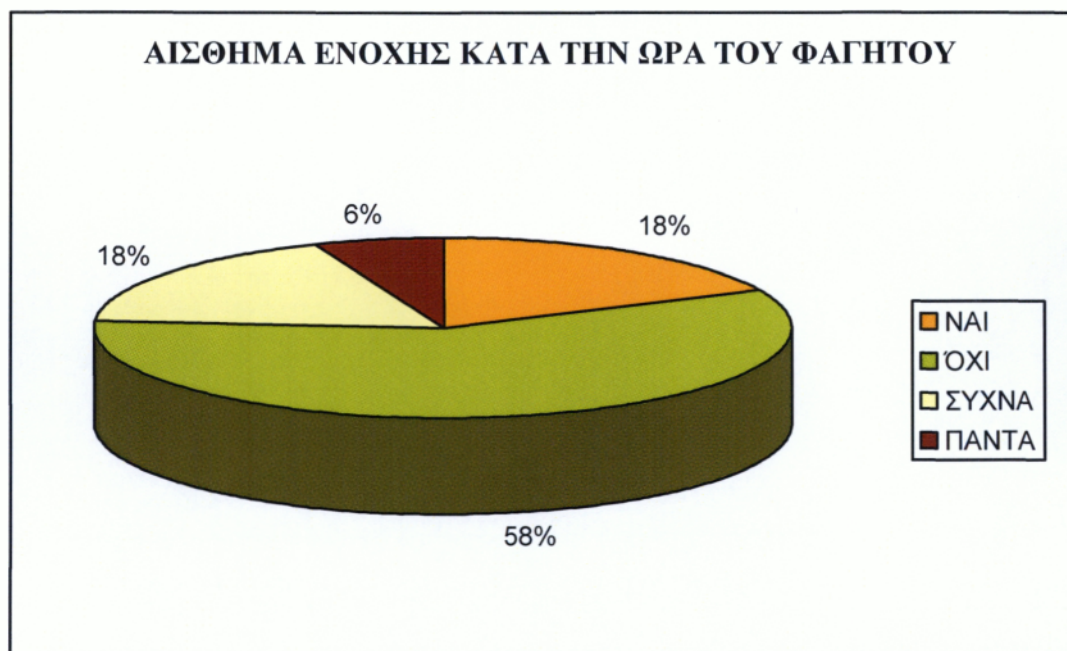
Στο **γράφημα 4.6** παρατηρείται πως οι 32 από τους 61 δεν έχουν ακολουθήσει κάποια δίαιτα, ενώ περίπου οι μισοί, δηλαδή 29 από τους 61, που είναι ένας πολύ μεγάλος αριθμός, έχουν ακολουθήσει κάποια δίαιτα.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4.6 ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΔΙΑΙΤΑΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.7 ΑΙΣΘΗΜΑ ΕΝΟΧΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΟΥ ΦΑΓΗΤΟΥ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	11	18%
ΟΧΙ	35	58%
ΣΥΧΝΑ	11	18%
ΠΑΝΤΑ	4	6%

Όπως προκύπτει στο **γράφημα 4.7**, το 58% των ατόμων δεν αισθάνεται ποτέ ενοχές για την κατανάλωση γλυκών. Το 18% νιώθει ενοχές, ένα άλλο 18% νιώθει συχνά ενοχές, ενώ το 6% νιώθει πάντα ενοχές.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4.7 ΑΙΣΘΗΜΑ ΕΝΟΧΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΟΥ ΦΑΓΗΤΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.8 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΘΛΗΣΗΣ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	13	21%
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ	15	25%
ΛΙΓΟ	22	36%
ΠΟΤΕ	11	18%

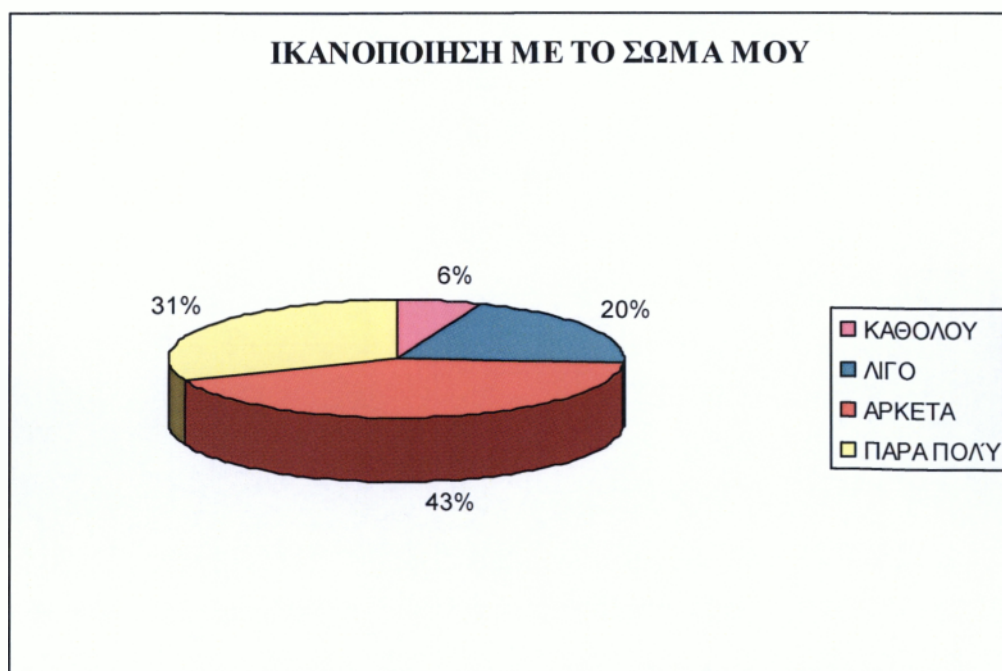
Οι περισσότεροι, δηλαδή 36%, αθλούνται λίγο όπως παρατηρείται στο **γράφημα 4.8**, μόλις το 25% των ατόμων αθλείται συστηματικά, το 21% αθλείται καθημερινά, ενώ το 18% δεν αθλείται ποτέ.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4.8 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΘΛΗΣΗΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.9 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΟ ΣΩΜΑ ΜΟΥ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ	4	6%
ΛΙΓΟ	12	20%
ΑΡΚΕΤΑ	26	43%
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	19	31%

Από τους ερωτηθέντες (43%) είναι αρκετά ικανοποιημένοι με το σώμα τους, όπως φαίνεται στο **γράφημα 4.9**, (20%) είναι λίγο ικανοποιημένοι, (31%) είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι, ενώ (6%) καθόλου.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4.9 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΟ ΣΩΜΑ ΜΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.10 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΣΩΜΑ ΜΟΝΤΕΛΟΥ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	16	26%
ΟΧΙ	35	58%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	10	16%

Στο γράφημα 4.10, παρατηρείται πως το 58% των ατόμων δεν θα ήθελε να αποκτήσει σώμα μοντέλου, ενώ το 26% θα ήταν ικανοποιημένο με σώμα μοντέλου.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4.10 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΣΩΜΑ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 11 ΣΥΝΔΕΣΗ ΔΙΑΙΤΑΣ ΜΕ ΩΡΑΙΟ ΣΩΜΑ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	18	30%
ΟΧΙ	35	57%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	8	13%

