

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ (Α.Τ.Ε.Ι.Θ.)
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (Σ.Ε.Υ.Π.)
ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ**

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ
ΑΣΛΑΝΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΔΕΡΒΙΣΟΓΛΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2009

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πτυχιακή αυτή εργασία είναι μια προσπάθεια να δοθεί ένας ορισμός για τις «διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς» πιο συγκεκριμένα για την ανορεξία και την βουλιμία, και να ερευνηθούν οι αιτίες των προβλημάτων αυτών, καθώς και να εξεταστούν οι επιπτώσεις της ανορεξίας και της βουλιμίας στο ανθρώπινο σώμα, στην υγεία του ανθρώπου αλλά και σε άλλες πτυχές της ζωής του.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η εξέταση των διαταραχών της διατροφής με ένα ολοκληρωμένο και αναλυτικό τρόπο, και μια προσπάθεια να εξεταστούν όσο είναι δυνατόν περισσότερες πτυχές αυτού του θέματος ,επίσης η καλύτερη δυνατή πληροφόρηση των αναγνωστών για τα θέματα αυτά με ένα κατανοητό και ουσιαστικό τρόπο.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στην εισηγήτρια καθηγήτρια των ΤΕΙΘ κ. Δερβίσογλου Κυριακή η οποία με την αποτελεσματική της καθοδήγηση βοήθησε στην ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας

Την εργοδότη μου Ζωή Τατσόγλου, για την υπομονή και τη δυνατότητα απουσίας μου από τον χώρο εργασίας που μου παρείχε, προς όφελος της εργασίας μου.

Και φυσικά όλους όσους συμμετείχαν στην προσωπική μου έρευνα, αφιερώνοντας μου τον ελεύθερο χρόνο τους προς πραγματοποίηση αυτής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο μεγαλύτερο μέρος της γραπτής ιστορίας θεωρούσαν επιθυμητή μια γυναίκα όταν το σώμα της ήταν παχουλό λόγω της εναπόθεσης λίπους στο στήθος, στους γοφούς, στους μηρούς και στη κοιλιά της. Ήταν της μόδας να είσαι παχιά. Η πεποίθηση ότι το πάχος ήταν ελκυστικό οφειλόταν στην αβεβαιότητα της προσφοράς τροφίμων στις προβιομηχανικές και στις πρώτες βιομηχανικές κοινωνίες, στους λιμούς και στις επιπτώσεις των πανδημιών που προκαλούσαν το θάνατο πολλών καλλιεργητών. Ένα γυναικείο σώμα με καμπύλες έδειχνε πως ο σύζυγος ή ο πατέρας ήταν συνετός, ικανός και πλούσιος. Έδειχνε ακόμα πως η γυναίκα είχε αρκετά αποθέματα ενέργειας με τη μορφή φαγητού στο κελάρι της για να προστατέψει την οικογένειά της, και με τη μορφή λίπους στο σώμα της για να προστατέψει τον εαυτό της σε περιόδους έλλειψης.

Τα τελευταία χρόνια, με άφθονη προσφορά τροφίμων και καλή κατανομή τροφών σε πολλές από τις ανεπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου, σχεδόν για πρώτη φορά στην ιστορία το λεπτό σώμα άρχισε να γίνεται της μόδας. Αυτό τεκμηριώνεται από τα περιοδικά μόδας, από τις στατιστικές των διαστάσεων των γυναικών που κερδίζουν στα καλλιστεία και από τα βιβλία σχετικά με τις δίαιτες που κυκλοφορούν σήμερα. Τις δυο τελευταίες δεκαετίες η αντίληψη του κοινού είναι ότι μια γυναίκα είναι ελκυστική, επιθυμητή και επιτυχημένη όταν είναι λεπτή.

Στο ίδιο διάστημα δημοσιεύονται κατά τακτά διαστήματα στα γυναικεία περιοδικά άρθρα για «νέες και συναρπαστικές» δίαιτες που συχνά είναι διαιτητικά ανεπαρκείς και μερικές φορές επικίνδυνες -και ο αριθμός τους αυξάνει. Η έκδοση «νέων και συναρπαστικών» βιβλίων για δίαιτες αυξάνει επίσης. Οι περισσότεροι άνθρωποι που ζουν στις ανεπτυγμένες χώρες δέχονται επίσης ένα σταθερό κύμα εντυπώσεων από τις τηλεοπτικές διαφημίσεις που χρησιμοποιούν νέες, γοητευτικές και λεπτές γυναίκες για να διαφημίσουν τα ετερόκλητα προϊόντα όπως αναψυκτικά, αυτοκίνητα, τσιγάρα, παρκετίνες κλ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Η ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Τα μηνύματα των μέσων μαζικής ενημέρωσης τονίζουν πόσο επιθυμητό είναι να είναι οι γυναίκες νέες και να είναι η να γίνονται λεπτές. Αυτά τα μηνύματα επηρεάζουν ιδιαίτερα τις έφηβες που βρίσκονται σε μια περίοδο συγκινησιακού στρες καθώς προσπαθούν να ανεξαρτητοποιηθούν από τους γονείς τους, να συναγωνιστούν τις συνομήλικες τους και να βρουν τη ταυτότητα τους. Η εφηβεία είναι μια περίοδος μεγάλου ενδιαφέροντος για την εικόνα του σώματος.

Στα τέλη της παιδικής ηλικίας οι ορμονικές μεταβολές προκαλούν αύξηση του ύψους σε κορίτσια και αγόρια. Η αύξηση αυτή εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία στα κορίτσια παρά στα αγόρια και επιτυγχάνεται με το να αυξήσει το παιδί τη ποσότητα του φαγητού που τρώει. Στα κορίτσια η έναρξη της αναπτυξιακής έξαρσης προηγείται της εμμηναρχής και συμπίπτει με την εμφάνιση της περιόδου σε μέση ηλικία δωδεκάμισι ετών. Υπάρχουν μεγάλες διαφορές στο χρόνο έναρξης και στη διάρκεια της αναπτυξιακής έξαρσης και τα κορίτσια μπορεί να φθάσουν στο μέγιστο σημείο της από τα 10 μέχρι τα 15 χρόνια τους. Η αναπτυξιακή έξαρση συνοδεύεται από μεγάλες μεταβολές στη σωματική εμφάνιση των δυο φύλλων, που με τη σειρά τους εξαρτώνται από τις ορμόνες του φύλου που παράγονται στις ωοθήκες του κοριτσιού ή στου όρχεις του αγοριού. Και τα δυο φύλα εμφανίζουν μια αύξηση της μυϊκής μάζας αλλά αυτή είναι πολύ πιο έκδηλη στα αγόρια. Τα κορίτσια έχουν ιδιαίτερα μεγάλη έξαρση στην ανάπτυξη των γοφών, αντίθετα από τα αγόρια, δεν χάνουν λίπος κατά τη διάρκεια της αναπτυξιακής έξαρσης. Πράγματι, τα κορίτσια έχουν γενικά μια τάση να αυξάνουν το λίπος του σώματος τους ιδίως στους μηρούς, καθώς σταματούν να ψηλώνουν. Υπάρχει επίσης εναπόθεση λίπους κάτω από το δέρμα, στο στήθος και πάνω από τους γοφούς. Είναι φανερό ότι η ποσότητα λίπους που εναποτίθεται έχει σχέση με την ενέργεια που απορροφάται από το φαγητό που τρώει το κορίτσι και επηρεάζεται από τις ορμονικές μεταβολές που

συμβαίνουν αυτή την περίοδο. Η πρόσληψη ενέργειας από τις τροφές περιορίζεται από την όρεξη. Στην αρχή της εφηβείας, άγνωστη παράγοντες κάνουν

την έφηβο να τρώει περισσότερο, και έτσι η πρόσληψη ενέργειας για της γυναίκες φτάνει το μέγιστο σε ηλικία μεταξύ 11 και 14 ετών, που οι ανάγκες της σε ενέργεια είναι μεγάλες. Περίπου από την ηλικία των 14 ετών, οι ανάγκες της έφηβης σε ενέργεια μειώνονται αλλά εάν συνεχίσει να τρώει την ίδια ποσότητα θα απορροφήσει ένα πλεόνασμα ενέργειας που θα μετατραπεί σε λίπος και θα γίνει παχιά. Πρέπει να ελέγξει την πρόσληψη τροφής για να ελέγξει το βάρος της.

Αυτό είναι το δίλημμα της έφηβης. Μπορεί να θέλει να μείνει λεπτή, γιατί το πολιτισμικά πρότυπα περιμένουν να είναι λεπτή ή μπορεί να απορρίπτει αυτά τα πρότυπα, είτε λόγο σύγκρουσης μέσα στον ίδιο τον εαυτό της ή μέσα στην οικογένεια της ή γιατί της αρέσει το φαγητό και βρίσκει συγκινησιακή απελευθέρωση σε αυτό. Αν αποφασίσει να γίνει και να παραμείνει λεπτή, πρέπει να διδαχθεί νέες συνήθειες στο φαγητό γιατί αναπόφευκτα θα παχύνει εάν συνεχίσει να τρώει την ποσότητα του φαγητού που έχει συνηθίσει να τρώει. Η αντίληψη της σχετικά με το σώμα της είναι σημαντική για την ψυχολογική της ευμάρεια. Μπορεί να θεωρεί το σώμα της μεγάλο και υπέρβαρο σε σύγκριση με εκείνο των προσωπικοτήτων της μόδας και των λαϊκών μέσων ενημέρωσης. Είναι σημαντικό το γεγονός ότι αντίθετα από τις μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες, οι έφηβες αντιλαμβάνονται το σώμα τους κομμάτι -κομμάτι και προσέχουν ιδιαίτερα το σχήμα και το μέγεθος του στήθους και το μέγεθος των μηρών, των γοφών και της κοιλιάς τους. Οι μηροί είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε υπερτίμηση του μεγέθους τους- το κορίτσι βλέπει συνήθως τους μηρούς του μεγαλύτερους και πιο άσχημους απ'όσο είναι.

Η υπερτίμηση του σωματικού μεγέθους παρατηρείται στις έφηβες σε πολλές χώρες. Σε μια μελέτη 1.000 εφήβων που φοιτούσαν σε γυμνάσια στις Ηνωμένες Πολιτείες έδειξε ότι τα κορίτσια ασχολούνταν ιδιαίτερα με το σχήμα του σώματος τους και το βάρος τους. Περίπου οι μισές θεωρούσαν τον εαυτό τους παχύσαρκο, αν και οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις έδειξαν ότι μόνο το 25% ήταν παχύσαρκες σύμφωνα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούσαν οι συγγραφείς που βασίζονταν σε πρότυπους αμερικανικούς πίνακες βάρους, ύψους και ηλικίας. Σε μια σουηδική μελέτη του συνόλου του γυναικείου πληθυσμού μιας κωμόπολης, 26% των 14χρονών θεωρούσαν ότι ήταν παχιές και ανάμεσα στις 18χρονες, πάνω από

50% ανέφεραν ότι ήταν παχιές.

Λόγο αυτής της ενασχόλησης με το σχήμα του σώματος τους, φαίνεται ότι τουλάχιστον το ένα τρίτο των εφήβων κάνουν δίαιτα και πολλές έχουν περιστασιακές κρίσεις βουλιμίας. Μια μελέτη των συνηθειών φαγητού των εφήβων κοριτσιών ηλικίας 16 ως 17 ετών στη Βρετανία το 1976 έδειξε ότι η συμπεριφορά τους στο φαγητό μπορούσε να περιγραφεί ως διαταραγμένη. Η ποσότητα φαγητού που έτρωγαν την ημέρα εμφάνιζε διαφορές που έφταναν μέχρι το τετραπλάσιο. Οι ημερήσιες διακυμάνσεις στην κατανάλωση τροφής μεταφέρθηκαν σε ένα μηνιαίο πρότυπο. Η πρόσληψη ενέργειας, κυρίως υδατανθράκων, έτεινε να αυξάνει κατά τη εβδομάδα πριν από την εμμηνορρυσία και να μειώνεται μετά την εμμηνορρυσία. Κατά διαστήματα μετά από μια περίοδο αυστηρής δίαιτας (συνήθως με τη μείωση των υδατανθράκων) τα κορίτσια έτρωγαν μεγάλες ποσότητες φαγητού για ένα σύντομο διάστημα, διαλέγοντας κυρίως τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες. Με άλλα λόγια έτρωγαν παρορμητικά ή με βουλιμία. Δεν είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν αυτά τα δεδομένα για γενικεύσεις σχετικά με τη συμπεριφορά των εφήβων στο φαγητό σε άλλες χώρες, ο τύπος αυτής της διατροφής μπορεί να ήταν ίδιο των εφήβων του Λονδίνου εκείνη την εποχή.

Μια μελέτη που έγινε πέντε χρόνια αργότερα στο Σύδνεϋ έδειξε ότι οι αυστραλές φοιτήτριες ηλικίας 18 ως 22 ετών μείωναν την πρόσληψη υδατανθράκων, πρωτεϊνών και λίπους και επομένως και ενέργειας κατά την προεμμηνορρυσιακή περίοδο αλλά αυξάνουν την πρόσληψη τους μια ή δυο μέρες πριν και κατά την περίοδο. Μειμονωμένες γυναίκες εμφάνισαν μεγάλη ημερήσια διαφορά στην πρόσληψη τροφής και η ποσότητα που έτρωγαν εξαρτάτο από το πως αισθάνονταν η γυναίκες. Μια μειωμένη πρόσληψη τροφής μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα πείνα και επιθυμία για φαγητό και έτσι όταν η γυναίκα αισθανόταν καλύτερα, έτρωγε ή ακόμη επιδιόταν σε μια κραιπάλη φαγητού.

Η μελέτη του Σύδνεϋ έδειξε ότι η ημερήσια ποσότητα φαγητού εμφάνιζε διαφορές που έφταναν μέχρι το τετραπλάσιο. Στη σουηδική μελέτη το ένα τρίτο των εφήβων κοριτσιών ενάλλασσαν περιόδους δίαιτας με περιόδους παρορμητικού φαγητού και αυτή η συμπεριφορά ήταν πιο συνηθισμένη μεταξύ των μεγαλύτερης ηλικίας εφήβων.

Το 1981 τέσσερις ομάδες νεαρών γυναικών ηλικίας 16 ως 30 ετών στην Αυστραλία προσφέρθηκαν εθελοντικά να συμπληρώσουν ένα

ερωτηματολόγιο σχετικά με τις συνήθειες τους στο φαγητό, την εμμηνορρησιακή τους κατάσταση και τη συμπεριφορά που εφάρμοζαν για να ελέγξουν το βάρος τους. Οι ομάδες ήταν φοιτήτριες, χορεύτριες μπαλέτου, ασθενείς με νευρική ανορεξία και ασθενείς με βουλιμία. Από τις 106 φοιτήτριες ανασκοπήθηκαν 94% είχαν κάνει δίαιτα σε κάποια περίοδο και η πλειονότητα είχε κάνει πρώτη φορά μεταξύ 13 και 18 ετών. Εβδομήντα εννέα τοις εκατό είπαν ήθελαν να είναι λίγο ή πολύ ελαφρότερες και 30% είπαν ότι δυσκολεύονταν να ελέγξουν το βάρος τους. Όπως και οι Σουηδέζες και οι Αμερικανίδες έφηβες και νέες γυναίκες οι περισσότερες από τις Αυστραλές ήθελαν να χάσουν βάρος από τους μηρούς, τους γλουτούς, τους γοφούς και τη κοιλία. Εξήντα τρία τοις εκατό είπαν πως είχαν επεισόδια υπερβολικού φαγητού κατά τα οποία « δεν μπορούσαν να σταματήσουν», με άλλα λόγια ότι είχα επεισόδια βουλιμίας και 18% μπορούσαν να περιγραφούν ως βουλιμικές. Για να ελέγξουν το βάρος τους οι περισσότερες απέφευγαν να τρώνε μεταξύ των γευμάτων, έκαναν ενεργητική γυμναστική, απασχολούνταν για να αποφύγουν να τρώνε, παρέλειπαν ένα γεύμα κάθε μέρα ή διάλεγαν τροφές που είχαν λίγες θερμίδες. Αυτές οι μέθοδοι μοιάζουν πολύ με εκείνες που διαλέγουν οι ασθενείς που έχουν διαγνωσμένη ψυχογενή ανορεξία ή βουλιμία. Μερικές χρησιμοποιούσαν περιστασιακά τον εμετό ως μέθοδο ελέγχου του βάρους ή για να ανακουφίσουν το αίσθημα φουσκώματος.

Οι μαρτυρίες από αρκετές δυτικές χώρες επιβεβαιώνουν ότι η ενασχόληση με το σχήμα και το μέγεθος του σώματος με εναλλαγή διαιτητικού περιορισμού και επεισοδίων βουλιμίας είναι πολύ διαδεδομένη στις εφήβους και στις νεαρές γυναίκες. Επίσης περίπου μια γυναίκα στις δέκα προκαλεί εμετό για να ελέγξει το βάρος τις και ένας μικρότερος αριθμός κάνει κατάχρηση καθαρτικών για τον ίδιο σκοπό.

Οι νέες γυναίκες στις δυτικές κοινωνίες δέχονται τεράστιες πιέσεις για να είναι καλοφτιαγμένες ηλιοκαμένες και σφιχτές. Ο κινηματογράφος και τα περιοδικά ενθαρρύνουν ακόμα περισσότερο την πεποίθηση ότι για να πετύχουν οι γυναίκες πρέπει να είναι λεπτές. Κάτω από αυτές τις πιέσεις δεν είναι παράξενο που η ενασχόληση με το σχήμα και το μέγεθος του σώματος είναι πολύ διαδεδομένη στις νέες γυναίκες. Η βιομηχανία της «απώλειας βάρους» ανθεί. Κάθε χρόνο αρκετά βιβλία τσέπης εκθειάζουν μια «συναρπαστική» δίαιτα. Συχνά αυτές οι δίαιτες είναι εσφαλμένες από

δαιτητική άποψη. Τα γυναικεία περιοδικά δημοσιεύουν άρθρα για τη δίαιτα σχεδόν σε κάθε τεύχος. Η αποτελεσματικότητα των βιβλίων και των άρθρων για τη δίαιτα είναι αμφισβητήσιμη επειδή οι νέες δίαιτες εμφανίζονται πολύ συχνά και εξαφανίζονται εξίσου συχνά για να δώσουν τη θέση τους σε μια άλλη δίαιτα της μόδας. Φαίνεται ότι η γυναίκα του 21ου αιώνα επιθυμεί μια θαυματουργή δίαιτα που είναι αποτελεσματική, ψυχολογικά και σωματικά ανώδυνη και μπορεί να εφαρμοσθεί χωρίς να διαταράξει τον τρόπο ζωής της. Δεν υπάρχει και δεν μπορεί να υπάρξει καμιά τέτοια δίαιτα. Παρά το συνεχές μπαράζ της προπαγάνδας που εκθειάζει το λεπτό σώμα στους νέους και παρά το συνεχές κύμα πληροφοριών σχετικά με τις δίαιτες, η συμπεριφορά στο φαγητό πολλών γυναικών είναι τέτοια ώστε το βάρος τους κυμαίνεται μέσα στα επιθυμητά όρια για το ύψος τους. Τα μηνύματα όμως για να είναι λεπτές και επιτυχημένες κάνουν πολλές νέες γυναίκες να κάνουν δίαιτα και ο περιορισμός του φαγητού εναλλάσσεται συχνά με επεισόδια βουλιμίας. Περίπου μια νέα γυναίκα στις δέκα προκαλεί περιοδικά εμετό για να ελέγξει το βάρος τις και ένα μικρότερο ποσοστό χρησιμοποιούν καθαρτικά για τον ίδιο σκοπό, με την λανθασμένη πεποίθηση ότι είναι αποτελεσματικά. Η απώλεια ελέγχου αυτών των νέων γυναικών πάνω στη συμπεριφορά τους στο φαγητό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη ψυχογενούς βουλιμίας που μπορεί να διαταράξει σημαντικά τη ζωή της και αν χρησιμοποιηθούν επικίνδυνες μέθοδοι ελέγχου του βάρους-πρόκληση εμετού και κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών-μπορεί να προκαλέσει σοβαρή αρρώστια.

Άλλες νέες γυναίκες ανησυχούν τόσο μήπως χάσουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς στο φαγητό, ώστε λιμοκτονούν και αρχίζουν ένα ανελέητο κυνήγι του λεπτού σώματος. Τρώνε ελάχιστα και συχνά χρησιμοποιούν τις επικίνδυνες μεθόδους ελέγχου του βάρους που αναφέραμε παραπάνω. Το αποτέλεσμα είναι να επισχνανθούν και να σταματήσει η περίοδος τους. Παθαίνουν νευρική ανορεξία.

