

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΜΕΤΟΛΟΓΙΑΣ



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ
ΕΡΓΑΣΙΑ**

ΘΕΜΑ: «ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ»



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: Κ. ΔΕΡΒΙΣΟΓΛΟΥ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΠΕΡΡΟΥ ΜΟΝΙΚΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2010

Πίνακας περιεχομένων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	15
ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	15
2.1. ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	15
2.2. ΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	17
2.3. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	18
2.4. ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	23
2.5. Η ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΤΡΕΣ	26
2.6. Η ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ.....	27
2.7. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	32
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	32
3.1.ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	33
3.2.ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	33
3.3.ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	34
3.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	35
3.5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ - ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	38
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	38
4. 1. ΠΟΙΟΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΣΕΙ ΜΙΑ ΝΕΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	40
4.2. ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	41
4.3. ΝΟΣΗΛΕΙΑ.....	43
4.4. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	45
4.4.1. Αυξάνοντας το βάρος του σώματος.....	45
4.4.2. Επανασίτιση	46
4.4.3. Εξαφανίζοντας τις συμπεριφορές μείωσης του βάρους	49
4.4.4. Εδραιώνοντας φυσιολογικές συμπεριφορές διατροφής	49
4.5. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	50
4.5.1. Αύξηση της αυτοπεποίθησης των ασθενών	51

4.5.2. Η θέση της άσκησης κατά τη διάρκεια της θεραπείας	52
4.5.3. Αντιμετώπιση των συσχετιζόμενων προβλημάτων	54
4.5.4. Αποφυγή των υποτροπών	55
4.6. ΓΝΩΣΤΙΚΟ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ	56
4.7. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	58
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	64

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εφηβεία σηματοδοτεί το μεταβατικό στάδιο από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση και είναι η περίοδος ραγδαίων αλλαγών στη σωματική ανάπτυξη. Στις αλλαγές αυτές προσπαθεί να προσαρμοστεί τόσο ο έφηβος όσο και ο κοινωνικός του περίγυρος. Οι βιοσωματικές αλλαγές επηρεάζουν τη διαμόρφωση και τη διαφοροποίηση της εικόνας που ο έφηβος έχει για τον εαυτό του, αλλά και την εικόνα που έχουν οι άλλοι για αυτόν. Ο έφηβος διανύει την περίοδο αναζήτησης της δικής του ταυτότητας μέσα από πολλές δοκιμασίες. Προσπαθεί να αναγνωρίσει ποιος είναι, τι αξίζει και τι μπορεί να κάνει.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι παράγοντες κινδύνου της παιδικής ηλικίας, όπως τα προβλήματα διατροφής, οι διαιτητικές συνήθειες και η αρνητική εικόνα του σώματος, συγκρούονται με τις προκλήσεις τις οποίες αντιμετωπίζει ο έφηβος. Αυτές οι συγκρούσεις μπορεί να οδηγήσουν μερικές φορές στην υπερβολική άσκηση αυτοελέγχου όσον αφορά στις διατροφικές συνήθειες, με αποτέλεσμα την εκδήλωση διαταραχών πρόσληψης τροφής, όπως τη νευρική ανορεξία. Η νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από άρνηση πρόσληψης τροφής, με συνέπεια τη μείωση του βάρους κάτω από τα φυσιολογικά επίπεδα. Η διαταραχή αυτή σχετίζεται με ανθυγιεινές προσπάθειες ελέγχου του σωματικού βάρους, οι οποίες φαίνεται να κατευθύνονται από παθολογικές αντιλήψεις σχετικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος. Οι αντιλήψεις αυτές σχετίζονται άμεσα με τις πολιτισμικές αντιλήψεις σχετικά με το ιδανικό βάρος και τη σωματική εμφάνιση που προωθούνται σε κάθε κοινωνία. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι αντιλήψεις αυτές διαφοροποιούνται από εποχή σε εποχή. Για παράδειγμα, μέχρι τα τέλη του 19ου αιώνα οι καμπυλόγραμμες φιγούρες θεωρούνταν ως ιδιαίτερα ελκυστικές ενώ, αντίθετα, κατά τη βικτοριανή περίοδο, η άρνηση της τροφής από τις γυναίκες θεωρούνταν ως ένδειξη καλής ανατροφής, καθώς επικρατούσε η αντίληψη ότι η άρνηση της τροφής αντανάκλούσε την πνευματική ανωτερότητα (Brumberg, 1988). Από τη δεκαετία του 1930, άρχισαν να διαμορφώνονται οι σημερινές αντιλήψεις,

σύμφωνα με τις οποίες η λεπτή σιλουέτα προωθείται ως ιδιαίτερα ελκυστική από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τις διαφημίσεις, τους σχεδιαστές μόδας και τους σταρ του κινηματογράφου και της τηλεόρασης.

Από τα παραπάνω προκύπτει το συμπέρασμα πως η σημασία της διατροφής για τη γυναικεία ταυτότητα, ο ρόλος της οικογένειας και της κοινωνικής τάξης για τη διαμόρφωση των διατροφικών προτιμήσεων και των αντιλήψεων για το ιδανικό σωματικό βάρος και η χρήση του ελέγχου της διατροφής ως υποκατάστατου για τον αυτοέλεγχο σε άλλους τομείς, είναι παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με τη νευρική ανορεξία.

Η ψυχογενής ανορεξία (όπως αλλιώς ονομάζεται) αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά ως διαταραχή το 1873 από τον Άγγλο γιατρό William Gull, ο οποίος τη χαρακτήρισε ως ειδική νόσο και τον Γάλλο ψυχίατρο Charles Laseque, ο οποίος την περιέγραψε από κοινωνική και ψυχολογική σκοπιά. Και οι δύο γιατροί είχαν παρατηρήσει πως η νόσος αυτή παρουσιάζεται συχνότερα σε άτομα τα οποία προέρχονταν από τις πιο εύπορες κοινωνικές τάξεις. Το γεγονός αυτό οδήγησε τον Laseque στη διατύπωση της υπόθεσης πως η ελλιπής γονεϊκή συναισθηματική στήριξη (γεγονός το οποίο πίστευε πως είναι πιο σύνηθες στις εύπορες οικογένειες) σχετίζεται με την εκδήλωση της διαταραχής αυτής. Επικράτησε επίσης η άποψη πως οι συγκρούσεις των γονέων με τα παιδιά τους είναι πιθανό να οδηγούν μερικές φορές κάποια κορίτσια που βρίσκονται στην εφηβεία στην άρνηση της τροφής, ως μία μορφή έκφρασης του συναισθήματος της απόρριψης το οποίο βιώνουν. Γι' αυτό, στις αρχές του περασμένου αιώνα, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας προτεινόταν η απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένειά του σε συνδυασμό με την επιβολή της υποχρεωτικής σίτισης του παιδιού με οποιονδήποτε τρόπο.

Τα άτομα με νευρική ανορεξία κυριαρχούνται από κάποια βασικά χαρακτηριστικά. Κατ' αρχήν, έχουν έντονη τη διάθεση άρνησης για λήψη φαγητού προκειμένου να μην πάρουν βάρος, παρά το γεγονός ότι αυτό κυμαίνεται κάτω από τα κατώτερα όρια του φυσιολογικού για την ηλικία, το φύλο και το ύψος τους (δηλαδή το βάρος τους βρίσκεται κάτω από το 85% του φυσιολογικού). Επίσης, παρά το γεγονός ότι το σωματικό βάρος είναι κάτω από τα όρια του φυσιολογικού, το άτομο διακατέχεται από έντονο φόβο ότι θα πάρει βάρος. Έτσι, λοιπόν, βρίσκεται συνεχώς στην προσπάθεια να

χάσει περισσότερα κιλά. Το άτομο έχει διαταραγμένη εικόνα για το σώμα του και δίνει υπέρμετρη έμφαση στην επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματος στην αυτοαξιολόγηση. Επίσης, στις περιπτώσεις των γυναικών, υπάρχουν συχνά διαταραχές στον εμμηνορρυσιακό κύκλο ως αποτέλεσμα της υπερβολικής μείωσης του σωματικού τους βάρους.

Παρά το γεγονός ότι η ετυμολογία του όρου «ανορεξία» παραπέμπει στην έλλειψη όρεξης για φαγητό, ο όρος αυτός είναι παραπλανητικός, αφού το άτομο που πάσχει από αυτή τη διαταραχή μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να μην έχει όρεξη για φαγητό. Η απώλεια σωματικού βάρους είναι αποτέλεσμα της συνειδητής προσπάθειας του ατόμου να χάσει βάρος καταφεύγοντας σε αυστηρή δίαιτα ή άσκηση. Παρά το γεγονός ότι πολλά άτομα ακολουθούν περιστασιακά αυτές τις μεθόδους, το άτομο με την ψυχογενή ανορεξία φοβάται ότι απειλείται από την παχυσαρκία και επιδιώκουν επίμονα το αδυνάτισμα. Κάποια άτομα αισθάνονται συνέχεια ότι είναι υπέρβαρα και κάποια άλλα διαπιστώνουν ότι είναι αδύνατα αλλά πιστεύουν πως από ορισμένα μέρη του σώματός τους θα πρέπει να χάσουν κι άλλο βάρος. Μερικές φορές μπορεί να τα κυριαρχεί η εμμονή να μετρούν συνέχεια τα κιλά τους για να διαπιστώσουν αν το «λίπος» έχει περιοριστεί. Κάθε φορά που χάνουν βάρος πιστεύουν πως βελτιώθηκε η εικόνα τους και νιώθουν καλύτερα. Προκειμένου όμως να διατηρείται αυτό το συναίσθημα και να νιώθουν ασφαλείς, έχουν την ανάγκη να αδυνατίζουν καθημερινά ολοένα και περισσότερο και αν κάποια μέρα αυτό δεν συμβεί, τότε κυριαρχούνται από πανικό και εντείνουν ακόμη περισσότερο τις προσπάθειές τους.

Παρά την έλλειψη επαρκών στοιχείων από επιδημιολογικές έρευνες για την ψυχογενή ανορεξία, φαίνεται πως η διαταραχή αυτή εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα τις τελευταίες δεκαετίες. Η συχνότητα εμφάνισής της στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 0,2% και 0,8%. Τα ποσοστά αυτά, όμως, φαίνεται να διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με τον συγκεκριμένο πληθυσμό στον οποίο αναφέρονται. Σε μία μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε σε εννέα σχολεία θηλέων στην Αγγλία, διαπιστώθηκε πως το 0,5% των κοριτσιών ηλικίας κάτω των 16 ετών παρουσίαζαν σοβαρής μορφής νευρική ανορεξία, ενώ το ποσοστό αυτό έφτανε στο 1% στα κορίτσια άνω των 16 ετών. Στην περίπτωση που μελετάται πληθυσμός υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, τότε τα ποσοστά αυτά είναι πιο υψηλά.

Μπορεί δε να πλησιάσουν το 5% έως 7% στον πληθυσμό των εφήβων οι οποίοι ασχολούνται με το χορό ή το modeling και φιλοδοξούν να σταδιοδρομήσουν σε αυτά τα επαγγέλματα.

Η νευρική ανορεξία είναι μία από τις λίγες περιπτώσεις προβλημάτων ψυχικής υγείας που εκδηλώνονται με μεγαλύτερη συχνότητα στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια. Τα αγόρια που πάσχουν από αυτή τη νόσο είναι ελάχιστα και γι' αυτό η συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής αυτής στον πληθυσμό των αγοριών είναι εξαιρετικά δύσκολο να εκτιμηθεί. Επειδή όμως έχει κυριαρχήσει η άποψη πως η νευρική ανορεξία αφορά στο γυναικείο πληθυσμό, είναι πιθανό να μην γίνεται πάντα η διάγνωσή της όταν εκδηλώνονται τα συμπτώματά της στον ανδρικό. Παρόλο που στους άντρες η διαταραχή εκδηλώνεται με τα ίδια κλινικά συμπτώματα όπως και στις γυναίκες, οι πρώτοι δεν έχουν τόσο έντονη ενασχόληση με το φαγητό ούτε τόσο έντονο κίνητρο να διατηρούν λεπτή σιλουέτα αλλά δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην αθλητική τους παρουσία και την αρρενωπότητα.

Η ψυχογενής ανορεξία συνήθως πρωτοεμφανίζεται σε κορίτσια τα οποία βρίσκονται στην εφηβεία και σπανιότερα σε γυναίκες μεγαλύτερων ηλικιών. Η εκδήλωση της διαταραχής συνήθως σχετίζεται με κάποιο αγχογόνο γεγονός της ζωής, όπως για παράδειγμα το διαζύγιο των γονέων, κάποια σοβαρή αλλαγή στο σπίτι ή το σχολείο κ.α. Παρόλο που τα συμπτώματα της διαταραχής είναι πολύ σαφή και μπορούν να προσδιοριστούν με ακρίβεια, η εξέλιξή της μπορεί να διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με την περίπτωση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα 31 ερευνητικών εργασιών, διαπιστώθηκε πως το 52% των περιπτώσεων ατόμων με ψυχογενή ανορεξία η εξέλιξη ήταν καλή, στο 29% ήταν μέτρια και στο 19% ήταν κακή. Όσο το άτομο χάνει βάρος και υποσιτίζεται επικίνδυνα, απαιτείται η παραπομπή του στο νοσοκομείο. Ως αποτέλεσμα ιατρικών επιπλοκών ή της αυτοκτονίας, το 10% των ατόμων οδηγείται στο θάνατο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η νευρογενής ανορεξία, αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά ως διαταραχή το 1873 από τον Άγγλο γιατρό William Gull, ο οποίος τη χαρακτήρισε ως ειδική νόσο, και τον Γάλλο ψυχίατρο Charles Laseque, ο οποίος την περιέγραψε από κοινωνική και ψυχολογική σκοπιά.

Και οι δύο γιατροί είχαν παρατηρήσει πως η νόσο αυτή παρουσιαζόταν συχνότερα σε άτομα τα οποία προέρχονταν από τις πιο εύπορες κοινωνικές τάξεις. Το γεγονός αυτό οδήγησε τον Laseque στη διατύπωση της υπόθεσης πως η ελλιπής οικογενειακή συναισθηματική στήριξη (γεγονός το οποίο πίστευε πως είναι πιο σύνηθες στις εύπορες οικογένειες) σχετίζεται με την εκδήλωση της διαταραχής αυτής. Επικράτησε επίσης η άποψη πως οι συγκρούσεις των γονέων με τα παιδιά τους είναι πιθανό να οδηγούν μερικές φορές κάποια κορίτσια που βρίσκονται στην εφηβεία στην άρνηση της τροφής, ως μια μορφή έκφρασης του συναισθήματος της απόρριψης το οποίο βιώνουν. Γι' αυτό, στις αρχές του περασμένου αιώνα, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας προτεινόταν η απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένειά του σε συνδυασμό με την επιβολή της υποχρεωτικής σίτισης του παιδιού με οποιονδήποτε τρόπο.

Ο 17ος ΑΙΩΝΑΣ

Το 1689, ένα βιβλίο ιατρικής δημοσιεύτηκε στο Λονδίνο. Ο συγγραφέας του ήταν ο Richard Morton, απόφοιτος του College of Physicians. Στο έργο του ο Μόρτον υπογράμμισε τις πολλές ασθένειες που προκαλούν την απώλεια του σωματικού βάρους. Όλα τα δεδομένα ήταν βασισμένα στη δική του κλινική παρατήρηση.

Ο Μόρτον σήμερα είναι γνωστός ως ο συγγραφέας της πρώτης γαστρικής ραφής που αφορά την νευρική ανορεξία, μια κατάσταση στην οποία αναφέρεται ως «νευρική κατανάλωση» που το προκαλούσε η λυπημένη διάθεση και αγχωτικές ανησυχίες.

Περιέγραψε 2 ασθενείς, μια δεκαοκτάχρονη κοπέλα η οποία ανέπτυξε αμνηρόρροια από «ένα πλήθος ανησυχιών και παθών του μυαλού της».

Ο δεύτερος ασθενής ήταν ένα δεκαεξάχρονο αγόρι το οποίο «έπεσε σταδιακά σε μια ολοκληρωτική θέληση της όρεξης», πράγμα το οποίο προξένησε το γεγονός ότι μελετούσε πολύ σκληρά.. Σε κάθε περίπτωση ο Μόρτον είχε ενοχοποιήσει φυσικές-σωματικές ασθένειες ως την αιτία της απώλειας βάρους. Συγκεκριμένα δήλωσε: «και γι' αυτό θα έκρινα αυτή την κατανάλωση ως νευρική η οποία έχει την δική της θέση στην γενική συμπεριφορά του σώματος και ξεκινά από το νευρικό σύστημα που νοσεί».

Ο 18ος ΑΙΩΝΑΣ

Εβδομήντα πέντε χρόνια έπρεπε να περάσουν πριν ένα άλλο σημαντικό αίτιο της λιμοκτονίας εμφανισθεί. Το 1764, ο Robert Whytt, καθηγητής Θεωρίας της Ιατρικής (Theory of Medicine), στο Πανεπιστήμιο του Εδιμβούργου (University of Edinburgh), δημοσίευσε ένα βιβλίο με τίτλο *Observations on the Nature, Causes, and Cures of those Disorders which have been commonly called Nervous, Hypochondriac or Hysterical to which are prefixed some Remarks on the Sympathy of the Nerves*.

Ο ασθενής του ήταν ένα δεκατετράχρονο αγόρι χαμηλών τόνων, αρκετά σκεπτόμενο που έχανε την όρεξη του και είχε κακή πέψη. «Καμία συνταγματική ασθένεια δεν είχε ανακαλυφθεί». Ο Whytt τότε κατέληξε σε συμπέρασμα δηλώνοντας τα εξής: «καθώς με όλη μου την προσοχή δεν μπόρεσα να ανακαλύψω ούτε την αιτία των πρωταρχικών παράπτων του ασθενή, ούτε της θλίψης και της αντίθετης κατεύθυνσης την οποία πήραν αργότερα, δεν θα υποκριθώ ότι βρήκα την αιτία σε αυτήν την υπόθεση αλλά υπέθεσα ότι θα άξιζε να αναφερθεί ως ένα καλό παράδειγμα της «νευρικής ατροφίας». Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο Whytt ήταν ο πρώτος που περιγράφει την βραδυκαρδία που ακολουθεί την λιμοκτονία.

Ο 19ος ΑΙΩΝΑΣ

Σχεδόν 100 έτη θα παρέρχονταν προτού να εμφανισθεί ένας άλλος αληθινά σημαντικός απολογισμός των διατροφικών διαταραχών στην τότε υπάρχουσα βιβλιογραφία. Όταν το 1860, απέτυχε να λάβει την προσοχή που της άξιζε, παρά τη σημασία της. Το θέμα ξεχάσθηκε γρήγορα και δεν

εμφανίσθηκε πάλι για περισσότερο από έναν αιώνα. Αυτό το έγγραφο, ίσως η δημιουργική έκθεση του 19^{ου} αιώνα, γράφτηκε από τον Dr. Louis-Victor Marse από το Παρίσι και τιτλοφορήθηκε *Note sur une Forme de Delire Hypochondiaque Cosecutive aux Caracterisse Principalement par le Refuse d'Aliments*.

Ο Marce έγραψε τα εξής :

«...μεταξύ των πολυάριθμων και ποικίλων μορφών δυσπεψίας υπάρχουν μερικές που πρέπει να προσελκύσουν την προσοχή των ψυχιάτρων εξαιτίας της ιδιαίτερης διανοητικής κατάστασης η οποία καθορίζεται με αυτόν τον τρόπο.

Βλέπουμε παραδείγματος χάριν ότι τα νέα κορίτσια στην περίοδο της εφηβείας και μετά από μια πρόωρη φυσική ανάπτυξη έγιναν υποκείμενο της κατάστασης της ανορεξίας, η διάρκεια της οποίας ξεπέρασε τα όρια. Πρέπει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της αποχής τους, βίωναν αποστροφή για τα τρόφιμα.



Αυτό που προκαλεί μεγάλη εντύπωση είναι η απουσία της όρεξης από την ανησυχία που προκαλείται από την πέψη, αυτοί οι ασθενείς φτάνουν σε μια ξέφρενη πεποίθηση ότι δεν μπορούν ή οφείλουν να μην φάνε. Με μια λέξη η γαστρική αναταραχή γίνεται νευροεγκεφαλική αναταραχή».

Σχολιάζει περαιτέρω:

«Θα τολμούσα να πω ότι οι πρώτοι παθολόγοι οι οποίοι ασχολήθηκαν με αυτούς τους ασθενείς παρανόησαν την αληθινή κοινοποίηση αυτής της επίμονης άρνησης των τροφίμων. Πέρα από το να δούνε τη θέα μιας ξέφρενης ιδέας υποχονδριακής φύσης ασχοληθήκανε απλώς με την κατάσταση του στομαχιού, και όρισαν, φυσικά, τα τονωτικά, το σίδηρο και την άσκηση καθώς και υδροθεραπείες με σκοπό να υποκινηθεί η δραστηριότητα των χωνευτικών λειτουργιών. Εντούτοις, προφανώς καθώς αυτά τα μέτρα θα μπορούσαν να εφαρμοστούν, ωστόσο αποδείχθηκαν ανεπαρκή σε κάθε περίπτωση όταν η πάθηση βρισκόταν σε προχωρημένο στάδιο. Δεν είναι έπειτα μόνο το στομάχι το οποίο απαιτεί προσοχή είναι η ξέφρενη ιδέα που αποτελεί εφεξής το σημείο αφετηρία, και στην οποία βρίσκεται η ουσία της ασθένειας. Οι ασθενείς δεν πάσχουν πλέον από δυσπεψία αλλά είναι παράφρονες».