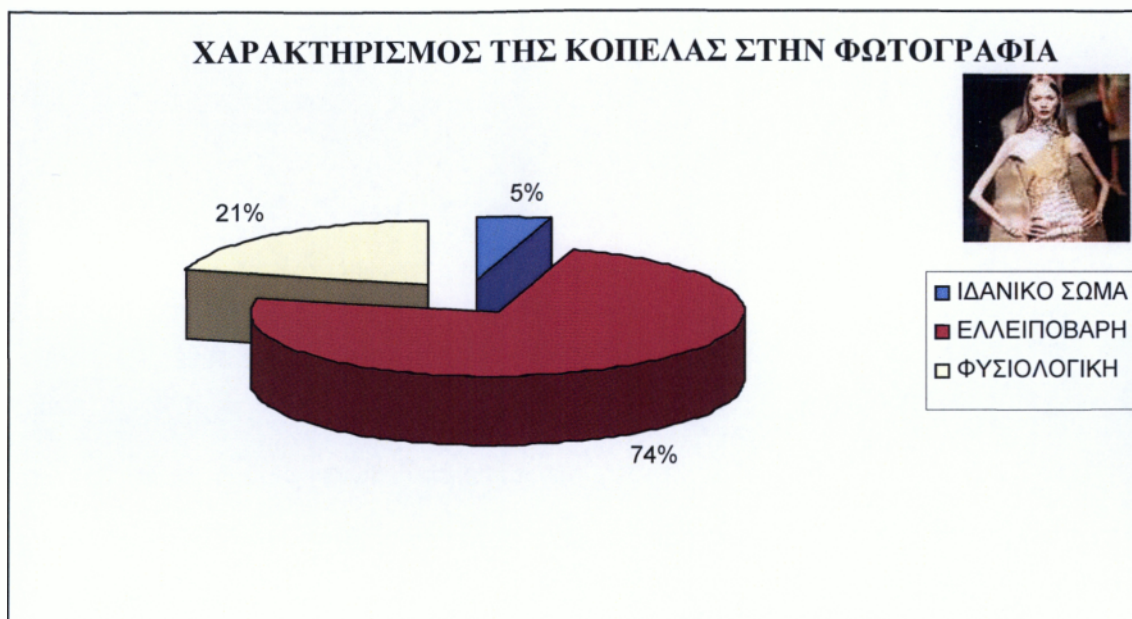
Όπως φαίνεται για το 57% των ατόμων, καθόλου μικρό ποσοστό, η λέξη διαίτα δεν είναι συνδεδεμένη με ένα ωραίο σώμα, **γράφημα 4.11**, ενώ για το 30% η διαίτα είναι συνδεδεμένη με ένα ωραίο σώμα.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 11 ΣΥΝΔΕΣΗ ΔΙΑΙΤΑΣ ΜΕ ΩΡΑΙΟ ΣΩΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 12 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΚΟΠΕΛΑΣ ΣΤΗΝ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΙΔΑΝΙΚΟ ΣΩΜΑ	3	5%
ΕΛΛΕΙΠΟΒΑΡΗ	45	74%
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ	13	21%

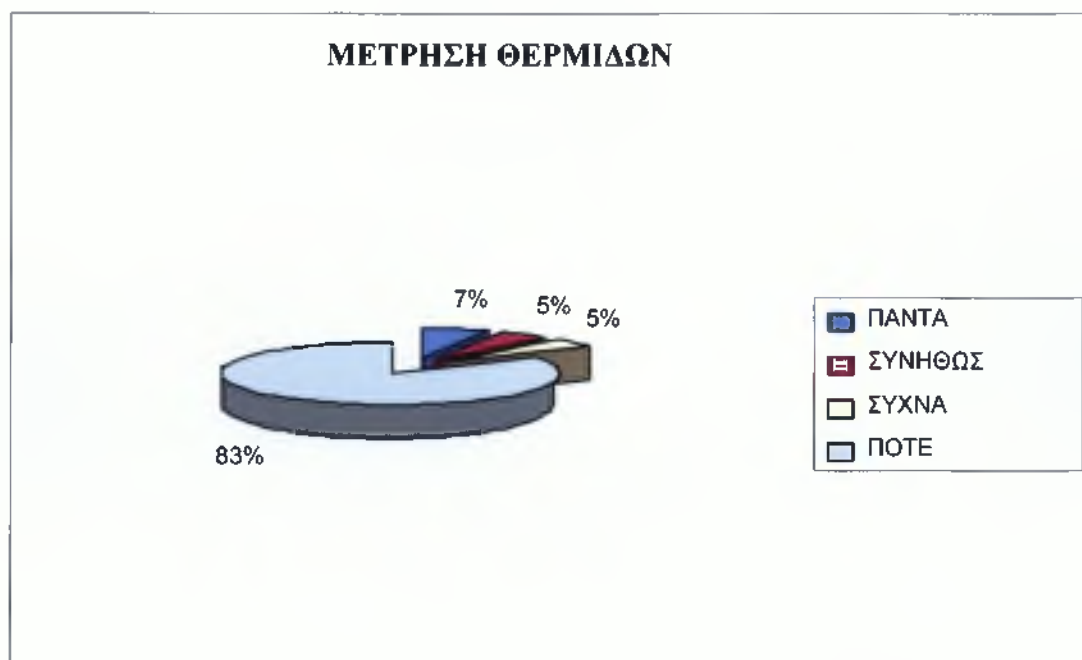
Στο γράφημα 4.12, παρατηρείται ότι 74%, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, χαρακτηρίζει την κοπέλα στη φωτογραφία ως ελλειποβαρή, 21% την χαρακτηρίζει ως φυσιολογική, ενώ μόλις ένα 5% θεωρεί πως έχει ιδανικό σώμα.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 12 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΚΟΠΕΛΑΣ ΣΤΗΝ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 13 ΜΕΤΡΗΣΗ ΘΕΡΜΙΔΩΝ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΑΝΤΑ	4	7%
ΣΥΝΗΘΩΣ	3	5%
ΣΥΧΝΑ	3	5%
ΠΟΤΕ	51	83%

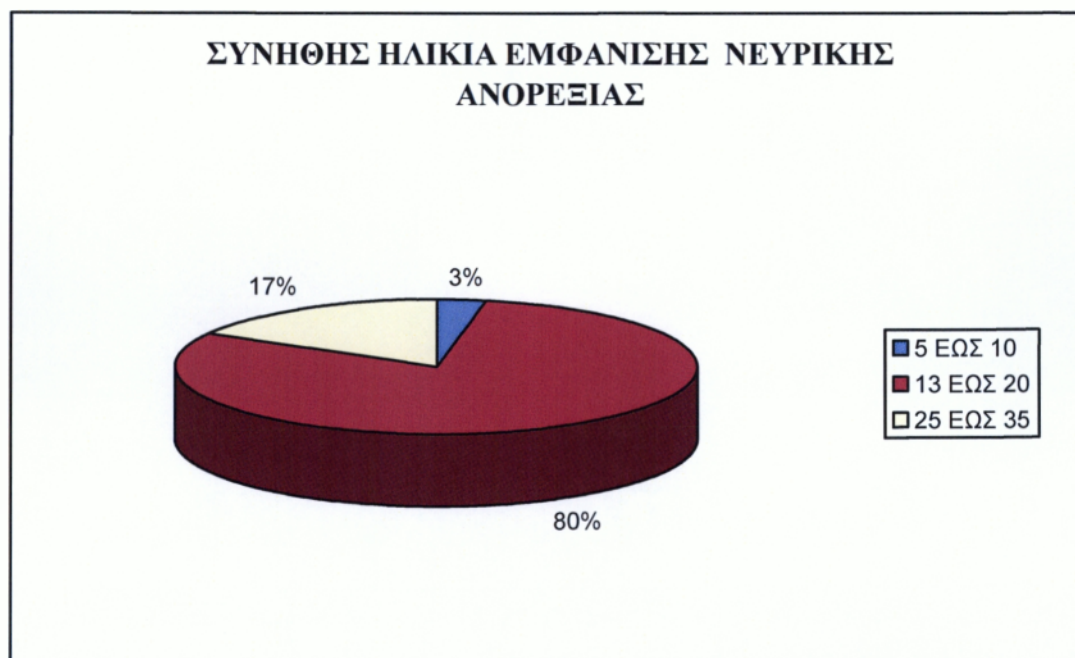
Στο γράφημα 4.13, παρατηρείται πως το 83% των ατόμων δε μετράει ποτέ τις θερμίδες πριν καταναλώσει κάποιο γεύμα, 5% τις μετράει συνήθως, ένα άλλο 5% συχνά, ενώ 7% μετράει πάντα τις θερμίδες του.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 13 ΜΕΤΡΗΣΗ ΘΕΡΜΙΔΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.14 ΣΥΝΗΘΗΣ ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
5 ΕΩΣ 10	2	3%
13 ΕΩΣ 20	49	80%
25 ΕΩΣ 35	10	17%