Οι έφηβες που αποφασίζουν να αγνοήσουν τις κοινωνικές πιέσεις να γίνουν και να μείνουν λεπτές και συνεχίζουν να καταναλώνουν περισσότεροι ενέργεια απ'όση χρειάζονται για τις σωματικές λειτουργίες, κερδίζουν προοδευτικά βάρος και γίνονται παχύσαρκές. Ένα άτομο που είναι πολύ παχύσαρκο έχει τουλάχιστον 1260MJ (300 000kcal) ενέργειας αποθηκευμένα στο σώμα του με τη μορφή λίπους.

Πρέπει να τονίσουμε ότι οι διαταραχές της διατροφής που περιγράψαμε σε γενικές γραμμές -η ψυχογενής ανορεξία, η βουλιμία

-δεν είναι από μόνες τους αρρώστιες. Γίνονται αρρώστιες όταν επηρεάζουν τη σωματική ή πνευματική άνεση του ατόμου ή αν είναι πιθανό να προκαλέσουν σοβαρές ιατρικές επιπλοκές ή αν διαστρεβλώνουν τη ζωή σε τέτοιο βαθμό ώστε να ενοχληθούν και οι στενοί συγγενείς και να ζητήσουν βοήθεια. Δυστυχώς, στις σοβαρές περιπτώσεις εάν δεν γίνει θεραπεία η διαταραχή της διατροφής μπορεί να οδηγήσει στον πρόωρο θάνατο του θύματος.

1.2 ΓΙΑΤΙ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ;

Παρά τη σημαντική έρευνα που έγινε τις τρεις τελευταίες δεκαετίες δεν μπόρεσε να δοθεί ομόφωνη απάντηση στην ερώτηση: Γιατί μερικές έφηβες έχουν διαταραχές της διατροφής; Έχουν υποστηριχθεί τρεις ερμηνείες αλλά καμιά δεν έχει αποδειχτεί οριστικά. Αυτές είναι : 1)ο συνδυασμός βιολογικής ερμηνείας και θεωρίας της εκμάθησης, 2)η ψυχολογική ερμηνεία και 3)η κοινωνική ερμηνεία.

1.2α Ο ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΗΣ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ

Από τις πρώτες ημέρες της ζωής ενός μωρού, η ποιότητα της φροντίδας της μητέρας και η αγάπη που δείχνει στο μωρό έχουν τουλάχιστον έμμεση σχέση με την ποσότητα λίπους που σκεπάζει το σώμα του. Η μητέρα και οι γειτόνισσες της θεωρούν ένα παχουλό μωρό καλοφροντισμένο μωρό. Και στην παιδική ηλικία η εξασφάλιση σημαντικών ποσοτήτων φαγητού, συχνά πλουσίων σε υδατάνθρακες και λίπος θεωρείται σαν ένας τρόπος εκδήλωσης αγάπης για τα

παιδιά και εξασφάλισης επαρκούς θρέψης. Στην κουλτούρα μας που έχει αφθονία φαγητού, τα παιδιά μαθαίνουν να αυξάνουν προοδευτικά την ποσότητα του φαγητού που τρώνε και συχνά αυξάνουν την ποσότητα ενέργειας που καταναλώνουν πέρα από την ποσότητα που χρειάζονται για την ανάπτυξη, τις σωματικές λειτουργίες και τις ανάγκες της γυμναστικής. Κατά τα τρία χρόνια πριν από την εφηβεία συμβαίνει μια βιολογική έξαρση της ανάπτυξης και η πρόσληψη τροφής αυξάνει ακόμη περισσότερο.

Μελέτες έχουν δείξει ότι στα αγόρια οι ανάγκες ενέργειας για την ανάπτυξη και η αναπτυξιακή έξαρση εμφανίζονται περίπου στην ηλικία των 15 ετών. Επειδή στα αγόρια η μυϊκή μάζα αυξάνεται μετά από αυτή την ηλικία, εξακολουθεί να χρειάζεται πρόσθετη ενέργεια. Η αναπτυξιακή έξαρση στα κορίτσια εμφανίζεται σε ηλικία 12 και 14 ετών, νωρίτερα απ'ότι στα αγόρια και οι ενεργειακές ανάγκες του κοριτσιού φτάνουν στο μέγιστο αυτό το διάστημα. Γύρω στα 16 οι ανάγκες του κοριτσιού για ενέργεια έχουν μειωθεί σημαντικά, γιατί τα κορίτσια δεν αυξάνουν τη μυϊκή τους μάζα όπως τα αγόρια. Εάν το κορίτσι εξακολουθήσει να τρώει όσο έτρωγε στις αρχές της εφηβείας η παχυσαρκία είναι αναπόφευκτη. Καθώς αποκτά όλο και μεγαλύτερη επίγνωση του βάρους του σώματος της, μαθαίνει πως μπορεί να ελέγξει την απόκτηση βάρους είτε κάνοντας δίαιτα είτε εφαρμόζοντας άλλα μέτρα που θα τη βοηθήσουν να σταματήσει να απορροφά το φαγητό που τρώει. Από την άλλη πλευρά μερικές έφηβες μπορεί να απορρίπτουν την ανάγκη να ελέγξουν το βάρος τους και να απολαμβάνουν το φαγητό, ενώ περιορίζουν την ποσότητα ενέργειας που ξοδεύουν στη γυμναστική. Αυτό θα οδηγήσει αναπόφευκτα στην παχυσαρκία. Μερικές από τις εφήβους που κάνουν δίαιτα και ελέγχουν με επιτυχία το βάρος τους μπορεί να αρχίσουν να ασχολούνται τόσο πολύ με το φαγητό και τον έλεγχο του βάρους ώστε η συμπεριφορά τους στο φαγητό να ξεφύγει από αυτή που θεωρείται « φυσιολογική » και να αποφασίσουν να κυνηγήσουν το λεπτό σώμα -πέφτοντας θύματα της ψυχογενούς ανορεξίας. Μερικές από εκείνες που κάνουν δίαιτα χωρίς επιτυχία γίνονται βουλιμικές ή παχύσαρκες.

Η έναρξη σοβαρής απώλειας βάρους μπορεί να ακολουθήσει μια περίοδο λογικής δίαιτας με ρεαλιστική απώλεια βάρους ή σε μερικές από τις νεότερες ασθενείς, φαίνεται να εμφανίζεται αμέσως χωρίς προηγούμενες αποτυχημένες ή ρεαλιστικές προσπάθειες. Από την άλλη πλευρά, η νέα γυναίκα μπορεί να απορρίπτει την ανάγκη να είναι ή να γίνει λεπτή και μπορεί να συνεχίσει να τρώει την ποσότητα

που έμαθε να τρώει και να απολαμβάνει το φαγητό. Εάν ήταν παχιά στις αρχές της εφηβείας, ο βαθμός της παχυσαρκίας θα αυξηθεί. Η παχυσαρκία εμφανίζεται σε μερικές οικογένειες και μπορεί να οφείλεται στη φαντασίωση της οικογένειας ότι « στην οικογένεια μας είχαμε πάντα μεγάλη όρεξη και ήμασταν μεγαλόσωμοι». Εάν παιδί που μεγαλώνει σε μια τέτοια οικογένεια νιώθει άνετα όταν τρώει υπερβολικά και γίνεται παχύσαρκο γιατί μπορεί να μοιράζεται την ταυτότητα των άλλων μελών της οικογένειας του. Δεν χρειάζεται να περιορίσει το φαγητό του στην εφηβεία για να ακολουθήσει τη μόδα γιατί η ισχυρή επίδραση της οικογένειας του αντισταθμίζει την επίδραση της μόδας.

1.2β Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ

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

Τα κύρια προβλήματα σχετικά με την αποδοχή της ψυχολογικής ερμηνείας είναι πρώτον ότι πολλές γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία ή βουλιμία βρίσκεται μετά από προσεκτικές εξετάσεις ότι έχουν φυσιολογική προσωπικότητα και δεύτερον οι βαθμολογίες προσωπικότητας των φυσιολογικών ανθρώπων και εκείνων που **πάσχουν** από διαταραχές της διατροφής συμπίπτουν σε σημαντικό βαθμό. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι τα τεστ είναι πολύ πρόχειρα για

αναγνωρίσουν ένα πρόβλημα προσωπικότητας ή ότι η ψυχολογική ερμηνεία είναι αβάσιμη.

Μια επέκταση της θεωρίας του ελαττώματος της προσωπικότητας είναι η θεωρία ότι μερικές παχύσαρκες γυναίκες χρησιμοποιούν το φαγητό ως υποκατάστατο της αγάπης. Μια γυναίκα που νιώθει μόνη, κενή και χωρίς αγάπη αν δεν έχει συνεχώς συντροφιά, μπορεί να τρώει για να το ξεπεράσει. Το κενό στη ζωή της μικραίνει αν τρώει για να γεμίσει το άδειο στομάχι της. Όσο περισσότερο τρώει τόσο πιο πλήρης και γεμάτη νιώθει. Το φαγητό και κυρίως τα ποτά όπως το γάλα ή η μπίρα, γίνονται τα βασικά στηρίγματα της ζωής της, καταστέλλουν την έλλειψη αυτοεκτίμησης και της δίνουν ικανοποίησης. Καθώς γίνεται όλο και πιο παχύσαρκη νιώθει την ανάγκη να μείνει παχύσαρκη και να αποφύγει έτσι την επανεμφάνιση του αισθήματος ανεπάρκειας της.

Ακόμη, σύμφωνα με τη θεωρία του ελαττώματος της προσωπικότητας, μερικές γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία φοβούνται να μεγαλώσουν και να ωριμάσουν σωματικά και σεξουαλικά. Αποφεύγοντας το φαγητό το περίγραμμα του σώματος της γυναίκας γίνεται το περίγραμμα ενός παιδιού προεφηβικής ηλικίας, η περίοδος σταματά, μπορεί να αποφύγει τις κοινωνικές εκδηλώσεις που της προκαλούν αμηχανία και άγχος και μπορεί να αρνηθεί τη σεξουαλικότητα της. Αυτή η εξήγηση μπορεί να ισχύει για μερικές ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις των διαταραχών της διατροφής δεν έχει εφαρμογή.

1.2γ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ

Στη δυτική κουλτούρα οι κοινωνία και κυρίως τα μέσα ενημέρωσης προσφέρουν δυο αντικρουόμενα μηνύματα σχετικά με το φαγητό. Το πρώτο μήνυμα είναι ότι μια λεπτή γυναίκα είναι πετυχημένη, ελκυστική, υγιείς ,ευτυχισμένη, σε φόρμα και δημοφιλής. Το να γίνει λεπτή με όλα όσα συνεπάγεται αυτό, θεωρείται κύρια επιδίωξη πολλών γυναικών. Το δεύτερο μήνυμα είναι ότι το φαγητό είναι μια ευχάριστη δραστηριότητα που ικανοποιεί πολλές ανάγκες, εκτός του

ότι ανακουφίζει την πείνα, και οι γυναίκες δικαιούνται να ικανοποιούν τις ανάγκες τους. Στα γυναικεία περιοδικά αυτά τα δυο αντικρουόμενα μηνύματα έχουν την τάση να εμφανίζονται ανακατεμένα. Σχεδόν σε κάθε τεύχος τα περιοδικά δημοσιεύουν « συναρπαστικές» νέες δίαιτες που «εγγυώνται απώλεια βάρους με ελάχιστη δυσκολία ή κίνητρο» και αυτές οι δίαιτες ακολουθούνται συχνά από συνταγές και υπέροχες φωτογραφίες λαχταριστών γλυκών και φαγητών με πλούσιες σάλτσες. Είναι δύσκολο να δεις τηλεόραση χωρίς να βρεθείς αντιμέτωπη με μια εναλλαγή από διαφημίσεις για υποκατάστατα διαιτητικά φαγητά και πρόχειρα φαγητά ή κάτι αντίστοιχο. Οι κοινωνικές (και συνήθως οικογενειακές) πιέσεις είναι επίσης αντιφατικές: πρέπει να τρως ότι σου δίνουν οι άλλοι αλλά δεν πρέπει να παχύνεις.

Η παροχή φαγητού θεωρείται στην κουλτούρα μας σημείο φροντίδας, και το κοινό φαγητό θεωρείται μια από τις κύριες κοινωνικές επαφές. Αυτές οι πολιτισμικές επιταγές επιβάλλουν στη μητέρα να εξασφαλίζει άφθονες ποσότητες φαγητού και στην κόρη ή τον γιο της που την αγαπά να τρώει το φαγητό. Δεν είναι παράξενο ότι οι περισσότερες γυναίκες κάνουν δίαιτα κάτω από τον ψυχολογικό « βομβαρδισμό» δυο αντικρουόμενων μηνυμάτων. Μερικές γίνονται «αλκοολικές» στο φαγητό και βουλιμικές, άλλες ασχολούνται με το φαγητό και την αποφυγή της πρόκτησης βάρους, και παθαίνουν βουλιμία ή ψυχογενή ανορεξία. Μερικές αποφασίζουν πως η δίαιτα διαταράσσει υπερβολικά τον τρόπο ζωής τους, ξαναρχίζουν να τρώνε περισσότερο οπότεςο χρειάζονται, και γίνονται παχύσαρκες. Αυτές οι γυναίκες μπορεί να βρίσκουν την παχυσαρκία προστατευτική κατά τις προσχώρησης στην τρέχουσα στάση της κοινωνία απέναντι στη σεξουαλικότητα, που τη φοβούνται. Κριμένες μέσα σε ένα παχύ σώμα, δίνουν το μήνυμα ότι δεν είναι ελκυστικές και δεν θέλουν να δημιουργήσουν μια σεξουαλική σχέση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΟΡΕΞΙΑ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η ανορεξία δεν πρέπει να συγχέεται με την έλλειψη της όρεξης σύμφωνα με τον ψυχολόγο κ. Σπύρο Μπουρδούκη. Αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, το οποίο εντάσσεται σε αυτό που τα εγχειρίδια αποκαλούν : διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς ή διαταραχές στη πρόσληψη τροφής. Ουσιαστικά, λοιπόν, αναφέρει ο ειδικός πρόκειται για αυστηρή στέρηση του φαγητού, που το ίδιο το άτομο επιβάλλει στον εαυτό του, κυριευμένο από το φόβο να μη παχύνει. Βέβαια, παρ'όλο που η ανορεξία ορίζεται ως ξεχωριστή ασθένεια η εμφάνιση της σε έναν άνθρωπο είναι δυνατόν να συνοδεύεται από κάποιες ψυχιατρικές καταστάσεις. Για παράδειγμα, τα καταθλιπτικά συμπτώματα συνοδεύουν ορισμένες φορές μια ψυχογενή νευρική ανορεξία.

Η ψυχογενής ανορεξία προσβάλλει τις γυναίκες 15 φορές συχνότερα από τους άνδρες και αρχίζει κατά την εφηβεία ή στις αρχές της ωριμότητας. Σπάνια η αρρώστια εμφανίζεται για πρώτη φορά σε μια γυναίκα που έχει περάσει τα 25 και αν εμφανιστεί, η διαταραχή της πρόσληψης τροφής συνοδεύει συνήθως μια σοβαρή πνευματική ή σωματική αρρώστια. Η ψυχογενής ανορεξία φαίνεται να εμφανίζεται συχνότερα στις νέες γυναίκες στις αναπτυσσόμενες χώρες. Πράγματι η αρρώστια προσβάλλει μια έφηβη στις 200, φτάνοντας στη μέγιστη συχνότητα του 1τοις εκατό σε εφήβους της ηλικίας μεταξύ 16 και 18 ετών.

Οι περισσότερες ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία έχουν μια επίμονη ενασχόληση με το φαγητό και τον έλεγχο του βάρους τους. Το φαγητό και η αποφυγή του γίνεται ένα χόμπι που τις απορροφά εξ ολοκλήρου αποκλείοντας τις περισσότερες άλλες δραστηριότητες που θα ταίριαζαν κανονικά στην ηλικία τους και ιδιαίτερα τις κοινωνικές εκδηλώσεις όπου υπάρχει συνήθως φαγητό και αναμένεται να φάνε. Η ενασχόληση με το βάρος είναι τέτοια οι περισσότερες ασθενείς

μπορούν να δώσουν ένα λεπτομερές ιστορικό των αλλαγών του βάρους τους, που περιλαμβάνουν ακόμη και διαφορές μισού κιλού σε διάστημα μιας εβδομάδας. Η ενασχόληση με το φαγητό και τον έλεγχο του βάρους και η υπερβολικά έντονη παρόρμηση να γίνουν λεπτές οδηγεί τις ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία στη χρήση μιας ποικιλίας συμπεριφορών στο φαγητό για να πετύχουν αυτό που επιθυμούν.

Οι νέες γυναίκες που το βάρος τους ήταν συνήθως μέσα στα φυσιολογικά όρια πριν αρχίσει η διαταραχή τους, χάνουν γενικά βάρος με την απλή μέθοδο του να τρώνε λιγότερο και αποφεύγοντας καταστάσεις στις οποίες πρέπει να φάνε. Για να αποφύγουν να φάνε βρίσκουν διάφορες δικαιολογίες όπως «δεν πεινάω αυτή τη στιγμή, θα φάω αργότερα», όταν οι γονείς τους λένε ότι το γεύμα είναι έτοιμο. Μπορεί να είναι ανταγωνιστικές και έχουν συχνά μανία με τη δουλεία τους, πράγμα που τους επιτρέπει να αποφεύγουν τις κοινωνικές εκδηλώσεις με φαγητό. Επίσης αυτές τις γυναίκες πολύ συχνά τις χαρακτηρίζει η τελειομανία, επιθυμούν να είναι τέλειες σε ότι και αν κάνουν όχι επειδή αγαπούν υπερβολικά αυτό που κάνουν άλλα επειδή επιθυμούν να διακριθούν. Εκτός από αυστηρή δίαιτα, μπορεί να χρησιμοποιούν τη γυμναστική ως μέθοδο για να χάσουν βάρος. Μπορεί να κάνουν τζόκινγκ ή να «προπονοούνται σ'ένα γυμναστήριο ατέλειωτες ώρες.

Η δεύτερη ομάδα ασθενών με ψυχογενή ανορεξία, που συνήθως ήταν υπέρβαρες πριν από την έναρξη της αρρώστιας και που το βάρος τους τείνει να εμφανίζει διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της αρρώστιας, χρησιμοποιούν μεθόδους που μπορεί να είναι επικίνδυνες για να χάσουν βάρος. Σε αυτή τη συμπεριφορά μοιάζουν τις βουλιμικές. Συνήθως αρνούνται ότι ενδιαφέρονται για το βάρος τους. Όταν βρίσκονται με κόσμο ή με την οικογένεια τους φαίνεται να τρώνε κανονικές ποσότητες φαγητού. Αφού φάνε όμως, βρίσκουν δικαιολογίες για να φύγουν απτήν ομάδα και να προκαλέσουν εμετό συχνά σε συνδυασμό με υπερβολική χρήση καθαρτικών. Εξαιτίας των συνηθειών τους στο φαγητό, φάσεις σοβαρής μείωσης κιλών που προκαλεί απίσχναση, εναλλάσσονται με περιόδους αύξησης βάρους. Τείνουν να είναι αρκετά κοινωνικές και είναι λιγότερο ιδεοληπτικές από εκείνες που κάνουν δίαιτα. Σε μερικές περιπτώσεις η γυναίκα ήταν βουλιμιά για αρκετούς μήνες ή χρόνια πριν πάρει την απόφαση να χάσει βάρος που την οδηγεί ανελέητα στη ψυχογενή ανορεξία.

2.3 ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

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

Το είδος της κοινωνίας μέσα στην οποία μεγαλώνει ένα άτομο φαίνεται να είναι πολύ σημαντικό για το αν θα αναπτύξει κάποια διαταραχή διατροφής ή όχι. Τα τελευταία είκοσι χρόνια στις δυτικές κοινωνίες, όλο και πιο πολύ προβάλλεται το αδύνατο σώμα όχι μόνο σαν πρότυπο ομορφιάς αλλά και σαν προϋπόθεση αυτοεκτίμησης, επιτυχίας και ευτυχία. Ταυτόχρονα όλο και πιο πολύ αυξάνονται τα ποσοστά των διαταραχών διατροφής. Σε μη δυτικές κοινωνίες που δεν υπήρχαν αυτά τα δυτικά πρότυπα δεν αναφέρονται περιστατικά ανορεξίας. Με τη εισβολή των δυτικών προτύπων ομορφιάς και της κομψότητας μέσα από περιοδικά και διαφημίσεις άρχισαν να αναφέρονται όλο και πιο πολλά περιστατικά ανορεξίας. Ακόμη παιδιά των οικογενειών χωρών της μέσης ανατολής και Ασίας που πήγαν στην Αγγλία πχ ανέπτυξαν διαταραχές της διατροφής με το που ήρθαν σε επαφή με τις νέες αξίες, ενώ στις χώρες τους τα ποσοστά ανορεξίας είναι κοντά στο 0% . Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα των ερευνών είναι πως οι έγχρωμες γυναίκες της Αμερικής δεν θεωρούν

πως ένα αδύνατο σώμα είναι απαραίτητο για να είναι επιτυχημένες και ελκυστικές αλλά αντίθετα πως η ελκυστικότητα εξαρτάται από τη συνολική στάση και προσωπικότητα της γυναίκας. Το 70% των έγχρωμων γυναικών δηλώνουν ευχαριστημένες με το σώμα τους ενώ μόλις 11% των λευκών γυναικών της Αμερικής δηλώνουν το ίδιο. Συνολικά πολύ λίγες έγχρωμες αμερικανές έχουν νευρική ανορεξία σε σχέση με τις λευκές αμερικανές και οι έγχρωμοι αμερικανοί είναι πολύ πιο πρόθυμοι από τους λευκούς να φλερτάρουν με μια παχύτερη γυναίκα. Σύμφωνα με τους αμερικανούς ψυχολόγους Sue και Sue , φαίνεται πως η κουλτούρα των νέγρων της Αμερικής «θωρακίζει» τις γυναίκες τους από τα δυτικά πρότυπα ομορφιάς και κατ'επέκασιν από τις διαταραχές της διατροφής.