Το επόμενο γεγονός στην ιστορία των διατροφικών διαταραχών εμφανίσθηκε στις 8 Αυγούστου 1868, κατά τη διάρκεια του «Address in Medicine» που παραδόθηκε ενώπιον της Βρετανικής Ιατρικής Ένωσης. Ο ομιλητής Dr. William W. Gull of Guy's Hospital, περιέγραψε τη γενική κατάσταση της ιατρικής και την πρόοδο που σημειώθηκε στην επιστήμη και την φιλοσοφία. Στην έκθεση του ο Gull δήλωσε:

«αυτή τη στιγμή η διάγνωση μας είναι μια συνήθης οργανική διάγνωση η όποια προκύπτει από τη γνώση μας της ευθύνης των διάφορων οργάνων σε ιδιαίτερα σημεία του σώματος. Ως εκ τούτου, αποφεύγουμε το λάθος να υποθέσουμε την παρουσία μεσεντερικής ασθένειας στις νέες γυναίκες οι οποίες είναι ισχνές στον τελευταίο βαθμό λόγω της υστερικής απεψίας, εξαιτίας πιθανότητας παρουσίας κατάθλιψης έχοντας αποκλείσει προηγουμένως και την παρουσία φυματικών ασθενειών». Αυτή η συνοπτική δήλωση, φαινομενικά ανεξάρτητη από οτιδήποτε άλλο στην ομιλία του Gull, ενσωματώθηκε βαθιά στην κοινή κλινική συνείδηση ενώ παραμελήθηκε για τα τουλάχιστον 5 επόμενα έτη.

Τον Απρίλιο του 1873, ο Charles Lasague του Παρισιού δημοσίευσε ένα χειρόγραφο που τιτλοφορήθηκε *De Anorexie Hysterique*, στο οποίο περιέγραψε 8 ασθενείς ηλικίας μεταξύ 18-32 ετών. Στην έκθεση του υπογράμμισε την συναισθηματική αιτιολογία της ασθένειας. Ο Lasague

μεταβίβασε μια αίσθηση του πνεύματος και των συναισθημάτων αυτών των ασθενών, τις αποχρώσεις των διαταραγμένων σχέσεων τους, και τις οξύνειες της ενδοψυχικής διαταραχής τους.

Θεώρησε την ασθένεια μια «υστερία η οποία συνδέθηκε με την υποχονδρίαση». Έγραψε ως εξής:

Ένα νέο κορίτσι μεταξύ 15 και 20 ετών, πάσχει από κάποια συγκίνηση που ομολογεί ή κρύβει. Γενικά αφορά κάποιο φανταστικό ή πραγματικό πρόγραμμα, μια βία η οποία χρησιμοποιείται με κάποια συμπόνια.

Προέτρεψε τους αναγνώστες του να συνειδητοποιήσουν τη βαρύτητα της κατάστασης: «αλίμονο στον παθολόγο που παρανοεί τον κίνδυνο, που μεταχειρίζεται ως φανταστική, χωρίς αντικείμενο ή διάρκεια, μια επιμονή, την οποία ελπίζει να συντρίψει με τα φάρμακα, με φιλικές συμβουλές ή με τον ακόμα ελαττωματικότερο πόρο, τον εκφοβισμό. Σε εκείνη την αρχική περίοδο, η μόνη συνετή σειρά μαθημάτων θα ήταν να παρατηρήσουν, να παραμείνουν σιωπηλοί και να παρέμβουν μόνο όταν οι εθελοντικές ημερομηνίες αστίας που θα διαρκούσαν αρκετές εβδομάδες, θα είχαν γίνει ένας παθολογικός όρος. Στη συνέχεια, θα πρέπει ο θεράπων να διοργανώνει μια μακροχρόνια σειρά μαθημάτων».

Έξι μήνες μετά την έκθεση του Lasegue, ο Gull παρουσίασε μια εργασία που τιτλοφορήθηκε *Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica* στην κλινική κοινωνία του Λονδίνου. Η έκθεση του υπογράμμισε τα κλινικά συμπεράσματα του λιμού σε τρεις ασθενείς. Ο Gull δεν ασχολούνταν, όπως ο Lasegue, με τις συναισθηματικές πτυχές της ασθένειας. Υπογράμμισε το περιστατικό της αμηνόρροιας, της δυσκοιλιότητας, της απώλειας όρεξης, των μειωμένων ζωτικής σημασίας σημάδιων. Η θεραπεία του Gull ήταν απλή: «η αντιμετώπιση που απαιτείται είναι προφανώς αυτή που εγκαθίσταται για τα πρόσωπα με ασθενή εγκεφαλική λειτουργία. Οι ασθενείς πρέπει να ταΐζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα και να περιβληθούν από τα πρόσωπα που θα είχαν τον ηθικό έλεγχο τους. Σχέσεις και φίλοι είναι γενικά οι χειρότεροι σύμβουλοι». Ο Gull θεώρησε την ασθένεια οφειλόμενη σε διεστραμμένο διανοητικό επίπεδο που κάλεσε αργότερα «διαστροφή του Εγώ».

Ο 20ος ΑΙΩΝΑΣ

Κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα, βασικές ανακαλύψεις που έλαβαν χώρα στη συνέχεια οδήγησαν σε επανάσταση σε ότι αφορά την κατανόηση μας σχετικά με την νευρική ανορεξία. Η επανάσταση ήρθε από την πένα της Dr Hilde Brunch, από το Πανεπιστήμιο του Baylor, Texas, η οποία θεωρήθηκε στην εποχή της ως η πρωτοπόρος των ερευνητών στον τομέα της νευρικής ανορεξίας. Πρόκειται για μια ακούραστη επιστήμονα και παραγωγικότατη συγγραφέα, η οποία βούτηξε μέσα στην ψυχή των ανορεκτικών ασθενών σε μία προσπάθεια να βρει κοινά σημεία στις συναισθηματικές τους παθολογίες. Ανακάλυψε ότι οι ακόλουθοι τρεις τομείς διαταραγμένης λειτουργίας μπορούν να αναγνωριστούν:

«... διαταραχή στην αναλογία της ψευδαίσθησης στην εικόνα για το σώμα αλλά και στην αντίληψη για το σώμα. Δεν δίνεται σημασία στην καχεξία, και υπεραμυνόμεθα αυτής λες και είναι κάτι το φυσιολογικό και το σωστό, αλλά και στο ότι αποτελεί τη μοναδική ασφαλή λύση στην οποία μπορούμε να καταφύγουμε για να καταπολεμήσουμε το λίπος αλλά και το πάχος. Ο πραγματικός ανορεξικός ασθενής εντοπίζεται από την εμφάνιση του που παραπέμπει σε σκελετό, από την άρνηση του να παραδεχθεί ότι δεν είναι φυσιολογικός, αλλά και από την προσπάθεια του να διατηρηθεί σε αυτή την κατάσταση».

«...διαταραχή στην ακρίβεια την αντίληψης ή της γνωσιακής ερμηνείας των ερεθισμάτων που δημιουργούνται στο σώμα, με αποτυχία αναγνώρισης των σημείων εκείνων της διατροφικής ανάγκης ως το πιο έκδηλο ελάττωμα. Η συνείδηση του αισθήματος της πείνας φαίνεται να απουσιάζει. Το σύνηθες σχόλιο του ασθενούς «δε χρειάζεται να φάω» μάλλον εκφράζει τι αισθάνεται και τι βιώνει τις περισσότερες φορές».

«...μια αίσθηση αναποτελεσματικότητας που παραλύει και η οποία διαπερνά κάθε σκέψη και κάθε δραστηριότητα. Βιώνουν μόνο όταν δρουν σε απάντηση των απαιτήσεων που απορρέουν από άλλους ανθρώπους σε διάφορες καταστάσεις, και όχι επειδή κάνουν τα πράγματα που οι ίδιοι θέλουν».

Έτσι, μόνο κατά τον 20° αιώνα αποκτήσαμε κάποια ιδέα για την πραγματική ψυχοπαθολογία των ασθενών αυτών. Κατά τα προηγούμενα 300 χρόνια, αυτή η ασθένεια η οποία είχε γίνει ελάχιστα κατανοητή είχε περιγραφεί

με διάφορους τρόπους ως «νευρική κατανάλωση» (Morton), «νευρική ατροφία» (Whytt), «υποχονδριακό ντελίριο» (Marce), «μορφή υστερίας που συνδέεται με την υποχονδρίαση» (Lasegue), «διαστροφή του εγώ» (Gull).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

2.1. ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η νευρική ανορεξία ως νόσος χαρακτηρίζεται από κάποια βασικά γνωρίσματα, τα οποία αποτελούν τα διαγνωστικά της κριτήρια. Το πρώτο και κυρίαρχο χαρακτηριστικό είναι ο παθολογικός φόβος του ατόμου μήπως γίνει παχύσαρκο. Είναι υπερβολικά ευαίσθητο όσον αφορά στην αύξηση του βάρους και ανησυχεί μήπως χάσει τον έλεγχο σε σχέση με το φαγητό που καταναλώνει. Αυτός ο φόβος παρακινεί το άτομο να ενστερνιστεί συμπεριφορές που στοχεύουν στη μείωση του βάρους. Τα περισσότερα «θύματα» της νευρικής ανορεξίας μειώνουν δραματικά την ποσότητα του φαγητού που τρώνε και ιδιαίτερα τις τροφές που είναι πλούσιες σε λίπος και υδατάνθρακες. Συχνά οδηγούνται στην χορτοφαγία, αποκλείοντας με αυτόν τον τρόπο το κόκκινο κρέας από το διατροφολόγιό τους. Κάποιοι ανορεκτικοί χρησιμοποιούν και άλλες μεθόδους μείωσης του βάρους όπως την πρόκληση εμετού, την χρήση μεγάλων ποσοτήτων καθαρτικών ή διουρητικών και την ενεργητική άσκηση.

Ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό είναι η μείωση του βάρους. Όταν ένας ασθενής με νευρική ανορεξία επισκέπτεται έναν γιατρό, συνήθως είναι ήδη υπερβολικά αδύνατος και το σωματικό του βάρος είναι πολύ πιο κάτω από το κανονικό. Μία ορατή πηγή διαγνωστικού λάθους υπεισέρχεται σε αυτήν την περίπτωση. Για παράδειγμα, ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από ψυχωσικά συμπτώματα μπορεί να πιστεύουν πως το φαγητό τους είναι δηλητηριασμένο, με αποτέλεσμα να αρνούνται να φάνε. Επίσης, καταθλιπτικά άτομα είναι δυνατόν να αντιδράσουν με την άρνηση του φαγητού.

Τέλος, κάποιες έκδηλες σωματικές ασθένειες, όπως η τελική φάση του καρκίνου και η φυματίωση, μπορεί να σχετίζονται με ακραίο υποσιτισμό. Για αυτούς τους λόγους, πρέπει να εξακριβωθεί αρχικά ότι το άτομο δεν πάσχει

από κάποια σωματική ή ψυχολογική νόσο, η οποία να προκαλεί υπερβολική μείωση του βάρους, ώστε να πραγματοποιηθεί η διάγνωση της νευρικής ανορεξίας. Στην περίπτωση που έχουν αποκλειστεί οι δύο παραπάνω πιθανότητες και το άτομο βρίσκεται κάτω από το 85% του ιδανικού του βάρους, τότε είναι πολύ πιθανό ότι πάσχει από ψυχογενή ανορεξία.

Το τρίτο χαρακτηριστικό που είναι κοινό στις περισσότερες περιγραφές της νευρικής ανορεξίας είναι ότι το κορίτσι που έχει αρχίσει να εμμηνορροεί, αναπτύσσει αμηνόρροια. Η αμηνόρροια μπορεί να εμφανιστεί κατά την αρχική φάση της ασθένειας, πριν ακόμη σημειωθεί υπερβολική μείωση του βάρους και συμβαίνει πάντα στις ανορεκτικές γυναίκες. Η παύση της εμμηνορρυσίας προκαλείται όταν το βάρος κυμαίνεται ανάμεσα στο 17 και το 19, σύμφωνα με το BMI.



Μερικοί ειδικοί υποστηρίζουν πως η διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος είναι ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ψυχογενούς ανορεξίας. Αυτό είναι ασαφές, καθώς πολλές γυναίκες, όπως αυτές που εγκυμονούν, στις οποίες έχει αλλάξει πρόσφατα το μέγεθος και το σχήμα του σώματός τους, χαρακτηρίζονται από την ίδια διαστρεβλωμένη εικόνα. Είναι πραγματικότητα πως τα ανορεκτικά άτομα δεν μπορούν να συνειδητοποιήσουν πόσο αδύνατα είναι, δηλαδή έχουν λανθασμένη αντίληψη του μεγέθους του σώματός

τους. Όμως, είναι επίσης γνωστό πως πολλά άτομα, τα οποία έχουν φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά, υπερτιμούν το σώμα τους και σε μερικές περιπτώσεις ακόμη περισσότερο από εκείνα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία, ειδικά όταν κοιτούν τον εαυτό τους στον καθρέφτη. Τα ανορεκτικά άτομα τείνουν να παρατηρούν μέρη του σώματός τους, παρά το σώμα τους ως ένα ενιαίο σύνολο. Πιστεύουν πως η κοιλιά τους είναι διογκωμένη και πως οι μηροί τους είναι άγαρμποι και μεγάλοι. Αν αυτές οι

αντιλήψεις αναλυθούν περαιτέρω, διαπιστώνεται πως αυτό που υποστηρίζει ένα ανορεκτικό άτομο είναι πως όταν είχε φυσιολογικό βάρος, κάποια μέρη του σώματός του δεν ήταν αδύνατα και παρόλο που έχει φτάσει σε επίπεδο λιμοκτονίας, ακόμη ισχυρίζεται την ίδια άποψη. Με άλλα λόγια, ακόμη κι αν γνωρίζει πως είναι αδύνατο, δεν μπορεί να το συνειδητοποιήσει.

2.2. ΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Στο DSM-IV γίνεται διάκριση δύο τύπων νευρικής ανορεξίας, ανάλογα με τον τρόπο στον οποίο καταφεύγει το άτομο προκειμένου να περιορίσει τη λήψη θερμίδων. Αυτή η διάκριση γίνεται περισσότερο για τη διαφοροποίηση της πιθανής αιτιολογίας της ανορεξίας και κατ' επέκταση της θεραπευτικής



αντιμετώπισης. Στη μια περίπτωση διακρίνουμε τον περιοριστικό τύπο, σε αυτή την περίπτωση το άτομο καταφεύγει σε δίαιτα, νηστεία ή υπερβολική άσκηση. Στην άλλη περίπτωση έχουμε υπερφαγία ή διακρίνουμε τον καθαρτικό τύπο, κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου νευρικής ανορεξίας, το άτομο έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή καταφεύγει σε συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή

αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών). Σε αυτές τις περιπτώσεις, το άτομο καταναλώνει συνήθως σχετικά μικρές ποσότητες τροφής αλλά καταφεύγει σταθερά σε συμπεριφορά κάθαρσης. Ο τύπος αυτός παρουσιάζεται περίπου στις μισές περιπτώσεις της ψυχογενούς ανορεξίας. Τα άτομα τα οποία εμφανίζουν τον δεύτερο τύπο, τείνουν να έχουν συχνότερα οικογενειακό ιστορικό παχυσαρκίας και συναισθηματικά προβλήματα. Αντίθετα, τα άτομα με περιοριστικού τύπου

ανορεξία είναι συνήθως άτομα που χαρακτηρίζονται από εμμονές, ανελαστική συμπεριφορά και υπερβολικό αυτοέλεγχο.

2.3. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Σε αντίθεση με την αξιόλογη και ευμεγέθη έρευνα κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων δεκαετιών, δεν υπάρχει ομοφωνία για τα αίτια της ανάπτυξης της νευρικής ανορεξίας. Έχουν δημιουργηθεί διάφορες θεωρίες, οι οποίες όμως δεν αποκλείουν η μία την άλλη. Αντίθετα, είναι αλληλοσυμπληρούμενες. Κάποιοι υποστηρίζουν πως μία αιτία είναι ένα ελαττωματικό γονίδιο. Οι πληροφορίες που έχουν συγκεντρωθεί προτείνουν πως σε μερικούς ανορεκτικούς υπάρχει μία γενετική ανωμαλία αλλά κάτι τέτοιο δεν έχει επιβεβαιωθεί μέχρι στιγμής για το σύνολο των ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία.

Αυτά τα άτομα αρχικά αρνούνται να καταναλώσουν μία ικανοποιητική ποσότητα φαγητού και να ανταποκριθούν στα «μηνύματα» να φάνε περισσότερο και άρα να νιώσουν καλύτερα. Σε περίπτωση που αυτή η συμπεριφορά συνεχιστεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, υπάρχει αύξηση της δραστηριότητας των οπιοειδών στον εγκέφαλο. Αυτό οδηγεί στην προαγωγή της διάθεσης και υποκινεί το άτομο να εξακολουθήσει να περιορίζει το φαγητό γιατί αυτό το βοηθά να αισθάνεται καλύτερα.

Με το πέρασμα του χρόνου, η βελτίωση της διάθεσης μπορεί να παραμείνει μόνο με τον συνεχώς μεγαλύτερο περιορισμό του φαγητού και ο «εθισμός» στην αύξηση των οπιοειδών του εγκεφάλου μπορεί να είναι αναπόφευκτος αν η υποχώρηση των συμπτωμάτων δεν πραγματοποιείται. Όσον αφορά τους ασθενείς που έχουν επεισόδια υπερφαγίας έχει προταθεί ότι δεν «εθίζονται» τόσο εύκολα στα υψηλά επίπεδα των οπιοειδών στον εγκέφαλο και μπορούν να ανταποκριθούν, έστω και περιοδικά, στην ανάγκη για φαγητό. Επίσης, θεωρείται πως και η υπερβολική άσκηση δύναται να προκαλέσει απελευθέρωση οπιοειδών, με αποτέλεσμα τη συνέχιση αυτής της συμπεριφοράς. Ωστόσο, αυτή η θεωρία χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό της κατανόησης της νευρικής ανορεξίας προέρχεται από τη μελέτη της ψυχοσύνθεσης του ατόμου, των χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς του και του τρόπου με τον οποίο αυτά καθιστούν ένα νέο άτομο ευπρόσβλητο στις αναπτυξιακές πιέσεις. Η βιβλιογραφία είναι γεμάτη από αναφορές του γεγονότος πως η νευρική ανορεξία ενισχύεται από ασυνήθιστες ευαισθησίες και ακρότητες της προσωπικότητας. Οι γονείς των ανορεκτικών ασθενών τείνουν να τους περιγράφουν σαν τα τέλεια παιδιά. Πάντοτε συμπεριφερόντουσαν ευπρεπώς, ήταν ευσυνείδητα, δημοφιλή και επιτυχημένα. Η ανάσχεση των αρνητικών, αλλά όχι των θετικών συναισθημάτων αναφέρεται πολύ συχνά. Η τελειοθηρική προσωπικότητα αυτών των ατόμων θα μπορούσε να είναι ένας σημαντικός βοηθητικός παράγοντας στην επίμονη ανάσχεση, η οποία απαιτείται για τη διατήρηση του χαμηλού βάρους.

Επίσης, ένα κοινό χαρακτηριστικό όλων των ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Κανείς τους δεν διακατέχεται από αυτοπεποίθηση, βλέπουν τους εαυτούς τους ως αποτυχημένους, κακούς και ανάξιους.

Μία τέτοιου είδους αντίληψη μπορεί εν μέρει να ενδυναμώνεται από τα τελειοθηρικά χαρακτηριστικά, τα οποία επιβάλλουν πολύ υψηλά κριτήρια, με αποτέλεσμα η αποτυχία να είναι αναπόφευκτη. Κάποιοι αμφισβητούν πως αυτοί οι παράγοντες είναι κληρονομούμενα χαρακτηριστικά αλλά συμφωνούν πως είναι αντιδράσεις σε περιβαλλοντικές καταστάσεις, όπως η άσκηση του γονεϊκού ρόλου. Ωστόσο, είναι περισσότερο πιθανό ότι και τα κληρονομούμενα χαρακτηριστικά και οι ιδιαίτερες εμπειρίες συνδυάζονται με άλλους παράγοντες για να αναπτυχθεί η νευρική ανορεξία.

Αξίζει να σημειωθεί, επίσης, ότι έχουν υπάρξει πολλές ψυχολογικές ερμηνείες για την παθογένεση της ψυχογενούς ανορεξίας. Καμία από αυτές δεν έχει εμπειρική υποστήριξη και μάλιστα μερικές είναι ιδιαίτερα παράδοξες.

Περισσότερο πιστευτή έχει εξελιχθεί η έρευνα της Bruch (1973). Έχει προτείνει πως η άρνηση του φαγητού και ο φόβος της παχυσαρκίας έχουν τη ρίζα τους στις σχέσεις με την μητέρα. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική άποψη, η διαταραγμένη συμπεριφορά πρόσληψης τροφής μπορεί να έχει κατά ένα μεγάλο ποσοστό κάποιες συμβολικές ερμηνείες. Επίσης, η Bruch υποστηρίζει πως έχει γίνει κάποιο λάθος κατά τις πρώιμες εμπειρίες του ατόμου που

αφορούν στην ικανοποίηση από την τροφή και τις υπόλοιπες σωματικές ανάγκες. Έχει περιγράψει τον τρόπο με τον οποίο οι πρώιμες εμπειρίες με την τροφή δημιουργούν στο άτομο εμπιστοσύνη τόσο στην μητέρα όσο και στη δική του εσωτερική αίσθηση της πείνας. Όταν οι κατάλληλες εδραιωμένες αντιδράσεις της μητέρας απουσιάζουν επίμονα (όπως όταν η μητέρα ταΐζει το παιδί για να ικανοποιήσει τις δικές της ανάγκες), το παιδί είναι αβέβαιο για την ικανότητά της να διακρίνει τις δικές της εσωτερικές αντιδράσεις και την ικανότητά της να φροντίσει κάποιον. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το παιδί ούτε να αναγνωρίζει την πείνα σωστά ούτε να την ξεχωρίζει από άλλες σωματικές ή συναισθηματικές ανάγκες. Έτσι, δεν έχει εμπιστοσύνη ούτε στον κόσμο ούτε στον εαυτό του. Ο θυμός, η απογοήτευση και η ματαίωση οδηγούν στην αμφισβήτηση. Το παιδί μαθαίνει να παρουσιάζει στους άλλους ένα πρόθυμο και υπάκουο εαυτό, ενώ ο πραγματικός του εαυτός είναι διχασμένος και συνθλιμμένος.