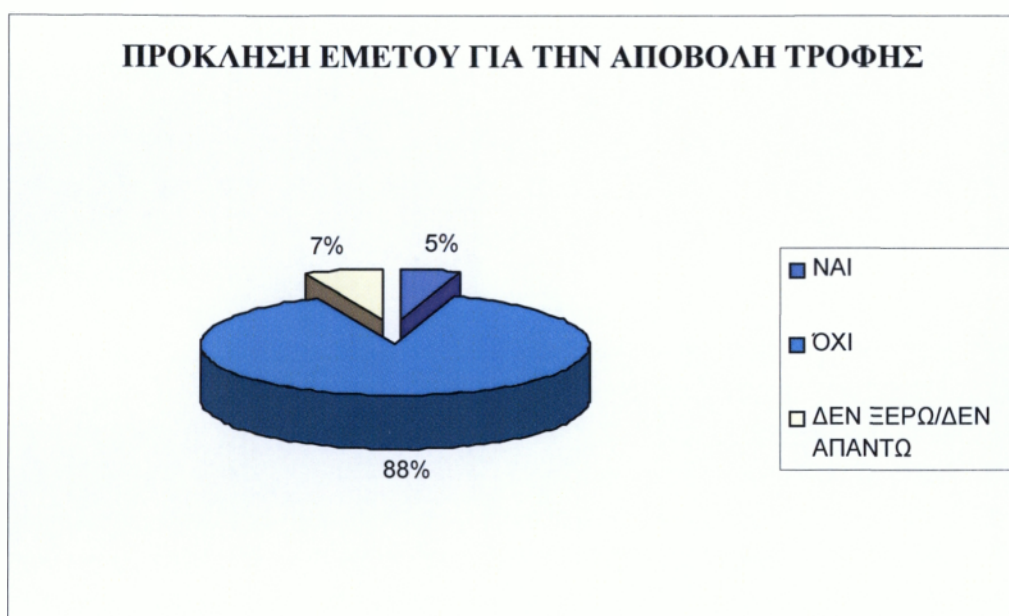
Στο **γράφημα 4.14** φαίνεται, πως το 80% των ατόμων γνωρίζει την ηλικία στην οποία εμφανίζεται συνήθως η νευρική ανορεξία, που είναι 13 έως 20 ετών, ενώ 20% δεν το γνωρίζει και είναι σημαντικό ποσοστό που δείχνει και τις γνώσεις των μαθητών πάνω σε αυτά τα θέματα.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4.14 ΣΥΝΗΘΗΣ ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.15 ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΕΜΕΤΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΒΟΛΗ ΤΡΟΦΗΣ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	3	5%
ΟΧΙ	54	88%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	7%

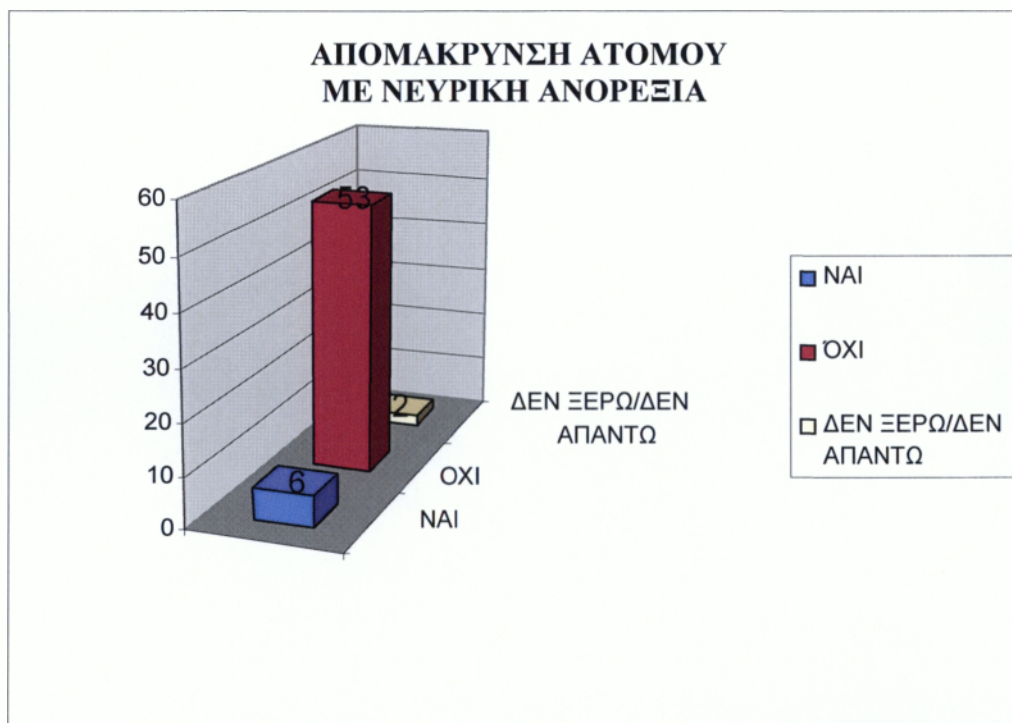
Όπως φαίνεται στο **γράφημα 4.15**, το 88% των ατόμων δεν θα προκαλούσε στον εαυτό του εμετό για να αποβάλει την τροφή που μόλις καταναλώσε, ενώ μόλις ένα ποσοστό της τάξεως του 5% θα έμπαινε στη διαδικασία να προκαλέσει στον εαυτό του εμετό.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 15 ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΕΜΕΤΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΒΟΛΗ ΤΡΟΦΗΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 16 ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	6	10%
ΟΧΙ	53	87%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	3%

Στο γράφημα 4.16, φαίνεται πως 53 από τους 61 δε θα απέφευγαν κάποιον με νευρική ανορεξία, ενώ 6 θα απέφευγαν κάποιον με νευρική ανορεξία, γεγονός που δείχνει κοινωνική προκατάληψη και έλλειψη γνώσεων πάνω σε αυτό το θέμα.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 16 ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.17 ΓΝΩΣΗ ΟΤΙ Η ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΑΝΔΡΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	41	67%
ΟΧΙ	20	33%