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

Το συναίσθημα των ανορεξικών χαρακτηρίζεται από στεναχώρια και άγχος και μια διάγνωση κατάθλιψης συνοδεύει μια διάγνωση νευρικής ανορεξίας. Κάποιοι ερευνητές υποθέτουν πως η νευρική ανορεξία είναι μια παραλλαγή της κατάθλιψης. Ενώ άλλοι θεωρούν πως η κατάθλιψη μπορεί απλά να είναι το αποτέλεσμα της όλης ζωής και των προβλημάτων του ανορεξικού.

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

2.4 ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΚΡΙΣΙΜΕΣ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

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

Σύμφωνα με τον ειδικό, η εξέλιξη της ασθένειας περιλαμβάνει τρεις φάσεις: Στη πρώτη φάση όλα βαίνουν καλώς. Η δίαιτα μαζί με τη μάλλον υπερβολική άσκηση αποφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Το άτομο χάνει βάρος και αισθάνεται καλά με τον εαυτό του. Δεν υπάρχει καμιά υπόνοια ασθένειας σε αυτό το στάδιο.

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

Στη τρίτη φάση έχουμε όχι πια την απόκρυψη αλλά την παραδοχή της κατάστασης. Αυτό δε, σημαίνει πως το άτομο έχει παραδεχτεί το

γεγονός της ασθένειας. Πρόκειται περισσότερο για υιοθέτηση της στέρησης τροφής ως τρόπο ζωής και ο κίνδυνος πλέον είναι εμφανής.

Η ΤΥΠΙΚΗ ΜΟΡΦΗ

2.5 Η ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΤΡΙΑΔΑ ΤΟΥ LASEGUE

Η συμπτωματική τριάδα του Lasegue παραμένει μια αναμφισβήτητη κλινική πραγματικότητα και ένα σημαντικό διαγνωστικό σημείο αναφοράς, αλλά είναι πια φανερό ότι δεν μπορεί σε καμιά περίπτωση, να επαρκέσει για την απόλυτη διάγνωση της πάθησης. Η τριάδα άλλωστε, δεν είναι αρκετά εξειδικευμένα και τη συναντούμε σε πολλές παθολογικές καταστάσεις, τόσο οργανικές όσο και ψυχιατρικές, που αποτελούν ισάριθμες διαφορικές διαγνώσεις. Πρόκειται για την τριάδα των τριών «Α».

Η *Ανορεξία*, είναι μια συμπεριφορά, συχνά εναρκτήριο της νόσου, που εκδηλώνεται με περιορισμό της τροφής και που έχει λίγο πολύ ταχεία και σφαιρική εξέλιξη. Πρόκειται πολύ περισσότερο για μια διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στη τροφή και τη διατροφή παρά για ανορεξία με τη στενή έννοια της λέξης, αφού είναι εκούσια και θεληματική. Η σημαντική αυτή τροφική αποδιοργάνωση, αντικείμενο πολλαπλών εκλογικεύσεων και προσπονήσεων, εκδηλώνεται με μια ελάττωση των θερμίδων που λαμβάνονται, γεγονός που αποτελεί το χαρακτηριστικό σύμπτωμα της ψυχογενούς ανορεξίας (η ημερήσια ποσότητα θερμίδων για τις γυναίκες κυμαίνεται κανονικά ανάμεσα σε 1800 ως 2500 θερμίδες, ενώ συχνά είναι χαμηλότερη από 300 θερμίδες στις ανόρεκτες). Ο περιορισμός αυτός αφορά κυρίως τα γλυκίδια και τα λίπη, παρά τις πρωτεΐνες.

Η *αμηνόρροια*, μπορεί και αυτή να είναι εναρκτήριο σύμπτωμα της κλινικής εικόνας με μια συχνότητα που ποικίλλει σημαντικά, ανάλογα με τους συγγραφείς. Όταν είναι αρχικό σύμπτωμα εντάσσεται στο φάσμα των ενδοκρινολογικών διαταραχών της ωοθήκης(δυσωορρηξία), που είναι ψυχογενετικής προέλευσης, που σίγουρα στο ψυχοπαθολογικό επίπεδο αντιπροσωπεύουν ένα από τα

οριακά σημεία των ψυχογενών ανορεξιών. Στην αντίθετη περίπτωση, εκδηλώνεται συνήθως μερικούς μήνες μετά την εμφάνιση των δυο άλλων στοιχείων της τριάδας. Ανάλογα με το πόσο προχωρημένη είναι η εφηβική ανάπτυξη και η ηλικία της άρρωστης, πρόκειται για πρωτογενή ή δευτερογενή αμηνόρροια (που είναι και η συχνότερη περίπτωση).

Η *Απίσχυραση* εμφανίζεται πάντα ως δευτερογενές αποτέλεσμα της ανορεξίας. Εξελίσσεται εξαρτημένη ως προς την κλινική της έκφραση από τις συνηθισμένες ιδιομορφίες του διαιτολογίου αυτών των αρρώστων που διατηρούν για πολύ καιρό τη λήψη πρωτεϊνών, δικαιολογώντας έτσι την τάση να μιλάμε για αδυνάτισμα περά για απώλεια βάρους.

Ο υποσιτισμός και η απίσχυραση συνοδεύονται από ένα σύνολο σωματικών, βιολογικών και ενδοκρινολογικών συμπτωμάτων, που όμως δεν είναι απόλυτα ειδικά.

2.6 ΑΛΛΕΣ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Από σωματική άποψη ξαναβρίσκουμε τα συνηθισμένα σημεία του υποσιτισμού όπως αλλοιώσεις του δέρματος (ξηρό, ρυτιδωμένο) και των ονύχων (ραβδωτών, εύθραυστων). Παράδοξα η τριχόπτωση φαίνεται ότι παρουσιάζεται συχνά κατά την επαναπρόκτηση βάρους. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι τουλάχιστο για ένα μακρύ χρονικό διάστημα της εξέλιξης, δεν εμφανίζονται συμπτώματα όπως ο αποχρωματισμός και η αποψίλωση των γεννητικών περιοχών και της μασχάλης. Αντίθετα, η υπερτρίχωση του τύπου Lanugo παρουσιάζεται τόσο συχνά ώστε να αποτελεί μέρος διαγνωστικών κριτηρίων της αμερικανικής σχολής. Οι διαταραχές από το κυκλοφορικό είναι συχνές ιδιαίτερα εμφανείς στις χρόνιες μορφές της νόσου, που εκδηλώνονται συνήθως ως ακροκυάνωση.

Η υπόταση και η βραδυκαρδία απαντούνται επίσης αρκετά συχνά. Στο σύνολο τους οι σωματικές αυτές διαταραχές συμβάλουν στο να προσδίδεται στις άρρωστες αυτές η εντυπωσιακή εμφάνιση νεαρής γυναίκας πρόωρα γηρασμένης, γεγονός που θα μπορούσε να

δικαιολογήσει την παλιά υπόθεση της υποφυσιαίας καχεξίας.

Επίσης η κινητικότητα του εντέρου πολλών ασθενών μειώνεται και οι δυσκοιλιότητα είναι συνηθισμένη. Μπορεί να εμφανισθεί οίδημα σε μερικές γυναίκες, ιδίως μετά από μια προσπάθεια να κερδίσουν βάρος τρώγοντας περισσότερο.

2.7 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΙΔΙΟΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

Αυτό που μετρά για τη διάγνωση, είναι η ανασύσταση της συμπεριφοράς των προβλημάτων της άρρωστης, είναι η ανασύσταση της συμπεριφοράς, των προβλημάτων της άρρωστης και του είδους των αλληλεπιδράσεων και των σχέσεων που είχε με την οικογένεια της προτού εκδηλωθεί η ασθένεια.

Για να γίνει η διάγνωση, είναι απόλυτα αναγκαία η κατάδειξη του ιδιαίτερου ψυχολογικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο συμβαίνουν και οργανώνονται τα κύρια συμπτώματα της ψυχικής ανορεξίας. Θα εξετάσουμε διαδοχικά τα βασικά στοιχεία αυτής της ψυχολογικής συνθήκης.

2.7α Διαστρεβλωμένη συμπεριφορά απέναντι στην τροφή

Η συμπεριφορά αυτή είναι φανερή σε όσους μπορούν να διαπιστώσουν με τα ίδια τους τα μάτια τις απίθανες συνήθειες διατροφής αυτών των νεαρών κοριτσιών, που προφασίζονται την έλλειψη όρεξης για να δικαιολογήσουν την ελάττωση της τροφικής ανάλωσης. Στην πράξη, ο περιορισμός αυτός δεν είναι μόνο ποσοτικός, είναι και ποιοτικά σημαντικός εξαιτίας της συνήθειας να επιλέγουν την τροφή (αρχικός αποκλεισμός της ζάχαρης του βουτύρου, κάθε αμυλώδους και στη συνέχεια μια δίαιτα που περιλαμβάνει σχεδόν αποκλειστικά φρούτα, χορταρικά και λίγο

κρέας), της τάσης να τσιμπολογούν άτακτα και αναρχικά, των συνεχών παράδοξων προκαταλήψεων σε ότι αφορά την τροφή, το μαγείρεμα, το διαιτολόγιο (οι ανόρεκτες αναπτύσσουν συχνά σε σημαντικό βαθμό μαγειρικές δραστηριότητες, για του άλλους, τους τριγύρω). Υπάρχουν όλες οι διαβαθμίσεις ανάμεσα σε αυτές της στοιχειώδεις ανωμαλίες και σε μια μείζονα διαστρέβλωση της διατροφής, με συσσώρευση και κλοπή της τροφής (και ενδεχόμενα και άλλων συγγενικών αντικειμένων, συχνά παρατηρείται κάποια κλεπτομανία στις ανορεκτικές). Διαπιστώνεται επίσης και συμπεριφορές βουλιμίας που ακολουθούνται συχνά από αυτοπροκαλούμενους εμετούς. Η συχνή προσφυγή σε καθαρτικά υπάγεται στην ίδια προοπτική αναζήτησης της κένωσης του πεπτικού σωλήνα και της ακύρωσης των συνθηκών της τροφικής ανάλωσης, του τύπου της ενορμητικής υπερσίτισης που βιώνονται ως αφόρητη παράδοση (η εναλλαγή αυτή δίνει μερικές φορές την εντύπωση πως η ρυθμιστική λειτουργία της διατροφής γυρνά ανάποδα, όπως μια μηχανή που τρελάθηκε.

Θα επανέλθουμε όσον αφορά τη σημασία αυτών των βουλιμικών συμπεριφορών, οι οποίες εμφανίζονται στα διάφορα στάδια της εξέλιξης της ψυχικής ανορεξίας. Εξηγούν το βουλητικό χαρακτήρα του περιορισμού της διατροφής, ο οποίος - πέρα πέρα απ'τις πολλαπλές προτεινόμενες εκλογικεύσεις- είναι πραγματικά μια ενεργός πάλη ενάντια στη πείνα, τουλάχιστον στην αρχή. Οι ίδιες οι ανόρεκτες το παραδέχονται πρόθυμα, εφόσον έχουν ξεπεραστεί οι αρχικές προσπάθειες άρνησης, χάρη σε μια θεραπευτική σχέση που τους το επιτρέπει:

Όταν αποκαθίσταται μια ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης, συμβαίνει να ομολογήσουν, πόσο βασανιστική είναι γι'αυτές οι πείνα τους. Η ενεργός αυτή πάλη ενάντια στη πείνα, που διεξάγεται πεισματικά, αποτελεί αναμφισβήτητα μια πηγή έντονης ικανοποίησης. Μπορεί κανείς να συσχετίσει την ικανοποίηση αυτή μ'ένα αίσθημα κυριαρχίας και ελέγχου, που εκπληρώνεται. Ορισμένη συγγραφείς την ερμηνεύουν ως την ερωτικοποίηση της αίσθησης της πείνας-αντικείμενο γοητείας. Πρέπει βέβαια να παραχωρήσουμε, στο επίπεδο αυτό, μια θέση στις ψυχολογικές επιπτώσεις της νηστείας που γεννούν, μέσα από πολύ διαφορετικές συνθήκες, συχνά, αίσθημα ευφορίας. Ακόμα το να λαμβάνει κανείς λίγη τροφή και το να τη σκέφτεται ασταμάτητα δεν αποτελούν ειδικό γνώρισμα της ψυχικής ανορεξίας, αλλά παρατηρούνται συστηματικά στις νηστείες. Η

πραγματική κατάργηση του αισθήματος της - μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα εξέλιξης- είναι σε γενικές γραμμές άμεσα συνδεδεμένη με τις επιπτώσεις της νηστείας. Συμμετέχει στον ψυχοπαθολογικό φαύλο κύκλο που γρήγορα εγκαθίσταται στη ψυχική ανορεξία και που πρέπει να ληφθεί υπόψη από θεραπευτική άποψη-εξηγώντας την αποτυχία κάποιων αυθόρμητων προσπαθειών για επανάληψη μιας κανονικής διατροφής.

2.7β Διαταραχές της εικόνας του σώματος και της αντίληψης των αναγκών

Στο κέντρο της προβληματικής της ανορεξίας, οι διαταραχές αυτές εκδηλώνονται με τους παρακάτω τρόπους:

α) Ο έντονος και μόνιμος φόβος του πάχους, που προκαλεί το θεληματικό περιορισμό της ανάληψης θερμίδων, ανεξάρτητα από το βαθμό ισχύοντος, αποτελεί για τις άρρωστες αυτές μια σταθερή φροντίδα και δικαιολογεί αδιάκοπους ελέγχους (ζύγισμα, καταμετρήσεις), δικαιολογεί ακόμα την προσφυγή σε διάφορα φάρμακα,(καθαρτικά, διουρητικά, αμφεταμίνες). Αυτή η ιδιαίτερη δυσμορφοφοβία συνδυάζεται με μια λανθασμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος. Οι διαταραχές αυτές μελετήθηκαν εξονυχιστικά από ορισμένους συγγραφείς, που σημείωσαν τη συχνότητα και τις ιδιομορφίες σε ένα σημαντικό αριθμό αρρώστων. Υπογραμμίζουν την πολύ μεγάλη συχνότητα της λανθασμένης αντίληψης της εικόνας του σώματος (που παρατηρείται σε πάνω από 90% αυτών των αρρώστων στο ένα ή στο άλλο στάδιο της εξέλιξης) και που την ερμηνεύουν σαν την ανικανότητα να ενσωματώσουν λεπτομέρειες, τις οποίες αντιλαμβάνονται ξεχωριστά σε μια συγκροτημένη εικόνα, η διαταραχή αυτή θα συνδυαζόταν με άλλες διαταραχές του σχήματος του σώματος , ιδιαίτερα στο επίπεδο της αντίληψης των δυο ημιμορίων του σώματος. Σχετικά με τη δυσμορφοφοβία οι Buvat και Bynat-Herbaut διαχωρίζουν το συνεχή φόβο του να αποκτήσουν συνολικά περισσότερο βάρος από αυτό που αποκαλούν «δυσμορφο ψυχαναγκασμό», επικεντρωμένο σ'ένα μέρος του σώματος (συχνά

στη κοιλιά ή στους μηρούς), πραγματικό ελάττωμα που όμως μεγαλοποιείται, αρκετά συχνά συνδεδεμένο με την ίδια την αρρώστια και με τη χρήση καθαρτικών και που εμφανίζεται στο ένα τέταρτο ως ένα τρίτο των περιπτώσεων. Τέλος πιο σπάνια αυτό που αποκαλούν «δύσμορφο παραλήρημα», παραληρική και έμμονη πεποίθηση μιας σωματικής ανωμαλίας η οποία όμως δεν είναι πραγματική.

β) Η παραγνώριση της κατάστασης και συνακόλουθα της ισχύος, συμβαδίζει με την παραγνώριση και την άρνηση της αναγνώριση της ασθένειας. Η άρνηση αυτή συμμετέχει και στο μηχανισμό απάρνησης που κλασικά εξηγείται με τον τύπο του «γνωρίζω μεν αλλά...» που μαρτυρεί την ικανοποίηση και την αίσθηση παντοδυναμίας, που παρέχει η ανορεκτική συμπεριφορά, και των οποίων η άρρωστη δεν μπορούσε να εύκολα να πραγματοποιήσει το πένθος. Όλοι οι συγγραφείς επιμένουν σχετικά με την αδιαφορία των ασθενών για την κατάσταση τους, με την πλήρη έλλειψη έκδηλου άγχους μπροστά στο αδυνάτισμα τους. Η Bruch μιλά για την παθαγνωμονική σημασία της έλλειψης άγχους απέναντι στο αδυνάτισμα, που συχνά είναι μακάβριο.

γ) Πέρα από την εξωτερική όψη, αγνοούνται επίσης και οι ανάγκες του σώματος, τις οποίες οι ανόρεκτες απαρνούνται, όπως το κατέδειξε η Bruch.

Έτσι μπορεί να κατανοηθεί η φαινομενική έλλειψη ευαισθησίας στο κρύο των ασθενών αυτών που βλέπει κανείς ελαφρά ντυμένες, όποια και αν είναι η θερμοκρασία, παρόλο που φέρουν τα ίχνη του κρύου (σκάσιμο του δέρματος...).

Έτσι εξηγούνται, κατά ένα μέρος, η υπερδραστηριότητα και η άρνηση να παραδεχτούν την κόπωση και την ανάγκη για ύπνο. Η υπερδραστηριότητα, πηγάζει α) από την μια μεριά, από το καταναγκαστικό και παραληρηματικό σύστημα που εντοπίζεται στην ανάλωση θερμίδων (κάθε ανάλωση όσο ασήμαντη και αν είναι πρέπει μ'αυτή τη προοπτική να καταναλωθεί και οι άρρωστές αυτές εκφράζουν το πόσο οι σημαντικές ενασχολήσεις με φυσικές ασκήσεις -αναγκαστική πορεία, εξάντληση συνδέονται με την επιτακτική ανάγκη β) από την άλλη μεριά, απ'την παλινδρομική ερωτικοποίηση της κινητικότητας, όπως αυτή εμφανίζεται και στους αλκοολικούς.

2.7β Δεσμευμένη συναισθηματικότητα και κοινωνική ψευδοπροσαρμογή

Η ανικανότητα να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται τις ανάγκες του σώματος με την έννοια, ότι η αναγνώριση αυτή περιλαμβάνει ένα στοιχείο εφησυχαστικής οικειότητας- ξαναβρίσκεται στο συναισθηματικό επίπεδο σημαδεμένη από έναν φόβο, που φθάνει σχεδόν στον πανικό, και συχνά είναι ασυνείδητος σχετικά με οποιαδήποτε πραγματική συναισθηματική συμμετοχή. Κλινικά αυτός εκδηλώνεται μέσα από σχέσεις πάντοτε επιφανειακές. Αυτές συχνά είναι πολυάριθμες στην αρχή, μαρτυρώντας μια ακόρεστη απληστία για σχέσεις, αλλά αργότερα κατά κανόνα γίνονται πολύ πιο σπάνιες. Όποιος και να είναι ο αριθμός των σχέσεων αυτών και η φαινομενική φυσιολογικότητα που προσπαθούν να προσδώσουν κρύβουν το βίωμα απομόνωσης αυτών των αρρώστων που νιώθουν τον εαυτό τους οδυνηρά διαφορετικό απ'τις άλλες, πχ τις συμμαθήτριες τους στο λύκειο. Αυτό ακριβώς το βίωμα απομόνωσης, το αίσθημα του να μην είσαι μέσα στα πράγματα, θέλουν να επισημάνουν κάποιοι συγγραφείς όταν μιλούν για «γυάλινο κάλυμμα» ή για «χρυσό κλουβί». Συχνά έχει επισημανθεί ο φόβος της ανόρεκτης όσον αφορά τη γεννητική σεξουαλικότητα με αφορμή την έλλειψη δραστηριότητας σε αυτόν τον τομέα, η έλλειψη αυτή αμφισβητείται σε διάφορες πρόσφατες μελέτες, πρέπει βέβαια να επιμείνουμε πολύ περισσότερο σε αυτή την τοποθέτηση του συναισθήματός και των ενορμήσεων που θεωρούνται ως εξαιρετικά επικίνδυνα(η γεννητική σεξουαλικότητα όταν εκδηλώνεται στην πράξη, πράγμα που δεν είναι και τόσο σπάνιο, βιώνεται τότε πάντα χωρίς ευχαρίστηση και χωρίς συναίσθημα από την ανόρμητη, εκτός αν νιώθει την ανάγκη να αποδείξει στον εαυτό της ότι είναι ικανή γι'αυτό, ότι είναι φυσιολογική).