Μία άλλη ερμηνεία είναι αυτή του Crisp (1980), ο οποίος υποστηρίζει πως η νευρική ανορεξία αντανακλά τον φόβο και την άρνηση του ατόμου για την ανάπτυξη, την σεξουαλικότητα και την ανεξαρτησία, μία φοβική άρνηση της παιδικής ηλικίας και της ωρίμανσης.

Επίσης, έχει διαπιστωθεί πως το σεξουαλικό τραύμα μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας. Το πρώτο δεν έχει πάντοτε ως αποτέλεσμα αυτήν την εξέλιξη. Μπορεί να προκαλέσει και άλλου είδους διαταραχές ή και ακόμη να μην έχει καμία συνέπεια. Ο μηχανισμός, με τον οποίο το σεξουαλικό τραύμα οδηγεί στη νευρική ανορεξία, είναι πιθανό να περιλαμβάνει έντονη απέχθεια για τη θηλυκότητα και τη σεξουαλικότητα κάποιου, ενοχή και ντροπή. Έχει σημειωθεί ότι πολλοί άνθρωποι με ψυχογενή ανορεξία επιθυμούν να είναι υπερβολικά αδύνατοι διότι πιστεύουν πως η εμφάνιση τους προστατεύει από περαιτέρω σεξουαλικές επιθέσεις. Ωστόσο, αυτός ο μηχανισμός είναι πιο σύνθετος. Οι ασθενείς μοιάζουν να θέλουν να απεχθάνονται το άτομο που διέπραξε το βιασμό, σαν έναν τρόπο να σπάσουν τον συναισθηματικό δεσμό ανάμεσα σε αυτούς και τον θύτη.

Παρόλο που δεν υπάρχει καμία συστηματική έρευνα ότι η σειρά της γέννησης, το μέγεθος ή η δομή της οικογένειας επηρεάζουν την ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας, η οικογενειακή δυσλειτουργία είναι μία περιοχή που έχει ενοχοποιηθεί. Η Palazzoli (1985) έχει περιγράψει οικογένειες, οι οποίες έχουν

ένα ανορεκτικό παιδί, ως άκαμπτα ομοιοστατικά συστήματα, τα οποία κυριαρχούνται από κρυφούς ρόλους και περιορισμένα μέλη. Η σύγχυση, η ακαμψία και η άρνηση των διαμαχών είναι τα βασικά χαρακτηριστικά αυτών των οικογενειών. Αυτή η θεωρία δεν έχει δείξει ποτέ εμπειρικά πως έχει εγκυρότητα και πως εξηγεί με ακρίβεια την εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας. Αντίθετα, υπάρχουν πολλές οικογένειες, που έχουν παιδιά με παρόμοια χαρακτηριστικά, τα οποία αναπτύσσουν άλλες διαταραχές και άλλες οικογένειες που έχουν παιδιά με ψυχογενή ανορεξία και εμφανίζουν διαφορετικά χαρακτηριστικά. Δεν υπάρχουν, επίσης, εμπειρικές έρευνες οι οποίες να υποστηρίζουν πως οι οικογένειες των ασθενών με νευρική ανορεξία εμφανίζουν δυσλειτουργική αλληλεπίδραση και επικοινωνία. Ωστόσο, είναι αρκετά πιθανό να παρατηρηθεί φτωχή επικοινωνία, διαμάχες και αντιφάσεις ανάμεσα στους γονείς όσον αφορά στη διαχείριση. Παρόλα αυτά, δεν έχει παρατηρηθεί αν τέτοιου είδους δυσλειτουργία προηγείται χρονικά της διαταραχής ή αποτελεί μία αντίδραση σε αυτή.

Είναι πιθανό ένα εύτρωτο άτομο να αναπτύξει νευρική ανορεξία από μία πληθώρα άλλων λόγων που δεν έχουν σχέση με την οργάνωση της οικογένειας, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθούν τα συμπτώματα από τα μέλη της για τους δικούς τους λόγους.

Μέχρι στιγμής μπορούμε να είμαστε βέβαιοι πως η δυσλειτουργία της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένης και της διαταραγμένης συμπεριφοράς πρόσληψης τροφής, μπορεί να διαιωνίσει τη διαταραχή, χωρίς να είμαστε σίγουροι ότι μπορεί να τους επηρεάσει ευνοϊκά ή όχι.

Στους δυτικούς πολιτισμούς, υπάρχουν δύο αντιφατικά μηνύματα σε σχέση με το φαγητό, που προωθούνται από τις κοινωνίες και ιδιαίτερα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Το πρώτο μήνυμα παρουσιάζει ένα αδύνατο άτομο ως επιτυχημένο, ελκυστικό, υγιές, ευτυχισμένο και δημοφιλές. Πολλοί Καναδέζοι έφηβοι, για παράδειγμα, πιστεύουν πως με το να είναι αδύνατοι θα βρουν ευκολότερα μία καλή δουλειά, έναν σύντροφο, θα είναι αποδεκτοί από τους συνομήλικούς τους, θα είναι και θα μοιάζουν υγιείς και θα έχουν καλές σχέσεις με την οικογένειά τους. Το δεύτερο μήνυμα προωθεί το φαγητό ως μία ιδιαίτερα ευχάριστη δραστηριότητα, η οποία ταυτόχρονα ανακουφίζει από την πείνα. Σε ένα μεγάλο αριθμό περιοδικών κυρίως γυναικείων δημοσιεύονται «καταπληκτικές» δίαιτες, με τη βοήθεια των οποίων μπορεί να φτάσει κάποιος

στο επιθυμητό βάρος σε μικρό χρονικό διάστημα και με όσο το δυνατό λιγότερο κόπο και παράλληλα ακολουθούν φωτογραφίες με εύγευστα γλυκά και φαγητά. Το ίδιο συμβαίνει και με τις διαφημίσεις της τηλεόρασης, Ακόμη και οι κοινωνικές (και συνήθως οικογενειακές) πιέσεις είναι αντιφατικές: «Πρέπει να φας ότι σου δίνουν οι άλλοι, αλλά δεν πρέπει να παχύνεις». Στις δυτικές κοινωνίες, η παροχή φαγητού είναι ένα σημάδι φροντίδας και το μείρασμα του φαγητού στο γεύμα αποτελεί μία από τις σημαντικότερες κοινωνικές επαφές. Αυτές οι κοινωνικές επιβολές και οι ψυχολογικοί βομβαρδισμοί των δύο αντιφατικών μηνυμάτων, διχάζουν και συγχύζουν τα άτομα, με αποτέλεσμα να έχουν λανθασμένη αντίληψη για το σώμα τους και να υιοθετούν διαταραγμένες συμπεριφορές πρόσληψης τροφής.

Από τις πρώτες κιόλας μέρες της ζωής ενός μωρού, η ποιότητα της φροντίδας που του δίνει η μητέρα και η αγάπη που του παρέχει αφειδώς, είναι άμεσα συσχετισμένα με το σωματικό του βάρος. Ένα στρουμπουλό μωρό θεωρείται ότι είναι ιδιαίτερα φροντισμένο και επαρκώς θρεμμένο. Στις κοινωνίες, όπου το φαγητό είναι άφθονο, τα παιδιά μαθαίνουν να αυξάνουν προοδευτικά το φαγητό που καταναλώνουν, με αποτέλεσμα να προσλαμβάνουν περισσότερη από την απαραίτητη για την ανάπτυξή τους ενέργεια. Όταν ένα νεαρό άτομο αποκτά γνώση και συνείδηση του σωματικού του βάρους, μαθαίνει να το ελέγχει είτε κάνοντας δίαιτα είτε άσκηση.

Μερικοί έφηβοι, οι οποίοι ελέγχουν με επιτυχία το βάρος τους, μπορεί να γίνουν ανήσυχοι με το φαγητό με αποτέλεσμα η διατροφική τους συμπεριφορά να ξεφεύγει από τα φυσιολογικά πλαίσια και να επιδιώκουν με επιμονή την όλο και μεγαλύτερη απώλεια βάρους. Έτσι, γίνονται θύματα της νευρικής ανορεξίας. Τα ανορεκτικά άτομα συνήθως έχουν τουλάχιστον έναν από τους δυο γονείς, αν όχι και τους δυο που είναι αρκετά επικριτικοί με την εμφάνιση και το βάρος του παιδιού τους και είναι πιθανό και οι ίδιοι να είχαν τέτοιου είδους προβλήματα στο παρελθόν.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί, πως κανένας από τους παραπάνω παράγοντες μπορεί να αποτελέσει από μόνος του την αιτία για την ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας. Γίνεται κατανοητό πως ο συνδυασμός και η αλληλεπίδραση όλων ή μερικών από αυτούς μπορεί να συντελέσει στη δημιουργία της συγκεκριμένης διαταραχής.

2.4. ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Οι συμπεριφορές, οι οποίες στοχεύουν στη μείωση του βάρους, όπως η λιμοκτονία, ο αυτοπροκαλούμενος εμετός, η κατάχρηση καθαρτικών και κλυσμάτων, τα διουρητικά και η υπερβολική σωματική άσκηση μπορούν να προκαλέσουν βιοχημικές, ψυχολογικές και φυσικές διαταραχές.

Οι περισσότερες από τις ψυχολογικές και φυσικές αλλαγές εξαρτώνται από τις βιοχημικές, οι οποίες ακολουθούν τη λιμοκτονία, την αυστηρή δίαιτα και τις επικίνδυνες μεθόδους ελέγχου του βάρους. Οι βασικές βιοχημικές διαταραχές είναι η αφυδάτωση και η μεταβολή των επιπέδων των ηλεκτρολυτών στο αίμα. Οι πιο σοβαρές φυσικές διαταραχές είναι η ανεπάρκεια της καρδιάς ή του νεφρού, με αποτέλεσμα τον θάνατο. Στις περισσότερες περιπτώσεις, όμως, αυτές είναι λιγότερο απειλητικές για τη ζωή.

Ο αυτοπροκαλούμενος εμετός και η αφυδάτωση μπορούν να προκαλέσουν μεταβολική αλκάλωση. Αυτή εξασθενίζει τη νευρομυϊκή λειτουργία του ατόμου, με αποτέλεσμα να κουράζεται εύκολα, να έχει μυϊκή αδυναμία και τρέμουλο των άκρων. Σε περισσότερο σοβαρές περιπτώσεις, οι μεταβολικές αλλαγές μπορούν να οδηγήσουν σε αρρυθμίες και περιστασιακά σε καρδιακή ανεπάρκεια. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι παρόλη την αυστηρή δίαιτα και τη χρησιμοποίηση επικίνδυνων μεθόδων απώλειας βάρους, μόνο σε λίγες περιπτώσεις δημιουργείται έλλειμμα καλίου. Εν μέρει, αυτό είναι πιθανό να οφείλεται στο γεγονός ότι το σώμα αναπτύσσει φυσιολογικούς αντισταθμιστικούς μηχανισμούς. Επιπλέον, πολλά ανορεκτικά άτομα γνωρίζουν πως μπορεί να προκληθεί μείωση καλίου και γι' αυτό επιλέγουν τροφές που είναι χαμηλές σε θερμίδες αλλά πλούσιες σε κάλιο (όπως χυμός πορτοκαλιού, ντομάτες και πιπεριές).

Παρόλο που η μειωμένη έκκριση των ορμονών στις γυναίκες, οι οποίες συμπεριλαμβάνονται στην εμμηνόρροια, είναι η πιο οφθαλμοφανής ορμονική αλλαγή που συσχετίζεται με τη νευρική ανορεξία, υπάρχουν και άλλες. Εργαστηριακές μελέτες δείχνουν πως τα επίπεδα των περισσότερων ορμονών στο αίμα μειώνονται, με εξαίρεση την κορτιζόνη, η οποία αυξάνεται. Μία σημαντική αλλαγή είναι ότι η λειτουργία του θυρεοειδούς αδένος μειώνεται (υποθυρεοειδισμός). Αυτό οδηγεί σε χαμηλούς καρδιακούς παλμούς και στην πρόκληση ξηρού δέρματος. Όταν το βάρος της γυναίκας επανέρχεται και

παραμένει σε φυσιολογικά επίπεδα, τότε και τα επίπεδα των ορμονών επιστρέφουν στο φυσιολογικό. Με άλλα λόγια, εξαρτώνται από το σωματικό βάρος και δεν προκαλούν τη νευρική ανορεξία. Είναι ένας τρόπος εξοικονόμησης ενέργειας για την επιβίωση του οργανισμού.

Κατά τη διάρκεια της οδυνηρής σιτοδείας, καθώς οι άνθρωποι λιμοκτονούν και οι βιοχημικές αλλαγές είναι υπαρκτές, είναι πολύ συνηθισμένο να διαπιστωθεί πως υπάρχουν αλλαγές και στην προσωπικότητα. Οι ασθενείς τείνουν να γίνονται απαθείς, θλιμμένοι, οξύθυμοι, παράλογοι, συναισθηματικά ασταθείς με έντονες μεταπτώσεις της διάθεσης. Αυτά τα συμπτώματα ποικίλλουν από ημέρα σε ημέρα και από εβδομάδα σε εβδομάδα. Πολλοί είναι πιθανό να γίνουν καταναγκαστικοί, αναπτύσσοντας αποκλειστική ενασχόληση με το φαγητό ή μη φυσιολογικές γευστικές προτιμήσεις. Αυτές οι ψυχολογικές αλλαγές οφείλονται εν μέρει στην αφυδάτωση του εγκεφάλου, καθώς αυτός μικραίνει. Επίσης, οι ανορεκτικοί χαρακτηρίζονται από υπερδραστηριότητα, η οποία μπορεί να προκαλέσει αϋπνία, ιδιαίτερα νωρίς το πρωί.

Μία πιο ασυνήθιστη ψυχολογική διαταραχή, της οποίας η αιτία παραμένει ασαφής, είναι ότι έχουν τάση προς κλεπτομανία, πολύ περισσότερο από αυτούς που τρέφονται φυσιολογικά.

Οι φυσικές διαταραχές, που προσβάλλουν τους ανορεκτικούς, είναι συνέπεια των βιοχημικών και ορμονικών αλλαγών, καθώς και της μείωσης του σωματικού βάρους. Για την εξοικονόμηση ενέργειας οι καρδιακοί παλμοί μειώνονται μόλις στις 40 σφίξεις ανά λεπτό και η πίεση εξασθενεί. Αντιθέτως, όταν γυμνάζονται, ο καρδιακός ρυθμός αυξάνεται κατά παρόμοιο τρόπο με αυτόν των φυσιολογικών γυναικών. Αυτές οι δύο αλλαγές είναι πιθανό να οδηγήσουν σε ιλιγγους και περιστασιακά σε λιποθυμίες. Το δέρμα του ατόμου γίνεται ξηρό και στις γυναίκες μπορεί να εμφανιστεί χνούδι στο πρόσωπο και το σώμα. Επειδή υπάρχει πολύ λίγο λίπος κάτω από το δέρμα, χάνεται η μόνωση, με αποτέλεσμα τα χέρια και τα πόδια να είναι κρύα και συχνά μελανιασμένα. Πολλοί ασθενείς αναπτύσσουν οδοντικά προβλήματα και ιδιαίτερα αυτοί που προκαλούν εμετό. Το κυριότερο πρόβλημα είναι η απώλεια του οδοντικού σμάλτου, επειδή το οξύ του εμετού επιδρά στα δόντια. Επίσης, μεταβάλλοντας την ποιότητα και τη σύνθεση του σάλιου, αυξάνεται η πιθανότητα καταστροφής των δοντιών. Αξίζει να σημειωθεί πως η έλλειψη

φαγητού και οι βιοχημικές αλλαγές προκαλούν τη διαστολή του εντέρου, η οποία δίνει στο άτομο την αίσθηση ότι είναι πρησμένο και μπορεί να επιδεινώσει τη δυσκοιλιότητα. Το οίδημα των ποδιών είναι κοινότυπο, ιδιαίτερα όταν ακολουθείται από προσπάθειες αύξησης του βάρους. Αν οι γαστρικές ενοχλήσεις ή το οίδημα είναι έντονα, το άτομο οφείλει να αποφύγει να καταναλώσει περισσότερο φαγητό ή να προσφύγει στα διουρητικά. Το οίδημα, επίσης, παρουσιάζεται όταν το άτομο διακόπτει τα διουρητικά ή τα καθαρτικά λόγω του γεγονότος ότι τα υγρά συγκρατούνται στο σώμα.

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που προκαλούνται από την ψυχογενή ανορεξία είναι η αμηνόρροια στις γυναίκες, η οποία αποτελεί βασικό διαγνωστικό κριτήριο. Η εξήγηση των εμμηνορροϊκών διαταραχών είναι ιδιαίτερος σύνθετη, διότι συμπεριλαμβάνει την αλληλεπίδραση πολλών ορμονών. Ο έλεγχος αυτών των ορμονικών σχέσεων εδραιώνεται σε μία περιοχή του εγκεφάλου που ονομάζεται υποθάλαμος. Εάν το σωματικό βάρος μειωθεί αρκετά, η υπόφυση αποτυγχάνει να απελευθερώσει επαρκώς την ωοθυλακιότροπο ορμόνη (FSH), με αποτέλεσμα η έμμηνος ρήση να διακόπτεται. Όταν, όμως, το σωματικό βάρος επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα, η εμμηνορροια επανεμφανίζεται, συνήθως μετά από καθυστέρηση.

Εάν η περίοδος της αμηνόρροιας διαρκέσει πάνω από έξι μήνες, η γυναίκα συμβουλευείται να πάρει αντισυλληπτικά χάπια ή αν προτιμά, ορμονικά θεραπευτική αγωγή. Ο λόγος είναι ότι η απώλεια των οιστρογόνων για πολλούς μήνες οδηγεί στη μείωση της πυκνότητας των οστών. Αυτό μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες μακροπρόθεσμα, καθώς η γυναίκα είναι πολύ πιθανό να αναπτύξει οστεοπόρωση.

Όταν το άτομο φτάσει στην ηλικία των 50-60 χρόνων, συμβαίνουν πιο συχνά θραύσεις των οστών που απαρτίζουν τη σπονδυλική στήλη. Σε πολλές περιπτώσεις, μπορούν να προκαλέσουν πόνους στην πλάτη και το άτομο να γίνει πιο κοντό και γυρτό. Μετά την ηλικία των 70, υπάρχει η πιθανότητα της θραύσης του γοφού. Για να αποφευχθούν αυτές οι δυσάρεστες συνέπειες, θα πρέπει να αυξηθούν τα οιστρογόνα και να γίνεται πρόσληψη τουλάχιστον ενός γραμμαρίου ασβεστίου ημερησίως.

Ωστόσο μετά τα 45, που συνήθως επέρχεται η φυσιολογική παύση της έμμηνο ρήσης, επανεμφανίζεται ο κίνδυνος. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι το 10-20% των ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία, εμφανίζουν

αμηνόρροια πριν ακόμη υπάρξει καμία απώλεια κιλών. Η εμμηνόρροια επανέρχεται όταν το σωματικό βάρος ξεπεράσει το 19 σύμφωνα με το BMI, αλλά σε μερικές περιπτώσεις αυτό μπορεί να συμβεί ακόμη κι όταν το βάρος βρίσκεται σε χαμηλότερα επίπεδα.

2.5. Η ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΤΡΕΣ

Η νευρική ανορεξία είναι μια πάθηση ιδιαίτερα διαδεδομένη στον γυναικείο πληθυσμό, πολλοί την έχουν χαρακτηρίσει καθαρά γυναικεία πάθηση. Αντίθετα στον ανδρικό πληθυσμό είναι εξαιρετικά σπάνια, εμφανίζεται 15 φορές λιγότερο από ότι στις γυναίκες. Για το λόγο αυτό η νευρική ανορεξία στους άντρες απαιτεί ξεχωριστό ενδιαφέρον. Η βιβλιογραφία για αυτή την περίπτωση είναι ασαφής και συχνά αντιφατική, εφόσον πολύ λίγοι ειδικοί έχουν αντιμετωπίσει περισσότερες από μία τέτοιου είδους περιπτώσεις.

Οι γνώμες δίστανται ανάλογα με τα περιστατικά που έχει αντιμετωπίσει ο καθένας. Κάποιοι υποστηρίζουν πως η τυπική νευρική ανορεξία δεν συμβαίνει στους άντρες και κάποιοι άλλοι ότι δεν είναι διαφοροποιημένη από αυτή των γυναικών. Ορισμένοι έχουν αμφισβητήσει αν είναι δικαιολογημένο να γίνεται η διάγνωση στους άντρες. Αν η αμηνόρροια θεωρείται ένα θεμελιώδες σύμπτωμα τότε, εκ των πραγμάτων, το αντρικό φύλο εξαιρείται από αυτή τη νόσο. Ωστόσο, είναι πλέον κοινό πως οι ανορεκτικοί άντρες έχουν τα ίδια ψυχολογικά χαρακτηριστικά με αυτά των γυναικών και πως δεν παρουσιάζεται ομοιομορφία, αφού η κάθε περίπτωση είναι τελείως διαφορετική. Ο άντρας ασθενής ασχολείται υπερβολικά με το μέγεθος του σώματός του, με μία ανηλεή επιδίωξη να είναι αρρενωπός. Αυτή η παράδοξη κατάχρηση του φαγητού απεικονίζει μία τρομερή προσπάθεια να εδραιώσει την αίσθηση του ελέγχου και της ταυτότητα.

Ωστόσο, οι άντρες με νευρική ανορεξία δεν επιδιώκουν τόσο πολύ όσο οι γυναίκες να είναι αδύνατοι αλλά πολύ περισσότερο να έχουν ένα καλογυμνασμένο σώμα. Για αυτόν τον λόγο σπαταλούν υπερβολικά πολλές ώρες ώστε να γυμναστούν.