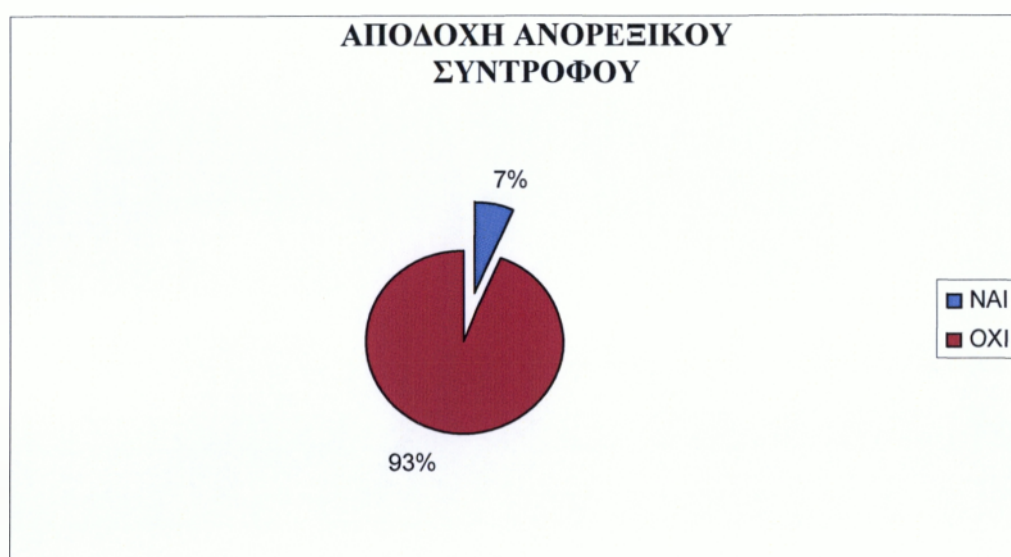
Στο **γράφημα 4.17**, παρατηρείται πως το 67% των ατόμων γνωρίζει ότι η νευρική ανορεξία είναι και ανδρική πάθηση, εκτός από γυναίκα, ενώ το 33%, σημαντικό ποσοστό, δεν το γνωρίζει.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 17 ΓΝΩΣΗ ΟΤΙ Η ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΑΝΔΡΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 18 ΑΠΟΔΟΧΗ ΑΝΟΡΕΞΙΚΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ		
	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	4	7%
ΟΧΙ	57	93%

Στο **γράφημα 4.18**, παρατηρείται πως το 93%, ένα σημαντικά μεγάλο ποσοστό, δεν επιθυμεί να είναι ανορεξικός / ιά ο σύντροφός του, ενώ μόλις το 7% των ατόμων θα το ήθελε.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4. 18 ΑΠΟΔΟΧΗ ΑΝΟΡΕΞΙΚΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ

4.6 Συμπεράσματα

- ❖ Παρατηρείται ότι οι περισσότεροι, καταναλώνουν περισσότερα από τρία γεύματα καθημερινά, ενώ φαίνεται πως οι 41 από τους 61 δε θα ακολουθούσαν δίαιτα εξπρές.
- ❖ Οι μισοί περίπου από τους ερωτηθέντες και ερωτηθείσες δεν έχουν ακολουθήσει κάποια δίαιτα (οι πιο πολλοί με μορφωτικό επίπεδο οικογένειας Πανεπιστημίου), ενώ περίπου οι άλλοι μισοί έχουν ακολουθήσει. Τα αποτελέσματα των τελευταίων είναι πολύ καλά. Παρατηρείται ακόμη πως η κατανάλωση γλυκών για τους μισούς δεν αποτελεί ενοχή.
- ❖ Περίπου το 1/3 των μαθητών και μαθητριών αθλούνται (τα κορίτσια λιγότερο), και το ίδιο περίπου ποσοστό είναι αρκετά ικανοποιημένοι με το σώμα τους (τα κορίτσια είναι πάλι περισσότερα).
- ❖ Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (παραπάνω από τους μισούς) δε θα ήθελαν να αποκτήσουν σώμα μοντέλου. Από τα παραπάνω εντύπωση κάνει ότι είναι περισσότερα τα αγόρια απ' ότι τα κορίτσια που θα ήθελαν να έχουν σώμα μοντέλου.
- ❖ Η λέξη δίαιτα δεν είναι συνδεδεμένη με ένα ωραίο σώμα για ένα μεγάλο αριθμό μαθητών ενώ για άλλον ένα εξίσου μεγάλο αριθμό, η λέξη δίαιτα είναι συνδεδεμένη με ένα ωραίο σώμα. Εδώ επισημαίνονται τα σύγχρονα καταναλωτικά πρότυπα και τον τρόπο που αυτά επηρεάζουν τις ηλικίες αυτές που, ούτως ή άλλως, είναι ευάλωτες, σε τέτοιου είδους προσλαμβάνουσες.
- ❖ Όσον αφορά την κοπέλα στη φωτογραφία, «ευτυχώς» για τη συντριπτική πλειοψηφία θεωρείται ελλειποβαρή. Γενικά φαίνεται πως οι μαθητές είναι συνειδητοποιημένοι και ξεχωρίζουν εκτός από μερικές εξαιρέσεις, το δυσανάλογα και αφύσικο βάρος της κοπέλας, που πάσχει από νευρική ανορεξία. Συμπερασματικά δηλαδή, φαίνεται πως ανεξάρτητα από το αν οι μαθητές έχουν ακολουθήσει κάποια δίαιτα, θεωρούν την κοπέλα στη φωτογραφία ελλειποβαρή.

- ❖ Από την έρευνα προκύπτει ότι δεν μετράνε τις θερμίδες που καταναλώνουν, τα παιδιά αυτής της ηλικίας, ενώ οι περισσότεροι δε θα προκαλούσαν στον εαυτό τους εμετό για να αποβάλουν την τροφή που μόλις καταναλώσανε.
- ❖ Δε θα απέφευγαν κάποιον με νευρική ανορεξία, ενώ δεν θα επιθυμούσαν ο/η σύντροφος τους να είναι ανορεξικός / ή. Δηλαδή ενώ δεν θα είχαν πρόβλημα στις διαπροσωπικές τους συναναστροφές με κάποιον ανορεξικό, στις «πολύ» προσωπικές τους σχέσεις δεν θα το ήθελαν. Οι περισσότεροι γνωρίζουν την ηλικία που εμφανίζεται η νευρική ανορεξία αλλά και ότι είναι ασθένεια και του αντρικού φύλου.
- ❖ Παρατηρείται, μια μικρή διαφορά ανάμεσα στις γνώσεις των κοριτσιών από αυτές των αγοριών σχετικά με τη γνώση για την ανορεξία.
- ❖ Γενικά παρατηρείται, πως αυτοί που έχουν μορφωτικό επίπεδο οικογένειας , επίπεδο Πανεπιστημίου, είναι ευαισθητοποιημένοι για το θέμα της νευρικής ανορεξίας. Συμπεραίνεται επομένως πως το μορφωτικό επίπεδο οικογένειας επηρεάζει τη στάση των νέων απέναντι στις διατροφικές τους συνήθειες.
- ❖ Γενικά, τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια, στην πλειοψηφία τους δε μετράνε ποτέ τις θερμίδες που καταναλώνουν, ενώ η συχνότητα άθλησης επηρεάζει τη μέτρηση θερμίδων, δηλαδή τις διατροφικές συνήθειες του κάθε νέου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Γενικά από την εργασία διαπιστώνεται ότι:

- Δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση γύρω από το θέμα της Νευρικής Ανορεξίας, με αποτέλεσμα πολλά άτομα, κυρίως νεαρής ηλικίας, να πιστεύουν ότι το αδύνατο σώμα είναι υγιές και απόλυτα φυσιολογικό, ενώ στην πραγματικότητα οδηγούνται σε αντίθετα αποτελέσματα όσον αφορά την υγεία και την εικόνα τους
- Το είδος της κοινωνίας μέσα στην οποία μεγαλώνει ένα άτομο, φαίνεται να είναι πολύ σημαντικό για το αν θα αναπτύξει κάποια διαταραχή τροφής ή όχι
- Τα σύγχρονα ΜΜΕ επηρεάζουν αρνητικά την εικόνα του σώματος της σημερινής γυναίκας μέσα από μία διαδικασία προβολής εικόνων που έχουν ως πρότυπο – ιδεώδες το υπερβολικά αδύνατο σώμα
- Τα άτομα που πάσχουν από Νευρική Ανορεξία διακατέχονται από μία μυστικοπάθεια σχετικά με το κίνητρό τους να είναι αδύνατοι και από το φόβο του πάχους που τους κυριεύει