Η προοδευτική αναδίπλωση της ανόρεκτης στον εαυτό της είναι συνέπεια της συναισθηματικής αναστολής και της αδυναμίας να βρει μια ικανοποιητική απόσταση από τις σχέσεις της με τους άλλους. Η υπερβολική επένδυση των σχολικών δραστηριοτήτων της χρησιμεύει συχνά ως εκλογίκευσή που ταυτόχρονα έχει και την αξία ναρκισσιστικής επιβεβαίωσης. Η ανόρεκτη περιγράφεται κλασικά σαν μια κοπέλα που το διανοητικό της επίπεδο ξεπερνά το μέσο όρο, αλλά πρέπει να επιμείνουμε στο ότι παρουσιάζει κυρίως μια σχολική

υπερδραστηριότητα φτωχή και με ελάχιστη φαντασία, παρά μια πραγματική διανοητική υπερδραστηριότητα, πλούσια και δημιουργική, πράγμα που διαπιστώνεται από τα προφορικά τεστ. Και ακόμα μετά από κάποιο χρονικό διάστημα εξέλιξης, ο σημαντικός χρόνος που αφιερώνει στις σχολικές δραστηριότητες πρέπει να συσχετισθεί πολύ περισσότερο με την ελάττωση των επιδόσεων που προκαλείται από τον υποσιτισμό, παρά από την υπερβολική επένδυση αυτών των δραστηριοτήτων. Σε τελευταία ανάλυση, η κοινωνική προσαρμογή συχνά ικανοποιητική σε πρώτη ανάγνωση και κατά τη γνώμη των οικείων της, δεν αποτελεί παρά μονάχα μια επιφανειακή ψευδό προσαρμογή. Αυτή οφείλεται κυρίως στην ανάγκη αυτών των αρρώστων για φυσιολογικότητα και για τελειοθρία, ανάγκη στην οποία αφιερώνουν τεράστια ποσότητα ενέργειας, ανάλογα με την ένταση του αισθήματος ανεπάρκειας και ανικανότητας που προσπαθούν να καταπολεμήσουν.

2.7δ Αισθήματα κενού, ανεπάρκειας, ανικανότητας

Τα αισθήματα αυτά τα οποία απαντούν σταθερά, τα εκφράζουν οι ανόρεκτες με σχετική ευκολία, κυρίως στις εξελιγμένες μορφές, όπου η ψευδαίσθηση της αυτοκυριαρχίας και της παντοδυναμίας δεν αντέχουν στη δοκιμασία του χρόνου. Έχει μεγάλη σημασία να επιτραπεί να εκφραστούν από την πρώτη κιόλας συζήτηση, αφού θα τη προσανατολίσουμε στο ενδεχόμενο, η άρρωστη να παρουσιάζει έλλειψη εμπιστοσύνης στον εαυτό της και να αισθάνεται μια οδυνηρή τάση να αμφιβάλει για τις ίδιες της τις δυνατότητες. Και πραγματικά αυτή η έκφραση και μόνο, μέσα από τη συγκινησιακή επίδραση που τη συνοδεύει συχνά με κλάματα, μπορεί να επιτρέψει να διαφανεί το αίτημα για ελάχιστη βοήθεια, το οποίο όμως είναι απαραίτητο για την κατοπινή θεραπεία. Τα αισθήματα αυτά αμφιβολίας και ανικανότητας εκδηλώνονται συχνότατα με εκφράσεις του τύπου: « δεν έχω ποτέ τίποτα να πω...θεωρούσα πάντα τον εαυτό μου χωρίς ενδιαφέρον...δεν κάνω πια παρέα με κανέναν γιατί είμαι βέβαιη πως με θεωρούν ανόητη... καθόλου διασκεδαστική». Τα αισθήματα αυτά

συνδέονται με φόβο αποτυχίας, με τον φόβο ότι δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες της μητέρας, τον οποίο οι κοπέλες αυτές ισχυρίζονται απ' τα πρώτα χρόνια έχουν αισθανθεί, ειδικά στον εκπαιδευτικό τομέα παρά τα καλά τους αποτελέσματα. Πίσω από αυτά τα αισθήματά ανικανότητας τα οποία εκφράζονται συχνά και με τη μορφή αισθημάτων εσωτερικού κενού, βρίσκεται το βασικό πρόβλημα της ταυτότητας αυτών των ασθενών που «βιώνουν το είναι τους χωρίς ψυχικές άμυνες, ως προϊόν των άλλων, χωρίς δραστική συνείδηση του εαυτού τους».

2.7ε Καλυμμένη σύγκρουση με το άμεσο περιβάλλον

Η ανορεκτική συμπεριφορά δεν μπορεί να απομονωθεί απ' το πλαίσιο των σχέσεων μέσα στο οποίο οργανώνεται και το οποίο τη φωτίζει. Πρόκειται πραγματικά για πρόκληση ως προς το οικογενειακό περιβάλλον, αμφιθυμική αναζήτηση μιας αυτόνομης ταυτότητας που όσο την επιθυμεί τόσο και την φοβάται. Οι αντιδράσεις λοιπόν του περιβάλλοντος και η εντελώς ιδιαίτερη οικογενειακή ατμόσφαιρα που εγκαθίσταται, πρέπει να ληφθούν υπόψη όσον αφορά τη διάγνωση. Συνήθως η οικογενειακή ομάδα έχει την τάση να θεωρεί σαν κοινότοπο και να εκδηλώνει κάποια αδιαφορία, πριν ανοίξει βίαια τα μάτια της σχετικά με αυτό που της γίνεται όλο και πιο αφόρητο. Τότε αρχίζει ένας πραγματικός οικιακός και επισιτιστικός «μικρός πόλεμος» κατά τον οποίο η παθητική αντίσταση της ανόρεκτης ανταποκρίνεται στις αυξανόμενες υποκινήσεις του περιβάλλοντος, που γρήγορα «εξουθενώνεται». Το περιβάλλον πολλαπλασιάζει τις διάφορες απόπειρες του εναλλάσσοντας διάφορες στάσεις αυστηρότητας, φιλόφρονος κατανόησης, δραματοποίησης και επιτηδευμένης υποτιμήσεις του προβλήματος. Η άρρωστη ανακαλύπτει απότομα ανύποπτες δυνατότητες παρεμβάσεων και χειρισμών σε ένα περιβάλλον από το οποίο ως τώρα νόμιζε πως ήταν απόλυτα εξαρτημένη, δεν θα διστάσει να τις χρησιμοποιήσει με ένα τρόπο λίγο πολύ τυραννικό και παιχνιδιάρικο. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο της παθητικότητας και της

φαινομενικής αποδοχής εγγράφονται τα ψέματα και οι συμπεριφορές προσποίησης στις οποίες η ανορεκτική αποδεικνύεται τεχνίτης. Οι συμπεριφορές αυτές διατηρούνται συχνά στην αρχή της νοσοκομειακής περίθαλψης, ιδίως όταν το νοσοκομειακό προσωπικό δεν φροντίζει να αποφύγει την επανάληψη των οικογενειακών συμπεριφορών. Είναι γνωστό με πόση επιδεξιότητα οι άρρωστες αυτές είναι ικανές να αποκρύψουν ή να αποβάλουν τροφές και εμετούς. Ακριβώς κάτω από αυτές τις ιδιαίτερες συνθήκες, η ανόρεκτη σέρνεται τελικά από απελπισμένους γονείς, παππούδες -στους γιατρούς, ενώ οι συγκινείς ονειρεύονται πως θα αποκαλυφθεί μια οργανική αιτία που θα προσφέρει μια θεραπευτική λύση και συνάμα θα τους απαλλάξει από κάθε αίσθημα ενοχής.

2.8 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ

Η ψυχογενείς ανορεξία θεωρήθηκε συχνά σαν ένας τρόπος αντίδρασης σε μια τραυματική κατάσταση του συναισθηματικού και σεξουαλικού φάσματος. Το ερώτημα στη σημασία που έχει η πριν τη νόσο προσωπικότητα τίθεται εδώ όπως και σε κάθε ψυχιατρική παθολογία. Από τους παράγοντες πρόκλησης που αναφέρονται συχνότερα και ανευρίσκονται στο αναμνηστικό, μπορούμε να αναφέρουμε τους:

-Θάνατος ή χωρισμός (θάνατος του παππού, γάμος μια αδερφής ή αδερφού κτλ) ακόμα, μέσα στην ίδια λογική, η απομάκρυνση από οικογενειακό περιβάλλον (είσοδος σε οικοτροφείο) και όλες οι καταστάσεις όπου τα άτομα έρχονται αντιμέτωπα με την εξάρτηση από το περιβάλλον και με το άγχος του χωρισμού, της αυτονόμησης.

-Αντιπαράθεση με τη σεξουαλική προβληματική, είτε αυτή είναι πραγματική και άμεση (πρώτη σεξουαλική σχέση, σεξουαλικός προβληματισμός), είτε συχνότερα έμμεση και φαντασιωσική (δεσμός μιας αδερφής, συνάντηση μ'ένα νεαρό, πρώτο πάρτυ).

-Υπαρξη περισσότερου φυσιολογικού βάρους, το οποίο είναι σχετικά εμφανές, προπάντων όταν προκαλεί κοροϊδευτικά σχόλια.

-Προοπτική εξετάσεων ή αποτυχία σ'αυτές, συνθήκες που επαναδραστηριοποιούν το αίσθημα ανικανότητας.

2.9 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

2.9 α ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Στη κλασική μορφή εφηβείας η έναρξη των διαταραχών τοποθετείται κλασικά ανάμεσα στο δωδέκατο και εικοστό έτος της ηλικίας. Ορισμένοι προσπάθησαν να εντοπίσουν μέσα σε αυτό το μεγάλο διάστημα ειδικές κλινικές μορφές. Μια πρόσφατη εργασία εντόπισε σε μια ομάδα περισσοτέρων των 100 ασθενών, δυο αιχμές της νόσου που παρουσιάζονται στην ηλικία των 14 και των 18 ετών. Το γεγονός αυτό, σύμφωνα με του συγγραφέας, μάλλον αντιστοιχεί σε δυο περιόδους της εφηβείας κατά τις οποίες η εξάρτηση από την οικογένεια αλλάζει βαθύτατα. Από την μελέτη των δυο υποομάδων προκύπτει ότι οι νεώτερες ανόρεκτες παρουσιάζουν τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου, και υποβάλλονται γρήγορα σε παρακολούθηση και θεραπεία ενώ οι μεγαλύτερες που εισάγονται στο νοσοκομείο αργότερα παρουσιάσουν συνήθως συμπτώματα κατάθλιψης, τα οποία χρονολογούνται από παλιά, αλλά σε μικρό βαθμό. Οι ιδιαιτερότητες όμως αυτές δεν επιτρέπουν στους συγγραφείς να μιλούν για ιδιαίτερες κλινικές μορφές, όπως γίνεται για το παιδί ή την ενήλικη γυναίκα.

Στη περίπτωση του παιδιού περιγράφεται συνήθως μια προεφηβική μορφή (ανάμεσα στα 8 και τα 12 έτη) που διαφέρει ελάχιστα από την κλασική μορφή, παρόλο που τα διαγνωστικά κριτήρια της αμερικάνικης σχολής μοιάζουν να είναι ελάχιστα προσαρμοσμένα ειδικά όσον αφορά την απώλεια βάρους.

Με φοβική μορφή για ορισμένους συγγραφέας, με ψυχαναγκαστική μορφή για άλλους η πρόγνωση της παιδικής ανορεξίας είναι μάλλον απαισιόδοξη, κυρίως λόγω της ανάσχεσης της εφηβικής ανάπτυξης.

Η ψυχογενής ανορεξία της ενήλικης γυναίκας αξίζει να διαφοροποιηθεί.

Πρέπει να γίνεται 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 και με παιδιά. Στη

πρώτη περίπτωση άσχετα με το αν η εφηβική ανορεξία πέρασε ή όχι απαρατήρητη, διαπιστώνεται γενικά μια σχετική ισορροπία ανάμεσα στις βουλιμικές συμπεριφορές και στους ηθελημένους εμετούς, στα καθαρτικά και τα διουρητικά που συντελούν στο να διατηρείται ένα μάλλον σταθερό βάρος, έστω και πολύ χαμηλό, με τίμημα έναν τρόπο ζωής ιδιαίτερα φτωχό και ριζικά διαταραγμένο. Μπορεί να θεωρηθεί ότι πρόκειται για χρόνιες ανορεξίες που ορισμένοι συγγραφείς διαφοροποιούν ως ιδιαίτερη σημειολογικά μορφή εξαιτίας της θέσης που κατέχουν οι βουλιμικές και οι σύστοιχες συμπεριφορές. Σημειώνεται ότι η μορφή αυτή παρουσιάζεται σε πολύ μεγαλύτερη συχνότητα, μετά τα 20 έτη,

Η πραγματική ανορεξία της ενήλικης παντρεμένης γυναίκας αντιστοιχεί σε μια στιγμή ιδιαίτερα έντονης παλινδρόμησης συχνά σαν αντίδραση σ'ένα συναισθηματικό ή υπαρξιακό κλονισμό (θάνατος κάποιου συγγενή, εγκυμοσύνη). Η ανορεξία αυτή επισημαίνει τη βίαιη αποδιοργάνωση μια προσαρμοσμένης μέχρι τότε προσωπικότητας, έστω κι αν αυτή ήταν εύθραυστη και ελαττωματικά δομημένη. Η πρόγνωση της είναι γενικά άσχημη.

B) Η ανορεξία του βρέφους αποτελεί μια κλινική οντότητα που αναγκαστικά διαφέρει από την κλασική ψυχογενή ανορεξία της εφηβείας. Ωστόσο, όπως το απέδειξε ο B.Brusset, υπάρχουν πολλά κοινά σημεία ανάμεσα τους και ιδιαίτερα όσον αφορά τη σχέση της μητέρας και του παιδιού, σχέση που υποθάλπει αυτή τη συμπεριφορά άρνησης της τροφής. Πρόκειται κυρίως για την ψυχολογική ανορεξία του δεύτερου εξαμήνου ή ακόμα και της αρχής του δεύτερου έτους ζωής. Προεξάρχει η αγωνία της μητέρας και δικαιολογημένα, αυτή είναι που πρέπει να βοηθηθεί με μερικές συνεντεύξεις οι οποίες είναι αρκετές, για να εξαφανίσουν την ανορεκτική συμπεριφορά. Σε άλλες περιπτώσεις, η ανορεξία φαίνεται να είναι περισσότερο πολύπλοκη: Είτε πολύ πρώιμη, από τους πρώτους κιόλας μήνες, είτε ολική, μετά το δεύτερο έτος, δεν αποτελεί παρά ένα σύμπτωμα ανάμεσα στα άλλα.

2.9β ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΛΟ

Η ανδρική ψυχογενής ανορεξία. Η μορφή της νόσου στα αγόρια περιγράφηκε από την αρχή της εμφάνισης της έννοιας της ψυχογενούς ανορεξίας και αποτέλεσε στη συνέχεια αντικείμενο μεγάλου αριθμού εργασιών. Θεωρείται πολύ σπάνια (3 ως 13% από τις ψυχογενείς ανορεξίες, ανάλογα με τις διάφορες στατιστικές). Η νόσος χαρακτηρίζεται κλασικά από τη συχνότητα των βαρίων μορφών, αυστηρής πρόγνωσης, γεγονός που οδήγησε - ίσως λίγο υπερβολικά- στο να θεωρηθεί ως ψυχωτική ανορεξία λόγω των σχιζοειδών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, σε αντίθεση με τη γυναικεία ανορεξία που θεωρείται νευρωσική. Αν και μερικές φορές παρατηρούμε μια τάση προς την εκλογίκευση κατά τρόπο ασκητικό με κάποια απόχρωση μυστικισμού, φαίνεται ότι η ανδρική μορφή ελάχιστα διαφέρει κλινικά στο σύνολό της από την τυπική γυναικεία μορφή. Πολλοί συγγραφείς υπογράμμισαν την συχνότητα των προεφηβικών μορφών.

Όσο αφορά το γεγονός ότι η γυναικεία ανορεξία εμφανίζεται αριθμητικά πολύ περισσότερο πρέπει να παραδεχτούμε πως ελάχιστες πραγματικά ικανοποιητικές εξηγήσεις δόθηκαν ως τώρα σχετικά με τη στατιστική αυτή διαπίστωση. Πέρα από το κοινωνικό-πολιτιστικά δεδομένα που υπογραμμίζουν το κοινωνικό ιδανικό της λεπτής γυναίκας, που αυτό καθαυτό απαιτεί επεξήγηση ο συγγραφέας μιλάει για τη συνεχή κοινωνικοποίηση των εικόνων του σώματος- αμοιβαία ανταλλαγή σχημάτων ανάμεσα στη δική μας εικόνα του σώματος και σ' εκείνη των άλλων, προωθείται κυρίως ένας ορισμένος αριθμός ψυχαναλυτικών απόψεων. Σε πρώτη φάση υπάρχει η ανάγκη για το μικρό κορίτσι της ανταλλαγής του πρωταρχικού αντικειμένου- της μητέρας - με τον πατέρα μέσα στο πλαίσιο της προσέγγισης της οιδιπόδειας τριγωνοποίησης των σχέσεων όπως περιγράφει ο Freud. Από αυτό θα προέκυπτε μια ιδιαίτερη αξιοποίηση του σωματικού Εγώ : « Η προβληματική του γυναικείου ναρκισσισμού αναπτύσσεται στο επίπεδο της εμφάνισης ενώ στα αγόρια αυτός μπορεί να αναπτυχθεί στο επίπεδο του πένους, αλλά δεν πρόκειται μόνο για την εμφάνιση του σώματος, πρόκειται και για την εμπέδωση των ενδο-σωματικών διαδικασιών που ξεκινούν από την πράξη της εξωτερίκευσης»

2.9γ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗ ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

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 προεικάζει την 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 και από τον ιδιαίτερα αποτελεσματικό, διακριτικό και προκλητικό χειρισμό του περιβάλλοντος. Αντίθετα, οι ψυχαναγκαστικές μορφές θα χαρακτηρίζονταν από την τάση προς την αμφιβολία, προς την αγχώδη ανάκληση των ίδιων σκέψεων και προς την ενοχή, ιδιαίτερα όσον αφορά τις βουλιμικές κρίσεις. Οι φοβικές μορφές που συναντώνται συχνά σε ορισμένες ηλικίες, οδηγούν σε μια μάλλον απαισιόδοξη πρόγνωση. Τέλος, ορισμένες εξαιρετικά βαριές μορφές που μπορούν να εξελιχθούν σε αυθεντικές σχιζοφρένειες, θα ονομάζονταν ψυχωσικές ή προ-ψυχωσικές. Όσα αναφέραμε αντιστοιχούν σε μια αναμφισβήτητη κλινική πραγματικότητα. Ιδιαίτερα ορισμένοι συστατικοί παράγοντες της υστερικής προσωπικότητας (κυρίως η εξάρτηση και η συναισθηματική ανωριμότητα), φαίνετε ότι αποτελούν αδιάσπαστο μέρος αυτού που επίμονα παρατηρείται στις ανόρεκτες. Ωστόσο, είναι πιθανόν να επισημαίνονται μόνο ειδικές πτυχές του χαρακτήρα και όχι πραγματικές δομές της προσωπικότητας, με την ψυχαναλυτική έννοια του όρου. Ακόμα, περιγράφοντας με αυτόν τον τρόπο όλες τις μορφές ανάλογα με την υπολανθάνουσα προσωπικότητα υπονοούμε ότι η ιδιαιτερότητα της ανορεξίας δεν μπορεί να εντοπιστεί σε αυτό το επίπεδο και πριμοδοτούμε άμεσα τον αντιδραστικό χαρακτήρα των διαταραχών. Και αυτό ακριβώς αμφισβητείται, εδώ και πολλά χρόνια από τους περισσότερους συγγραφείς που ασχολούνται με τη ψυχογενή ανορεξία και που επιμένουν πολύ στη σπουδαιότητα της προγενέστερης προσωπικότητας των ασθενών και στην ύπαρξη μιας σχετικά εξειδικευμένης δομής της προσωπικότητας, έστω και αν δεν θεωρείται ως αποκλειστική της ανορεξίας.