Βασανίζονται από τη σκέψη του φαγητού, όπως ακριβώς και το αντίθετο φύλο, αλλά δεν δίνουν τόσο μεγάλη έμφαση στο μαγείρεμα. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως οι άντρες δεν κάνουν επικίνδυνες δίαιτες, αλλά χρησιμοποιούν μεθόδους απώλειας βάρους (καθαρτικά, διουρητικά κτλ.), εφόσον οι περισσότεροι εμφανίζουν τον καθαρτικό τύπο.

2.6. Η ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Η νευρική ανορεξία, σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις, παρουσιάζεται και στα παιδιά με τα ίδια ακριβώς συμπτώματα (άρνηση φαγητού, αυτοπροκαλούμενος εμετός κτλ.).

Επειδή τα παιδιά πρέπει να αναπτυχθούν, η αποτυχία στην πρόσληψη βάρους θεωρείται ισοδύναμη με την απώλειά του στους ενήλικους. Η απώλεια βάρους είναι ένα θέμα έντονου ενδιαφέροντος στην παιδική ηλικία και είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό σε αυτά που βρίσκονται στην προεφηβική περίοδο και έχουν συγκριτικά χαμηλά επίπεδα λίπους. Τα παιδιά δεν διακατέχονται από γνώση σχετικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος, νομίζοντας ότι είναι παχύσαρκα όταν είναι πολύ αδύνατα ή εκδηλώνοντας έναν έντονο φόβο μήπως γίνουν υπέρβαρα. Έχουν τρομερή αίσθηση ανικανοποίησης από τη σωματική τους εμφάνιση. Τα παιδιά με νευρική ανορεξία υποφέρουν από την αποκλειστική ενασχόλησή τους με το βάρος, το σχήμα και το φαγητό σε τέτοιο βαθμό που η προσοχή τους μπορεί να εξασθενίσει σημαντικά.

Έχουν τη δυνατότητα να υπολογίζουν πάρα πολύ καλά τις θερμίδες από κάθε ποσότητα φαγητού που καταναλώνουν.

Τα παιδιά με ψυχογενή ανορεξία χρησιμοποιούν μια τεράστια ποικιλία λόγων ώστε να αρνηθούν το φαγητό. Το πιο κοινό είναι ότι λένε στους γονείς τους πως δεν θέλουν να παχύνουν, ωστόσο πολλές φορές μπορεί να προβάλλουν συναισθήματα πληρότητας, ναυτίας, κοιλιακού πόνου, έλλειψης όρεξης και δυσκολίας στην κατάποση ως αιτίες. Συνήθως, όταν δεν δύνανται να αποφύγουν το φαγητό, χρησιμοποιούν την υπερβολική γυμναστική ή τον αυτοπροκαλούμενο εμετό, ώστε να μειωθεί το βάρος τους. Ωστόσο, η κατάχρηση καθαρτικών είναι λιγότερο κοινή επειδή έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε αυτά.

Τα παιδιά μπορούν να αναπτύξουν νευρική ανορεξία από την ηλικία των οκτώ ετών. Η κλινική παρουσίαση της νόσου είναι παρόμοια με αυτή των ενηλίκων.

Ακόμη και τα αγόρια με νευρική ανορεξία εμφανίζουν τα ίδια συμπτώματα με αυτά των αντρών, δηλαδή δεν ασχολούνται τόσο με την απώλεια βάρους, όσο με το καλογυμνασμένο σώμα και την υγεία. Αυτό που θέλουν να αποφύγουν είναι η ανάπτυξη ενός πλαδαρού σώματος. Το τελικό αποτέλεσμα, ωστόσο, αυτής της διαδικασίας είναι η απώλεια βάρους.

Το θέμα είναι ποια από τα κλινικά χαρακτηριστικά της νευρικής ανορεξίας θα συμπεριληφθούν στα διαγνωστικά κριτήρια. Οι φυσικές, συμπεριφοριστικές, γνωστικές και συναισθηματικές όψεις της διαταραχής είναι πιθανό να διαφέρουν από άτομο σε άτομο, υποδεικνύοντας ότι το κάθε παιδί απαιτεί διαφορετικές προτεραιότητες στην θεραπεία. Επιπροσθέτως, η νευρική ανορεξία μπορεί να συσχετιστεί με την κατάθλιψη σε έναν σημαντικό αριθμό παιδιών ή με την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή. Έχει αποδειχτεί ότι συγκεκριμένα στα αγόρια παρουσιάζονται σε αρκετά υψηλά ποσοστά ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά χαρακτηριστικά.

2.7. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων.

Ι. **Οι ελάσσονες μορφές.** Είναι σίγουρα πολυάριθμες και ξεφεύγουν συχνότατα από τις στατιστικές, αφού σπάνια αποτελούν αντικείμενο εξειδικευμένων εξετάσεων και ακόμα λιγότερο νοσοκομειακών νοσηλείων. Στην πραγματικότητα θέτουν το ερώτημα των ορίων της παθολογίας σε αυτόν τον τομέα, ιδίως αν λάβει κανείς υπόψη την κοινωνικοπολιτιστική πίεση που ευνοεί τη διατήρηση ενός λεπτού σώματος στις δυτικές κοινωνίες. Σε διάφορες πρόσφατες μελέτες καταβάλλεται προσπάθεια να διευκρινισθούν τα δεδομένα αυτά, που ορισμένοι συγγραφείς τα έχουν επισημάνει εδώ και παραπάνω από είκοσι χρόνια (ιδιαίτερα ο Russell 1972). Διάφοροι ερευνητές εφαρμόζοντας ένα τεστ διατροφικών συμπεριφορών (EAT) συμπέραναν ότι η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και σημαντικές ανησυχίες σχετικά με το βάρος αποτελούν συχνότατα έναν τρόπο αντίδρασης απέναντι στις

υπαρξιακές ανησυχίες της εφηβείας. Αυτές οι ελάχιστες μορφές χαρακτηρίζονται συνήθως, κλινικά, από την περιορισμένη ανορεκτική αποφασιστικότητα των ασθενών, από κάποια απόχρωση δυσθυμίας, ακόμα και από μian έκδηλη καταθλιπτική τάση, η οποία δεν εμφανίζεται σαν κλινική μορφή.

II. **Οι βαριές μορφές** εκδηλώνονται, αντίθετα, με τον δραματικό και ανυποχώρητο χαρακτήρα μιας ανορεκτικής συμπεριφοράς, η οποία οδηγείται από μια βίαια αποφασιστικότητα, παρά τις καταστροφικές συνέπειες της σε ένα σώμα του οποίου η καχεξία ανακαλεί αναμφίβολα τον θάνατο. Οι βαριές αυτές μορφές -που θεωρούμε ότι εμφανίζονται όλο και πιο συχνά- θέτουν το πρόβλημα ανοχής από το περιβάλλον, ακόμα και το ιατρικό, που δεν επεμβαίνει παρά μόνο όταν δεν είναι πια δυνατό να γίνει διαφορετικά. Δεν είναι λοιπόν σπάνιο να γίνεται η εισαγωγή στο νοσοκομείο, με την ευκαιρία απώλειας των αισθήσεων ή κώματος, μιας κοπέλας που ζυγίζει λιγότερο από 30 κιλά και που ενδεχόμενα φέρει εσχарές, και, συχνά, οιδήματα από την στέρση βασικών ουσιών. Εκτός από την κωματώδη κατάσταση παρατηρούνται και άλλες διαταραχές της συνείδησης μέσα στα πλαίσια του τύπου υποξείας αποδιοργάνωσης, η οποία βιώνεται μέσα σε μian ατμόσφαιρα λίγο-πολύ διεγερτική. Και θυμίζει πολύ ορισμένες τοξικομανιακές μέθες. Αυτές οι βαριές μορφές δικαιολογούν μian αυστηρή παρακολούθηση από ειδικούς γιατί ο κίνδυνος του θανάτου είναι αναμφισβήτητος.

Στην κλασική μορφή της εφηβείας η έναρξη των διαταραχών τοποθετείται κλασικά ανάμεσα στο δωδέκατο και το εικοστό έτος της ηλικίας. Ορισμένοι προσπαθούν να εντοπίσουν, μέσα στο μεγάλο αυτό διάστημα, κλινικές μορφές. Μια πρόσφατη εργασία του Halmi Casper Goldberg και των συνεργατών του, εντόπισε σε μia ομάδα περισσότερων από 100 ασθενών, δυο αιχμές της νόσου που παρουσιάζονται στη ηλικία των 14 και 18 ετών.

Το γεγονός αυτό, σύμφωνα με τους συγγραφείς, μάλλον αντιστοιχεί σε δυο περιόδους της εφηβείας κατά τις οποίες η εξάρτηση από την οικογένεια αλλάζει βαθύτατα. Από τη μελέτη των δυο υποομάδων προκύπτει ότι οι νεότερες ανόρεκτες παρουσιάζουν τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου και υποβάλλονται γρήγορα σε παρακολούθηση και θεραπεία, ενώ οι μεγαλύτερες, που εισάγονται στο νοσοκομείο αργότερα, παρουσιάζουν συνήθως συμπτώματα κατάθλιψης, τα οποία χρονολογούνται από παλιά,

αλλά σε μικρό βαθμό. Οι ιδιαιτερότητες όμως αυτές δεν επιτρέπουν τους παραπάνω συγγραφείς, να μιλούν για ιδιαίτερες κλινικές μορφές, όπως γίνεται για το παιδί ή την ενήλικη γυναίκα.



a. Στην περίπτωση του παιδιού περιγράφεται συνήθως με τη προεφηβική μορφή που διαφέρει ελάχιστα από την κλασική μορφή. Με φοβική μορφή για ορισμένους συγγραφείς, με ψυχαναγκαστική μορφή για άλλους, η πρόγνωση της παιδικής ηλικίας είναι μάλλον απαισιόδοξη, κυρίως λόγω της ανάρθεσης της εφηβικής ανάπτυξης.

b. Η ανορεξία του βρέφους: είναι η ενεργητική άρνηση του παιδιού να δεχθεί την τροφή που του προσφέρει η μητέρα του. Συχνότατα η άρνηση είναι επιλεκτική και αφορά αποκλειστικά στο πρόσωπο της μητέρας του. Διακρίνεται στην σπανιότατη πρώιμη βασική ανορεξία, που εκδηλώνεται από τις πρώτες εβδομάδες της ζωής, μερικές φορές και από την πρώτη μέρα, και στη συνήθη μορφή που είναι η ανορεξία του δεύτερου εξάμηνου.

c. Η ανορεξία στον ηλικιωμένο: οι ανορεκτικές συμπεριφορές δεν είναι σπάνιες. Συχνά μαρτυρούν μια υπονοούμενη επιθυμία «για να ξεφλήσουν», σε άτομα που χωρίς να εμφανίσουν κατάθλιψη, με τη στενή έννοια του όρου, εξαιτίας της απομόνωσης τους, της απώλειας της ταυτότητας τους και μερικές φορές λόγω πολλών σωματικών κακουχιών, χάνουν κάθε ελπίδα για το μέλλον τους.

d. Η ψυχογενής ανορεξία της ενήλικης γυναίκας αξίζει να αποτελέσει ξεχωριστή κατηγορία. Πρέπει να γίνει διαχωρισμός ανάμεσα στις εφηβικές μορφές που παρατείνονται, με την ενηλικίωση, και στις πραγματικές μορφές ανορεξίας της ενήλικης γυναίκας που εμφανίζονται σε γυναίκες χωρίς προηγούμενο ιστορικό ανορεξίας, παντρεμένες με παιδιά. Η ανορεξία της ενήλικης παντρεμένης γυναίκας αντιστοιχεί σε μια στιγμή ιδιαίτερα έντονης παλινδρόμησης συχνά σαν αντίδραση σε ένα συναισθηματικό ή υπαρξιακό κλονισμό (θάνατος κάποιου συγγενή, εγκυμοσύνη). Η ανορεξία αυτή

επισημαίνει τη βίαιη αποδιοργάνωση μιας προσαρμοσμένης, μέχρι τότε, προσωπικότητας, έστω και αν αυτή ήταν εύθραυστη και ελαττωματικά δομημένη.

e. Διαχωρισμός ανάλογα με τη δομή της υποκείμενης προσωπικότητας. Συνήθως οι κλινικές μορφές περιγράφονται ανάλογα με την υποκείμενη προσωπικότητα, σύμφωνα με την γενικά αποδεκτή αντίληψη ότι η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι παρά ένα σύνδρομο που δεν προδικάζει τη δομή της προσωπικότητας στην οποία ριζώνει. Έτσι, η υστερική προσωπικότητα θεωρείται ως η συχνότερη και χαρακτηρίζεται, από κλινική άποψη, από την τάση για αυτάρεσκη επίδειξη της ισχύος. Αντίθετα, οι ψυχαναγκαστικές μορφές θα χαρακτηρίζονταν από τη τάση προς την αμφιβολία, προς την αγχώδη ανάκληση των ίδιων σκέψεων και προς την ένοχη, ιδιαίτερα όσον αφορά τις βουλιμικές κρίσεις. Οι φοβικές μορφές που συναντώνται συχνά σε οριακές ηλικίες, οδηγούν σε μια μάλλον απαισιόδοξη πρόγνωση. Τέλος, ορισμένες εξαιρετικά βαριές μορφές που θα μπορούσαν να εξελιχθούν σε αυθεντικές σχιζοφρένιες, θα ονομάζονταν ψυχωσικές ή προ-ψυχωσικές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Το να ψάχνει κανείς μια και μοναδική αιτία για την πρόκληση της νευρικής ανορεξίας είναι ανούσια διαδικασία. Αν εξετάζαμε το φαινόμενο της νευρικής ανορεξίας μόνο σε σχέση με την έφηβη, η οποία δοκιμάζεται για εναπόθεση παραπανίσιου βάρους, τότε γιατί οι υπόλοιπες έφηβες οι οποίες εμφανίζουν επίσης τάση (υποθετική ή πραγματική) για εναπόθεση βάρους δεν βρίσκονται στην ίδια κατάσταση που οδηγεί στα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας. Και γιατί πολλά αγόρια ή ενήλικες εμφανίζουν ψυχογενή ανορεξία; Για παράδειγμα πιστεύεται ότι οι έφηβες κοπέλες οι οποίες προέρχονται από εγωκεντρικές, παθολογικής δομής, οικογένειες, βιώνουν την ψυχογενή ανορεξία ως αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης.

Παρόλα αυτά όμως πολλοί νέοι που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία δεν προέρχονται από οικογένειες που χαρακτηρίζονται από τις διαταραχές που προαναφέρθηκαν και οι οποίες θεωρούνται αιτία πρόκλησης της πάθησης. Είναι φανερό πως οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι πολυπαράγοντικές με ένα πλούσιο εύρος αιτιών πρόκλησης. Γενετικοί, βιολογικοί, τύποι προσωπικότητας, ψυχολογικοί, οικογενειακοί, κοινωνικό-πολιτισμικοί παράγοντες είναι όλοι πιθανά αίτια πρόκλησης της ψυχογενούς ανορεξίας.

Εκτενέστερα, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε το γεγονός ότι μια διατροφική διαταραχή δεν αφορά μόνο μια συγκεκριμένη στιγμή αλλά και μια κατάσταση η οποία θα μπορούσε να είναι εξαιρετικά επείγουσα. Οι διατροφικές διαταραχές οι οποίες εξελίσσονται στο χρόνο θα μπορούσαν να έχουν τις ρίζες τους - την γέννηση του ατόμου ενώ κάποιες άλλες είναι επίκτητες στη διάρκεια της ζωής και κάποιες μπορεί να εμφανιστούν σε προχωρημένη ηλικία.

Ως εκ τούτου, είναι φανερό ότι θα πρέπει να διαχωρίσουμε τα αίτια α) σε εκείνα τα οποία προηγούνται του γεγονότος και αποτελούν απαραίτητη

προϋπόθεση για την εμφάνιση της νόσου (predisposing factors), β) σε εκείνα που είναι πιο επείγοντα (precipitating factors) καθώς πυροδοτούν την εμφάνιση της νόσου και, γ) αυτά τα οποία εξυπηρετούν τη διατήρηση της νόσου (perpetuating factors).

3.1.ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τα ενδογενή οπιούχα μπορεί να συμβάλουν σε άρνηση της πείνας εκ μέρους ασθενών με ψυχογενή ανορεξία. Προκαταρκτικές μελέτες δείχνουν ότι η χορήγηση ουσιών ανταγωνιστικών προς τα οπιούχα επιφέρει δραματική αύξηση στο βάρος ορισμένων ασθενών. Η λιμοκτονία προκαλεί πολλές βιοχημικές μεταβολές, μερικές από τις οποίες είναι επίσης παρούσες στη κατάθλιψη, όπως η υπερκορτιζολαιμία και η μη καταστολή με φεξαμεθαζονη. Η θυρεοειδική λειτουργία επίσης καταστέλλεται.

Οι ανωμαλίες αυτές αναστρέφονται με την επαναδιατροφή. Η λιμοκτονία προκαλεί επίσης αμηνόρροια που αντανάκλα χαμηλά επίπεδα ορμονών (προγεστερονικών, θυλακιοτρόπων και γοναδοτρόπων). Ωστόσο, μερικές γυναίκες οι οποίες πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία παρουσιάζουν αμηνόρροια πριν ακόμη σημειωθεί σημαντική απώλεια βάρους. Μερικές μελέτες με αξονική τομογραφία δείχνουν αυξημένους χώρους ENY (διογκωμένοι αύλακες και κοιλίες) κατά τη διάρκεια της λιμοκτονίας, ένα εύρημα που αναστρέφεται με την αύξηση του βάρους. Σε μια τομογραφική μελέτη εκπομπής ποζιτρονίων (PET), ο μεταβολισμός στον ουραίο πυρήνα ήταν υψηλότερος κατά την ανορεκτική φάση από ότι κατά τη φάση της επαναδιατροφής.

3.2.ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στις μέρες μας αποτελεί ένα ατράνταχτο στοιχείο το γεγονός ότι οι γενετικοί παράγοντες συνδέονται στενά με τις διατροφικές διαταραχές. Αυτά τα στοιχεία προέρχονται από μελέτες σε οικογένειες και από μελέτες σε δίδυμους.

Μια σειρά από πολύ καλά σχεδιασμένες μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει σημαντικός συσχετισμός του γενεαλογικού δένδρου με τις διατροφικές διαταραχές. Η ανορεξία και η βουλιμία διαφαίνεται να συμβαίνουν πολύ πιο συχνά σε συγγενείς πρώτου βαθμού εκείνων που πάσχουν από τέτοιου είδους διαταραχές συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Η εμφάνιση είναι μέχρι και 8 φορές μεγαλύτερη σε σύγκριση με τον μεγαλύτερο αριθμό εμφάνισης τέτοιων περιστατικών σε πληθυσμιακές μελέτες.

Μελέτες που αφορούν δίδυμα έχουν μεγαλύτερη σημασία από ότι μελέτες που αφορούν οικογένειες καθώς εστιάζουν αποκλειστικά στο γενετικό στοιχείο ενώ μελέτες που αφορούν το γενεαλογικό δέντρο δεν μπορούν να διαχωρίσουν τόσο καλά το περιβαλλοντικό στοιχείο. Μελέτες που αφορούν δίδυμα εστιάζουν στη διαφορά σε συσχετισμό μεταξύ των μονοζυγωτικών και δυζυγωτικών δίδυμων. Ο συσχετισμός για την νευρική ανορεξία στα μονοζυγωτικά δίδυμα είναι περί τις 10 φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με τα δυζυγωτικά δίδυμα.

3.3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η νευρογενής ανορεξία δείχνει να αποτελεί αντίδραση κάποιων έφηβων στις απαιτήσεις που προβάλλει επάνω τους η κοινωνία, απαιτήσεις που αφορούν περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα οι ασθενείς με τη διαταραχή υποκαθιστούν τις άλλες φυσιολογικές εφηβικές επιδιώξεις με την ενασχόληση με θέματα διατροφής και βάρους. Η ενασχόληση τους αυτή παίρνει τη μορφή ιδεοληψίας.

Τυπικά στους ασθενείς με νευρογενή ανορεξία λείπει η αίσθηση αυτονομίας και ατομικότητας. Πολλοί από αυτούς αισθάνονται ότι κατά κάποιον τρόπο τα σώματά τους ελέγχονται από τους γονείς τους. Η «αυτό - λιμοκτονία» τους ίσως αποτελεί μια προσπάθεια να αποκτήσουν αναγνώριση ως μοναδικά και ιδιαίτερα άτομα. Μόνο μέσα από πράξεις υπερβολικής αυτοπειθαρχίας μπορεί ένας ανορεκτικός άρρωστος να αναπτύξει την αίσθηση της αυτονομίας και της ατομικότητας.

Ψυχαναλυτικοί κλινικοί που θεραπεύουν ανορεκτικούς συμφωνούν γενικά ότι αυτοί οι νεαροί άρρωστοι δεν έχουν καταφέρει να χωριστούν

ψυχολογικά από τις μητέρες τους. Το σώμα μπορεί να εκλαμβάνεται ως το κατοικούμενο από το ενδοβλημένο «αντικείμενο» μιας διεισδυτικής μητέρας. Η λιμοκτονία, λοιπόν, μπορεί να αποσκοπεί ασυνείδητα στην αναστολή της ανάπτυξης ενός εσωτερικού «αντικειμένου» το οποίο έχει διεισδύσει μέσα τους και το οποίο με αυτό τον τρόπο καταστρέφουν. Συχνά, στην αλληλεπίδραση του ασθενούς και της οικογένειας του παρεμβαίνει η διεργασία της προβολικής ταυτοποίησης. Πολλοί ανορεκτικοί ασθενείς αισθάνονται ότι οι στοματικές τους επιθυμίες είναι άπληστες και απαράδεκτες. Για αυτό οι επιθυμίες αυτές αποδοκιμάζονται. Οι γονείς αντιδρούν στην άρνηση διατροφής με το να γίνονται μανιώδεις ως προς το εάν ο άρρωστος τρώει. Ο άρρωστος τότε θεωρεί είναι οι γονείς του αυτοί που τρέφουν τις απαράδεκτες επιθυμίες, όποτε μπορεί προβολικά να τους αποδοκιμάζει: Άλλοι είναι αδηφάγοι και κυβερνώνται από την επιθυμία, όχι ο ίδιος.