Αναφορικά με το τι μπορεί να γίνει προκειμένου να προληφθούν περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας αλλά και για να αντιμετωπισθούν οι ήδη υπάρχουσες, συμπεραίνεται ότι:

- Η διατροφική εκπαίδευση αποτελεί σημαντική ασπίδα προστασίας, έτσι το μάθημα της σωστής διατροφής, θα πρέπει να ενταχθεί στα σχολεία από την πρώιμη κιόλας ηλικία. Αυτό θα βοηθήσει ώστε να γίνει σαφές ότι το χαμηλό βάρος, δεν σημαίνει απαραίτητα και υγεία, αφού όσο υπάρχουν κίνδυνοι από την παχυσαρκία, άλλο τόσο υπάρχουν και από το πολύ χαμηλό σωματικό βάρος
- Σημαντικό είναι επίσης να υπάρχει σωστή διαπαιδαγώγηση από το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον ώστε οι νέοι να μην επηρεάζονται σε τόσο μεγάλο βαθμό από τα πρότυπα τα οποία προβάλλονται από τα ΜΜΕ

- Πρέπει να συνειδητοποιηθεί ότι κάθε άνθρωπος είναι ξεχωριστός και ότι δεν έχει μεγαλύτερη σημασία η εξωτερική εμφάνιση από τα ψυχικά χαρίσματα. Κάθε άνθρωπος πρέπει να υπερασπίζεται τον εαυτό του όπως είναι και να μην έχει την ψευδαίσθηση ότι για να είναι ευτυχισμένος και επιτυχημένος πρέπει να έχει αδύνατο σώμα

- Θα πρέπει να γίνει αλλαγή στην προβολή αυτών των προτύπων από τα ΜΜΕ. Να μη περιστρέφονται συνέχεια γύρω από το τέλειο σώμα προβάλλοντας κέντρα αδυνατίσματος, εξοντωτικές δίαιτες και να υποβαθμίζουν όλο και περισσότερο τις πνευματικές αξίες του κάθε ατόμου και τις σωματικές ατέλειες που τυχόν έχει

- Σημαντικό είναι να ενθαρρυνθεί το κοινωνικό σύνολο, ώστε να στραφεί σε άλλες δραστηριότητες που θα ενισχύσουν την αυτοπεποίθησή του. Έτσι, θα ήταν εύλογο να αναφερθεί η γυμναστική η οποία ενισχύει την φυσική κατάσταση, απαλλάσσει από την ένταση και συγχρόνως βοηθάει να κατανοηθεί η αξία της υγιεινής διατροφής. Με αυτό τον τρόπο, θα εισχωρήσουν ιδέες όπως «γυμναστική = υγεία» και όχι «αδύνατος = υγιής». Για όλους τους παραπάνω λόγους, και ξέροντας τις δυσμενείς συνέπειες, που έχει η νευρική ανορεξία στην ψυχοσωματική ισορροπία των ατόμων που έχουν προσβληθεί απ' αυτή, χρίζει ιδιαίτερης προσοχής, η συνειδητοποίηση της κατάστασης αυτής και η έγκαιρη και επαρκής ενημέρωση του κοινού για να αλλάξουν οι λανθασμένες αντιλήψεις, πριν πάρει μεγαλύτερες διαστάσεις στην κοινωνία

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition), Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guildford.
- Beumont PJV.(2002) The Neurobiology of eating behaviour and weight control p.p237-250,in Neurobiology in the Treatment of Eating Disorders,John Wiley
- Biederman, J., Herzog, D. B., & Rivinus, T. M. (1985). Amitriptyline in the treatment of anorexia nervosa: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 5, 10-16.
- Bilukha, O.O., Utermohlen, V. (2001). Internalization of Western standards of appearance, body dissatisfaction and dieting in urban educated Ukrainian females. *European Eating Disorders Review*, 10 (2), 120-137
- Brusset B.: "L' assiette et le miroir". Privat Ed., Toulouse, 1977, 1 vol. Bruch Disorders: Obesity, Anorexia and the Person Within, Basic Books, New
- Bruch H (1973) Eating disorders, obesity, Anorexia Nervosa and the person within. Routledge and Kegan Paul, London
- Bruch H.: Anorexia nervosa: therapy and theory. *Am. J. Psychiatry*, 1982, 139:1531-1538.
- Bulik, C. M., Sullivan, P.A., Fear, J. L., & Pickering, A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 704-707.
- Bulik CM, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo S, Aggen S, Sullivan PF (2003). The relation between components of perfectionism and eating disorders. *Am J Psychiatry* 160: 366–368
- Casper, R.C. (1990): Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomat Med*; 52: 156
- Clark, D.M., & Fairburn, C.G. (1997). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. New York: Oxford University Press
- Chen, C.N., Wong, J., Lee, N., Chan-Ho, M.W, Lau, J.T.F., & Fung, M. (1993). The Shantin community mental health survey in Hong Kong: II. Major findings. *Archives of General Psychiatry*, 50, 125-133.

- Crisp AH, Callender JS, Halek C, Hsu LK. Long-term mortality in anorexia nervosa. A 20-year follow-up of the St George's and Aberdeen cohorts. *Br J Psychiatry*. Jul 1992;161:104-7
- Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008), Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις
- Dally, p. j. & Sargant, W. (1960) A new treatment of anorexia nervosa. *British Medical Journal*, ii , 1770.
- Dally, p. j. & Sargant,, W. (1966) Treatment and outcome of anorexia nervosa. *British Medical Journal*, ii , 793-5
- Dare, C., LeGrange, D., Eisler, I., & Rutherford, J. (1994) Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disordered families. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 211-226 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). “Abnormal Psychology”. USA: John Wiley & Sons Inc.
- D. A. Collier and J. L. Treasure The aetiology of eating disorders *The British Journal of Psychiatry*, November 1, 2002; 185(5): 363 – 365
- Eisler, I., Dare, C., Russell, G.F.M., Szmulker, G.I., Le Grange, D. , & Dodge, E. Family and individual therapy in anorexia nervosa: A five year follow-up. *Archives of General Psychiatry* , 54, 1987, 1025-1030
- Fairburn, C.G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1-13
- Fairburn, Shafran and Cooper, 1999. C.G. Fairburn, R. Shafran and Z. Cooper, A cognitive-behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy* 37 (1999), pp. 1–13
- Fairburn, C. (1997) *Eating Disorders Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*’ by Clark, D. and Fairburn, C., Oxford University Press.
- Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders-Seminar. *The Lancet* 2003, 361:407-416
- Fassino S, Svrakic D, Abbate-Daga G et al. (2002). Anorectic family dynamics: temperament and character data. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 114-120
- Franko, D.L., Striegel-Moore, R.H. Psychosocial risk for eating disorders: what’s new? In: Wonderlich, S., Mitchell, J., de Zwaan, M., Steiger, H. (Ed.) *Annual Review of Eating Disorders*, Part I. Oxford. Radcliffe Publishing; 2007: 51-62.
- Garfinkel, P.E. & Garner, D.M (1987). *The role of drug treatments for eating disorders*, Brunner-Mazel, publishers-New York.