2.10 ΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΡΕΚΤΗΣ

Το να προτάσσουμε τη προγενέστερη προσωπικότητα των ανόρεκτων αντιστοιχεί στο να υπογραμμίζουμε την ύπαρξη ενός ιδιαίτερου οικογενειακού περιβάλλοντος. Πράγματι, αν και οι οικογένειες αυτές χαρακτηρίζονται συχνά σαν φυσιολογικές, φαινομενικά κοινότοπες, πολλές μελέτες απέδειξαν, ότι πίσω από αυτήν την πρόσοψη φυσιολογικότητας, κρύβεται μια αρκετά παθολογική οικογενειακή οργάνωση. Κατά τις πρώτες συνεντεύξεις με τον γιατρό, η οικογένεια αυτοπεριγράφεται με αυταρέσκεια, σαν σχεδόν ιδανική, οικογένεια που δεν γνώρισε ποτέ το παραμικρό πρόβλημα, με τέλεια συνεννόηση ανάμεσα σε όλα τα μέλη της. Η ανόρεκτη κόρη ήταν συχνά το παιδί παράδειγμα που δεν προκάλεσε ποτέ το παραμικρό πρόβλημα στους γονείς του όσον αφορά την εκπαίδευση, την υγεία, τη συμπεριφορά και τη διατροφή, (ειδικά στη νηπιακή ηλικία). Με λίγα λόγια, τίποτα δεν άφηνε να προβλεφθεί μια τέτοια συμπεριφορά, φαίνεται να λένε οι γονείς που δεν δέχονται να θεωρηθούν μέτοχοι αυτού που συμβαίνει. Πρέπει να πούμε πως οι οικογένειες αυτές - συνήθως αναδιπλωμένες στον εαυτό τους, προσπαθούν πάντοτε να παρουσιάσουν μια ανεπίληπτη εικόνα, αυτή την έγνοια της εμφάνισης, της τέλει εικόνας που παρουσιάζουν στους άλλους, συμβαδίζει με την έλλειψη της εκφραστικότητας, της αυθεντικότητας στην έκφραση των συναισθημάτων και γενικά των σχέσεων με τους άλλους. Η επιθετικότητα, η οργή, ακόμα και η σεξουαλικότητα, δεν συμπεριλαμβάνονται στο φάσμα της έκφρασης και των σχέσεων των οικογενειών αυτών, αυτό ισχύει και για τις εκδηλώσεις στοργής και τρυφερότητας τόσο ανάμεσα στο ανδρόγυνο όσο και με τα παιδιά).

Η θέση της ανόρεκτης ανάμεσα στα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας εκτιμάται κατά διάφορους τρόπους. Ορισμένοι συγγραφείς ανακαλύπτουν ένα σημαντικό αριθμό από μοναχοκόρες, άλλοι από πρωτότοκες κόρες, ενώ άλλοι ισχυρίζονται πως η θέση της δεύτερης ανάμεσα στις αδερφές εμφανίζεται ως η πιο εκτεθειμένη (37% στο δείγμα τους). Συμμεριζόμαστε αυτή την άποψη καθώς και τις υποθέσεις που αφορούν αντιζηλία με μια αδερφή, κατά μερικά χρόνια μεγαλύτερη, αντιζηλία που ενδεχόμενα τη συντηρεί και η μητέρα, αυτόν τον αδύνατο συναγωνισμό στο επίπεδο της θηλυκότητας, που συχνά συναντάμε στην καθημερινή μας πρακτική.

Το γεγονός ότι οι οικογένειες αυτές βρίσκονται κάτω από την κυριαρχία των γυναικών υπογραμμίζεται από τους περισσότερους συγγραφείς. Η διαπίστωση αυτή συσχετίζεται με την απουσία κοριτσιών στις οικογένειες όπου υπάρχουν παχύσαρκα αγόρια. Μια κατάσταση που παρουσιάζεται συχνά είναι δυο ή τρία κορίτσια που ζουν με την μητέρα τους, και μερικές φορές με τη μητέρα της μητέρας τους, δίπλα σ'έναν πατέρα, που είναι ο μόνος αρσενικός εκπρόσωπος.

Η μητέρες που συχνά περιγράφονται σαν ψυχρές, άκαμπτες, υπερπροστατευτικές, αποκαλύπτονται, σε βαθύτερη ανάλυση, πολύ καταθλιπτικές. Οι συγγραφείς, επιμένουν από τη μια μεριά στη σχέση των μητέρων αυτών με την ίδια τους τη μητέρα και από την άλλη, στη θέση τους μέσα στο γονεϊκό ζευγάρι. Οι συγγραφείς αναφέρουν διαταραχές ταύτισης ως προς την ίδια τους τη μητέρα, με την οποία η σχέση είναι πολύ αμφιθυμική. Αυτή η διαταραχή ταύτισης με την ίδια τους τη μητέρα προκαλεί στις μητέρες των ανόρεκτων την αδυναμία να θεωρήσουν τον εαυτό τους σαν καλή μητέρα και κατά συνέπεια οδηγεί στην απάρνηση του παιδιού και στην ενοχή. Έτσι, οι μητέρες αυτές προσπαθούν ασταμάτητα να αποδείξουν στον εαυτό τους πως η σχέση με το παιδί είναι καλή, προλαμβάνοντας την παραμικρή εκδήλωση ανικανοποίητης από τη μεριά του παιδιού. Η διατροφή κατέχει την πρώτη θέση σ'αυτήν την προσπάθεια. Πρόκειται για μια αυτοματοποιημένη διατροφή που αποκλείει κάθε ευχαρίστηση, όπου η υπέρμετρη χορήγηση τροφής επιτρέπει την παραγνώριση του αιτήματος του παιδιού για αγάπη. Έτσι αποκαθίσταται μια σχέση του τύπου της στοματικής όπου υπερεκτιμάται η τροφή. Αργότερα το πολύ τελετουργικό οικογενειακό γεύμα θα παίξει σημαντικό ρόλο και ιδιαίτερα μέσα από κάποια πιεστική τυπικότητα που λειτουργεί και γενικότερα για τους γονείς ως εγγύηση της οικογενειακής σταθερότητας και της εκπαίδευσης που χορηγήθηκε στο παιδί.

Μας προκάλεσε εντύπωση η συχνότητα της παρουσίας της μητρικής γιαγιάς κάτω από την οικογενειακή στέγη ή τουλάχιστον στην άμεση γειτονία. Συχνά επιβάλλει ολοφάνερα την βούληση της, άλλες φορές μπορεί να δίνει την εντύπωση ότι βρίσκεται σε δεύτερο μοίρα, αν η κόρη της εμφανίζεται ως αρκετά αυταρχική, άλλα η γιαγιά πρόθυμα την υποτιμά σαν ακατάλληλη στο μητρικό ρόλο απέναντι στην ανόρεκτη.

Το παιδί αντιλαμβάνεται πολύ γρήγορα την αγωνία της μητέρας του, έτσι ώστε να αισθάνεται υποχρεωμένο να ικανοποιήσει τις

απαιτήσεις της, όχι μόνο τις διατροφικές, γιατί αλλιώς νομίζει ότι κινδυνεύει να τη χάσει. Ορισμένοι συγγραφείς αναφέρονται στην επίδραση που έχουν οι δυσχέρειες που οι μητέρες των ανόρεκτων έχουν με το ίδιο τους το σώμα, είτε είναι λίγο παχύσαρκες, είτε αντίθετα « υπερθηλικές», προσέχουν πολύ και ελέγχουν τη διατροφή και το βάρος τους και δεν αποτελούν ικανοποιητικό και προσιτό μοντέλο ταύτισης.

Στο συζυγικό επίπεδο, οι μητέρες αυτές παρουσιάζονται συχνά σαν ανικανοποίητες, ανεσταλμένες στη σεξουαλική συμπεριφορά τους, απογοητευμένες ως προς τις διανοητικές προσδοκίες και δυνατότητες τους. Συνεπώς ανατίθεται στο ανόρεκτο παιδί η φροντίδα να τις αποζημιώσει για τις απογοητεύσεις τους. Στοιχίο ναρκιστικής πληρότητας η κόρη αυτή χάνει κάθε δυνατότητα να έχει αυτόνομες επιθυμίες.

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

Οι απόψεις αυτές πρέπει να ερμηνευθούν με τη μεγαλύτερη προσοχή. Κυρίως θέλουν να δείξουν πόσο η παθολογική συμπεριφορά του ανόρεκτου παιδιού ενσωματώνεται σε ολόκληρη τη δυναμική των σχέσεων της οικογένειας η οποία και πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στο θεραπευτικό επίπεδο.

2.11 ΟΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ

Την ψυχογενή ανορεξία συνοδεύουν πολλές ορμονικές και μεταβολικές διαταραχές. Οι περισσότερες από αυτές δεν είναι ειδικές γιατί τις συναντάμε σε όλες τις καταστάσεις παθολογικής απίσχνασης: δεν είναι παρά η συνέπεια του υποσιτισμού. Άλλες διαταραχές φαίνεται ότι είναι πιο χαρακτηριστικές της ψυχογενούς ανορεξίας, όπως ορισμένες πλευρές της λειτουργίας των γοναδοτρόπων ορμονών, γεγονός που δικαιολογεί την έρευνα για πιθανές δυσχέρειες στις κεντρικές νευροχημικές ρυθμίσεις, κατά τη ψυχογενή ανορεξία, ειδικότερα θα αφορούσε δυσχέρειες στο επίπεδο του υποθαλάμου, στα τμήματα τα υπεύθυνα για την αύξηση και την έκκριση των γονάδων.

Όπως και να έχουν τα πράγματα, τα δυο κύρια κλινικά συμπτώματα της νόσου είναι η ανορεξία-απίσχναση και η αμηνόρροια, σε τέτοιο βαθμό που για πολύ καιρό η νόσος θεωρήθηκε ως αποτέλεσμα ανεπάρκειας υπόφυσης. Στην πραγματικότητα, αν υποθέσουμε ότι υπάρχει μια προ-υποφυσιακή διαταραχή, αυτή δεν είναι πλήρης και κυρίως δεν είναι παρά λειτουργική, δευτερογενής μιας παθολογίας που τοποθετείται σε ανώτερα επίπεδα. Τα υπόλοιπα κλινικά σημεία είναι, ουσιαστικά, δευτερογενή και οφείλονται στην απίσχναση.

2.11α Η ΑΠΙΣΧΝΑΣΗ

Καταβολισμός και ρύθμιση των παγκρεατικών και υποθαλαμικών ορμονών

Η απίσχναση, σίγουρα συνδέεται άμεσα με την ελάττωση της λήψης τροφής και θερμίδων που συνεπάγεται η ανορεξία.

Ο περιορισμός των θερμίδων, ιδιαίτερα όταν αυξάνουν οι

ενεργειακές δαπάνες, επιβάλλει να χρησιμοποιηθούν τα ενεργειακά αποθέματα του οργανισμού, δηλαδή εγκαθιστά μια κατάσταση καταβολισμού. Πρόκειται ουσιαστικά για λιπόλυση, για κατανάλωση λιπώδους ιστού. Από βιολογική άποψη παρατηρείται αύξηση των AGL, της γλυκερόλης και των κετονικών σωμάτων. Αντίθετα, η διαφορά με της άλλες μορφές υποσιτισμού βρίσκεται στο ότι η ψυχογενής ανορεξία διατηρεί σχετικά καλύτερα τη λήψη και το μεταβολισμό των πρωτεϊνών .

Οι διαδικασίες αυτές του μεταβολισμού γίνονται κάτω από ορμονικό έλεγχο και κατά κύριο λόγο από τις ορμόνες που εκκρίνονται από τα νησίδια του Langerhans, στο πάγκρεας. Διαταράσσεται η ισορροπία τους προς την κατεύθυνση του καταβολισμού. Από τις τέσσερις γνωστές ορμόνες του παγκρέατος, η ινσουλίνη είναι σημαντική αναβολική ορμόνη του οργανισμού: η έκκριση της ελαττώνεται στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας, τόσο σε κατάσταση βασικού μεταβολισμού όσο και μετά από ενεργοποίηση. Το γεγονός αυτό μπορεί να ερμηνευτεί επίσης την πτώση της ανεκτικότητας σε γλυκίδια που συναντάμε παρά την ευαισθησία στη δράση της ορμόνης στη περιφέρεια που είναι αυξημένη (αύξηση του αριθμού των ειδικών υποδοχέων και της σύνδεσης τους με την ορμόνη)

Από τις τρεις άλλες ορμόνες του παγκρέατος, το γλυκογόνο είναι μια καταβολική ορμόνη την οποία γνωρίζουμε καλά: η έκκριση της είναι μέτρια αυξημένη στη ψυχογενή ανορεξία. Όσο αφορά τις δυο τελευταίες ορμόνες, είναι λιγότερο γνωστές και ιδιαίτερα για την περίπτωση της ψυχογενής ανορεξίας. Γνωρίζουμε μόνο ότι στην ιδιοπαθή παχυσαρκία, η παγκρεατική σωματοτοστίνη δείχνει να είναι υποδιεγέρσιμη, ενώ δεν έχει ελεγχθεί ως προς την ψυχογενή ανορεξία.

Τείνουμε να πιστεύουμε όλο και περισσότερο ότι οι ορμόνες που εκκρίνονται από τα νησίδια του Langerhans βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο του υποθαλάμου και ειδικότερα κάτω από τον έλεγχο δυο από τους πυρήνες του τον μεσοκοιλιακό και τον . Εκτός από αυτόν τον πιθανό ρόλο τους στον έλεγχο των ορμονών, οι δυο αυτοί πυρήνες είναι καλά γνωστοί για τη ρύθμιση του κορεσμού και του βάρους. Αν αυτό το σχήμα είναι σωστό, αποκαθίσταται μάλλον μια σχέση ανάμεσα στον υποθάλαμο, στην πείνα, το πάγκρεας και το βάρος. Εντούτοις το μέρος αυτό της φυσιολογίας του υποθαλάμου είναι λίγο γνωστό: ποιος ο ρόλος του φυτικού και νευρικού συστήματος; Ποια τα πιθανά νευροπεπτίδια ;

Γνωρίζουμε, ότι πρωταρχική αιτία της παχυσαρκίας είναι ο υπερινσουλισμός, ο οποίος πιθανά συνδέεται με την υπερδιέγερση των νησιδίων του Langerherhans από ένα πεπτίδιο το οποίο εκκρίνεται από αυτούς τους πυρήνες. Βλέπουμε λοιπόν να αρχίζει να δια φαίνεται ένας υποθαλαμικός άξονας ο οποίος ίσως αντιπροσωπεύει το βασικό τμήμα της ενδεχόμενης σωματικής έκφρασης της παθογένειας της ψυχογενούς ανορεξίας και της παχυσαρκίας, στην οποία η κατάσταση των ορμονών που σχετίζονται με τη διατροφή μοιάζει να είναι συμμετρική ως προς καθρέπτη μ'αυτή που βρίσκουμε στην ψυχογενή ανορεξία.

Σχέσεις ανάμεσα στην κατάσταση του καταβολισμού και στις ορμόνες του θυρεοειδοτρόπου, του κορτικοτρόπου και του σωματότροπου άξονα

Σ'αυτούς τους τρεις άξονες υπάρχουν άμεσες διαταραχές στην περιφέρεια, οι οποίες είναι συνέπειες του υποσιτισμού:

Στο επίπεδο του θυρεοειδούς, υπάρχουν κλινικά σημεία τα οποία μπορούσαν να ανήκουν σε υποθυρεοειδισμό: διαταραχές των κεαίων μορίων του δέρματος, δυσκοιλιότητα, βραδυκαρδία, ευαισθησία στο ψύχος, επιβράδυνση του αχιλλείου αντανακλαστικού, υπερχοληστεριναιμία. Βιολογικά υπάρχει πράγματι ένα σύνδρομο χαμηλής T3 δηλαδή μια ελαφριά πτώση της T4 στα κατώτατα φυσιολογικά όρια και μια χαμηλή T3. Αυτό δεν σχετίζεται με διαταραχές των πρωτεϊνών σύνδεσης μεταφοράς ορμονών, οι οποίες είναι φυσιολογικές

2.11β Η ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ

Η αμηνόρροια είναι το δεύτερο σημαντικό κλινικό σημείο της νόσου. Μπορεί να εμφανιστεί πριν την απίσχναση, να είναι σύγχρονη της ή να την ακολουθήσει μετά από μερικούς μήνες. Η εξήγηση των διαταραχών της περιόδου είναι μάλλον περίπλοκη γιατί συνεπάγεται την αλληλεπίδραση ενός αριθμού ορμονών. Ο έλεγχος αυτών των

ορμονικών σχέσεων βρίσκεται στην περιοχή του εγκεφάλου που ονομάζεται υποθάλαμος, ο οποίος με τη σειρά του επηρεάζεται από εξωτερικούς παράγοντες, όπως το συγκινησιακό σοκ. Στην παιδική ηλικία, πριν από την εφηβεία, σ'όλη την διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας και μέχρι το γήρας ο υποθάλαμος εκκρίνει και απελευθερώνει αρκετές ορμόνες σε μικρά αιμοφόρα αγγεία που τις μεταφέρουν στην υπόφυση όπου προκαλούν τη σύνθεση και την απελευθέρωση των ορμονών της υπόφυσης, οι ορμόνες που κατασκευάζονται στον υποθάλαμο ονομάζονται εκλυτικές ορμόνες.

Η εκλυτική ορμόνη που επηρεάζει την ωορρηξία και την περίοδο ονομάζεται εκλυτική ορμόνη της γοναδοτροπίνης ή GnRH. Στην παιδική ηλικία απελευθερώνεται μια μικρή αλλά σταθερή ποσότητα GnRH αλλά στα χρόνια ακριβώς πριν από την έναρξη της περιόδου λαμβάνει χώρα μια μεταβολή και η GnRH αρχίζει να εκλύει κατά ώσεις στο διάστημα της ημέρας. Αυτές οι ώσεις αρχίζουν όταν το κορίτσι αρχίζει να μεγαλώνει μάλλον γρήγορα τα τρία ή τέσσερα χρόνια πριν από την εμμηναρχή. Όταν το σώμα της φτάσει σε ένα κρίσιμο βάρος, ή για την ακρίβεια όταν η αναλογία λίπους στο σώμα της υπερβεί ένα κρίσιμο όριο, έχει περίοδο για πρώτη φορά. Μόλις γίνει η εμμηναρχή, η GnRH εξακολουθεί να εκλύει κατά ώσεις σε όλη τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας, με την ποσότητα να ποικίλει από μέρα σε μέρα. Για παράδειγμα κατά την περίοδο λαμβάνει χώρα μια μεγάλη έξαρση GnRH και αυτή διεγείρει εξειδικευμένα κύτταρα στην υπόφυση να συνθέσουν και να απελευθερώσουν τη θυλακιοτρόπο ορμόνη ή FSH. Όπως δείχνει το όνομα της, η FSH διεγείρει την ανάπτυξη ενός αριθμού από δομές (θυλάκια στην ωοθήκη που περιέχει ωάρια. Κατά την εφηβεία κάθε ωοθήκη περιέχει πάνω από 200.000 θυλάκια. Κάθε μήνα ανάμεσα στην εφηβεία και στην εμμηνόπαυση 10 ως 20 θυλάκια διεγείρονται να αναπτυχθούν και ένα από αυτά ξεπερνάει σε ανάπτυξη όλα τα άλλα καθώς αναπτύσσονται συνθέτουν την γυναικεία ορμόνη του φύλλου, το οιστρογόνο, και την απελευθερώνουν στο αίμα που κυκλοφορεί. Το οιστρογόνο προσλαμβάνεται εκλεκτικά από τους ιστούς στα γεννητικά όργανα και στους μαστούς, και ιδίως από το ενδομήτριο της μήτρας και των μαστών που αναπτύσσονται. Ταυτόχρονα οι αυξανόμενες ποσότητες οιστρογόνου στο αίμα ανατροφοδοτούν αρνητικά τον υποθάλαμο και την υπόφυση, οδηγώντας σε αργή πτώση της GnRH που απελευθερώνεται και συνεπώς σε μείωση της FSH. Στη μέση του κύκλου υπάρχει μια έξαρση έκκρισης οιστρογόνου, προκαλώντας την

αντίδραση του υποθάλαμου και της υπόφυσης οι οποίοι εκλύουν ένα κύμα FSH και ένα κύμα από μια δεύτερη ορμόνη, την ωχρινοποιητική ορμόνη ή LH με τη σειρά της, επιδρά στο μεγαλύτερο από τα αναπτυσσόμενα θυλάκια που έχει τριπλάσιο μέγεθος από όλα τ'άλλα. Το θυλάκιο «σκάει» και απελευθερώνει το ωάριο του. Έχει λάβει χώρα ωορρηξία. Η LH προκαλεί επίσης μεταβολές στο χαρακτήρα του σπασμένου θυλακίου που ονομάζεται τώρα «ωχρό σωματίο». Κιτρινίζει και αρχίζει να συνθέτει μια δεύτερη ορμόνη του φύλλου, την προγεστερόνη. Η προγεστερόνη αναπτύσσει ακόμα περισσότερο το ενδομήτριο, ώστε να είναι έτοιμο αν γονιμοποιηθεί το ωάριο. Εάν δεν λάβει χώρα γονιμοποίηση, το ωχρό σωματίο πεθαίνει και σταματάει να παράγει ορμόνες. Αυτό οδηγεί σε έμμηνη ρύση και επανάληψη του ορμονικού κύκλου.