3.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ

Κάποια καλύτερη κατανόηση των διατροφικών διαταραχών προκύπτει αν μελετήσουμε το ταμπεραμέντο, την προσωπικότητα καθώς και τον τρόπο με τον οποίο αυτά κάνουν ένα νεαρό άτομο προσεγγίσιμο σε εν δυνάμει πιέσεις. Αυτή η φιλολογία είναι γεμάτη από αναφορές στο γεγονός ότι η νευρική ανορεξία είναι γεμάτη από ασυνήθιστες ευαισθησίες και *ακραίες* προσωπικότητες. Οι γονείς των ανορεξικών παιδιών και έφηβων τείνουν να περιγράψουν αυτά τα παιδιά ως παιδιά με «τέλεια» προηγούμενη συμπεριφορά. Αναφέρεται ότι αυτά τα παιδιά πάντα είχαν καλή συμπεριφορά, ήταν δημοφιλή και πολύ επιτυχημένα. Ο Silverman, ένας Αμερικανός παιδίατρος, περιέγραψε αυτά τα παιδιά ως «παθολογικά συμβατά».

Υπάρχει μια υπολογίσιμη λεπτομέρεια σε αυτά τα παιδιά η οποία περιγράφεται ως «high achieving» η οποία αναπτύσσει ανεξήγητα φυσικά συμπτώματα σε στρεσογόνο περίοδο. Αυτό που οι δυο ομάδες έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό είναι η ικανότητα να μην εκφράζουν αρνητικά συναισθήματα όπως θυμό, μελαγχολία ή άγχος. Είναι σαν να μην πρέπει να δείξουν αδυναμία ή ότι δεν είναι τέλειοι και ότι σε στρεσογόνες καταστάσεις δεν νιώθουν καλά. Πάντως αυτή η τελειομανής προσωπικότητα των

ανθρώπων με νευρική ανορεξία θα μπορούσε να θεωρηθεί ένας σημαντικός παράγοντας επεξήγησης της μανίας τους με το να διατηρούν πολύ χαμηλό το σωματικό τους βάρος.

Ένα αρκετά κοινό χαρακτηριστικό είναι εκείνο του χαμηλού επιπέδου αυτοσεβασμού. Πραγματικά τα παιδιά με νευρική ανορεξία τα οποία έχουμε παρατηρήσει ότι εμφανίζονται έχοντας μια πολύ φτωχή αυτοεκτίμηση, θεωρούν τον εαυτό τους αποτυχημένο, κακό, και ανάξιο. Μια τέτοια αντίληψη μπορεί εν μέρει να εκβιάζεται από την τάση τελειομανίας που έχουν, το οποίο θέτει τόσα υψηλά στάνταρ όπου η αποτυχία να είναι απαγορευτική. Τα χαρακτηριστικά αυτά στην νευρική βουλιμία είναι τελείως διαφορετικά.

3.5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ - ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κάθε μοντέλο που θα χρησιμοποιούνταν για την αιτιολόγηση της νευρικής ανορεξίας θα ήταν ανολοκλήρωτο αν δεν μπορούσε να δώσει την κατάλληλη απάντηση στο ερώτημα γιατί αυτή εμφανίζεται έντονα σε γυναίκες των αναπτυσσόμενων δυτικών κοινωνιών. Είναι πλέον αρκετά αναγνωρισμένο ότι η πολιτιστική πίεση σε μια γυναίκα να είναι λεπτή είναι ένας σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη της διατροφικής διαταραχής. Το να είσαι λεπτή έχει γίνει πλέον συνώνυμο με το να είσαι καλή σε μια κοινωνία και τα νέα παιδιά δεν εξαιρούνται πια από αυτή την ενασχόληση. Οι Hill, Oliver, και Rogers (1982) έχουν δείξει ότι ακόμη και 6χρονα και 9χρονα δείχνουν έντονο ενδιαφέρον για το βάρος τους και το σχήμα του σώματος τους. Διάφοροι θεωρητικοί «ριζοσπαστικοί» ψυχίατροι έχουν τοποθετήσει αυτό το γεγονός στην κορυφή των αναλύσεων τους και έχουν παρατηρήσει τις διατροφικές διαταραχές σε σχέση με την γενικότερη πολιτιστική ενασχόληση, με την λεπτότητα και με τη θέση της γυναίκας ως έκθεμα.



Ο πολιτιστικός ιστορικός Brumberg (1988) έχει σημειώσει παράλληλα με την παραπάνω ερμηνεία: «η δίαιτα της γυναίκας και η ενασχόληση της με το βάρος ήταν κάποτε άνευ σημασίας ή λειτουργούσε ως μάσκα για να κρύψει ένα άλλο πολύ σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα και άρα αποτελούσε επικάλυψη μιας άλλης προβληματικής συμπεριφοράς». Οι περισσότερες έφηβες κοπέλες και οι περισσότερες γυναίκες ζουν με μια αίσθηση ανασφάλειας για το σώμα τους, αλλά χωρίς αυτό να σημαίνει ότι φτάνουν πάντα σε καταστροφικές λιμοκτονίες. Το γεγονός ότι οι διατροφικές διαταραχές παρατηρούνται σε κοινωνίες στις οποίες η λεπτότητα αποτελεί αξία ενώ είναι πολύ αραιό φαινόμενο στις κοινωνίες όπου η παχυσαρκία αποτελεί αξία, προσθέτει την παρατήρηση ότι η κοινωνία παίζει έναν σημαντικό ρόλο στην γένεση της διαταραχής. Αυτή η παρατήρηση ενισχύεται από την παρατήρηση ότι οι μετανάστες σε δυτικές κοινωνίες δεν αναπτύσσουν οι ίδιοι διατροφικές διαταραχές, οι κόρες τους όμως φαίνεται να εμφανίζουν τα ίδια συμπτώματα και στην ίδια ένταση που τα εμφανίζουν άτομα του ενδογενή πληθυσμού. Εν κατακλείδι, αναφέρεται η πραγματικότητα ότι «στο πέρασμα της ιστορίας οι γυναίκες ασχολούνταν με το να ταΐζουν τους άλλους ενώ παράλληλα απαρνιόντουσαν τον εαυτό τους». Κάποτε ήταν μια οικονομική αναγκαιότητα, τώρα αποτελεί κοινωνική απαίτηση. Το φαινόμενο των διατροφικών διαταραχών σταδιακά αυξάνεται. Η υπόθεση είναι ότι η γυναίκα η οποία υποβάλλεται σε αυστηρές δίαιτες στην πραγματικότητα επιδιώκει σκληρά να μετατρέψει το σώμα της σε μια προσπάθεια να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του ρόλου της όπως αυτός διαμορφώνεται τον 20 αιώνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Οι τεχνικές για την αντιμετώπιση των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής έχουν βελτιωθεί σημαντικά από το 1930, οπότε είχαν γίνει οι πρώτες προσπάθειες θεραπευτικής αντιμετώπισης με μεθόδους που στηρίζονταν στη Φροϋδική ψυχανάλυση. Οι εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις οι οποίες χρησιμοποιούνται σήμερα οδηγούν ολοένα και σε καλύτερη έκβαση των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής, τόσο στους εφήβους όσο και στους ενήλικες.

Υπάρχουν δύο βασικοί στόχοι στη θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας. Ο *πρώτος* στόχος είναι να αποκατασταθεί η κατάσταση της θρέψης το οποίο σημαίνει να επανέλθει το βάρος στα φυσιολογικά όρια. Ο *δεύτερος* στόχος είναι να τροποποιηθεί η παθολογική συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ατόμου έτσι ώστε να κρατηθεί το βάρος σε φυσιολογικά όρια και να ελεγχθούν κατά το δυνατό οι προκλητοί εμετοί, η λήψη καθαρτικών και όλες οι άλλες παθολογικές συμπεριφορές.

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

Η θεραπευτική προσέγγιση βασικά είναι ένας συνδυασμός θεραπείας συμπεριφοράς και υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας. Ο στόχος της *θεραπείας συμπεριφοράς* είναι να αποκατασταθεί ο φυσιολογικός τρόπος λήψης τροφής. Στο νοσοκομείο, αυτό σημαίνει την εφαρμογή αυστηρού πρωτοκόλλου, ώστε τα ανορεκτικά άτομα να κερδίζουν καθημερινά συγκεκριμένο βάρος και να ενισχύονται θετικά από τους συγγενείς τους. Έτσι, οι ασθενείς ζυγίζονται

καθημερινά, η πρόσληψη και η απέκκριση των υγρών μετριέται, υπάρχει στενή παρακολούθηση (ακόμη και στη τουαλέτα) μέχρι και δύο ώρες μετά τα γεύματα για να αποτραπεί ο προκλητός εμετός. Γενικά, αρχίζει με δίαιτα που παρέχει περίπου 500 θερμίδες περισσότερες από αυτές που απαιτούνται για να διατηρηθεί το τωρινό βάρος και αυξάνονται οι θερμίδες σιγά – σιγά μοιράζοντας το γεύμα σε πολλά μικρά γεύματα (π. χ έξι την ημέρα). Σε άτομα με μεγάλη ελάττωση βάρους μπορεί να χρειασθεί σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα, όπως και προσεκτική διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών.

Όσον αφορά τη *φαρμακευτική αγωγή*, έχει δειχθεί ότι τα καταλιπτικά μπορούν να ελαττώσουν τη συμπεριφορά της πρόκλησης εμετού. Ακόμα η κυπροεπταδίνη έχει βοηθήσει ορισμένα άτομα να πάρουν βάρος. Κατά την οξεία φάση, λοιπόν, η θεραπεία συμπεριφοράς και η υποστήριξη του ασθενή είναι η προσέγγιση επιλογής συνεπικουρούμενη ενδεχομένως από τη φαρμακευτική αγωγή.

Στη συνέχεια, η *γνωστική ψυχοθεραπεία* μπορεί να βοηθήσει διορθώνοντας λαθεμένες αντιλήψεις των ασθενών για τα αισθήματα, τις ανάγκες τους και την ικανότητα να ελέγξουν τη ζωή τους και η ψυχοδυναμική (αποκαλυπτική) ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να λύσει διαπροσωπικά προβλήματα και συγκρούσεις και να διορθώσει στοιχεία της προσωπικότητάς του, που μπορεί να συνδέονται με τη διαταραχή στην πρόσληψη τροφής.

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

Μοντέλο του ψυχοσωματικού συμπτώματος για ορισμένους, η νευρογενής ανορεξία εμπλέκει τον θεραπευόμενα με τις ενγενείς δυσκολίες της αντιμετώπισης αυτού του είδους της ψυχικής παθολογίας, της οποίας η ιδιαιτερότητα είναι ότι εκφράζεται, πρωτίστως, σε σωματικό επίπεδο. Η διάσταση που παίρνει η μη αναγνώριση της νόσου από τον ασθενή, κατά τη διάρκεια των κρίσεων προστίθεται στις παραπάνω δυσκολίες. Ο Laxenaire αναφέρεται στον γιατρό που συνήθως έχει να αντιμετωπίσει μια «νεαρή

κοπέλα η οποία μόλις έφθασε στην εφηβεία, είναι ενοχλητικά αδύνατη γιατί δεν έχει πια όρεξη, αρνείται να παραδεχθεί την οφθαλμοφανή κατάσταση της και, καταφεύγει σε μια διακριτικά αυθάδη σιωπή, τη στιγμή που οι άνθρωποι γύρω της αγχώνονται και, της μιλούν για την κατάσταση αυτή». Ο G. Besancon περιγράφει την ανόρεκτη που ταλαντεύεται ανάμεσα σε δυο στάσεις απάρνησης, αντίθετες αλλά κατοπτρικές, και, που αναφέρονται στη ψυχική διάσταση της ασθένειας και άλλοτε στη σωματική πραγματικότητα, στάση του παθολόγου και του ψυχαναλυτή. Πραγματικά, είναι σίγουρα το ίδιο απατηλό το να θέλει κανείς να θεραπεύσει μια νεαρή κοπέλα που ζυγίζει καμία τριανταριά κιλά, μόνο ακούγοντας την ψυχοθεραπευτικά, με το να περιμένει ένα πραγματικό και διαρκές αποτέλεσμα μόνο από την ανάληψη του βάρους.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη με απομόνωση, που πρότεινε εδώ και έναν αιώνα ο Charcot, φαίνεται ότι αποτελεί τον κοινό παρανομαστή της πλειοψηφίας των συγγραφέων, οι οποίοι διαφωνούν μόνο σε ότι αφορά την πρακτική οργάνωση της, την σημασία της χειροθεραπείας, της ψυχοθεραπείας και του προσανατολισμού της.

4. 1. ΠΟΙΟΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΣΕΙ ΜΙΑ ΝΕΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η απόφαση σχετικά με το ποιος θα μπορούσε να θεραπεύσει μία γυναίκα, η οποία πάσχει από ψυχογενή ανορεξία, εξαρτάται από τη σοβαρότητα της διαταραχής, την ευκολία προσέγγισης από έναν έμπειρο οικογενειακό γιατρό, έναν διαιτολόγο ή μία μονάδα που ασχολείται με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής και από τις επιθυμίες της ασθενούς και της οικογένειάς της. Πολλοί νέοι με νευρική ανορεξία, που έχουν πρόσφατα χάσει βάρος ή έχουν υποτροπιάσει κατά τη διάρκεια θεραπείας στο νοσοκομείο, μπορούν να θεραπευτούν από έναν ψυχολόγο, τον οικογενειακό γιατρό και έναν διαιτολόγο, δεδομένου ότι έχουν εμπειρία με αυτή τη διαταραχή.

Αυτός ο συνδυασμός επαγγελματιών της υγείας μπορεί να βοηθήσει την πλειονότητα των γυναικών, που αντιμετωπίζουν προβλήματα σε σχέση με αυστηρή δίαιτα και λογικά ακόλουθη απώλεια βάρους. Εάν, ωστόσο, η γυναίκα δεν αλλάξει τη διατροφική της συμπεριφορά και το βάρος της

συνεχώς μειώνεται, μπορεί να δεχτεί φροντίδα από μία ειδική μονάδα είτε σαν εξωτερικός είτε σαν εσωτερικός είτε σαν ασθενής ημέρας, καθώς και θεραπεία σε νοσοκομείο.

Για πολλές νέες γυναίκες, η παρακολούθηση σε μία ειδικευμένη μονάδα διαταραχών πρόσληψης τροφής ως ασθενής ημέρας από την αρχή της θεραπείας, είναι πιθανή. Αυτού του είδους η θεραπεία επιτρέπει στη γυναίκα να μένει στο σπίτι της ενώ ταυτόχρονα δέχεται βοήθεια με στόχο την ανάρρωσή της. Η καθημερινή παρακολούθησή της, της προσφέρει πρόσβαση σε μία ομάδα υποστηρικτικών και έμπειρων ατόμων που την βοηθούν να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που βιώνει. Ένα μειονέκτημα αυτού του προγράμματος είναι ότι δεν επιτρέπει στο άτομο να πηγαίνει στο χώρο εργασίας ή εκπαίδευσής του. Καθώς πολλοί ανορεκτικοί είναι ιδιαίτερα επιτυχημένοι, η αποχώρηση από τη δουλειά τους ή το σχολείο τους μπορεί να μειώσει την αυτοεκτίμησή τους. Αυτό δύναται να ξεπεραστεί αν η ασθενής είναι αρκετά καλά, ώστε να θεραπευτεί ως εξωτερικός ασθενής.

Τα πλεονεκτήματα των παραπάνω μεθόδων θεραπείας είναι ότι η γυναίκα μπορεί να αυξήσει το βάρος της με τον δικό της ρυθμό, ώστε να αισθάνεται ασφαλής πως έχει τον έλεγχο, καθώς και ότι αναλαμβάνει η ίδια την ευθύνη για την διατροφική της συμπεριφορά. Επίσης, με τη βοήθεια των επαγγελματιών της υγείας, έχει τη δυνατότητα να μάθει εκ νέου διατροφικά πρότυπα, που είναι κατάλληλα για τον δικό της τρόπο ζωής.

4.2. ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Ο βασικότερος και ουσιαστικότερος στόχος στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας αποτελεί η αύξηση του βάρους της ασθενούς ώστε να αποφευχθεί η επιδείνωση της σωματικής της υγείας. Η επιλογή του ιδανικού βάρους, σύμφωνα με την κλίμακα BMI, εξαρτάται από την ισορροπία που πρέπει να επέλθει ανάμεσα στο βάρος που επιθυμεί η γυναίκα (19-20 με το BMI) και σε αυτό που είναι απαραίτητο για να επιτευχθεί η ανάρρωση (21-25). Ο λόγος που επιλέγεται το 19-20 είναι ότι με αυτό το βάρος περισσότερες φυσιολογικές λειτουργίες, όπως ο έλεγχος της θερμοκρασίας και η εμμηνόρροια, θα επανέλθουν σε φυσιολογικά επίπεδα, καθώς και η γυναίκα θα αποφύγει το

αίσθημα της ανησυχίας συνειδητοποιώντας πως αυξάνεται το βάρος της. Επίσης, έχει προαναφερθεί πως οι ανορεκτικές ασθενείς μελετούν συνεχώς βιβλία και περιοδικά που αφορούν στη διατροφή. Αυτό έχει ως συνέπεια να έχουν περισσότερες γνώσεις για το φαγητό από ότι η πλειοψηφία των άλλων ανθρώπων. Ωστόσο, πολλές από τις απόψεις που έχουν είναι λανθασμένες, κι αν δε διορθωθούν, θα διαιωνίσουν την διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά.

Συμπεριλαμβανομένου και του γεγονότος ότι είναι άκαμπτες και ισχυρογνώμονες, ένα σημαντικό μέρος της θεραπείας αποτελούν οι εκπαιδευτικές συνεδρίες (κατά προτίμηση ομαδικές) από έναν διατροφολόγο ώστε οι διαταραγμένες απόψεις που έχουν σχέση με το φαγητό, τη δίαιτα και τη διατροφική συμπεριφορά να διορθωθούν. Είναι εξίσου σημαντικό να βοηθηθεί η ασθενής ώστε να συνειδητοποιήσει πως έχει χάσει τον έλεγχο της συμπεριφοράς της και να σταματήσει την αυστηρή επιδίωξη της υπερβολικής απώλειας βάρους. Αυτό έχει ως στόχο να ενστερνιστεί φυσιολογικούς τρόπους διατροφής και να αποφύγει τη λιμοκτονία, εάν πάσχει από περιοριστικού τύπου νευρική ανορεξία. Αντίστοιχα, εάν χαρακτηρίζεται από τον καθαρτικό τύπο, ο στόχος είναι να παύσει τις επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως τα καθαρτικά, τα διουρητικά κτλ. Κατά τον ίδιο τρόπο πρέπει να αντιμετωπιστεί εφόσον γυμνάζεται υπερβολικά. Ακόμη, ένα πολύ βασικό στοιχείο της θεραπείας είναι ο ειδικός να εξηγήσει στο άτομο πως όλες οι φυσικές αλλαγές είναι αποτέλεσμα της διαταραχής και πως οφείλει να αντιμετωπίσει και όλα τα σχετικά προβλήματα που δύνανται να παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Αν όλα αυτά δεν επιτευχθούν, είναι πολύ πιθανό να εμποδίσουν την ανάρρωση.

Εφόσον η ασθενής επιθυμεί πραγματικά να προβεί στις απαραίτητες αλλαγές, απαιτείται ευψυχία, επιμονή και ένα συνεχές ερέθισμα που να την κινητοποιεί. Αυτό μπορεί να γίνει εφικτό όταν αποκτήσει γνώση των παραγόντων-φυσιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, οικογενειακών κτλ.- που την υποκινούν να εξακολουθήσει τον διαταραγμένο τρόπο διατροφής. Επίσης, είναι απαραίτητο να γνωρίζει πως αυτό που προκάλεσε την έναρξη της νόσου, δεν αποτελεί κατά κανόνα την αιτία για την οποία η συγκεκριμένη συμπεριφορά συνεχίζεται. Για παράδειγμα, εάν μία διαταραγμένη οικογενειακή σχέση ήταν ένας από τους παράγοντες που οδήγησαν στη

νευρική ανορεξία, είναι επιτακτικό να μην διερευνηθεί μόνο αυτή η σχέση αλλά να χρησιμοποιηθούν και άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Οφείλει, επίσης, η ανορεκτική γυναίκα να μάθει πως ακόμη κι αν διακατέχεται από έναν ενδόμυχο φόβο μήπως γίνει παχύσαρκη, είναι ασφαλές για εκείνη να προσπαθήσει να αυξήσει το βάρος της διότι δεν θα χάσει τον έλεγχο του εαυτού της.

Τέλος, πρέπει να επιτευχθεί σε όσο το δυνατό μεγαλύτερο βαθμό η προσπάθεια και η ειλικρίνεια ανάμεσα στον θεραπευτή και την ασθενή. Το πρόβλημα είναι πως οι ασθενείς με νευρική ανορεξία τείνουν να «παιζουν παιχνίδια» και να χειρίζονται τον θεραπευτή. Σε αντίθεση, θα έπρεπε να προσπαθούν να απαντούν ειλικρινά αν είναι συμμορφωμένες ή όχι στο πλάνο θεραπείας και αν οι εναλλακτικές συμπεριφορές επιδρούν αρνητικά ή θετικά στην υπόλοιπη ζωή τους. Ωστόσο, είναι σημαντικό, για να επιτευχθούν όλα τα παραπάνω, η ασθενής να αποκτήσει αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη στον θεραπευτή της.