- Garner, dm, Bemis, km. "a cognitive-behavioral approach to anorexia-nervosa." Cogn. Ther. Res. 6: 123, 1982..
- G Fairburn, Z Cooper, H A Doll, and S L Welch (1999), Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons, 56(5):468-70.
- Glover, Shafran, Brown, & Fairburn (in press) Glover, D. S., Shafran, R., Brown, G. P., & Fairburn, C. G. A preliminary evaluation of CBT for clinical perfectionism: A case series. *British Journal of Clinical Psychology*
- Gross HA, Ebert MH, Faden VB, Goldberg SC, Nee LE, Kaye WH. A double-blind controlled trial of lithium carbonate primary anorexia nervosa. *J Clin Psychopharmacol.* 1981;1(6):376-381
- Joshi, R Herman CP Polivy J "Self Enhancing Effects of Exposure to thin body Images" *International Journal of Eating Disorders* 35(3) 333-41 2004 April
- Halliwell, E. & Dittmar, H. (2004). Does size matter? The impact of model's body size on women's body-focused anxiety & advertising effectiveness. *Journal of Social& Clinical Psychology*, 23(1), 104-122
- Halmi, K.A., Sunday, S.R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D.B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W.H., and Kaye, W.H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa:variation by clinical subtype, obsessionality and pathological eating behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1799-1805.
- Halmi, K.A., Eckert, E., Falk, JR. (1982). Cyproheptadine for anorexia nervosa. *Lancet I*, 1357-1358.
- Hamachek, D.E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: a Journal of Human Behavior*, 15, 27-33.
- Hoek, HW, van Hoeken, D (2003) "Review of the prevalence and incidence of eating disorders" *Int J Eat Disord* 34: 383-396
- Horney, 1950. K. Horney, *Neurosis and human growth.* , Norton, New York (1950).
- Hollender, 1965. M.H. Hollender, Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry* 6 (1965), pp. 94–103
- Hsu, L.K.G. (1990) *Eating disorders*. New York: Guilford cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
- Huon, G.F., Migyi, Q., and Xiao, G. (2002). A large-scale survey of eating disorder symptomatology among female adolescents in the People's Republic of China.*International Journal of Eating Disorders*, 32, 192-205.

- Joiner et al., 1997 T.E. Joiner, T.F. Heatherton, M.D. Rudd and N.B. Schmidt, Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: Two studies testing a diathesis–stress model, *Journal of Abnormal Psychology* 106 (1997), pp. 145–150
- Kaye WH, Greeno CG, Moss H, Fernstrom J, Fernstrom M, Lilenfeld LR, Weltzin TE, Mann J: Alterations in serotonin activity and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 55(10):927-935, 1998.
- Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S.: *La faim et le corps*. Paris, Edit P.U.F., 1975
- Klingenspor, B., 1994. Gender identity and bulimic eating behavior. *Sex Roles* 31, pp. 407–410
- Klump, K.L., McGue, M., & Lacono, W.G. (2000): Age differences in genetic and environmental influences of eating attitudes and behaviors in preadolescent and adolescent female twins. *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 239-251.
- Kreipe, R.E., & Birndorf, S.A. (2000). Eating disorders in adolescents and young adults. *Medical Clinics of North America*, 84 (4), 1027.
- Kreisler L: *Le nouvel enfant du desorde psychosomatique*, Edit. Privat, Toulouse, 1987.
- Lask, B., Britten, C., Kroll, L., Magagna, J., Tranter, M. Pervasive refusal in child. *Arhcives of Disease in Childhood*, 1991, 66, 866-869
- Le Grange, D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology* , 5, 1999, 727-740
- Lock, J. Le Grange, D. Agras, WS., et al. Treatment manual for anorexia nervosa. A family-based approach. New York: Guilford; 2005
- Lock, J., Le Grange, D. Help your teenager beat an eating disorder. New York: Guilford Press, 2005.
- Morton, R. (1689): *Phthisiologica: Or a treatise of consumption*. London
- Mills, 1985. I. Mills, The neuronal basis of compulsive behavior in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research* 19 (1985), pp. 231–235.
- Mitchell, J.E. (1992). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Psychiatric Medicine*, 1, 229-255
- Nakamura, K., Yamamoto, M., Yamazaki, O., Kawashima, Y., Muto, K., Someya, T., Sakurai, K., and Nozoe, S. (2000). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia

nervosa in a geographically defined area in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 173-180.

- Παπακώστας, Γ. (1993). *Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία: Θεωρία και Πράξη*. Κεφάλαιο 12: Διαταραχές Σίτισης. Ψυχογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία. Σελ: 379-399.
- Russell GFM. Anorexia nervosa through time. In: Szumukler G, Dare C, Treasure J, eds. *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. New York, NY: John Wiley and Sons; 1983: 15.
- Russell, G. F. M. (1995). Anorexia nervosa through time. In Szumukler, G. I., Dare, C., and Treasure, J. (eds.), *Handbook of Eating Disorders. Theory, Treatment and Research*. John Wiley & Sons, Chichester.
- Selvini M.: *L' anorexie*. Edit Feltrimelli, Milan 1963
- Shafran, Lee, Payne, & Fairburn (2006) R. Shafran, M. Lee, E. Payne and C.G. Fairburn, The impact of manipulating personal standards on eating attitudes and behaviour, *Behaviour Research and Therapy* 44 (2006), pp. 897–906
- Shafran, Cooper and Fairburn, 2002. R. Shafran, Z. Cooper and C.G. Fairburn, Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy* 40 (2002), pp. 773–781
- Slade, 1982. P.D. Slade, Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology* 21 (1982), pp. 167–179.
- Striegel-Moore, R.H., Dohm, F.A., Kraemer, H.C., Taylor, C.B., Daniels, S., Crawford, P.B., Schreiber, G.B. (2003). Eating disorders in white and black women. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1326-1331.
- Strober, M. (1991). Disorders of the self in anorexia nervosa: An organismic–developmental paradigm. In C. Johnson (Ed.) *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia* (pp. 354-373). New York: Guilford.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157, 393-401
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825–848
- Sours J.A.: "The Anorexia Nervosa Syndrome", *International Journal of Psycho-Analysis*, 55:567-576, 1974

- Szumska, Tury, Csoboth, Rethelyi, Purebl, Hajnal, the prevalence of eating disorders in Hungary Representative Sample of young women, *Alpbuck* 2005
- Szumska, I., Tury, F., Csoboth, C.T., Rethelyi, J., Purebl, G., Hajnal, A. (2005). The prevalence of eating disorders of eating disorders and weight-control methods among young women: a Hungarian representative study. *European Eating Disorders Review*, 13 (4), 278-284.
- Sullivan, P.F. (2003), Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073-1075
- Vandereycken W, Pierloot R. Pimozide combined with behavior therapy in the short-term treatment of anorexia nervosa. A double-blind placebo-controlled cross-over study. *Acta Psychiatr Scand*. 1982 Dec;66(6):445–450
- Van Hoeken, D., Lucas, A.R., & Hoek, H.W. (1998). Epidemiology. In H.W. Hoek, J.L. Treasure, & M.A. Katzman (Eds.), *Neurobiology in the treatment of eating disorders* (pp. 97-126). Chichester: Wiley.
- Vitousek, K.B., & Ewald, L.S. (1993). Self-representation in eating disorders: A cognitive perspective. In Z.V. Segal & S.J. Blatt (Eds.), *The Self in Emotional Distress: Cognitive and Psychodynamic Perspectives* (pp. 221–266). New York: Guilford
- Vitousek, K. & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137-147
- Vitousek, K.B. and Hollon, K.B., 1990. The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research* 14, pp. 191–214
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G.T. (in press). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18, 391–420
- Vitousek, K. (1996). The current status of cognitive-behavioral models of anorexia and bulimia nervosa. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 383–418). New York: Guilford Press.
- Walters, E.E., & Kendler, K.S. (1995). Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 64-71.