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

Οι ορμονικές μεταβολές αυτές δίνουν μια εξήγηση για της διαταραχές της περιόδου. Όταν το βάρος του σώματος πέσει κάτω από το κρίσιμο επίπεδο που είναι περίπου 80% του Μέσου Βάρους Σώματος, σταματάει η κατά ώσεις απελευθέρωση GnRH και τα κύματα GnRH αντικαθίστανται από σταθερή μικρή έκκριση, παρόμοια με εκείνη που συνέβαινε πριν την εφηβεία. Επειδή η GnRH δεν απελευθερώνεται πια κατά ώσεις, η υπόφυση δεν απελευθερώνει FSH και LH σε επίπεδα για να διεγείρουν τις ωοθήκες να εκκρίνουν επαρκείς ποσότητες των γυναικείων ορμονών του φύλου και το αποτέλεσμα είναι η αμηνόρροια.

Είναι ενδιαφέρον ότι μεταξύ 10 και 20% των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία εμφανίζουν αμηνόρροια πριν να χάσουν καθόλου βάρος (στην πραγματικότητα το βάρος τους μπορεί ακόμη και να αυξάνει) και σε άλλες η περίοδος δεν ξαναρχίζει τακτικά επί μήνες ή και χρόνια

μετά την επάνοδο σε φυσιολογικά βάρη σώματος. Εάν ληφθεί ένα λεπτομερές ιστορικό από αυτές τις γυναίκες συνήθως ανακαλύπτεται ότι έχουν χρησιμοποιήσει μεθόδους απώλειας βάρους όπως υπερβολική γυμναστική, ο αυτοπροκαλούμενος εμετός και η κατάχρηση καθαρικών πριν από την απώλεια βάρους ή κατά και μετά την πρόσκτηση βάρους. Σ'αυτές τις περιπτώσεις η διαταραχή της περιόδου συνδέεται σχεδόν με βεβαιότητα με τη συμπεριφορά απώλειας βάρους.

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

2.12 ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Οι περισσότεροι συγγραφείς υπογραμμίζουν ότι είναι πλατύ το φάσμα των δυνατοτήτων εξέλιξης της ψυχογενούς ανορεξίας.

Το τελικό αποτέλεσμα μπορεί να ποικίλλει από την αυτόματη ανάρρωση μέχρι το θάνατο, ενώ η ασθένεια μπορεί να διαρκέσει από μερικούς μήνες μέχρι και ολόκληρη ζωή.

Στη μια άκρη της κλίμακας διαφαίνεται δραματικά η εξέλιξη που οδηγεί στο θάνατο. Στην άλλη άκρη της κλίμακας βρίσκονται οι «αυτόματες ιάσεις» που συνεπάγονται αναδιοργανώσεις της προσωπικότητας.

Οι συγγραφείς κρίνουν ότι τέτοιες αναδιοργανώσεις στο σύνολο τους εγγράφονται σε μια ιδιαίτερη βακτηριολογική συμπεριφορά στην οποία κυριαρχεί συχνά η τυραννία, έκδηλη ή καλυμμένη πίσω από ένα ηθικό μαζοχισμό, ο οποίος συνήθως είναι εμφανής ή πίσω από μια διεστραμμένη μεταχείριση του περιβάλλοντος.

Περιγράφουν ως συχνότερες εξελικτικές μορφές τις:

-Την υστερική-φοβική νεύρωση, με αρκετά καλή πρόγνωση, που εκφράζει την ασυνείδητη δυνατότητα αποδοχής της εξάρτησης από το αντικείμενο και που συχνά συνοδεύεται από πρόσκαιρη ή επίμονη βουλιμία.

-Τις ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές που παραμένουν σαν αν είναι χωρισμένες από το σύνολο των του βιώματος των ατόμων αυτών.

-Τέλος τις συμπεριφορές ψυχοπαθητικού τύπου, με διευθέτηση ενός τρόπου ζωής όπου παθητικότητα και διεστραμμένες συμπεριφορές (ιδίως σεξουαλικές) εξασφαλίζουν στο άτομο μια φαινομενικά ικανοποιητική ισορροπία, με τη προϋπόθεση ότι το περιβάλλον θα είναι ανεκτικό, ένας κόσμος όπου διαστροφή και ψύχωση συνδυάζονται και βρίσκουν έκφραση μέσα στην πράξη.

Κατά την Hilde Bruch οι διάφορες αυτές μορφές οργάνωσης της προσωπικότητας μπορεί να αλληλοδιαδέχονται η μια την άλλη όσο περνούν τα χρόνια.

Η ίδια συγγραφέας μαζί με πολλούς άλλους, υπογραμμίζει πως σχεδόν πάντα η προσφυγή στον ψυχίατρο γίνεται σε πολύ προχωρημένο στάδιο της νόσου.

Για τον λόγο αυτό, όπως συνήθως μόνο το ιστορικό επιτρέπει την ανασύσταση των τριών κλασικών εξελικτικών φάσεων.

Αρχικά η φάση της μάχης ενάντια στην πείνα, μέσα σε συνθήκες έλλειψης, ικανοποίησης και απώλειας της εκτίμησης του εαυτού.

Μετά η φάση της «ακλόνητης αισιοδοξίας» που θυμίζει το «μήνα του μέλιτος» όπως περιγράφεται στους τοξικομανείς, όταν μέσα απ'την ανορεκτική στάση, η ευχαρίστηση και το αίσθημα εκπλήρωσης, που αποκτώνται από την πετυχημένη απώλεια βάρους, άρχονται σε αντίθεση με τα προηγούμενα αισθήματα περιφρόνησης και δυσαρέσκειας.

Η Τρίτη φάση αντιστοιχεί στη μεσοπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη εξέλιξη. Πολλοί συγγραφείς επιμένουν στον ρόλο που παίζει στο στάδιο αυτό ο υποσιτισμός αυτός καθαυτός. Και είναι αυτό που ωθεί την Bruch να θεώρηση την βελτίωση της διατροφής σαν προκαταρκτικό για οποιαδήποτε θεραπευτική προσπάθεια, η οποία θα γίνει με την προοπτική της σφαιρικότερης ανάπτυξης της θεραπείας σε όλα τα επίπεδα. Θα δούμε στη συνέχεια ότι η ανάκτηση βάρους δεν αρκεί σε καμιά περίπτωση για να επιτύχει κανείς μια σταθερή βελτίωση. Αλλά αν δεν πραγματοποιηθεί αυτή συχνά η άρρωστη εγκαθίσταται μέσα στη καχεξία. Μερικές φορές οι βουλιμικές συμπεριφορές «διαφυγή» επιτρέπουν να μην απειληθεί άμεσα η ζωτική πρόγνωση από την καχεξία και να αποτραπεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο. Οι συμπεριφορές αυτές συνδυάζονται συχνά με στοιχεία καταθλιπτικά ή ψυχοπαθητικά και εξηγούν τις παρατεινόμενες και χωρίς πρόοδο εξελίξεις, εξαιτίας ενός σχεδόν αποδεκτού

συμβιβασμού, τουλάχιστον σε ένα πολύ επιφανειακό επίπεδο. Και πραγματικά, οι αυτόματες ή σχεδόν αυτόματες εξελίξεις είναι πολύ σπάνιες. Αντιστοιχούν σε μορφές όπου ο αντιδραστικός χαρακτήρας της νόσου είναι πολύ εμφανής.

Η εξέλιξη των μορφών που χρειάστηκαν νοσοκομειακή περίθαλψη αποτέλεσε αντικείμενο για πολυάριθμες μελέτες και στατιστικές:

Το ποσοστό των θανάτων ποικίλει από 3 ως 6% ανάλογα με τους συγγραφείς. Οι E. Kestemberg μιλούν για «θάνατο από εξάντληση, συνήθως κατά την διάρκεια μιας ή περισσοτέρων απόπειρων θεραπείας παρά εξαιτίας του καταστροφικού υποσιτισμού». Κλασικά, ο θάνατος μπορεί να οφείλεται σε μια οξεία επιδείνωση του υποσιτισμού, σε μια πολύ γρήγορη προσπάθεια ανάνηψης ή ακόμα σε μια συνυπάρχουσα στοματική πάθηση, συνήθως λοιμώδη. Πρέπει να φοβόμαστε το θάνατο όταν βρισκόμαστε μπροστά σε σημαντική και ιδιαίτερα γρήγορη απίσχναση, κλινικά συμπτώματα έντονης καχεξίας, ειδικά στις μορφές που αργούν να εκδηλωθούν. Τρεις είναι οι πιθανές εξελίξεις:

α) Ιαση, σαν κατάληξη μιας απόλυτα ευνοϊκής εξέλιξης, τόσο στο φυσιολογικό επίπεδο (βάρος, λειτουργία γονάδων), όσο και στο κοινωνικό, επαγγελματικό επίπεδο(γάμος, απασχόληση) και στο προσωπικό βίωμα (θυμικό, ικανότητα να αντιμετωπίσει κανείς τις δυσκολίες της ζωής)

β) μέτρια εξέλιξη που χαρακτηρίζεται από μια βελτίωση, αλλά όμως, σοβαρές δυσχέρειες παραμένουν και στα τρία επίπεδα.

γ) Δυσμενής και βαριά εξέλιξη, όταν και τα τρία επίπεδα ζωής είναι επικίνδυνα διαταραγμένα, γεγονός που οφείλεται σχηματικά είτε στον χρόνιο υποσιτισμό, είτε στην καθαρά ψυχιατρική εξέλιξη, συνήθως με ψυχωτική μορφή.

Η κατανομή των ποσοστών ανάμεσα στις τρεις παραπάνω δυνατότητες εξέλιξης φαίνεται να είναι πάντα της τάξης που πρότειναν οι E. Bliss και H. Branch αφού εξέτασαν τη σχετική βιβλιογραφία: το ένα τρίτο του ποσοστού αντιστοιχεί σε κάθε μια από της δυνατότητες.

Θα μπορούσαμε μάλιστα να πούμε ότι η πρόγνωση είναι μάλλον λιγότερο καλή από ότι αφήνουν να εννοήσουμε αυτοί οι συγγραφείς. Είναι πάντως βέβαιο ότι το γεγονός συνδέεται, κατά μεγάλο μέρος με μια όλο και περισσότερο ποιοτική εκτίμηση της πρόγνωσης αλλά και με πιο απαιτητικά διαγνωστικά κριτήρια.

Έτσι ένας άλλος συγγραφέας μιλάει για την πτωχή και άκαμπτη

προσωπικότητα των περιπτώσεων μέτριας εξέλιξης στην οποία παρατηρείται συχνά ψυχαναγκαστικός χαρακτήρας, αναστολή, ελάττωση των συναισθημάτων, καταθλιπτικές τάσεις, υποχονδριακές ενασχολήσεις, δυσχέρεια στην επικοινωνία.

Ο ευάλωτος χαρακτήρας του αισθήματος της όρεξης για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά από το επεισόδιο της ανορεξίας, ακόμα και αν το βάρος παραμένει σταθερό, υπογραμμίζεται από πολλούς συγγραφείς.

Όλα αυτά τα στοιχεία εκφράζουν το πόσο ευαίσθητες είναι αυτές οι ιάσεις, το πόσο σχετική αξία έχουν ορισμένα στατιστικά δεδομένα σχετικά με τη πρόγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας, ιδιαίτερα αφού ορισμένες συμπεριφορές (αναφερόμαστε κυρίως στις βουλιμικές) βιώνονται σε μια ατμόσφαιρα ντροπής και συχνά οι ασθενείς τις αποκαλύπτουν. Αυτό διαπιστώνεται από την συχνότητα των υποτροπών, για τις οποίες υπάρχουν ελάχιστα ακριβή στατιστικά δεδομένα. Αυτές οι συχνές και πρώιμες υποτροπές είναι σύμφωνα με κάποιους συγγραφείς ευκολότερα να αντιμετωπισθούν, ενώ για άλλους αποτελούν ένα στοιχείο κακής πρόγνωσης. Μια ανάλυση της πρόσφατης βιβλιογραφίας επιβεβαιώνει τα δεδομένα αυτά, αλλά δεν παραλείπει να υπογραμμίσει τις μεθοδολογικές δυσκολίες που υπάρχουν στη σύγκριση των αποτελεσμάτων διάφορων εργασιών.

Στη προσωπική μας μελέτη σχετικά με την εξέλιξη μια εκατοντάδας ανόρεκτων που είχαν νοσηλευθεί στο νοσοκομείο(58 φάκελοι απόλυτα αξιοποιήσιμη με μέσο χρόνο παρατήρησης τα τρία έτη), διακρίναμε ως δίκτες μιας κακής εξέλιξης και αντίθετα :

-στο βιολογικό επίπεδο την έλλειψη όρεξης και σε μικρότερο βαθμό την έννοια της επιλογής των τροφίμων.

-στο υπαρξιακό επίπεδο, την ύπαρξη βουλιμικών συμπεριφορών.

Από την άποψη της εξέλιξης, τα δεδομένα που αφορούν την εργασία και τον τρόπο ζωής είναι περιορισμένης σημασίας, αφού η κατανομή στα επίπεδα αυτά βασίζεται κυρίως στην ηλικία.

Πολλοί συγγραφείς προσπάθησαν να εντοπίσουν τα στοιχεία που θα επέτρεπαν να προβλεφθεί η πρόγνωση της νόσου. Η ύπαρξη κάποιου παράγοντα που να έχει αξία τραυματισμού ικανού να προκαλέσει τη νόσο θεωρείται γενικά στοιχείο καλής πρόγνωσης, όπως θεωρείται, με την ίδια λογική, ευνοϊκός χαρακτήρας η απότομη εμφάνιση της ανορεξίας. Σύμφωνα με τους περισσότερους συγγραφείς, η καθυστερημένη έναρξη της νόσου αποτελεί στοιχείο κακής πρόγνωσης.

Για ορισμένους, το γεγονός αυτό θα έπρεπε να συσχετισθεί με την συχνότητα- σ'αυτήν την ηλικία- μιας βουλιμικής συμπεριφοράς που ακολουθείται από εμετούς, οι οποίοι σ'αυτή την περίπτωση θεωρούνται ως κακή ένδειξη. Η συγγραφέας παρατηρεί περισσότερη αποδιοργάνωση της σκέψης στις ασθενείς που τρώνε υπερβολικά και μετά κάνουν εμετό. Ωστόσο για άλλους συγγραφείς, η εμφάνιση βουλιμικής συμπεριφοράς στη αρχή της ασθένειας, αποτελεί ένα μάλλον ευνοϊκό στοιχείο.

Η χρονιότητα του συνδρόμου θεωρείται ως στοιχείο κακής πρόγνωσης, έστω και αν ορισμένοι αμφισβητούν τον ισχυρισμό, ότι δηλαδή ο χρόνιος χαρακτήρας της ασθένειας είναι νη ανατρέψιμος μετά από δεκαετή εξέλιξη.

Στο σύνολο τους, οι συγγραφείς συμφωνούν στη διαπίστωση ότι ο βαθμός απίσχνασης δεν έχει καμιά προγνωστική αξία, όπως ούτε ο βαθμός ανάληψης βάρους κατά τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Ορισμένοι σημειώνουν ως μάλλον ευνοϊκό χαρακτήρα τη διαπίστωση νευρωτικών χαρακτήρων στην προσωπικότητα, ιδιαίτερα υστερικής ποιότητας.

Η προσωπική μας μελέτη επιβεβαιώνει απόλυτα τα δεδομένα αυτά, επαληθεύοντας κυρίως τον καθοριστικό ρόλο που παίζει στο βιολογικό επίπεδο η χρονιότητα του συνδρόμου, η ηλικία στην οποία εμφανίζεται η ασθένεια (η έναρξη μετά το 25ο έτος φαίνεται πως αποτελεί αναμφισβήτητο παράγοντα χρονιότητας), και σε μικρότερο βαθμό η ύπαρξη βιολογικών διαταραχών και οιδημάτων λόγω στέρσης βασικών ουσιών.

Ορισμένοι συγγραφείς υπογραμμίζουν παράλληλα τον ρόλο της προσωπικότητας των γονέων, του συζύγου η οποία μπορεί να αποδιοργανωθεί κατά τη βελτίωση της κατάστασης του παιδιού τους και θεωρούν ως δυσμενή προγνωστικό παράγοντα την ύπαρξη γονέων με χαρακτηριστικά κατάθλιψης, ψυχαναγκασμού και με σημαντικές σωματικές αιτιάσεις.

Πολλοί συγγραφείς παρατηρούν ότι το κοινωνικό επίπεδο αυτών των οικογενειών είναι υψηλό, ορισμένοι ότι ένα χαμηλό επίπεδο αποτελεί στοιχείο κακής πρόγνωσης.

Τα αποτελέσματα είναι τόσο ευνοϊκότερα όσο η απόσταση από την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία αυξάνει (μεγαλύτερη από δέκα χρόνια). Τα αποτελέσματα αυτά μπορούν να συνδυαστούν με την διαπίστωση ότι σε 17 ασθενείς που επανέκτησαν ένα φυσιολογικό κύκλο, η αμηνόρροια διήρκεσε κατά μέσο όρο λίγο περισσότερο από τέσσερα

χρόνια. Δεν υπάρχουν πολύ σημαντικές διαφορές σχετικά με την πρόγνωση στις διάφορες μελέτες που προαναφέραμε παρά το γεγονός ότι η παρακολούθηση των ασθενών ποικίλλει πολύ (ένα ως δυο χρόνια για κάποιες έρευνες και από δέκα ως τριάντα για κάποιες άλλες).

Σαν συμπέρασμα, θεωρούμε ότι στο δειγματολόγιο μας διακρίνονται τρεις ιστορίες εξέλιξης:

-Η πρώτη αντιπροσωπεύεται από την ομάδα των αρρώστων που τώρα αισθάνονται καλά, τόσο στο βιολογικό όσο και στο υπαρξιακό επίπεδο, αυτές είναι ελάχιστες (10%). Φαίνεται ότι δεν διατηρούν καν την εκλογής των τροφίμων.

-Η δεύτερη ομάδα αντίθετα, αφορά τις ασθενείς που δεν αισθάνονται καλά σε κανένα από τα δυο παραπάνω σημεία. Εδώ οι άρρωστες είναι περισσότερες, είναι πάντα ανόρεκτες και τρώνε με δυσκολία. Σπάνια είναι παντρεμένες. Μερικές από αυτές εργάζονται συστηματικά. Είναι αρκετά σπάνια βουλιμικές, εκτός από εκείνες στις οποίες η ασθένεια παρουσιάστηκε αργά, μετά το 25ο έτος, αυτές παίρνουν συχνότατα ηρεμιστικά και καθαρτικά και επισκέπτονται κατά καιρούς τον ψυχίατρο.

-Η τρίτη ομάδα είναι η μεγαλύτερη (25 ασθενείς , 45%). Περιλαμβάνει ένα μικρό αριθμό γυναικών που αισθάνονται καλά παρόλο που το βάρος τους είναι χαμηλό και πάσχουν από αμηνόρροια. Η ομάδα αυτή περιλαμβάνει ακόμα πολλές άρρωστες που δεν παρουσιάζουν παρά μόνο το ένα ή το άλλο από τα συμπτώματα αυτά, συνήθως την αμηνόρροια ή και κανένα σύμπτωμα, αλλά νιώθουν δυστυχημένες επειδή κατέχονται από μάλλον συχνές κρίσεις βουλιμίας, οι οποίες χωρίς να αλλοιώνουν σοβαρά την ικανότητα τους για κοινωνική και επαγγελματική ένταξη, θεωρούνται από τις ασθενείς ως σοβαρό μειονέκτημα.

2.13 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πραγματικά είναι σίγουρα το ίδιο απατηλό το να θέλει κανείς να θεραπεύσει μια νεαρή κοπέλα που ζυγίζει καμιά τριανταριά κιλά, μόνο ακούγοντας την ψυχοθεραπευτικά, με το να περιμένει ένα πραγματικό και διαρκές αποτέλεσμα μόνο από την ανάληψη βάρους.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη με απομόνωση, φαίνεται ότι αποτελεί τον κοινό παρανομαστή της πλειοψηφίας των συγγραφέων οι οποίοι διαφωνούν μόνο σε ότι αφορά την πρακτική οργάνωση της, την σημασία της χημειοθεραπείας, της ψυχοθεραπείας και του προσανατολισμού της.

Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΜΕ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ

Η νοσοκομειακή περίθαλψη αποτελεί για την μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων ψυχογενούς ανορεξίας την πρώτη φάση θεραπείας. Μπορεί αρκετά συχνά να την αποφύγει κανείς στις ελάχιστονες μορφές όπου διατηρεί τον χαρακτήρα μιας δυνατότητας στην οποία μπορούμε να προσφύγουμε και η οποία περιλαμβάνεται στους όρους ενός νοσοκομειακού θεραπευτικού συμβολαίου στο οποίο προβλέπεται ότι αυτή θα επιβληθεί στην περίπτωση που ο ασθενής δεν αναλάβει βάρος μετά από ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα. Τα δεδομένα που έχουμε σχετικά με την εξέλιξη και πρόγνωση μας έδειξαν ότι η νοσοκομειακή περίθαλψη συχνά αργεί πολύ να εφαρμοστεί και ότι η χρονιότητα του συνδρόμου είναι το πιο καθοριστικό στοιχείο για την πρόγνωση.