4.3. ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Το πρώτο που λαμβάνεται υπόψη στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η διόρθωση της κατάστασης θρέψης του άρρωστου, επειδή η αφυδάτωση, η λιμοκτονία και οι διαταραχές ηλεκτρολυτών μπορεί να προκαλέσουν σοβαρό κίνδυνο στην υγεία και, σε μερικές περιπτώσεις, το θάνατο. Η απόφαση για νοσηλεία του άρρωστου βασίζεται στη σωματική του κατάσταση και στο βαθμό της απαιτούμενης δομής που θα εξασφαλίσει την συνεργασία του. Γενικά, σε άρρωστους με ψυχογενή ανορεξία, που έχουν κάτω από 20% του αναμενόμενου βάρους σε σχέση με το ύψος τους, συνιστάται νοσηλεία, ενώ σε άρρωστους με κάτω από 30% του αναμενόμενου βάρους, απαιτείται ψυχιατρική νοσηλεία που κυμαίνεται από 2-6 μήνες.

Τα προγράμματα ψυχιατρικής νοσηλείας για ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία χρησιμοποιούν γενικά ένα συνδυασμό συμπεριφεριολογικής θεραπευτικής προσέγγισης, ατομικής ψυχοθεραπείας, εκπαίδευσης και θεραπείας οικογένειας και, σε μερικές περιπτώσεις, ψυχοτρόπων σκευασμάτων. Η επιτυχής θεραπεία εξαρτάται από την ικανότητα των μελών

του προσωπικού να διατηρήσουν με τον ασθενή μια σταθερή αλλά υποστηρικτική προσέγγιση, συχνά μέσα από συνδυασμό θετικών (έπαινος) και αρνητικών (περιορισμός της άσκησης και της χρήσης υπακτικών) ενισχυτών. Ωστόσο, απαιτείται κάποια ευελιξία στο πρόγραμμα ώστε η θεραπεία να εξατομικεύεται και να ταιριάζει με τις ανάγκες και τις γνωσιακές ικανότητες του άρρωστου. Τελικά, για να πετύχει η θεραπεία μακροπρόθεσμα θα πρέπει ο άρρωστος να συμμετέχει σε αυτήν εκούσια.

Οι περισσότεροι ασθενείς είναι αδιάφοροι ή αντιστέκονται στην ψυχιατρική θεραπεία. Τους φέρουν στο ιατρείο χωρίς τη θέληση τους, συγγενείς και φίλοι που αγωνιούν. Σπάνια αποδέχονται τις συστάσεις για νοσηλεία χωρίς διαφωνίες και κρητική για το προσφερόμενο πρόγραμμα. Η έμφαση στα οφέλη, όπως η ανακούφιση από την αϋπνία και τα συμπτώματα και σημεία της κατάθλιψης, βοηθούν τον άρρωστο να εισαχθεί στο νοσοκομείο οικειοθελώς. Η υποστήριξη και η εμπιστοσύνη των συγγενών στο γιατρό και τη θεραπευτική ομάδα είναι ουσιαστικές όταν πρέπει να εκτελεστούν αυστηρές οδηγίες. Οι οικογένειες των αρρώστων πρέπει να προειδοποιούνται ότι ο άρρωστος θα αντισταθεί στη θεραπεία και από τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας θα επιχειρήσει πολλές δραματικές εκκλήσεις για υποστήριξη από την οικογένεια, για να αποφύγει το πρόγραμμα νοσηλείας. Μόνο όταν είναι πιθανός ο κίνδυνος θανάτου από τις επιπλοκές της κακής θρέψης θα πρέπει να εφαρμόζεται αναγκαστική νοσηλεία ή εγκλεισμός. Σε σπάνιες περιπτώσεις οι άρρωστοι αποδεικνύουν ότι ήταν λάθος τα λεγόμενα του γιατρού για αποτυχία της θεραπείας, σε εξωτερικό ιατρείο. Αυτοί μπορεί να αποκτούν ένα συγκεκριμένο βάρος σε κάθε επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία. Ωστόσο, αυτή η συμπεριφορά είναι ασυνήθης και κατά κανόνα είναι απαραίτητη μια περίοδος νοσηλείας.

Η γενική αντιμετώπιση των άρρωστων με νευρογενή ανορεξία στη διάρκεια ενός προγράμματος νοσηλείας πρέπει να συνεκτιμά τα ακόλουθα: οι άρρωστοι πρέπει να ζυγίζονται κάθε πρωί, αφού προηγουμένως έχει αδειάσει η ουροδόχος κύστη.

Επίσης, θα πρέπει να καταγράφεται η ημερήσια πρόσληψη υγρών όπως και η αποβολή των ούρων. Εάν παρουσιαστούν εμετοί, θα πρέπει να εκτιμώνται οι ηλεκτρολύτες και να παρακολουθείται η τυχών εμφάνιση της υπογλυκαιμίας. Επειδή παρατηρείται συχνά αναγωγή τροφής μετά τα

γεύματα, το ιατρικό ιστορικό θα πρέπει να είναι σε θέση να ελέγξει τον εμετό με το να μην επιτρέπει τη χρήση τουαλέτας για τουλάχιστον 2 ώρες μετά τα γεύματα ή με το να υπάρχει συνοδός στο μπάνιο που δεν θα επιτρέψει τον εμετό. Η δυσκοιλιότητα υποχωρεί στους ανθρώπους με νευρογενή ανορεξία όταν αρχίζουν να τρέφονται κανονικά. Χορηγούνται σποραδικά μαλακτικά των κοπράνων, αλλά ποτέ υπακτικά. Εάν εμφανιστεί διάρροια υποδηλώνει συνήθως ότι ο άρρωστος παίρνει υπακτικά κρυφά. Λόγω της σπάνιας επιπλοκής της διάτασης του στομάχου και τις πιθανότητες κυκλοφοριακής υπερφόρτωσης, εάν ο άρρωστος αρχίσει απότομα να λαμβάνει μεγάλες ποσότητες θερμίδων, το προσωπικό θα πρέπει να ξεκινάει με χορήγηση περίπου 500 θερμίδων πάνω από το απαιτούμενο για τη συντήρηση του υπάρχοντος βάρους (συνήθως 1500-2000 θερμίδες την ημέρα). Αυτές οι θερμίδες καλό είναι να δίνονται σε 6 ισόποσα γεύματα ημερησίως έτσι ώστε να μην χρειάζεται να παίρνουν οι άρρωστοι μεγάλες ποσότητες σε κάθε γεύμα.

Συνιστάται η χορήγηση υγρών συμπληρωμάτων τροφής επειδή οι ασθενείς μπορεί να γίνονται λιγότερο αγχώδεις μήπως αποκτήσουν σιγά βάρος με την αγωγή παρά με το να τρώνε φαγητό.

Μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο, ο κλινικός ιατρός συνήθως θεωρεί απαραίτητο να συνεχίσει κάποιου τύπου εξωνοσοκομιακή επίβλεψη για οποιοδήποτε πρόβλημα συμβεί στους ασθενείς και στις οικογένειες τους.

4.4. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

4.4.1. Αυξάνοντας το βάρος του σώματος

Αν και η νευρική ανορεξία αποτελεί μία ψυχοσωματική διαταραχή, η πρώτη προτεραιότητα οφείλει να είναι η αύξηση του βάρους, καθώς οι περισσότερες ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στην ψυχολογική θεραπεία όταν βρίσκονται στη φάση της λιμοκτονίας. Είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσουν πως ο μακροπρόθεσμος στόχος είναι να μάθουν οι ίδιες να αυξάνουν το βάρος τους και να το διατηρούν στα φυσιολογικά επιθυμητά επίπεδα για την

ηλικία και το ύψος τους. Αυτό δεν σημαίνει πως πρέπει να το ελέγχουν επί καθημερινής βάσεως. Στην πραγματικότητα, ο έλεγχος μία φορά την εβδομάδα είναι αρκετός (εκτός αν το άτομο νοσηλεύεται), καθώς είναι λογικό να αυξομειώνεται περίπου ένα κιλό μέσα σε λίγες μέρες. Αν και ο αντικειμενικός στόχος είναι το βάρος να φτάσει στο 19, σύμφωνα με την κλίμακα BMI, αποτελεί το ελάχιστο για τις φυσικές λειτουργίες, όπως η επιστροφή της εμμηνόρροιας. Με αυτό το βάρος η ασθενής θεωρείται ακόμη αδύνατη αλλά παρόλα αυτά επειδή φαίνεται καλύτερα, ενθαρρύνεται να συνεχίσει τις προσπάθειές της. Ωστόσο, υπάρχουν βασικές εξαιρέσεις. Για παράδειγμα, αν η γυναίκα είναι μοντέλο ή μπαλαρίνα, δεν θεωρείται το 19 ως επιθυμητό βάρος. Έτσι, οφείλει η ίδια να συμφωνήσει με τον θεραπευτή της ένα χαμηλότερο ως το κατάλληλο για την περίπτωσή της. Πρέπει, επίσης, να διαπραγματευτούν το γεγονός ότι είναι πιθανό να συνεχίσει το άτομο να ασχολείται υπερβολικά με το βάρος και να περιορίζει την κατανάλωση τροφής, ώστε να διατηρήσει τη σωματική μορφή που επιβάλλεται στα συγκεκριμένα επαγγέλματα.

4.4.2. Επανασίτιση

Η επανασίτιση είναι ένας βασικός τρόπος αύξησης του βάρους. Κατά τη διάρκεια του συγκεκριμένου προγράμματος, πραγματοποιούνται τακτικές συνεδρίες με τον θεραπευτή, προωθούνται διατροφικές πληροφορίες από τον διατροφολόγο, το άτομο μαθαίνει να τρέφεται φυσιολογικά και να αντιμετωπίζει τα καθημερινά προβλήματα, ιδιαίτερα αν πάσχει από αυτήν τη διαταραχή για αρκετό διάστημα. Εάν θεραπεύεται ως εξωτερικός ασθενής ή έχει εισαχθεί σε νοσοκομείο, του δίνεται καταρχήν η δυνατότητα να είναι υπεύθυνο το ίδιο για την αύξηση του βάρους του με τη βοήθεια των υποστηρικτικών επαγγελματιών της υγείας. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, η γυναίκα πρέπει να είναι συνεπής, να εποπτεύεται, να ασκείται με πολύ μικρή ένταση και να παρακολουθεί συζητήσεις και εκπαιδευτικές συνεδρίες με άλλους πάσχοντες ώστε να διεισδύσει στη διατροφική της διαταραχή και σε κάθε άλλο πρόβλημα. Ενθαρρύνεται να αναζητήσει ενδιαφέροντα όπως οι τεχνικές χαλάρωσης, η χειροτεχνία και η ζωγραφική.

Εάν πηγαίνει σχολείο, μπορεί να συνεχίσει με το πρόγραμμα μαθημάτων είτε στο σπίτι είτε στο νοσοκομείο με τη βοήθεια των δασκάλων.

Κατά τη διάρκεια της επανασίτισης, η ανορεκτική γυναίκα οφείλει να βρίσκεται σε επιφυλακή λόγω της πιθανότητας της απότομης αύξησης του βάρους που μπορεί να συμβεί όταν ξεκινήσει το πρόγραμμα. Αυτό προκαλείται από τη διαστολή του υγρού των ιστών ανάμεσα στα κύτταρα, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ανησυχίας και την ανάγκη της γυναίκας να διαβεβαιωθεί πως η αύξηση του βάρους, η οποία εξαρτάται από τη διαστολή των υγρών, θα σταματήσει αυτόματα αν συνεχίσει να εμμένει στο συγκεκριμένο πρόγραμμα. Οι περισσότεροι πάσχοντες ανταποκρίνονται σε αυτή την ήπια προσέγγιση. Αν, όμως, η ασθενής αρνηθεί να επανασιτιστεί, προκύπτει ένα ηθικό πρόβλημα για το αν θα πρέπει να αναγκαστεί να το υποστεί παρά τις δικές της επιθυμίες ή να γίνει σεβαστό το αίτημά της, που αυτό θα οδηγήσει σε θάνατο. Το συγκεκριμένο θέμα βρίσκεται υπό συζήτηση αλλά δεν έχουν βρεθεί εναλλακτικές.

Εάν το άτομο δεν ανταποκρίνεται, θα μπορούσε να εφαρμοστεί ένα πιο δομημένο πρόγραμμα. Σε ακραίες περιπτώσεις, θα πρέπει να παρατηρείται συνεχώς ή να κρατείται σε απομόνωση σε ένα μονόκλινο δωμάτιο και να παραμείνει στο κρεβάτι μέχρι να επιτευχθεί το επιθυμητό βάρος. Αυτή η στρατηγική είναι απαραίτητη επειδή πολλές ασθενείς προσπαθούν να βρουν μεθόδους να αποφύγουν το φαγητό, προκαλούν εμετό ή καταναλώνουν καθαρτικά. Αν και αυτό το πρόγραμμα φαίνεται αρκετά αυστηρό, οι γυναίκες που έχουν πολύ χαμηλό βάρος, συχνά δεν μπορούν να σκεφτούν λογικά και ο φόβος μήπως γίνουν παχύσαρκες υπερισχύει. Το συγκεκριμένο είναι προτιμότερο από το εναλλακτικό όπου η επανασίτιση γίνεται μέσω ορού. Όσες έχουν βιώσει αυτή την εμπειρία, επιζητούν το πρώτο, το οποίο το κρίνουν ως ιδιαίτερα βοηθητικό και υποστηρικτικό.

Σε περίπτωση που το άτομο καταναλώνει την ποσότητα του φαγητού που επιβάλλεται, συμμορφώνεται στη θεραπεία και αρχίζει να αυξάνεται το βάρος του, του δίνεται ένα βραβείο ή ένα προνόμιο. Για παράδειγμα, μπορεί να της επιτραπεί να σηκωθεί από το κρεβάτι, να κάνει ένα μπάνιο ή να παρακολουθήσει τηλεόραση. Από την άλλη πλευρά, εάν αποτύχει στον επιδιωκόμενο στόχο, θα της αφαιρεθεί ένα προνόμιο. Οι περισσότεροι ειδικοί συνιστούν ότι πρέπει να γίνεται έλεγχος του βάρους κάθε μέρα και την ίδια

ώρα αλλά αρκετοί πιστεύουν πως επειδή συμβαίνουν μικρές αλλαγές του βάρους καθημερινά, είναι προτιμότερο να ελέγχεται η ασθενής δύο ή τρεις φορές την εβδομάδα. Ο έλεγχος θα πρέπει να γίνεται προσεκτικά και ο υπεύθυνος οφείλει να είναι σίγουρος πως το άτομο δεν «κλέβει», όπως για παράδειγμα πίνοντας νερό ή βάζοντας βάρη στην τσέπη του. Απροειδοποίητοι περιστασιακοί έλεγχοι πραγματοποιούνται για να εξακριβωθεί αυτό ακριβώς.

Κατά τη διάρκεια του προγράμματος επανασίτισης, η γυναίκα αναμένεται να καταναλώσει ποικίλες τροφές, ισορροπημένες σε θρεπτικά συστατικά και με υψηλή ενέργεια. Ο στόχος είναι η αύξηση του βάρους κατά 1-1,5 kg την εβδομάδα. Στα πρώτα στάδια αυτός ο στόχος μπορεί να επιτευχθεί με μικρότερες ποσότητες φαγητού ημερησίως (1600-1800 θερμίδες). Αν η γυναίκα καταναλώνει τις συγκεκριμένες ποσότητες τροφών και δεν αυξάνεται το βάρος της, ίσως χρειαστεί αυτές να μεγαλώσουν. Βέβαια αυτό γίνεται μέσω συνεννόησης της ασθενούς με τον διαιτολόγο. Εάν το άτομο αισθάνεται πως το φαγητό είναι υπερβολικό (πάνω από 3000 θερμίδες), τότε ποτά υψηλής ενέργειας και συμπληρώματα διατροφής απαιτούνται. Μερικές γυναίκες χρειάζεται να λαμβάνουν 3000-5000 θερμίδες ημερησίως για να πλησιάσουν το επιθυμητό βάρος. Όμως, επειδή αυτή η ποσότητα τους φαίνεται υπερβολική, τις παραπλανούν λέγοντάς τους πως λαμβάνουν λιγότερες.

Στα πρώτα στάδια του προγράμματος η γυναίκα, αν είναι εξωτερικός ή εσωτερικός ή ασθενής ημέρας, χρειάζεται να παρακολουθείται ιατρικά ώστε να αποφευχθούν οι επικίνδυνες συνέπειες, οι οποίες είναι δυνατό να συμβούν κατά την επανασίτιση. Εάν αυτή λαμβάνει χώρα με γρήγορους ρυθμούς μπορεί να εμφανιστεί το σύνδρομο της επανασίτισης, στη διάρκεια του οποίου, ανάμεσα στις άλλες βιοχημικές αλλαγές, μεγάλη ποσότητα φωσφόρου μεταφέρεται από το αίμα στα κύτταρα, οδηγώντας σε χαμηλά επίπεδα φωσφορικού άλατος. Ο θάνατος είναι πιθανός εκτός αν δοθούν συμπληρώματα φωσφόρου. Καθώς το πρόγραμμα εξελίσσεται, μεγαλύτερες ποσότητες φαγητού προσφέρονται και αναμένεται μία αργή αλλά σταθερή αύξηση του βάρους. Πολλές γυναίκες μπορούν να ενθαρρυνθούν ώστε να αναρρώσουν γρηγορότερα αν συμφωνήσουν με τον θεραπευτή ή τον διαιτολόγο να παραμείνει το ίδιο βάρος για μία ή δύο εβδομάδες, πριν συμβεί οποιαδήποτε περαιτέρω αύξηση.

4.4.3. Εξαφανίζοντας τις συμπεριφορές μείωσης του βάρους

Ένα μεγάλο κεφάλαιο στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας αποτελεί η αποφυγή των εξαιρετικά επικίνδυνων συμπεριφορών απώλειας βάρους που υιοθετούν πολλές ασθενείς. Οι περισσότερες ανταποκρίνονται στις πληροφορίες σχετικά με τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες της πρόκλησης εμετού και της κατάχρησης καθαρτικών, διουρητικών και κλυσμάτων και είναι πρόθυμες, τουλάχιστον προσωρινά, να μειώσουν τη συχνότητα αυτών των συμπεριφορών.

Συνήθως καθησυχάζονται όταν μαθαίνουν τα αποτελέσματα που έπονται, όπως για παράδειγμα η προσωρινή αύξηση του βάρους και η ανακούφιση από τη δυσκοιλιότητα και τις κοιλιακές κράμπες για κάποιο διάστημα. Από την άλλη πλευρά η γαστρική διόγκωση μπορεί να τις υποκινήσει να επιστρέψουν στους αυτοπροκαλούμενους εμετούς και τα καθαρτικά παρόλο που γνωρίζουν πως αυτή αναμένεται.

Οι γυναίκες, που πάσχουν από νευρική ανορεξία, συνήθως είναι χειριστικές και αναξιόπιστες όταν ρωτούνται για την κατανάλωση τροφής και τις μεθόδους απώλειας βάρους που χρησιμοποιούν. Ο θεραπευτής οφείλει να είναι ικανός να αντιμετωπίσει την ασθενή πριν ακόμη αρχίσει η θεραπεία, να διαβεβαιωθεί, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, εάν είναι διατεθειμένη να προσπαθήσει ώστε να βελτιωθεί η κατάστασή της. Το παραπάνω απαιτείται και κατά τη διάρκεια της θεραπείας σε περίπτωση που διαπιστωθεί πως η ασθενής δεν τηρεί το αρχικό πλάνο. Για παράδειγμα, είναι δυνατό να φαίνεται πως καταναλώνει όλο το φαγητό που της προσφέρεται ενώ στην πραγματικότητα να χρησιμοποιεί μεθόδους ώστε να το αποφύγει, όταν πιστεύει πως έχει πλησιάσει ένα βασικό βάρος και δεν επιθυμεί να το υπερβεί, εφόσον ανησυχεί μήπως χάσει τον έλεγχο.

4.4.4. Εδραιώνοντας φυσιολογικές συμπεριφορές διατροφής

Καθώς οι περισσότερες ανορεκτικές ασθενείς περιορίζουν την ποικιλία των τροφών που καταναλώνουν, ένας στόχος είναι η εκμάθηση της επιλογής φαγητών από μία μεγάλη γκάμα. Αυτό συνεπάγεται τον εφοδιασμό του σώματος με τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται. Επίσης, της παρέχεται

βοήθεια ώστε να σταματήσει να κατηγοριοποιεί τις τροφές ως «καλές» ή «κακές» και να μάθει πως τα γεύματά της πρέπει να περιέχουν μεγάλη ποικιλία φαγητών σε λογικές ποσότητες. Η σωστή διατροφή περιλαμβάνει και την άνεση της ασθενούς να τρώει μπροστά σε άλλα άτομα, σε διαφορετικά μέρη συναντήσεων και σε διαφορετικές κοινωνικές καταστάσεις. Επιπροσθέτως, πρέπει να υπερνικήσει τη συνεχή της ενασχόληση με το φαγητό και τις θερμίδες που περιέχει. Πολλές ασθενείς είναι αδαείς σχετικά με την ποσότητα τροφής που μπορούν να προσλάβουν χωρίς να αυξήσουν το βάρος τους και δεν δύνανται να αναγνωρίσουν τα σημάδια της πείνας και του κορεσμού, με συνέπεια να πρέπει να μάθουν αυτές τις ενδείξεις και τα στοιχεία της διαιτητικής. Αυτά τα θέματα διερευνώνται και συζητούνται κατά τη διάρκεια εκπαιδευτικών συνεδριών, οι οποίες λαμβάνουν χώρα τακτικά ταυτόχρονα με το πρόγραμμα επανασίτισης.

Μάλιστα, πολλοί ειδικοί των διαταραχών πρόσληψης τροφής θεωρούν πως αυτή η «ψυχο-εκπαίδευση» είναι περισσότερο αποτελεσματική όταν πραγματοποιείται με ομάδες ασθενών.