- Westen, D., & Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158, 547-562.
- Wilson, G.T., & Fairburn, C.G. (1998). Treatments for eating disorders. In P.E. Nathan & J.M. Gorman (Eds.), *A Guide to Treatments that Work* (pp. 501–530). New York: Oxford University Press
- W. Vandereycken, E. Kog and J. Vanderlinden, *The family approach to eating disorders: assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York: PMA Publications (1989).
- Χριστοδουλου, Γ. Ν. (2000). *Ψυχιατρική Α' & Β' τόμος*. Εκδόσεις Βήτα, Medical Arts.
- Zaider, T. I. Johnson, J. G., and Cockell, S. J. (2000). Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 58-67.
- Zayfert, C., Becker, C.B., Unger, D.L. and Shearer, D.K., 2002. Comorbid anxiety disorders in civilians seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 15, pp. 31–38.
- Leonard, D., & Mehler, P.S., (2001). *Eating Behaviors*.
- <http://www.enet.gr>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

A. Ερωτηματολόγιο για την εργασία που αφορά την νευρική ανορεξία

Φύλο:

- i. Κορίτσι
- ii. Αγόρι

Μορφωτικό επίπεδο οικογενείας:

- i. Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ
- ii. Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου
- iii. Χωρίς Βασική Εκπαίδευση

Πόσα γεύματα καταναλώνετε καθημερινά:

- i. 1
- ii. 2
- iii. 3
- iv. Περισσότερα

Θα ακολουθούσατε μια δίαιτα εξπρές προκειμένου να χάσετε κιλά αψηφώντας τους κινδύνους:

- i. Ναι
- ii. Όχι
- iii. Δεν ξέρω δεν απαντώ

Ποιο πιστεύετε ότι είναι το ποσοστό των ανορεξικών κοριτσιών που πεθαίνουν:

- i. 10%
- ii. 20%
- iii. 30%
- iv. 50%
- v. 100%

Έχετε ακολουθήσει κάποια δίαιτα ποτέ σας:

- i. ΝΑΙ
- ii. ΟΧΙ

Αν ναι, τα αποτελέσματα ήταν:

- i. Θετικά
- ii. Αρνητικά

Νιώθετε ενοχές όταν καταναλώνετε μεγάλες ποσότητες γλυκών ή φαγητών:

- i. Ναι
- ii. Όχι
- iii. Συχνά
- iv. Πάντα

Πόσο συχνά αθλείστε:

- i. Καθημερινά
- ii. Συστηματικά
- iii. Λίγο
- iv. Ποτέ

Πόσο ικανοποιημένη/ος νιώθετε με το σώμα σας:

- i. Αρκετά
- ii. Λίγο
- iii. Καθόλου

Θα ήσασταν πλήρως ικανοποιημένη/ος με το σώμα σας αν είχατε σώμα μοντέλου:

- i. Ναι
- ii. Όχι
- iii. Δεν ξέρω δεν απαντώ

Η λέξη δίαιτα είναι συνδεδεμένη με ένα ωραίο σώμα για εσάς:

- i. Ναι
- ii. Όχι
- iii. Δεν ξέρω δεν απαντώ



Πώς χαρακτηρίζεται την κοπέλα στην φωτογραφία:

- i. Ιδανικό σώμα
- ii. Ελλειποβαρή
- iii. Φυσιολογική

Μετράτε τις θερμίδες πριν καταναλώσετε οποιαδήποτε τροφή:

- i. Ναι
- ii. Όχι

Μεταξύ ποιας ηλικίας είναι συχνότερη η νευρική ανορεξία:

- i. 5-10
- ii. 13-20
- iii. 25-35

Θα προκαλούσατε στον εαυτό σας εμετό προκειμένου να αποβάλετε την τροφή που μόλις καταναλώνετε:

- i. Ναι
- ii. Όχι
- iii. Δεν ξέρω δεν απαντώ

Θα αποφεύγατε κάποιον με νευρική ανορεξία για να μην «κολλήσετε»:

- i. Ναι
- ii. Όχι

Πιστεύετε ότι η νευρική ανορεξία είναι αποκλειστικά γυναικεία υπόθεση:

- i. Ναι
- ii. Όχι

Θα θέλατε ο/η σύντροφος σας να είναι ανορεξικός/ιά:

- i. Ναι
- ii. Όχι

B. Ο ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟΣ ΙΟΣ ΤΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ

Άλλη μία θυσία στον βωμό της βιομηχανίας της μόδας. Η νευρική ανορεξία οδήγησε στον θάνατο την μόλις 21 ετών Βραζιλιάνα καλλονή του Τζόρτζιο Αρμάνι, Άννα Καρολίνα Ρέστον, αφυπνίζοντας τους εκπροσώπους μόδας και αναδεικνύοντας τη ματαιοδοξία των σημερινών προτύπων ομορφιάς.

Η Άννα, τοπ μόντελ από τη Βραζιλία που στο παρελθόν εργάστηκε με τον διάσημο Ιταλό μόδιστρο Τζόρτζιο Αρμάνι, είχε ύψος 1,74 και ζύγιζε μόλις και μετά βίας 40 κιλά. Την παραμονή μιας φωτογράφησης στο Παρίσι η νεαρή καλλονή άφησε την τελευταία της πνοή στο νοσοκομείο του Σάο Πάολο ύστερα από ασθένεια τριών εβδομάδων.

Η Ρέστον έκανε διεθνή καριέρα με φωτογραφήσεις και επιδείξεις σε Κίνα, Τουρκία, Μεξικό και Ιαπωνία. Η μητέρα της Ρέστον, Μύριαμ, που αποκάλυψε ότι η κόρη της ενίσχυε οικονομικά την οικογένειά της, έκανε έκκληση σε όλους τους γονείς: «Φροντίστε τα παιδιά σας. Τα χρήματα σε καμία περίπτωση δεν αξίζουν τη ζωή τους». Δύο μήνες μετά την «Εβδομάδα Μόδας» στη Μαδρίτη και τον αποκλεισμό των μοντέλων με Δείκτη Μάζας Σώματος κάτω από 18, ο δεύτερος θάνατος μοντέλου μέσα σε τρεις μήνες επαναφέρει στο προσκήνιο τον δημόσιο διάλογο για τις λιποβαρείς «καλλονές».

Την πρωτοβουλία της Μαδρίτης που έθεσε εκτός πασαρέλας το διάσημο μοντέλο Κέιτ Μος θα ακολουθήσει με τον καινούριο χρόνο και το Λονδίνο, ενώ ανάλογες συζητήσεις γίνονται και στο Παρίσι. Αφορμή στάθηκε ο τραγικός θάνατος της 22χρονης Λουιζέλ Ράμος τον περασμένο Αύγουστο από ανορεξία κατά τη διάρκεια επίδειξης μόδας στην Ουρουγουάη.

Ορισμένοι εκπρόσωποι μόδας έκαναν έκκληση στους αρμοδίους να σταματήσουν να χρησιμοποιούν μοντέλα «μεγέθους 0», όχι μόνο στο όνομα της υγείας των επαγγελματιών μοντέλων, αλλά και κάθε γυναίκας που τα μιμείται.

Τα προβεβλημένα μέσα από το λαμπερό χώρο του μόντελινγκ πρότυπα ομορφιάς αποτελούν παράδειγμα για εκατομμύρια κορίτσια σε όλο τον κόσμο που επιδίδονται σε επικίνδυνες δίαιτες για να γίνουν όλο και πιο αδύνατες, όλο και ομορφότερες.

«Ποτέ δεν μου άρεσαν τα αδύνατα μοντέλα και δεν τα έχω βγάλει ποτέ στην πασαρέλα», ισχυρίζεται ο Ιταλός μόδιστρος υψηλής ραπτικής Τζόρτζιο Αρμάνι. Ήρθε, άραγε, το τέλος για τις σκελετωμένες καλλονές.