Η ανάγκη ενδοноσοκομειακής περίθαλψης είναι άμεσα συνδεδεμένη με τις φυσιοπαθολογικές, συντεταγμένες της ανορεκτικής συμπεριφοράς. Μέσα στην προοπτική της προσέγγισης που σκιαγραφήσαμε στο ψυχοπαθολογικό κεφάλαιο με τις συμπεριφορές εθισμού, μπορεί κανείς να την θεωρήσει σαν μια θεραπεία αποτοξίνωση (είναι γνωστό σε τι βαθμό είναι συνήθως απατηλό το να θέλει κανείς να θεραπεύσει έναν αλκοολικό ή έναν

εξαρτημένο τοξικομανή με τρόπο αποκλειστικά νοσοκομειακό).

Η απομόνωση η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της νοσοκομειακής αυτής περίθαλψης εφαρμόστηκε ως θεραπεία συμπεριφορικού χαρακτήρα, πριν ακόμα κατονομαστεί σαν τέτοια. Αυστηρή εγκλειστική για ορισμένους συγγραφείς σε παλαιότερους καιρούς, έχει εξελιχθεί σήμερα σε κάτι πολύ πιο εύκαμπτο που αποβλέπει κυρίως στο χωρισμό από την οικογένεια, στην οποία η απομόνωση πρέπει να παρουσιάζεται με τρόπο όσο το δυνατό λιγότερο ενοχοποιητικό, δηλαδή σαν πράξη που δικαιολογείται από καθαρά ιατρική άποψη. Η απομόνωση περιγράφεται σαν προσπάθεια για επέμβαση επί των εγκατεστημένων συνηθειών που διακόπτει τις συγκρουσιακές αντιδράσεις με το περιβάλλον, σχετικά με το θέμα της διατροφής και των γευμάτων, που σταματά τους χειρισμούς των γονέων, μειώνει το άγχος τους και επιτρέπει στον καθένα να ξαναβρεί την αυτονομία του.

Αυτό προϋποθέτει ότι η θεραπευτική ομάδα δεν επαναλαμβάνει τη στάση των γονέων, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την διατροφή και ότι η ενότητα και η συνέπεια δεν παρουσιάζει κενά. Αυτό αποτελεί έναν από τους όρους του συμβολαίου, όπως αυτό καθορίζεται, όσο είναι δυνατό, από τις πρώτες κιόλας μέρες της εισαγωγής στο νοσοκομείο. Το συμβόλαιο αυτό που όσο γίνεται περισσότερο και όσο είναι δυνατό, πρέπει να αποτελεί αντικείμενο διαπραγμάτευσης με την ανόρεκτη μέσα σε μια ατμόσφαιρα θεραπευτικής ακρόασης και κατανόησης, επιτρέπει το να εμπιστευθεί κανείς στην ίδια, κατά κάποιο τρόπο, την διαχείριση της νοσοκομειακής περίθαλψης της, έτσι ώστε να της ανατεθεί «μια για πάντα» η φροντίδα της ανάληψης βάρους, ανοίγοντας τον δρόμο για ανταλλαγή στο οτιδήποτε -πέρα από τα συμπτώματα- θα μπορούσε στο ψυχολογικό και στο συναισθηματικό επίπεδο να προκαλέσει βοήθεια και περίθαλψη. Συνήθως το συμβόλαιο περιλαμβάνει μια κλίμακά ανάληψης βάρους, η οποία είναι κατανεμημένη σε στάδια και προσαρμόζει στην κάθε περίπτωση, τη διαχείριση των συνθηκών νοσηλείας και τους τρόπους της προοδευτικής αποκατάστασης της επαφής με το οικογενειακό περιβάλλον. Σαν παράδειγμα θα μπορούσε κανείς να φανταστεί τέσσερα ή πέντε στάδια που το καθένα από αυτά να αντιστοιχεί σε μια ανάληψη βάρους 2χργ. Και που θα ρύθμιζαν προοδευτικά τις δυνατότητες αλληλογραφίας, τηλεφωνημάτων, επισκέψεων, ακόμα και άδειας εξόδου από το νοσοκομείο. Θεωρούμε ότι είναι επιθυμητό, σε δεύτερο χρόνο να συμπεριληφθεί στο συμβόλαιο εκτός από το

συνηθισμένο ελάχιστο βάρος (που είναι ο όρος για τη δυνατότητα εξόδου από το νοσοκομείο) και ένα μέγιστο βάρος που δεν θα πρέπει να ξεπεραστεί, κατά κανόνα πολύ υψηλότερο από το προηγούμενο, δηλαδή να εισαχθεί η έννοια της ψαλίδας του ιδανικού βάρους. Αυτό αποβλέπει στο να ληφθεί υπόψη ο φόβος της απώλειας του ελέγχου όσον αφορά την ανάληψη τροφής και του βάρους στην ανόρεκτη, και στο να την ωθήσει σε μια πραγματική θεραπευτική συμμαχία για την ψυχολογική διεργασία την οποία η άρρωστη αντιλαμβάνεται εξ αρχής ότι ενσωματώνεται αυτή η θεμελιακή διάσταση του προβληματισμού της.

Στην πραγματικότητα, η νοσοκομειακή περίθαλψη και η απομόνωση αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ψυχοθεραπευτικής σχέσεις με την ανόρεκτη. Το πλαίσιο της θεραπείας και οι συνθήκες ζωής που συμμετέχουν στην απομόνωση, είναι στοιχεία που δεν διαχωρίζονται από την ψυχοθεραπευτική σχέση η οποία στηρίζεται σ'αυτά για να εγκατασταθεί. Ο χώρος της νοσηλείας παίζει τότε το ρόλο του ψυχαναλυτικού ντιβανιού, ο καταναγκασμός της απομόνωσης καθορίζει την σχέση που εγκαθίσταται και που λειτουργεί σαν τον «θεμελιώδη κανόνα» στην ανάλυση. Η απομόνωση υποβάλλει το πλαίσιο της σιωπής από την οποία θα εδραιωθεί η ποιότητα μιας άλλης παρουσίας και μιας άλλης εισακοής.

Και πραγματικά τα εξωτερικά όρια που τοποθετούνται σε πολλαπλά επίπεδα, εμποδίζουν τις μεγαλομανιακές φαντασιώσεις παντοδυναμίας, την υπερδραστηριότητα, την αγωνία του καταβροχθισμού και της απώλειας του αντικειμένου. Στο επίπεδο της διατροφής, ο περιορισμός «δίσκος-γεύμα» που λαμβάνεται για αρκετό καιρό στο δωμάτιο, αρχικά μπροστά στην διακοπτόμενη παρουσία ενός μέλους της θεραπευτικής ομάδας, επιτρέπει να αποφευχθούν η μονιχαϊστική εναλλαγή του όλα ή τίποτα και εφόσον είναι προσεκτική η νοσοκόμα, η ευχαρίστηση της μεταχείρισης του άλλου.

Στο επίπεδο των κινήσεων και των δραστηριοτήτων, ο καθορισμός των στιγμών κατά τις οποίες είναι μόνη ή με άλλους, σε ανάπαυση ή με συγκεκριμένες δραστηριότητες, επιτρέπει στην ανόρεκτη να κινείται σε ένα δομημένο χώρο και χρόνο- έννοιες που και οι δυο είναι συχνά βαθιά αλλοιωμένες σ'αυτήν και συντελεί στο να τη καθησυχάσει προσφέροντας της έναν καλύτερο έλεγχο, στη σχέση της με τους άλλους. Μια γνήσια και θερμή σχέση μπορεί έτσι να επιτευχθεί. Αυτή ευνοείται αρχικά, στις βαριές μορφές από μια

μητρική παρουσία που δίνει μεγάλη σημασία στις σωματικές περιποιήσεις. Αργότερα, η σχέση αυτή θα στηριχθεί στις δραστηριότητες που αναπτύσσουν τη σχέση με τους άλλους και προωθούν τη σωματική έκφραση.

Οι περισσότεροι συγγραφείς υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα της εισαγωγής σε νοσοκομείο που είναι εξειδικευμένο σε τέτοιους ασθενείς και που το προσωπικό του ενδιαφέρεται γι' αυτήν την παθολογία.

Σήμερα η χορήγηση αντικαταθλιπτικών μπορούν να αποδοθούν τόσο σε ψυχοπαθολογικές απόψεις που θεωρούν τη ψυχογενή ανορεξία ως ισοδύναμο κατάθλιψης με την πλατύτερη έννοια του, όσο και σε βιοχημικές άποψης σύμφωνα με την υπόθεση ότι οι θεραπείες αυτές έχουν εξειδικευμένη επίδραση στην θεωρούμενη ως ανεπαρκή υποθαλαμική λειτουργία. Νομίζουμε ότι εκτός από τις περιπτώσεις στις οποίες από την οξεία φάση μια καταθλιπτική σημειολογία μπορεί να δικαιολογήσει άμεσα μια τέτοια χορήγηση- αυτή ενδείκνυται πολύ συχνότερα στο στάδιο της αποθεραπείας όπου συμβάλει στη διαδικασία υποστήριξης.

Η χρήση μη-ψυχοτρόπων φαρμάκων αντιστοιχεί πρώτιστα στη θεραπεία οξείων καχεκτικών καταστάσεων με σοβαρές μεταβολικές διαταραχές που επιβάλλουν αποκατάσταση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

2.14 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Θεμελιώδης αρχή είναι η θεραπευτική εργασία που αρχίζει στη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης, να συνεχίζεται και μετά από αυτήν. Η νοσοκομειακή περίθαλψη και η απομόνωση δεν μπορούν να είναι παρά μεταβατικά στάδια, μια αναγκαία συνοδεία όπως είναι ο έλεγχος του βάρους και της φυσικής κατάστασης αλλά όχι μοναδική και απατηλή θεραπεία, ακόμα και στις περιπτώσεις, που η εξαφάνιση του συμπτώματος στεφανώνει το τελικό αποτέλεσμα.

Αν αυτή η εργασία της αποθεραπείας δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί, τότε υπάρχει πραγματικά μεγάλη πιθανότητα η ανόρεκτη στερημένη από την αμυντική της συμπεριφορά και

αντιμέτωπη απότομα με τις δυσκολίες μιας ζωής της οποίας διαισθάνεται καλύτερα τα «κενά» χωρίς να μπορεί ακόμα να τα γεμίσει αναγκάζεται να ξαναεφαρμόσει έλλειψη καλύτερου μέσου την ανόρεκτη συμπεριφορά. Το πόσο ακατάλληλες είναι οι νοσοκομειακές παρακολουθήσεις που προτείνουν τα περισσότερα κλασικά ψυχιατρικά κέντρα καθώς και οι αναλυτικές, σιωπηρές και σημαντικές ψυχοθεραπείες αποδεικνύεται από τις συχνές και μετά από σύντομο χρονικό διάστημα διακοπές των θεραπειών αυτών, γεγονός που οδηγεί στο να προτείνει κανείς στις άρρωστες αυτές μια πιο εξειδικευμένη μορφή περίθαλψης που επικεντρώνεται στην έλλειψη της εμπιστοσύνης στον εαυτό τους, στην ανικανότητα τους να αντιτάσσονται χρησιμοποιώντας το λόγο στους άλλους, ώστε μ'αυτόν τον τρόπο να υπάρχουν λίγο περισσότερο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΒΟΥΛΙΜΙΑ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για πολλούς ανθρώπους ένα υπερβολικό φαγοπότι είναι κάτι το εντελώς αβλαβές, μια απόκλιση από το σύνηθες πρόγραμμα διατροφής τους, μια απόλαυση.

Για μερικούς όμως σημαίνει απώλεια του ελέγχου στο φαγητό. Το γεγονός αποτελεί μείζον ζήτημα, κυρίως για τις νεαρές γυναίκες του Δυτικού κόσμου και περισσότερο Ηνωμένων Πολιτειών και Βρετανίας.

Παρά το γεγονός ότι η βουλιμία έχει αναμφισβήτητα πάρει μεγάλες διαστάσεις δεν υπάρχει επιστημονική ερμηνεία της. Λόγο εν μέρη της διάδοσης πολλών λανθασμένων πληροφοριών από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης οι περισσότεροι άνθρωποι, τόσο εκείνοι που υπέφεραν από βουλιμία αλλά και όλοι οι άλλοι, γνωρίζουν λίγα πράγματα για το πρόβλημα αυτό.

Άραγε η βουλιμία είναι μια χρόνια κατάσταση ή μπορεί να ξεπεραστεί; Όλοι οι βουλιμικοί παίρνουν καθαρτικά; Πρόκειται για μια παροδική διαταραχή της συμπεριφοράς ενός κατά τ'άλλα φυσιολογικού ατόμου ή αποτελεί ένδειξη ότι και κάτι άλλο πάει στραβά; Ποιοί άνθρωποι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν βουλιμικοί και γιατί; Πότε εκδηλώνεται η βουλιμία και τι την προκαλεί; Πόσο διαρκεί η τυπική φάση της βουλιμίας; Πώς ξεχωρίζουμε την πραγματική βουλιμία από τη μεγάλη κατανάλωση φαγητού; Και το σημαντικότερο, πως μπορούν οι βουλιμικοί να σταματήσουν αυτή την συχνά καταστροφική συμπεριφορά.

Καμιά από της παραπάνω ερωτήσεις δεν μπορεί να απαντηθεί αν δεν έχει προηγηθεί μια ολοκληρωμένη κατανόηση της βουλιμίας, πράγμα που αποτελεί και το στόχο αυτού του κεφαλαίου.

Το λεξικό Merriam Webster Collegiate Dictionary για παράδειγμα εξηγεί πως μια σημασία της λέξης είναι «αχαλίνωτη και συχνά υπερβολική απόλαυση»

Αυτή η ονομαζόμενη απόλαυση είναι εμπειρία που βιώνει μια στις πέντε γυναίκες σήμερα. Ωστόσο, η σημασία της εμπειρίας ποικίλλει σημαντικά ανά περίπτωση. Ορισμένες την αντιμετωπίζουν σαν ένα αθώο παράπτωμα και δεν έχει αντίκτυπο στη ζωή τους. Για κάποιες άλλες όμως είναι ένα πραγματικό πρόβλημα με αρνητικές συνέπειες σε πολλές πτυχές της ζωής τους.

Η αποτυχία κατανόησης αυτής της διάκρισης- ήπια βουλιμία έναντι προβλήματος βουλιμίας - αποτελεί την βαθύτερη αιτία σύγχυσης που επικρατεί σε σχέση μ'αυτή τη συμπεριφορά. Πότε πρέπει ένα επεισόδιο λαιμαργίας να χαρακτηρίζεται σαν βουλιμία και πότε σαν μια απλή κατανάλωση ποσότητας φαγητού;

Παρ'όλο που οι προσωπικές ιστορίες των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν πρόβλημα βουλιμίας δεν είναι ποτέ ίδιες, αποδεικνύεται πως οι βουλιμικοί έχουν δυο κοινά χαρακτηριστικά: Η ποσότητα του φαγητού που τρώνε είναι μεγάλη, ενώ συγχρόνως υπάρχει μια αίσθηση απώλειας του ελέγχου. Η παραδοχή αυτών των κοινών παραμέτρων οδήγησε την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία στη διαμόρφωση ενός κοινά αποδεκτού τεχνικού ορισμού της βουλιμίας:

Ένα επεισόδιο βουλιμίας χαρακτηρίζεται και από τα παρακάτω στοιχεία:

1) Το άτομο τρώει μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (πχ μέσα σε δυο ώρες) ποσότητα τροφής πολύ μεγαλύτερη από εκείνη που θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι στο ίδιο χρονικό διάστημα και κάτω από παρόμοιες συνθήκες.

2) Υπάρχει μια αίσθηση απώλειας του ελέγχου στη ποσότητα της τροφής που καταναλώνει το άτομο κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (νιώθει ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι ή πόσο τρώει).

Το στοιχείο εκείνο που κυριαρχεί στη βουλιμία είναι η αίσθηση απώλειας ελέγχου. Αυτό πάνω από όλα την διαφοροποιεί από την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού και την απλή απόλαυση.

3.2 ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΝΟΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Συναισθήματα: Τα πρώτα λεπτά ενός επεισοδίου βουλιμίας μπορεί να είναι ευχάριστα. Η γεύση και η αίσθηση της τροφής φαίνεται ότι προσφέρουν μεγάλη απόλαυση. Αυτά τα συναισθήματα όμως σπάνια διαρκούν πολύ. Πολύ σύντομα αντικαθίσταται από το αίσθημα της αηδίας, καθώς το άτομο καταναλώνει όλο και περισσότερο φαγητό. Πολύ νιώθουν αποστροφή για αυτό που κάνουν, αλλά δεν μπορούν να σταματήσουν.

Ταχύτητα κατανάλωσης τροφής: Συνήθως κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας, οι άνθρωποι τρώνε γρήγορα. Έρευνες έχουν αποδείξει πως οι γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία τρώνε δυο φορές πιο γρήγορα παρότι οι φυσιολογικές.

Αναστάτωση: Ορισμένοι άνθρωποι βηματίζουν πάνω κάτω ή περιφέρονται αμήχανα κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου βουλιμίας. Νιώθουν τη λαχτάρα τους για φαγητό σαν μια πανίσχυρη δύναμη που τους οδηγεί σ'αυτή τη βλαβερή συνήθεια. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο χρησιμοποιείται συχνά όρος καταναγκαστική κατανάλωση τροφής.

Απώλεια ελέγχου: Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως η απώλεια ελέγχου είναι κυρίαρχο στοιχείο της βουλιμίας αλλά διαφέρει σημαντικά από άνθρωπο σε άνθρωπο. Ορισμένοι νιώθουν κάτι τέτοιο πολύ πριν αρχίσουν να τρώνε. Σε κάποιους άλλους εξελίσσεται σιγά σιγά καθώς αρχίζουν να τρώνε ή όταν συνειδητοποιούν ότι έχουν φάει πολύ.

Ένα αίσθημα διαταραχής της συνείδησης: Συχνά οι άνθρωποι δηγούνται ότι αισθάνονται σαν να βρίσκονται σε κατάσταση ύπνωσης κατά τη διάρκεια της βουλιμίας.

Μυστικότητα: Ένα ιδιαίτερο μυστικό της τυπικής βουλιμίας είναι ότι δεν αποκαλύπτεται. Ορισμένοι άνθρωποι ντρέπονται τόσο πολύ για αυτή που κάνουν τα πάντα για να την κρύψουν, και μπορεί να το καταφέρνουν για πολλά χρόνια.

3.3 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Η ψυχογενής βουλιμία αρχικά γνωστή στη βόρεια Αμερική απλά ως βουλιμία

βρέθηκε στο επίκεντρο της ιατρικής μόνο τα τελευταία είκοσι χρόνια. Αν και τα σύγχρονα διαγνωστικά σχήματα διαφέρουν σε κάποιες μικρές λεπτομέρειες, όλοι συμφωνούν πως για να γίνει διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας, πρέπει να συντρέχουν τρεις προϋποθέσεις:

1. Το άτομο να έχει συχνά επεισόδια βουλιμίας, δηλαδή πρέπει να καταναλώνει πολύ μεγάλες ποσότητες τροφής, λαμβάνοντας υπόψη και τις περιστάσεις κάτω από τις οποίες εκδηλώνει τα επεισόδια αυτά. Επίσης, πρέπει να βιώνει μια αίσθηση απώλειας του ελέγχου τη στιγμή εκείνη.

2. Πρέπει να χρησιμοποιεί συστηματικά οποιοδήποτε ακραίο μέτρο για την αποφυγή αύξησης του σωματικού βάρους. Τα μέτρα αυτά μπορεί να είναι ο αυτοπροκαλούμενος εμετός, η χρήση καθαρτικών ή διουρητικών, η υπερβολική γυμναστική και η εντατική δίαιτα ή η νηστεία.

3. Πρέπει να ανησυχεί υπερβολικά για το σχήμα του σώματος, το βάρος του ή και για τα δύο.

Η ανησυχία αυτή ξεπερνά κατά πολύ την απλή αίσθηση ότι είναι παχύ ή τη δυσαρέσκεια του για τη σωματική του εμφάνιση. Αντίθετα, όλη του η ζωή κυριαρχείται από τις ανησυχίες για το σχήμα και το βάρος του. Μια ακόμη προϋπόθεση για τη διάγνωση είναι το άτομο να μην χαρακτηρίζεται ως πάσχον από ψυχογενή ανορεξία.