4.5. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία, μετά από την έξοδο τους από το νοσοκομείο χρειάζονται συνεχείς παρεμβάσεις. Σε ηπιότερες περιπτώσεις, μπορεί να μην είναι αναγκαία η νοσηλεία. Επειδή για τους περισσότερους άρρωστους η νόσος έχει έναρξη στην εφηβεία, η οικογενειακή θεραπεία είναι μέρος ενός ολοκληρωμένου θεραπευτικού σχεδίου. Αν και η κλασική ψυχοδυναμικά προσανατολισμένη θεραπεία δεν βοηθάει στα αρχικά στάδια της φάρμακα που έχουν δοκιμαστεί σε αρρώστους με ψυχογενή ανορεξία, στα οποία περιλαμβάνονται η χλωριμιπραμίνη (Anaftranil), η πιμοζίδη (Pirium) και η χλωροπρομαζίνη (Largactil), δεν έχουν θετικά αποτελέσματα. Σε δοκιμές χωρίς ομάδες ελέγχου, η φλουοξετίνη (Ladose) έχει προκαλέσει αύξηση βάρους. Άλλα αντικαταθλιπτικά έχουν δοκιμαστεί σε ανορεκτικούς αρρώστους με συνυπάρχουσες καταθλιπτικές διαταραχές, με ελάχιστα αποτελέσματα.

Υπάρχει μια κάποια ανησυχία σχετικά με τη χρήση τρικυκλικών φαρμάκων σε χαμηλού βάρους άρρωστους με ψυχογενή ανορεξία, αφού μπορεί να είναι ευάλωτοι στην υπόταση, καρδιακές αρρυθμίες και αφυδάτωση. Με την αποκατάσταση ικανοποιητικής κατάστασης θρέψης, οι κίνδυνοι από τη χρήση τρικυκλικών μπορεί να μειωθούν. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάθλιψη βελτιώνεται με την αποκατάσταση βάρους και την αποκατάσταση της φυσιολογικής θρέψης.

Υφίστανται ορισμένες ενδείξεις ότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) ωφελεί σε μερικές περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

4.5.1. Αύξηση της αυτοπεποίθησης των ασθενών

Αυτό το κομμάτι της θεραπείας σχεδιάστηκε για να βοηθήσει τις ασθενείς να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση. Με την υποστήριξη και την ενθάρρυνση του θεραπευτή μαθαίνουν το πόσο πολύ έχουν ανάγκη να τρέφονται φυσιολογικά ώστε να διατηρούν το βάρος τους σε ένα συγκεκριμένο επίπεδο. Πρέπει να πληροφορηθούν πως δεν θα βραβευτούν γρήγορα για την αύξηση του βάρους τους, καθώς αυτό μπορεί απλά να δηλώνει πως βρίσκονται στη φάση της υπερφαγίας. Ο θεραπευτής, επίσης, έχει την ευθύνη να βοηθήσει το άτομο να ρυθμίσει και τα άλλα προβλήματα (όπως τα προβλήματα των σχέσεων), τα οποία μπορεί να έχουν διογκωθεί λόγω του φόβου του μήπως χάσει τον έλεγχο. Η αρμοδιότητα του θεραπευτή είναι να διερευνήσει αυτά τα προβλήματα με την ασθενή, να κερδίσει την εμπιστοσύνη της και να την κινητοποιήσει ώστε να επιστρέψει σε φυσιολογικούς τρόπους διατροφής. Ακόμη, οφείλει να της προσφέρει αυτοπεποίθηση για να συνεχίσει τη θεραπεία και να την βοηθήσει να διατηρήσει το βάρος της σε φυσιολογικά επίπεδα.

Καθώς ο θεραπευτής πληροφορείται τον φόβο της απώλειας ελέγχου και την αντίσταση στην αλλαγή, γίνεται φανερό πως η θεραπεία πρέπει να αναβληθεί μέχρι η ασθενής να νιώσει έτοιμη να την δεχτεί, αν και αυτό σημαίνει πως η κατάσταση πολλών θα επιδεινωθεί και ίσως αναγκαστούν να εισαχθούν σε νοσοκομείο για να αποφευχθεί ο επικείμενος θάνατος. Οι

ασθενείς που απαιτούν την εισαγωγή είναι αυτές που ήδη είναι βεβαρημένες κατά την πρώτη επαφή, αυτές που έχουν αποτύχει να σημειώσουν πρόοδο ως εξωτερικές ασθενείς, που δεν δύνανται να μεταβάλουν τις συμπεριφορές απώλειας βάρους και αυτές που δεν μπορούν να ανταποκριθούν στην θεραπεία σαν αποτέλεσμα των φυσικών και ιατρικών συνεπειών του πολύ χαμηλού βάρους.

Κατά τη διάρκεια της περιόδου που η ασθενής αυξάνει το βάρος της, νιώθει ανησυχία λόγω της διόγκωσης που αισθάνεται στην κοιλιακή χώρα. Για αυτόν τον λόγο πρέπει να ενημερωθεί πως αυτή δεν θα παραμείνει. Παρόλο που πραγματοποιείται αυτή η πληροφόρηση, είναι πιθανό να συνεχίσει να αισθάνεται πως χάνει τον έλεγχο. Αυτά είναι προσωρινά συμπτώματα, τα οποία η ασθενής οφείλει να ανεχτεί ώστε να επιτύχει τον στόχο της. Όταν ένα λογικό ποσοστό αύξησης του βάρους επιτυγχάνεται κάθε εβδομάδα, τότε η ποσότητα του φαγητού μειώνεται καθώς προσεγγίζεται ο αρχικός σκοπός. Σε αυτήν την περίπτωση οι γυναίκες, που είναι ασθενείς σε νοσοκομείο, πρέπει να παραμείνουν σε αυτό για δύο ή τρεις εβδομάδες μετά την απόκτηση του επιθυμητού βάρους ώστε να διαβεβαιωθούν πως αυτό διατηρείται. Με αυτόν τον τρόπο η γυναίκα αποκτά αυτοπεποίθηση, εφόσον συνειδητοποιεί πως μπορεί να διατηρήσει το βάρος της χωρίς να χάνει τον έλεγχο.

Μετά την επίτευξη του επιθυμητού βάρους, η διατροφή της γυναίκας τροποποιείται ώστε να περιλαμβάνει λίγη περισσότερη ενέργεια από ότι θεωρούταν αρχικά απαραίτητη για περίπου ένα μήνα. Αυτή η στρατηγική προλαμβάνει την απότομη απώλεια βάρους μετά την παύση του προγράμματος. Μερικές ασθενείς, ωστόσο, απαιτούν οι ίδιες να αυξηθεί η ποσότητα της ενέργειας που καταναλώνουν για μερικές εβδομάδες ή μήνες αλλά ο λόγος δεν είναι ακόμη γνωστός.

4.5.2. Η θέση της άσκησης κατά τη διάρκεια της θεραπείας

Μελέτες έχουν δείξει πως οι γυναίκες με νευρική ανορεξία αυξάνουν γρηγορότερα το βάρος τους αν η φυσική δραστηριότητα περιορίζεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ωστόσο, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που πρέπει

να συνυπολογιστούν. Αυτοί περιλαμβάνουν την ποιότητα της ζωής της ασθενούς, πως φαίνεται και πως νιώθει και την ανάγκη της να μάθει από την αρχή ποια άσκηση θεωρείται φυσιολογική και λογική. Η θεραπεία δεν κατευθύνεται μόνο στην αύξηση του λίπους αλλά και στην αύξηση της μυϊκής μάζας. Σταδιακά, η ελεγχόμενη άσκηση κατά τη διάρκεια της περιόδου της επανασίτισης ενός ανορεκτικό ασθενή συμβάλλει στην ανάρρωση της λιπόσαρκης σωματικής μάζας αυξάνοντας τη μυϊκή. Πολλές γυναίκες μειώνουν την κατανάλωση τροφής όταν πλησιάσουν το επιθυμητό βάρος με συνέπεια να επέλθει απώλεια λίπους. Επειδή, όμως, η μυϊκή μάζα είναι αυξημένη, η απώλεια βάρους δεν αποθαρρύνει τη γυναίκα λόγω του γεγονότος ότι το σώμα της δεν φαίνεται αρκετά αδυνατισμένο.

Όπως έχει προαναφερθεί, οι περισσότερες ασθενείς, που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία, αθλούνται υπερβολικά. Αν τους απαγορευτεί να ασκούνται έστω και λίγο, τότε θα το κάνουν κρυφά, διότι αλλιώς τους δημιουργείται αναστάτωση.

Στις περισσότερες περιπτώσεις το άτομο δεν γνωρίζει πόσο ασκείται και δεν δύναται να εξισώσει την κρυφή γυμναστική με αυτή που είναι κατάλληλη για εκείνη.

Φαίνεται λογικό για έναν ανορεκτικό ασθενή, εάν το επιθυμεί, να επιχειρήσει ένα πρόγραμμα ασκήσεων όταν βρίσκεται σε θεραπεία, διότι με αυτόν τον τρόπο μαθαίνει και δέχεται το κατάλληλο για εκείνον, το οποίο στοχεύει στα επίπεδα της γυμναστικής που θα πραγματοποιεί μετά την αποθεραπεία. Αυτό της επιτρέπει να γνωρίζει τι είναι ασφαλές και φυσιολογικό. Ωστόσο, αν δεν αυξάνεται το βάρος της γυναίκας κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης της διαταραχής, πρέπει να μειωθεί ή και να σταματήσει η σωματική άσκηση. Επίσης, υπάρχει ακόμη ένα πλεονέκτημα.

Ένα πρόγραμμα ασκήσεων κατά την περίοδο της θεραπείας μπορεί να αποτρέψει τη μετατροπή της διαταραχής της πρόσληψης τροφής σε «διαταραχή άσκησης». Σε αυτήν την περίπτωση, η συνεχής ενασχόληση με το φαγητό μετουσιώνεται σε συνεχή ενασχόληση με την άσκηση και την υπερβολική απόκτηση μυών.

4.5.3. Αντιμετώπιση των συσχετιζόμενων προβλημάτων

Μερικές ασθενείς ισχυρίζονται πως όταν έχουν τον έλεγχο της διατροφικής τους συμπεριφοράς και του βάρους τους, αισθάνονται πως ελέγχουν και τη ζωή τους.

Αντιμετωπίζουν προβλήματα, τα οποία τις αναστατώνουν και επιδρούν στη συμπεριφορά τους. Για παράδειγμα, η αποκλειστική ενασχόληση με το φαγητό και το βάρος τους μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αποφύγουν τη συνειδητοποίηση από τη πλευρά των γονιών των δυσκολιών που τις χαρακτηρίζουν. Επίσης, η νευρική ανορεξία επιτρέπει στη γυναίκα να αποδράσει από διάφορες συζητήσεις και γεγονότα που την τρομοκρατούν.

Οι περισσότερες ασθενείς έχουν μία υποστηρικτική και επικοινωνιακή οικογένεια. Ωστόσο, υπάρχουν μερικές που είναι δυσλειτουργικές. Αυτές οι οικογένειες τείνουν να έχουν άκαμπτες θέσεις και αξίες ή είναι υπερπροστατευτικές προς τα παιδιά τους. Οι γονείς αδυνατούν να προωθήσουν την ανεξαρτησία των τέκνων τους και πολλές φορές χαρακτηρίζονται από έλλειψη τάξης και οργάνωσης.

Συνήθως, δεν έχουν τη δυνατότητα να επιλύσουν τα προβλήματά τους, τα οποία διογκώνονται και χρειάζονται ένα «άρρωστο» μέλος για να καταστήσουν ικανή την επικοινωνία μεταξύ των υπολοίπων. Σε τέτοιου είδους καταστάσεις, για να αναρρώσει η ασθενής επιβάλλεται η οικογενειακή θεραπεία. Οι μεγαλύτερες σε ηλικία ανορεκτικές γυναίκες ίσως αισθάνονται πως δεν μπορούν να ξεπεράσουν το πρόβλημά τους ενώ βρίσκονται σε μία συγκεκριμένη σχέση. Αυτό είναι πιο πιθανό να διογκωθεί όταν πραγματοποιείται γάμος μετά την έναρξη της νευρικής ανορεξίας. Σε αυτήν την περίπτωση ο σύζυγος έχει αγαπήσει μία αδύνατη και εξαρτημένη γυναίκα, η οποία έχει ένα πρόβλημα. Ίσως, τον προσέλκυσε το γεγονός πως θα έπρεπε να αναλάβει τη φροντίδα της με αποτέλεσμα να ικανοποιείται. Αν τώρα αυτή αναρρώσει και ανεξαρτητοποιηθεί, δύναται να μην νιώσει άνετα διότι ο ρόλος του, από τον οποίο αντλούσε ευχαρίστηση, εξαφανίζεται. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε οικογενειακά προβλήματα τα οποία είτε θα λυθούν από έναν επαγγελματία είτε το ζευγάρι θα αναγκαστεί να χωρίσει.

Εάν το πρόβλημα είναι είτε η προσαρμογή στην εφηβεία είτε σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα είτε αποτελεί γυναικολογικό, η γυναίκα δικαιούται την

ευκαιρία να μιλήσει με έναν ειδικό, ο οποίος χαρακτηρίζεται από ενσυναίσθησης και καλή επικοινωνία. Οι γονείς της νέας γυναίκας που πάσχει από ψυχογενή ανορεξία, επίσης, χρειάζονται υποστήριξη. Για αυτόν ακριβώς το λόγο υπάρχουν ομάδες γονέων που τους παρέχουν πληροφορίες, ενίσχυση και τους καθιστούν ικανούς να διεισδύσουν στο διατροφικό πρόβλημα του παιδιού τους.

4.5.4. Αποφυγή των υποτροπών

Οι γυναίκες που αναγκάζονται να δεχτούν θεραπεία σε νοσοκομείο είναι πιο ευπαθείς να υποτροπιάσουν από αυτές που είναι λιγότερο άρρωστες και έχουν αντιμετωπιστεί ως εξωτερικές ασθενείς. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της ανάρρωσης το άτομο οφείλει να συνεχίσει να έχει επαφή με τον διαιτολόγο και τον θεραπευτή ώστε να μην ξαναπαρουσιαστεί το πρόβλημα. Μία δεύτερη ομάδα ασθενών που χρειάζεται συνεχή βοήθεια είναι αυτή που έχει αναρρώσει από τη νευρική ανορεξία αλλά κυριαρχεί η ανησυχία ότι η υποτροπή είναι πιθανή. Είναι σημαντικό για αυτές τις γυναίκες να γνωρίζουν πως μπορούν γρήγορα να εξασφαλίσουν βοήθεια από έναν θεραπευτή, τον οποίο εμπιστεύονται και νιώθουν άνετα. Μερικές γυναίκες δεν δύνανται να προσεγγίσουν το επιθυμητό βάρος ακόμη και μετά τη θεραπεία. Αυτό σταθεροποιείται σε ένα επίπεδο αρκετά χαμηλότερο από το φυσιολογικό. Αυτές οι ασθενείς δεν θεωρούνται υγιείς, εφόσον ασχολούνται αποκλειστικά με σκέψεις που σχετίζονται με το φαγητό και το βάρος, συνεχίζουν να έχουν άκαμπτο τρόπο ζωής και εμμένουν στην ακραία συμπεριφορά τους. Είναι πάρα πολύ πιθανό να υποτροπιάσουν με συνέπεια τη μείωση του βάρους τους και την επανεμφάνιση της προηγούμενης διαταραγμένης κατάστασης. Άλλες γυναίκες, των οποίων το βάρος επέστρεψε σε φυσιολογικά επίπεδα, πιθανολογείται πως η υποτροπή μπορεί να συμβεί όταν αντιμετωπίζουν αγχογόνες καταστάσεις, όπως εξετάσεις, αλλαγή εργασίας, γάμος, διαζύγιο κτλ. Κάποιες αντικαθιστούν τη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά με την «διαταραχή της άσκησης» ή με την εξάρτηση από το αλκοόλ, κατά τη διάρκεια των οποίων μπορεί να έχουν επεισόδια νευρικής ανορεξίας.

Καθώς η ασθενής βρίσκεται σε επαφή με τον θεραπευτή, μπορεί να αποφύγει την υποτροπή αν είναι πληροφορημένη πως είναι προτιμότερο για εκείνη η μερική αύξηση του βάρους της μετά την επίτευξη του επιθυμητού παρά η μείωσή του, αν προσπαθεί να αποφύγει την περαιτέρω απώλεια βάρους για οποιοδήποτε λόγο (για παράδειγμα, αν διανύει μία περίοδο ασθενείας στην οποία χάνει βάρος, οφείλει να το αποκτήσει εξαρχής το γρηγορότερο δυνατό), αποφεύγει καταστάσεις που διατηρούν τις σκέψεις για το φαγητό και το σχήμα του σώματος, δεν πραγματοποιεί έντονες αλλαγές στην καθημερινή ρουτίνα και μεγάλης διάρκειας διακοπές. Σε ένα μη οικείο περιβάλλον, με την απώλεια της ρουτίνας, την ύπαρξη νέων φαγητών και εμπειριών, το άτομο μπορεί να αισθανθεί πως χάνει τον έλεγχο και να επανέλθει στην προηγούμενη διαταραγμένη συμπεριφορά του.

4.6. ΓΝΩΣΤΙΚΟ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Ο Beck (1967) έχει θεωρήσει ως δεδομένο πως οι συναισθηματικές αντιδράσεις είναι αποτέλεσμα του τρόπου με τον οποίο τα άτομα δομούν τις εμπειρίες τους. Ο συνδυασμός της Γνωστικής θεραπείας και των μεθόδων για συμπεριφοριστική αλλαγή είχε ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη της Γνωστικο-Συμπεριφοριστικής θεραπείας. Ο πρωταρχικός της στόχος είναι να κατανοήσει πως οι σκέψεις και τα συναισθήματα του ατόμου σχετίζονται με το περιβάλλον. Είναι σημαντικό να γίνει σαφής ο τρόπος που αυτές οι σκέψεις επηρεάζουν τα συναισθήματα κατά τη διάρκεια διάφορων γεγονότων και ποιες σκέψεις και συναισθήματα σχετίζονται με τις συνέπειες της συμπεριφοράς. Η Γνωστικο-Συμπεριφοριστική θεραπεία, εκτός των άλλων, είναι και σαφής. Στα αρχικά στάδια της εκτίμησης και της αντιμετώπισης εστιάζεται στο εδώ και τώρα. Η επιτυχία της στη νευρική ανορεξία έχει αποδειχτεί ακράδαντα σε πολλές περιπτώσεις.

4.7. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μερικές έρευνες προτείνουν πως η πιο αποτελεσματική θεραπεία της νευρικής ανορεξίας είναι η οικογενειακή. Αυτό επιβεβαιώνει σε πολλούς γονείς πως η οικογένειά τους είναι δυσλειτουργική και πως ευθύνονται οι ίδιοι για τη διαταραχή του παιδιού τους. Τα πρωταρχικά κείμενα για την οικογενειακή θεραπεία περιγράφουν την «ανορεκτική εξέλιξη στην οικογένεια», όπου η έναρξη της παρουσιάζεται ως αναπόφευκτη συνέπεια των βασικών διαταραγμένων αλληλεπιδράσεων. Οι Minuchin, Rosman και Baker (1978) αναφέρουν τις «ψυχοσωματικές οικογένειες» ως βαθιά εμπλεκόμενες.

Αυτές οι απόψεις μπορούν να επηρεάσουν τους κλινικούς στην ίδια αρνητική κατεύθυνση όπως τους γονείς.

Αυτό που πρέπει να κατανοηθεί είναι η διάκριση ανάμεσα στους οικογενειακούς παράγοντες, οι οποίοι επιφέρουν την έναρξη της νευρικής ανορεξίας, και στην τωρινή οικογενειακή λειτουργία, που μπορεί να την διαιωνίσει. Το ουσιαστικότερο στοιχείο αποτελεί πως κανείς δεν είναι σίγουρος για τα αίτια της διαταραχής και για αυτό το λόγο η οικογένεια χρησιμοποιείται ως πηγή ανάρρωσης και όχι ως αναπαραγόμενο έδαφος παθολογίας.

Για να επιτευχθεί η αλλαγή των αρνητικών αντιλήψεων για την οικογένεια, απαιτείται μία προσέγγιση στη θεραπεία, που θα την συμπεριλαμβάνει σε πολλά διαφορετικά επίπεδα. Η συντροφικότητα οφείλει να διαπεράσει όλες τις επαφές με τους γονείς, επειδή η έρευνα προτείνει πως ο πιο επιτυχημένος τρόπος για να θεραπευτεί η ψυχογενής ανορεξία είναι η ενδυνάμωση των γονιών και η εστίαση στο οικογενειακό πλαίσιο. Η διαδικασία της προσέγγισης της συντροφικότητας είναι συνεχής, προωθώντας μία ψυχο-εκπαιδευτική παρέμβαση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί μία από τις σοβαρότερες ψυχοσωματικές διαταραχές, καθώς μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στον θάνατο. Παρουσιάζεται κατά κύριο λόγο στις γυναίκες και ιδιαίτερα την περίοδο της εφηβείας και πολύ πιο σπάνια στους άντρες και τα παιδιά. Τα διαγνωστικά της κριτήρια είναι αρκετά και ποικίλουν από ασθενή σε ασθενή. Το βασικότερο χαρακτηριστικό της είναι η ραγδαία μείωση του βάρους, καθώς το άτομο ελαττώνει την ποσότητα του φαγητού που καταναλώνει.

Πολλοί χρησιμοποιούν επικίνδυνες μεθόδους με στόχο την απώλεια κιλών, όπως οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, η κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών και κλυσμάτων και η υπερβολική άσκηση. Οι ασθενείς που πάσχουν από νευρική ανορεξία βρίσκονται κάτω από το 85% του ιδανικού τους βάρους, με αποτέλεσμα να προκαλείται αμηνόρροια. Η διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος, ο φόβος για την παχυσαρκία και η χαμηλή αυτοεκτίμηση κατέχουν κεντρική θέση στη διαταραχή.