Το "φάντασμα" της Εύας Χερτζίγκοβα

Η νευρογενής ανορεξία, η οποία "χτυπά" κυρίως νεαρά κορίτσια, απέκτησε πρόσφατα ακόμη ένα θύμα, παγκοσμίου φήμης αυτή τη φορά και σίγουρα όχι το τελευταίο. Άντρες και γυναίκες θυμούνται την εκρηκτική Εύα Χερτζίγκοβα, μοντέλο στο επάγγελμα, η οποία ηγήθηκε με μεγάλη επιτυχία της διαφημιστικής καμπάνιας εταιρείας εσωρούχων λόγω της χυμώδους κορμοστασιάς της.



Σήμερα, όπως καταδεικνύουν και οι φωτογραφίες, τα μεγαλεία της είναι περασμένα, θυμίζει απλώς έναν ανθρώπινο σκελετό. Αποστεωμένη, σχεδόν αποκρουστική και γερασμένη, φιγουράρει στο διαδίκτυο ως "φρικτό" θέαμα. Η ίδια, σύμφωνα με διεθνή ειδησεογραφικά πρακτορεία, επιμένει να διαβεβαιώνει ότι είναι πολύ καλά στην υγεία της.

Η Εύα Χερτζίγκοβα, ένα από τα πιο εντυπωσιακά μοντέλα της δεκαετίας του '90 είναι πλέον σκιά του εαυτού της. Η πρόσφατη εμφάνιση της στο φεστιβάλ των Κανών, επιβεβαίωσε τις φήμες, που την θέλουν να πάσχει από νευρική ανορεξία, την ασθένεια της σύγχρονης εποχής, που μοιάζει με αργό θάνατο και για την οποία ενοχοποιείται η βιομηχανία της μόδας.

Οι φωτογραφίες της, που κυκλοφόρησαν στο διαδίκτυο προκαλούν σοκ. Δείχνουν την Τσέχα καλλονή αγνώριστη. Αποστεωμένη, με μαύρους κύκλους κάτω από τα μάτια και χωρίς την παλιά της λάμψη. Όσοι τις βλέπουν μένουν άφωνοι, αλλά όχι εξαιτίας των τέλειων αναλογιών της. Η ίδια επιμένει να διαψεύδει ότι είναι ανορεξική, αλλά η εικόνα είναι αδιάψευστος μάρτυρας. Δυστυχώς, η Εύα Χερτζίγκοβα δεν είναι η μοναδική, που πέφτει θύμα της ασθένειας. Στην ίδια παγίδα αναζήτησης του "τέλειου" έχουν πέσει δεκάδες άλλα διάσημα μοντέλα, όπως η Κέιτ Μος αλλά και η Κάρεν Μούλντερ και ακολουθώντας το παράδειγμά τους χιλιάδες μικρά κορίτσια, που καταλήγουν να καταστρέφουν τον εαυτό τους.

Γ. ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ ΠΕΡΙ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια η Α.Μ. (28 χρόνων) ζει το πρόβλημα της ψυχογενούς ανορεξίας από κοντά, καθώς πάσχει απ' αυτήν η 25χρονη αδερφή της. Θέλοντας να διατηρήσει την ανωνυμία της, μίλησε στην «Ε» για την εμπειρία της:

«Ήταν πριν από τρία χρόνια όταν παρατήρησα για πρώτη φορά τις αλλαγές στη συμπεριφορά της αδερφής μου. Έχανε συνέχεια βάρος, απέφευγε γεύματα με διάφορες προφάσεις, ενώ τα βράδια έμενε πολλή ώρα στο μπάνιο, όπου έκανε εμετούς.

Μέσα μου το ήξερα ότι συμβαίνει κάτι σοβαρό, αλλά η ίδια δεν ήθελε να παραδεχτεί ότι έχει πρόβλημα. Ύστερα από δικές μου πιέσεις, που κράτησαν αρκετές μέρες, παραδέχτηκε ότι κάνει εμετούς για να μην πάρει βάρος. Σ' εκείνη τη φάση ανακουφίστηκα, γιατί σκέφτηκα πως αφού το παραδέχτηκε θα ήταν έτοιμη και να δεχθεί βοήθεια. Όμως στη συνέχεια ξεκίνησε μια μεγάλη περίοδος, που προσπαθούσε να με πείσει να μην το αποκαλύψω στους γονείς μου, με την πρόφαση ότι θα προσπαθήσει μόνη της να βοηθήσει τον εαυτό της και να το ξεπεράσει.

Αποφάσισα να το πω στους γονείς μου, καθώς φοβόμουν για την κατάσταση της υγείας της, με αποτέλεσμα να έρθουμε σε σύγκρουση. Η μητέρα μου είχε ήδη υποψιαστεί κάτι, καθώς είχε προβληματιστεί για τη μεγάλη απώλεια βάρους που παρουσίαζε η αδερφή μου. Η αποκάλυψη έκανε τους γονείς μου να αισθανθούν ενοχές, καθώς γνώριζαν ότι πρόκειται για ψυχογενή ασθένεια, και θεωρούσαν ότι δεν έκαναν κάτι σωστά στον τρόπο που τη μεγάλωσαν.

Πέρασε άλλη μία περίοδος, κατά την οποία η αδερφή μου υποσχέθηκε ότι, με τη βοήθεια της μητέρας μας, θα ξανάρχιζε να τρώει κανονικά. Όμως πολύ γρήγορα καταλάβαμε ότι κι αυτό ήταν άλλο ένα κόλπο για να καθυστερήσει την επίσκεψη σε ειδικό.

Όταν η κατάσταση άρχισε να χειροτερεύει, ουσιαστικά εξαναγκάστηκε να δει ειδικό και να παρακολουθηθεί στη συνέχεια από ψυχίατρο και διαιτολόγο. Άργησαν πολύ να φανούν αποτελέσματα, γιατί η ίδια συνέχιζε να πιστεύει κάθε φορά που έβλεπε τον εαυτό της στον καθρέφτη ότι είναι υπέρβαρη, αν και ζύγιζε μόλις 42 κιλά.

Όλη η καθημερινότητα ενός τέτοιου ανθρώπου περιστρέφεται γύρω από τα ανύπαρκτα περιττά κιλά του, με αποτέλεσμα να γίνει ιδιαίτερα προβληματική η επικοινωνία με τους γύρω του. Στην οικογένεια είναι δύσκολο να διατηρηθεί ισορροπία, γιατί κανείς μας δεν γνώριζε, παρά τις οδηγίες των ειδικών, πώς να συμπεριφερθεί.

Σήμερα η αδερφή μου, ύστερα από δύο χρόνια θεραπείας, έχει πάρει τέσσερα κιλά, έχει περίοδο που της είχε κοπεί για ενάμιση χρόνο, έχει βελτιώσει, σε μικρό βαθμό, τη σχέση της με το φαγητό, συνεχίζει όμως να θεωρεί ότι είναι παχιά. Κατά περιόδους αποφεύγει το φαγητό, ενώ στη συνέχεια έχει έντονες βουλιμικές κρίσεις.

Όλη μου η οικογένεια έχει αποδεχτεί πλέον το γεγονός ότι δεν πρόκειται να γίνει εντελώς καλά σε σύντομο χρονικό διάστημα και προσπαθούμε, όσο γίνεται, να τρώει ισορροπημένα και να αποφεύγουμε αναφορές για θέματα κιλών, φαγητού κλπ.

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..

ΜΑΡΑ ΔΑΡΜΟΥΣΛΗ: «Κατέληξα να πολεμώ το σώμα 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 σκηνής 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 Αγγελος, 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. Έτρωγα 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 πότε βουλιμία πότε ανορεξία.

«Κατέληξα να πολεμώ το σώμα μου. Με όπλα δυνατά όπως είναι η βουλιμία και η ανορεξία. Οι συνέπειες πολλές. Σε καμία 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 να ανταπεξέλθω 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 πειστικά: «Τα μοντέλα είναι ένα παρεξηγημένο είδος. Επειδή προσελκύουν 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 πασαρέλων 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.