Σε αντίθεση με την ευμεγέθη έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς τα αίτια της ανάπτυξης και της διατήρησης της νευρικής ανορεξίας. Έχουν δημιουργηθεί διάφορες θεωρίες, οι οποίες όμως δεν αποκλείουν η μία την άλλη. Αντίθετα, είναι αλληλοσυμπληρούμενες.

Το εύρος των αιτίων είναι μεγάλο και περιλαμβάνει τους γενετικούς, βιοχημικούς, ψυχολογικούς, οικογενειακούς, σεξουαλικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Ωστόσο, κανείς από τους παραπάνω δεν δύναται να αποτελέσει από μόνος του την αιτία για τη δημιουργία της διαταραχής. Γίνεται κατανοητό πως ο συνδυασμός και η αλληλεπίδραση όλων ή μερικών από αυτούς, μπορεί να συντελέσει στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας.

Οι συμπεριφορές που στοχεύουν στη μείωση του βάρους, όπως η λιμοκτονία, ο αυτοπροκαλούμενος εμετός, η κατάχρηση καθαρτικών και

κλυσμάτων, τα διουρητικά και η υπερβολική σωματική άσκηση μπορούν να προκαλέσουν βιοχημικές, ψυχολογικές και φυσικές διαταραχές. Η μεταβολική αλκάλωση, η μειωμένη έκκριση ορμονών, οι αλλαγές στην προσωπικότητα, η μείωση των καρδιακών παλμών, η ξηρότητα του δέρματος, η τριχοφυΐα, τα οδοντικά προβλήματα, η διαστολή του εντέρου, το οίδημα, η αμηνόρροια και η οστεοπόρωση αποτελούν μερικές από αυτές.

Ο βασικότερος και ουσιαστικότερος στόχος στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας αποτελεί η αύξηση του βάρους ώστε να αποφευχθεί η επιδείνωση της σωματικής υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της απόκτησης φυσιολογικών τρόπων διατροφής και της αναστολής των επικίνδυνων μεθόδων απώλειας βάρους. Η αύξηση της αυτοπεποίθησης και η αλλαγή των διαστρεβλωμένων απόψεων είναι αποφασιστικής σημασίας.

Η πρώτη παρέμβαση που πραγματοποιείται είναι ο διατροφικός χειρισμός των ασθενών. Με τη βοήθειά της επιτυγχάνεται η αύξηση του σωματικού βάρους, η επανασίτιση, η εξαφάνιση των συμπεριφορών απώλειας κιλών και η εδραίωση φυσιολογικών συμπεριφορών διατροφής.

Πολλές φορές τα άτομα με νευρική ανορεξία χρειάζονται μία περίοδο εσωτερικής νοσηλείας. Οι ενδείξεις για την εισαγωγή περιλαμβάνουν τον σοβαρό υποσιτισμό, τα ιατρικά παράπονα όπως καρδιακές αρρυθμίες, τα διάφορα είδη αυτοκαταστροφικής ή αυτοκτονικής συμπεριφοράς, τα σημάδια άλλων προβλημάτων υγείας όπως κατάθλιψη, την ανάγκη για μια πιο ευρεία εκτίμηση και μία μικρή ή καθόλου πρόοδο κατά τη διάρκεια άλλων ειδών θεραπείας. Οι ανορεκτικές ασθενείς πρέπει να αντιμετωπίζονται σε μία ποικιλία πλαισίων εσωτερικής νοσηλείας και αν είναι δυνατό, το κάθε πλαίσιο πρέπει να επιλέγεται σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ατόμου. Η πολυπαραγοντική αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας απαιτεί μία πολυπειθαρχική προσέγγιση στη θεραπεία, δηλαδή τη συνεργασία πολλών ειδικών. Η θεραπεία του περιβάλλοντος αποτελεί ένα βασικό συστατικό της εσωτερικής νοσηλείας, που προωθεί τη γρηγορότερη ανάρρωση της ασθενούς.

Μία άλλη προσέγγιση που χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η οικογενειακή θεραπεία και η συμβουλευτική γονέων.

Οι προαναφερθείσες μέθοδοι θεωρούνται ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Αυτές συνεπάγονται έναν αιτιολογικό σύνδεσμο ανάμεσα στην οικογενειακή λειτουργία και τη διαταραχή και στοχεύουν στην απαλλαγή της οικογένειας από την υπαιτιότητα και στην επίλυση των προβλημάτων της. Κάθε τέτοιου είδους παρέμβαση βασίζεται στις παραπάνω προϋποθέσεις. Η οικογενειακή θεραπεία προωθεί μία αφθονία ιδεών και τεχνικών για την επίτευξη των στόχων της. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί πως για την επιτυχία των συγκεκριμένων μεθόδων, απαιτείται η συνεργασία των γονιών και η προθυμία τους να συμβάλουν στην ανάρρωση του παιδιού τους. Δυστυχώς, πολλές φορές οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας είναι τόσο πολύ διαταραγμένες που η αποτελεσματικότητα και η ισχύς της οικογενειακής θεραπείας μειώνεται.

Έχει διαπιστωθεί από ερευνητική δεδομένα πως τα 2/3 περίπου των ασθενών αναρρώνουν μετά από 10 περίπου χρόνια. Το ποσοστό της θνησιμότητας δεν είναι καθόλου αμελητέο καθώς κυμαίνεται στο 5%-6%. Παρόλο που μερικές ασθενείς αναρρώνουν από τη νευρική ανορεξία, πάσχουν από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές όπως της προσωπικότητας, συναισθηματικές και αγχώδεις. Η μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αμφισβητείται αλλά έχει βρεθεί πως η θεραπεία βελτιώνει την πρόγνωση της ασθένειας στους εφήβους και μειώνει τα ποσοστά των θανάτων.

Αξίζει να σημειωθεί πως πολύ λίγες πληροφορίες είναι γνωστές για την αποφυγή της έναρξης ης διαταραχής. Θεωρητικά είναι δυνατό να μειωθεί η συχνότητα εμφάνισής της, αποτρέποντας τους εφήβους από τις αυστηρές δίαιτες.

Ωστόσο, αυτές οι προσεγγίσεις είχαν απογοητευτικά αποτελέσματα. Θα πρέπει να ερευνηθούν και να ληφθούν μέτρα πρόληψης, τα οποία να συμπεριλαμβάνουν όχι μόνο τους εφήβους αλλά ακόμη τους γονείς και το σχολείο.

Στο σχολικό περιβάλλον καθίσταται επιτακτικό να αναπτυχθούν διάφορα προγράμματα, τα οποία να διδάσκουν στα παιδιά να αναγνωρίζουν και να εκφράζουν τις διαστρεβλωμένες σκέψεις και πεποιθήσεις τους σχετικά με τη μορφή του σώματός τους και του βάρους τους. Ακόμη, δεδομένου πως η αυτοεκτίμηση διαδραματίζει αποφασιστικό ρόλο στην έναρξη της διαταραχής,

ένα πρόγραμμα πρόληψης θα μπορούσε να εστιάζει στο να βοηθήσει τα παιδιά να βασίζονται στην αυτοεκτίμησή τους όχι στην εξωτερική τους εμφάνιση αλλά σε άλλες πτυχές της ζωής και της προσωπικότητάς τους. Για παράδειγμα, οι γονείς και οι δάσκαλοι οφείλουν να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στις έμφυτες ικανότητες και κλίσεις, καθώς και στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.

Ο ρόλος των μέσων μαζικής ενημέρωσης είναι αποφασιστικής σημασίας. Η υπερβολική ενασχόλησή τους με την προώθηση του αδύνατου σώματος ως το ιδανικό και της αναγκαιότητας της δίαιτας αποτελεί δυσοίωνη επιρροή. Αυτό συνδυάζεται και με την έκθεση των παιδιών σε σκηνές σεξ, που προβάλλονται σε περιοδικά, εφημερίδες, τηλεόραση και βιντεοκασέτες, με αποτέλεσμα ασυνείδητα επηρεασμένα να επιδιώκουν τα προβαλλόμενα πρότυπα. Θα ήταν ιδιαίτερος αισιόδοξο αν τα μηνύματα προωθούνταν με πιο ισορροπημένους τρόπους από την τηλεόραση και τον τύπο και αν η τωρινή τάση προς αδυνάτισμα αντικαθιστούταν με πιο υγιείς τρόπους ζωής. Οι γονείς θα μπορούσαν να συμβάλλουν συζητώντας με τα παιδιά τους τις αξίες που τόσο σθεναρά προωθούνται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και να τα καταστήσουν ικανά να αντιμετωπίζουν τις καταστάσεις με έναν πιο κριτικό τρόπο.

Επίσης, η κοινότητα και το σχολείο μπορούν να προωθήσουν προγράμματα εκπαίδευσης στην υγιεινή διατροφή, στην σπουδαιότητα της σωματικής άσκησης, να προσφέρουν πληροφόρηση για τα προβλήματα που προκαλούν οι αυξομειώσεις του βάρους στην υγεία, να ενισχύσουν την αυτοεικόνα και την αυτοεκτίμηση του ατόμου, να βοηθήσουν τα άτομα να εντοπίσουν τη σχέση μεταξύ της συναισθηματικής διάθεσης και της λήψης τροφής και να τους προσφέρουν διεξόδους στην επίλυση των διαπροσωπικών προβλημάτων και των συγκρούσεων με εποικοδομητικούς τρόπους.

Η περιπλοκότητα και η σοβαρότητα της νευρικής ανορεξίας έχει ως αποτέλεσμα τη διατάραξη της ζωής της ασθενούς. Πολλά σημεία της ακόμη πρέπει να ερευνηθούν και να κατανοηθούν, συμπεριλαμβανομένης της φύσης της και των παραγόντων που προδιαθέτουν, προκαλούν και διαιωνίζουν την ασθένεια, καθώς και το ποιες θεραπείες είναι οι πιο αποτελεσματικές. Όπως έχει προαναφερθεί, όλα τα είδη παρεμβάσεων είναι βοηθητικά και

αποτελεσματικά κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. Ωστόσο, δεν έχει πραγματοποιηθεί επαρκής έρευνα για το ποια είναι τα ποσοστά επιτυχίας της κάθε μίας. Βέβαια, αυτό είναι δύσκολο να συμβεί διότι συνήθως γίνεται συνδυασμός θεραπευτικών μεθόδων. Πιστεύω, όμως, πως αν διερευνηθεί περισσότερο αυτό το θέμα, θα είναι αποφασιστικής σημασίας για την πρόγνωση και την πλήρη αποκατάσταση των ασθενών.

Επίσης, αποτελεί πραγματικότητα το γεγονός ότι κάποια άτομα αναρρώνουν από τη διαταραχή ενώ κάποια άλλα όχι, με άμεση συνέπεια να οδηγούνται στον θάνατο. Σε αυτήν την περίπτωση πρέπει να ερευνηθούν οι παράγοντες που αποτρέπουν τη διαίωνιση του προβλήματος, καθώς και ποιες θεραπευτικές τεχνικές έχουν χρησιμοποιηθεί σε αυτούς τους ασθενείς. Ωστόσο, υπάρχουν ελλιπή ερευνητικά στοιχεία στον συγκεκριμένο τομέα παρόλο που γίνονται αξιόλογες προσπάθειες.

Ακόμη, περισσότερες μελέτες θα πρέπει να λάβουν χώρα στην εκτίμηση του περιβάλλοντος της ασθενούς. Με αυτόν τον τρόπο, ίσως, δημιουργηθεί μία διάκριση ανάμεσα στη θεραπεία των γονιών και σε αυτή των αδερφών, εφόσον μέχρι στιγμής αυτά τα δύο αντιμετωπίζονται από κοινού. Υπάρχει ανάγκη να διερευνηθεί η σχέση του ανορεκτικού ατόμου με τα αδέρφια του πριν και μετά την έναρξη της ασθένειας, μήπως εξαχθούν πιο σαφή συμπεράσματα για την αιτιολογία της διαταραχής.

Μία πολλά υποσχόμενη περιοχή αποτελεί αυτή της βιοϊατρικής έρευνας. Όλο και πιο πολλές εξεζητημένες τεχνικές γίνονται διαθέσιμες για τη μελέτη της βιοχημείας και της φυσιολογίας του εγκεφάλου, καθώς και ανωμαλίες της εγκεφαλικής λειτουργίας σιγά σιγά αναγνωρίζονται. Ο συνδυασμός της νευροαπεικόνισης του εγκεφάλου και της νευροψυχομετρίας μπορεί να αποδειχτεί ιδιαίτερα σημαντικός για τη διερεύνηση της φύσης της νευρικής ανορεξίας.

Συμπερασματικά, όλοι οι επαγγελματίες που ασχολούνται με τη συγκεκριμένη διαταραχή οφείλουν να έχουν επίγνωση της ανάγκης για συνεχή αξιολόγηση και βελτίωση των θεραπευτικών τους δεξιοτήτων. Η πρόγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας παραμένει ανεπαρκής, με υψηλά ποσοστά υποτροπών και θνησιμότητας. Η έρευνα για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των διάφορων μορφών αντιμετώπισης θεωρείται επιτακτική. Ωστόσο, είναι πιθανό πως η πιο βοηθητική προσέγγιση για την

καταπολέμηση της ασθένειας θα περιλαμβάνει τον συνδυασμό διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abraham, S. & Llewellyn-Jones, D. (1997). *Eating Disorders: the facts*, (4th ed.). Oxford, New York, Melbourne: Oxford University Press.

Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York : Harper & Row.

Behr, H. (1988). Group analysis with early adolescents: Some clinical issues. *Group analysis*, 21, 119-133.

Beaumont, P. J. V., Arthur, B., Russell, J. D. & Touyz, S. W. (1994). Excessive physical activity in dietary disorder patients: Proposals for supervised exercise program. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 21-36.

Binnay, V. & Wright, J. C. (1997). The bag of feelings: An ideographic technique for the assessment and exploration of feelings in children and adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2, 449-462.

Bruch, H. M. D. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the person with in*. New York: Basic Books, Inc.

Brumberg, J. J. (1988). *Fasting girls: The emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bryant-Waugh, R. (2000). Overview of the eating disorder. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (Eds), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2nd ed) (pp. 27-40). UK: Psychology Press.

Cash, T. F. (1991). *Body-image therapy-a program for self-directed change*. New York : Guilford Publications.

Christie, D. (2000). Cognitive-behavioral therapeutic techniques for children with eating disorders. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (Eds.), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2nd ed) (pp. 205-226). UK: Psychology Press.

Close, M. (2000). Physiotherapy and exercise. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (Eds.), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2nd ed.) (pp. 289-305). UK: Psychology Press.

Cooper, M. & Turner, H. (2000). Brief report: Underlying assumptions and core beliefs in anorexia nervosa and dieting. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 215-218.

Crisp, A. (1980). *Anorexia nervosa-let me be*. London: Academic Press.

Crisp, A., Palmer, L., & Kaluci, S. (1976). How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *British Journal of Psychology*, 128, 549-554.

Crouch, W. (1998). The therapeutic milieu and treatment of emotionally disturbed children: Clinical application. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3, 115-129.

Dare, C. & Lindsay, C. (1979). Children in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 1, 253-269.

Eisler, I., Dare, C., Russell, G., Szmulker, G., le Grange, D. & Dodge, E. (1997). Family and individual therapy in anorexia nervosa: A five year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1025-1030.

Epstein, R. (1990). *Eating habits and disorders*. New York: Chelsea House. Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 37, 1, 1-13.

Fichter, M. & Quadflieg, A. (1999). Six-year course and outcome of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 359-385.

Fosson, A., Knibbs, J., Bryant-Waugh, R. & Lask, B. (1987). Early onset anorexia nervosa. *Archives of Disease in Childhood*, 621, 114-118.

Garfinkel, P. E., Garner, D. M., & Kennedy, S. (1985). Special problems of inpatient management. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 344-359). New York: Guilford Press.

Godley, J., Tchanturia, K., MacLeod, A. & Schmidt, U. (2001). Future-directed thinking in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 281- 296.

Hemmings, P. (1991). *All about me*. London: Barnardos.

Herpertz-Dahlmann, B. (2002). Outcome in adolescent anorexia nervosa. *Acta Neuropsychiatrica*, 14, 2, 90-95.

Hill, A. J. & Robinson, A. (1991). Dieting concerns have a functional effect on the behavior of nine-year-old girls. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 265-267.

Hoek, W. (1993). Review on the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 61-74.

Honig, P. (2000). Family work. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (Eds.), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2nd ed.) (pp. 187-204). UK: Psychology Press.

Honig, P. & Sharman, W. (2000). Inpatient management. In B. Lask & R. Bryant – Waugh (Eds), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2nd ed.) (pp.265-288).UK: Psychology Press.

Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2003). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση* 2η έκδοση. Αθήνα: Γιώργος Δαρδάνος.

Kalat, J. W. (1998). *Βιολογική Ψυχολογία* (5η έκδοση). Αθήνα: Έλλην.

Lask, B. (2000). Aetiology. In B. Lask & R. Bryant – Waugh (Eds), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2nd ed.) (pp. 63- 79). UK: Psychology Press.

Le Grange, D., Eisler, I., Dave, C. & Hodes, M. (1992). Family criticism and self-starvation: A study of expressed emotion. *Journal of Family Therapy*, 14, 177- 192.

Leunig, M. (1990). *A common prayer*. North Blackburn, Victoria, Australia: Collins Dove.

Magagna, J. (2000). Individual psychotherapy. In B. Lask & R. Bryant – Waugh (Eds), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2nd ed) (pp. 227-263). UK: Psychology Press.

Magagna, J. (1996). Understanding the unspoken: Psychotherapy having severe eating disorders. *Psychosomatic problems in children* (ACPP Occasional Papers No 12). London.

Magagna, J. & Nicholls, D. (1997). A group for the parents of children with eating disorders. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2, 565 – 578.

Meads, C., Gold, L. & Burks, A. (2001). How effective is Outpatient Care Compared to Inpatient Care for the Treatment of Anorexia Nervosa? A Systematic Review. *European Eating Disorders Review*, 9, 229-241.

Meltzer, D. (1987). *Studies in extended metapsychology*. UK: Radavion Press.

Minuchin, S., Rasman, B. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. USA: Harvard University.

Nicholls, D. & Magagna, J. (1997). A group for the patient of children with eating disorders. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2 (4), 565-578.

Northen, H. (1970). Size of groups. In T. Douglas (Ed), *Groupwork practice* (pp.84-95). London: Tavistock.

Palazzoli, M. S. (1985). *Self-Starvation: From Individual to Family Therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.

Palmer, R., Oppenheimer, R., Dignon, A., Chaloner, D. & Howells, K. (1990). Childhood sexual experiences with adults reported by women with eating disorders: An extended series. *British Journal of Psychiatry*, 156, 699-703.

Pervin, L. A. & John, O. P. (2001). *Θεωρίες προσωπικότητας: Έρευνα και Εφαρμογές*. Αθήνα: Γιώργος Δαρδάνος.

Polivy, J. & Garfinkel, P.E. (1984). Group treatments for specific medical disorders: Anorexia nervosa. N H. B. Roback (Ed.), *Helping patients and their families cope with problems*. San Francisco: Jossey-Bass.

Rabinor, J. (1994). Honouring the mother-daughter relationship. In P. Fallon, M. Katzman, & S. Wooley (Eds.), *Feminist perspectives on eating disorders* (pp. 272- 287). New York: Guilford Press.

Russell, G., Szmukler, G. Dare, C. & Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-1056.

Ryan, T. & Walker, R. (1985). *Making life story books*. London: British Agencies for Adoption and Fostering.

Σηφακάκη, Γ. (2002). Η ψυχαναλυτική προσέγγιση του S. Freud. Στο Γ. Α. Ποταμιάνος (Εκδ.), *Θεωρίες προσωπικότητας και κλινική πρακτική* (σελ. 45-143). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Shafram, R., Bryant-Waugh, R., Lask, B. & Arscott, K. (1995). Obsessive-compulsive symptoms in children with eating disorders: A preliminary investigation. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 304-310.

Sorrentino, D., Mucci, A. Merlotti, E., Galderisi, S. & Maj, M. (2004, in press). Modified nutritional counseling to increase motivation to treatment in anorexia nervosa. *European Psychiatry*.

Steinhausen, C. (1997). Annotation: Outcome of anorexia in the younger patient. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 271-276.

Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073-1076.

Turnbull, S. Ward, A., Treasure, J., Hershel, J. & Derby, L. (1996). The demand for eating disorders care, an epidemiological study using the general practice research database. *British Journal of Psychiatry*, 169, 705-712.

Vandereycken, W. (1985). Inpatient treatment of anorexia nervosa: Some research-guided changes. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 418-423.

Vandereycken, W., Depreitre, L., & Probst, M. (1987). Body oriented therapy for anorexia nervosa patients. *American Journal of Psychotherapy*, 2, 252-259.

Vitousek, K. B. & Orimoto, L. (1993). Cognitive-behavioural models of anorexia nervosa, Bulimia nervosa and obesity. In K. S. Dobson & P. C. Kendall (Eds.), *Psychotherapy and cognition* (pp. 191-243). San Diego: Academic Press.

Waller, J. V., Kaufman, R. M., & Deutsch, F. (1940). Anorexia nervosa: A psychosomatic entity. *Psychosomatic Medicine*, 2, 3-16.

Walters, M., Carter, B., Papp, P. & Silverstein, O. (1988). *The invisible webgender patterns in family relationships*. New York: Guilford Press.

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.

White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. London: Norton.

Winnicott, D. (1958). *Collected papers: Through paediatrics to psychoanalysis*. London: Tavistock Publications.

White, M. (1984). Pseudo-encopresis: From avalanche to victory, from vicious to virtuous cycles. *Family Systems Medicine*, 2 (2), 115-124.

Wright, S. (2000). Group work. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (Eds.), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2nd Ed.) (pp. 307-322). UK: Psychology Press.

Wurr, C. & Pope-Carter, J. (1998). The journal of a group dramatherapy for adolescents with eating disorders. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3 (4), 621-627).