Η ψυχογενής βουλιμία πλήττει κυρίως τις νεαρές γυναίκες, ιδιαίτερα στην ηλικία των είκοσι χρόνων. Το πρόβλημα συνήθως ξεκινά στα τέλη της εφηβείας με μια περίοδο αυστηρής δίαιτας. Στο ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων η δίαιτα αυτή μπορεί να είναι τόσο υπερβολική ώστε το άτομο να αναπτύξει αρχικά ψυχογενή ανορεξία η οποία εξελίσσεται προοδευτικά σε ψυχογενή βουλιμία. Έτσι παρόλο που βάσει των διαγνωστικών κριτηρίων το άτομο δεν είναι δυνατόν να παρουσιάζει και τις δυο διαταραχές συγχρόνως, φαίνεται πως αυτές είναι αλληλένδετες.

Οι άνθρωποι με ψυχογενή βουλιμία έχουν περίεργες συνήθειες

διατροφής. Εξ ορισμού, όλοι παρουσιάζουν επεισόδια βουλιμίας, τα οποία εκδηλώνουν συνήθως σε διαστήματα που βρίσκονται σε αυστηρή δίαιτα. Κάποιοι δεν τρώνε απολύτως τίποτα ανάμεσα στα επεισόδια βουλιμίας τους, ενώ οι πλειοψηφία των υπολοίπων ακολουθούν αυστηρή δίαιτα. Ορισμένοι προκαλούν εμετό μετά από κάθε επεισόδιο βουλιμίας προσπαθώντας να απαλλαγούν από το φαγητό που έφαγαν, για το σκοπό αυτό μπορεί να παίρνουν διουρητικά ή καθαρτικά.

Από τη στιγμή που υιοθετείτε αυτός ο τρόπος διατροφής τείνει να διαιωνίζεται, αν και μπορεί να παρουσιάσει διακυμάνσεις ως προς την ένταση. Ως τη στιγμή που θα καταφύγουν στη θεραπεία, τα άτομα αυτά έχουν συνήθως ακολουθήσει αυτή τη διατροφική συνήθεια για πολλά χρόνια.

3.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Η διαταραχή της βουλιμίας είναι η άλλη διαταραχή πρόσληψης τροφής. Πρόκειται για μια διάγνωση η οποία είναι ακόμη κάπως αμφιλεγόμενη. Μάλιστα, πολλοί γιατροί μπορεί να μην είναι ακόμη εξοικειωμένοι με τον όρο αν και πολλοί ξέρουν το πρόβλημα που περιγράφει.

Στα μέσα της δεκαετίας του '80 άρχισαν να συσσωρεύονται μαρτυρίες ότι περίπου το ένα τέταρτο των ατόμων που αναζητούν θεραπεία για την παχυσαρκία έχουν πρόβλημα βουλιμίας, αν και πολύ λίγοι από αυτούς αποδεικνύεται ότι πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία.

Την ίδια περίπου στιγμή, κοινοτικές μελέτες για την έκταση της ψυχογενούς βουλιμίας, έδειξαν πως η πλειοψηφία των βουλιμικών ατόμων δεν έπασχαν από αυτήν. Τα ευρήματα οδήγησαν μια ερευνητική ομάδα πανεπιστημίου της Κολούμπια να προβάλλει την άποψη ότι τα άτομα αυτά έχουν μια άλλη διαταραχή της πρόσληψης τροφής, διαφορετική από τη ψυχογενή βουλιμία. Ονόμασαν λοιπόν τη νέα διαταραχή «σύνδρομο παθολογική υπερφαγίας» που από τότε αντικαταστάθηκε από το λιγότερο προβληματικό όρο «διαταραχή» της

βουλιμίας.

Οι άνθρωποι με διαταραχή της βουλιμίας παρουσιάζουν επαναλαμβανόμενα συμπτώματα της, αλλά δεν καταφεύγουν σε ακραίες τεχνικές ελέγχου του βάρους τους όπως τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία. Συχνά στο παρελθόν οι άνθρωποι που ανταποκρίνονταν σ'αυτή την περιγραφή χαρακτηρίζονταν -από τους γιατρούς και μη- ως καταναγκαστικοί βουλιμικοί, παρά το γεγονός ότι ο όρος καταναγκαστική κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής δεν έχει συγκεκριμένη, αναγνωρισμένη σημασία.

Η κλινική εμπειρία και οι έρευνες υποδεικνύουν πως η διαταραχή της βουλιμίας έχει ευρύτερη κατανομή παρότι η ψυχογενής βουλιμία. Είναι πιο ομαλά κατανεμημένη σε άνδρες και γυναίκες, άτομα της μαύρης φυλής παρουσιάζουν τον ίδιο κίνδυνο εκδήλωσης της διαταραχής με τους λευκούς, ενώ η ηλικία των ατόμων είναι ευρύτερης κλίμακας, κυμαινόμενη από τα είκοσι ως τα πενήντα χρόνια.

Στις μέρες μας επικρατεί η εσφαλμένη αντίληψη πως όλοι οι άνθρωποι που πάσχουν από τη διαταραχή της βουλιμίας είναι υπέρβαροι. Οι έρευνες στον γενικό πληθυσμό δείχνουν πως μόνο οι μισοί περίπου είναι υπέρβαροι.

3.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Ορισμένες φορές ένα επεισόδιο βουλιμίας είναι μόνο μια μεμονωμένη συμπεριφορά που ακόμη κι αν επαναλαμβάνεται, δεν επηρεάζει την ποιότητα ζωής.

Τις περισσότερες φορές όμως η βουλιμία συνδέεται και με άλλα προβλήματα. Η σχέση αυτών των προβλημάτων με τη βουλιμία είναι συνήθως πολύπλοκη. Ορισμένα αποτελούν μια πραγματική συνέπεια της βουλιμίας, κάποια είναι τυχαίες συμπτώσεις χωρίς ιδιαίτερη σημασία, ενώ ορισμένα ενισχύουν στην πραγματικότητα τη βουλιμία. Τα πράγματα μπερδεύονται ακόμη περισσότερο καθώς κάποια

προβλήματα πηγάζουν από τη βουλιμία και συγχρόνως την ενισχύουν, δηλαδή επενεργούν τόσο στην αιτία όσο και στο αποτέλεσμα της σχέσης. Κατά συνέπεια, δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο από τον οποίο δύσκολα μπορεί κανείς να ξεφύγει. Όπως θα δείξει αυτό το κεφάλαιο υπάρχει ένα κυκλικό στοιχείο στη βουλιμία, βάση του οποίου οι τωρινές συνέπειες μπορεί να αποτελέσουν την αιτία μελλοντικών προβλημάτων. Έτσι, δεν αρκεί να μάθουμε να ελέγχουμε την βουλιμία, περιμένοντας στη συνέχεια να εξαφανιστούν αυτόματα όλα τα άλλα προβλήματα.

Προκειμένου να φτάσουμε στην κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση, έχει σημασία να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο τα προβλήματα αυτά σχετίζονται με τη βουλιμία, καθώς και το αν είναι λίγο ενοχλητικό ή αν προκαλούν μεγάλες δυσχέρειες.

3.6 ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Τα προβλήματα βουλιμίας σχετίζονται με μια ποικιλία ψυχολογικών και κοινωνικών δυσκολιών. Με τον καιρό μπορούν να επιφέρουν δυστυχία σε μια αρμονική ευτυχισμένη ζωή, βλάπτοντας όχι μόνο το άτομο με το πρόβλημα αλλά και τις σχέσεις του με την οικογένεια και τους φίλους του.

Φυσικά, τώρα πια είναι φανερό ότι η βουλιμία δεν αποτελεί μια αβλαβή συνήθεια και όπως δείχνει αυτό το κεφάλαιο, οι συνέπειες της δεν είναι μόνο ψυχολογικές αφού μπορεί να βλάψει με πολλούς τρόπους το σώμα, είτε σαν άμεση συνέπεια της υπερβολικής κατανάλωσης τροφής, είτε σαν αποτέλεσμα των παρεπομένων της προσπάθειας ελέγχου του βάρους, όπως της δίαιτας και της πρόκλησης εμετού. Πολλές από τις σωματικές συνέπειες της βουλιμίας είναι αναστρέψιμες, αλλά κάποιες είναι μόνιμες. Οι περισσότερες επιδεινώνονται με τη πάροδο του χρόνου και για το λόγο αυτό δεν πρέπει να παραβλέπονται.

3.6α ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑΧΙ

Η βουλιμία έχει λίγες άμεσες σωματικές συνέπειες. Τα περισσότερα επεισόδια της αφήνουν το άτομο με ένα αίσθημα πρηξίματος, το οποίο σε κάποιες περιπτώσεις είναι έντονο και οδυνηρό. Οι άνθρωποι που τρώνε έως ότου νιώσουν έντονο πρήξιμο, δηλώνουν πως κάποιες φορές αισθάνονται δύσπνοια. Αυτό οφείλεται στο διεσταλμένο στομάχι που πιέζει το διάφραγμα. Πολύ σπάνια όταν τα τοιχώματα του στομάχου διαστέλλονται τόσο πολύ που καταστρέφονται απαιτείται άμεση χειρουργική επέμβαση.

3.6β ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η παχυσαρκία σύμφωνα με πρόσφατες απόψεις θεωρείται πολυπαραγοντική πάθηση, στην οποία κύριο λόγο παίζουν η γενετική, η νευροχημεία και η ψυχολογία.

Η παχυσαρκία εμφανίζεται όταν για ένα χρονικό διάστημα η καθαρή πρόσληψη ενέργειας ξεπερνάει την καθαρή ενέργεια που ξοδεύεται. Ο όρος καθαρή πρόσληψη ενέργειας είναι απαραίτητος γιατί έχει παρατηρηθεί ότι όταν ένα άτομο αυξάνει την ποσότητα ενέργειας που προσλαμβάνει αυξάνει και την αποβολή ενέργειας και η περίσσεια ενέργειας που είναι διαθέσιμη για αποθήκευση στον οργανισμό είναι λιγότερη από το 100% εκείνης που πήρε. Η περίσσεια ενέργειας αποθηκεύεται κυρίως σε δυο μέρη του σώματος. Το πρώτο μέρος είναι φανερό όταν κοιτάζεται ένα παχύσαρκο άτομο, δηλαδή, η ενέργεια αποθηκεύεται στο λιπαρό ιστό. Ο λιπαρός ιστός αποτελείται από περίπου 80% λίπος, 18% νερό και 2% πρωτεΐνη. Ένα κιλό λιπαρού ιστού περιέχει 30.450 kJ (7.250 θερμίδες). Η δεύτερη περιοχή αποθήκευσης ενέργειας ονομάζεται «δεξαμενή γλυκογόνου-ύδατος». Το γλυκογόνο είναι μια ουσία που βρίσκεται στους μύς και κάθε γραμμάριο γλυκογόνου συνδέεται με 3,5

γραμμάρια νερό. Ο συνδυασμός γλυκογόνου και νερού δημιουργεί τη δεξαμενή γλυκογόνου ύδατος. Ένα κιλό της δεξαμενής περιέχει περίπου 4.200 kJ (1.000 θερμίδες) ενέργειας που απελευθερώνεται (μαζί μ 3,5 κιλά νερό) όταν απαιτείται ενέργεια και δεν παρέχεται από το φαγητό ή το ποτό. Μόνο όταν η δεξαμενή γλυκογόνου ύδατος έχει σχεδόν εξαντλήσει την ενέργεια της, καίγεται λιπαρός ιστός για να απελευθερωθεί ενέργεια.

Η παχυσαρκία ορίζεται με πολλούς τρόπους, και υπάρχουν αρκετοί μέθοδοι για την μέτρηση της. Στους περισσότερους από τους ορισμούς και τους πίνακες σαν βασικοί παράγοντες εκτίμησης του ιδανικού βάρους και καθορισμού τις παχυσαρκίας λαμβάνονται το ύψος και η επιφάνεια του σώματος σε συνάρτηση με την ηλικία.

Σήμερα ο πιο αποδεκτός τρόπος καθορισμού της παχυσαρκίας βασίζεται στην μέτρηση του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ή δείκτης Quetelet. Ο ΔΜΣ προσδιορίζεται από τον τύπο: $\Delta\text{Μ}\Sigma = \frac{\text{Βάρος (kg)}}{(\text{ύψος})^2 \text{ (m)}}$

Βασιζόμενη στον ανώτερο τρόπο εκτίμησης της σωματικής μάζας μπορούμε να κατατάξουμε την παχυσαρκία σε 4 βαθμούς ή κατηγορίες:

Κατηγορία	ΔΜΣ
0	<19
1	19-24,9
2	25-29,9
3	30-39,9
4	>40

Τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία 0 βρίσκονται σε κατάσταση υποθρεψίας και θα πρέπει να υπάρχει επικοινωνία με παθολόγο και διαιτολόγο.

Η κατηγορία 1 υποδηλώνει το επιθυμητό βαθμό υγιούς σωματικού βάρους και συνήθως δεν απαιτεί την λήψη ουδενός μέτρου

Στην κατηγορία 2 βρίσκονται τα άτομα σε υπέρβαρη κατάσταση

1^{ου} βαθμού παχυσαρκίας. Αν και δεν απαιτείται ιδιαίτερη λήψη μέτρων, είναι προτιμότερη η απαλλαγή των επιπλέον κιλών με περισσότερη άσκηση και προσεκτικότεροι διατροφή συμβουλευόμενοι διαιτολόγο.

Στην κατηγορία 3 απαιτεί άμεση αντιμετώπιση διότι συνήθως συνοδεύονται από σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα. Τα άτομα

αυτά βρίσκονται σε κατάσταση 2^{ου} βαθμού παχυσαρκίας.

Η κατηγορία 4 υποδηλώνει σημαντικού ή σοβαρού βαθμού παχυσαρκία, 3^{ου}, που συνήθως απαιτεί άμεση λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της σε συνεργασία με παθολόγο.

Μελέτες σε αρκετές δυτικές χώρες δείχνουν ότι περίπου 14% των παιδιών ηλικίας μεταξύ 8 και 11 ετών είναι υπέρβαρα και 3 έως 6% είναι παχύσαρκα. Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν η συχνότητα υπερβάλλοντος βάρους και παχυσαρκίας αυξάνει. Μεταξύ 12 και 18% των εφήβων ηλικίας 14 έως 19 ετών είναι υπέρβαροι και μεταξύ 3 και 6% είναι παχύσαρκοι. Οι έφηβες έχουν διπλάσια πιθανότητα να είναι παχύσαρκες από τους έφηβους. Εάν ένα κορίτσι είναι παχύσαρκο στις αρχές τις εφηβείας έχει μια πιθανότητα στις 3 να γίνει παχύσαρκη όταν φτάσει τα 35. Όμως η παχυσαρκία στους εφήβους αναλογεί μόλις στο 10% του συνόλου των περιπτώσεων παχυσαρκίας σε ενήλικους. Το μεγαλύτερο ποσοστό της παχυσαρκίας στους ενήλικους οφείλεται σε μια σταθερή αύξηση του βάρους από τις αρχές της τρίτης δεκαετίας και μετά.

Η αύξηση της συχνότητας της παχυσαρκίας με την ηλικία οφείλεται εν μέρει στη συνεχιζόμενη πρόσληψη περισσότερης ενέργειας απ' όση ξοδεύεται, εν μέρει στη μείωση της ποσότητας ενέργειας που χρειάζεται ο οργανισμός για τη βασική λειτουργία με την πάροδο της ηλικίας και εν μέρει σε μια μείωση της ποσότητας της ενέργειας που ξοδεύεται με τη γυμναστική. Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί πόσοι άνθρωποι είναι παχύσαρκοι. Μια μελέτη στις ΗΠΑ που έγινε στις αρχές της δεκαετίας του '80 χρησιμοποιώντας το πάχος της πτυχής του δέρματος, βρέθηκε ότι το 6% των ανδρών ηλικίας 20 έως 70 ετών και το 9% των γυναικών ηλικίας 20 έως 70 ετών ήταν «σοβαρά παχύσαρκοί». Η σοβαροί παχυσαρκία ορίστηκε στη μελέτη έως και 23 κιλά πάνω από το επιθυμητό βάρος για την ηλικία και το ύψος στην περίπτωση των ανδρών και 30 κιλά πάνω από το επιθυμητό βάρος στην περίπτωση των γυναικών.

Έχει διατυπωθεί μια υπόθεση γενετικής προέλευσης μερικών μορφών παχυσαρκίας στους ενήλικους, με άλλα λόγια η θεωρία είναι ότι μια τάση για παχυσαρκία μπορεί να είναι κληρονομική. Ένας τρόπος επιβεβαίωσης αυτής της θεωρίας είναι να παρακολουθηθεί η πρόοδος διδύμων για ορισμένα χρόνια. Μια αμερικάνικη έρευνα έδειξε ότι ο βαθμός παχυσαρκίας σχεδόν 2.000 όμοιων διδύμων που παρακολουθήθηκαν επί 25 χρόνια ήταν παραπλήσιος, ενώ εκείνος 2.000 μη όμοιων διδύμων δεν ήταν τόσο παρόμοιος. Αυτό οδήγησε

στην ότι η κληρονομικότητα έπαιζε μεγαλύτερο ρόλο από το περιβάλλον, αν και τα ήταν σημαντικά. Ένας άλλος τρόπος για να προσδιορισθεί κατά πόσο η παχυσαρκία είναι κληρονομική είναι να δούμε εάν το βάρος του σώματος και ειδικότερα ο δείκτης Quetelet των υιοθετημένων παιδιών είχε στενότερη σχέση με εκείνο των βιολογικών γονέων παρά με εκείνο των θετών γονέων. Μια έρευνα που έγινε στη Δανία επιβεβαίωσε ότι ο δείκτης Quetelet των υιοθετημένων παιδιών (όταν είναι ενήλικοι) είχε στενότερη σχέση με εκείνον των βιολογικών γονέων, πράγμα που και πάλι υποδηλώνει ότι η τάση για παχυσαρκία μπορεί να είναι κληρονομική.

Σχέση της παχυσαρκίας με τη βουλιμία

Η σχέση βουλιμίας παχυσαρκίας δεν είναι απλή, αλλά πολύπλοκη και δεν έχει γίνει ακόμα πλήρης κατανοητή. Αν και λίγη άνθρωποι με ψυχογενή βουλιμία είναι υπέρβαροι, η παχυσαρκία αποτελεί συχνό φαινόμενο στην περίπτωση της διαταραχής της βουλιμίας. Αυτή η ειδοποιός διαφορά εντοπίστηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, ενώ στο σχήμα εξηγεί λεπτομερώς πως διαφέρουν οι δυο ομάδες ως προς το Δείκτη Σωματικής Μάζας. Φαίνεται εύλογο να συμπεράνουμε πως αυτή η διαφορά εκπορεύεται από το γεγονός ότι οι άνθρωποι με ψυχογενή βουλιμία υιοθετούν ακραία μέτρα ελέγχου του βάρους τους, όπως η πρόκληση εμετού και η κατάχρηση καθαρτικών, κάτι που δεν κάνουν οι άνθρωποι με διαταραχή της βουλιμίας. Αλλά για διάφορους λόγους, η σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και βουλιμίας δεν είναι τόσο απλή. Η βουλιμία προκαλεί παχυσαρκία ή μήπως η παχυσαρκία προκαλεί τη βουλιμία; Μήπως εμπλέκεται κάποιος άλλος μηχανισμός; Ας εξετάσουμε κάποιες από τις πιθανές σχέσεις.

Καταρχάς, είναι λογικό να προβλέψουμε ότι η βουλιμία οδηγεί ορισμένους ανθρώπους στην παχυσαρκία ή τουλάχιστον στην αύξηση βάρους

Μονοπάτι 1: Βουλιμία-Παχυσαρκία

Για ακόμα μια φορά η παρουσία της παχυσαρκίας στα άτομα που υποφέρουν από διαταραχή της βουλιμίας φαίνεται πως επιβεβαιώνει αυτή τη σχέση αιτίας αποτελέσματός. Από την άλλη, έχει αποδειχτεί πέρα από κάθε αμφιβολία ότι η σωματική διάπλαση και το βάρος καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από γενετικούς παράγοντες. Έτσι,

είναι δυνατόν οι άνθρωποι με προβλήματα βουλιμίας να είναι γενετικά προγραμματισμένοι να γίνουν υπέρβαροι. Αυτό τους ωθεί να κάνουν δίαιτα, γεγονός που με τη σειρά του τους οδηγεί στη βουλιμία. Με άλλα λόγια αντί η βουλιμία να προκαλεί την παχυσαρκία, ισχύει το αντίστροφο, η παχυσαρκία καταλήγει στη βουλιμία.

Μονοπάτι 2: Παχυσαρκία-Δίαιτα-Βουλιμία

Ο μόνος αξιόπιστος τρόπος για να διαπιστώσουμε αν η βουλιμία προκαλεί την παχυσαρκία ή αντίστροφα, είναι να διερευνήσουμε την αλλαγή των ανθρώπων μέσα στο χρόνο. Φυσικά ένας τρόπος με τον οποίο διογκώνεται το πρόβλημα βουλιμίας είναι η παχυσαρκία. Αλλά ακόμα και όταν αυτή προηγείται της βουλιμίας, είναι δυνατόν η βουλιμία, από τη στιγμή που θα εκδηλωθεί να συντελέσει άμεσα στη διατήρηση ή στην επιδείνωση της παχυσαρκίας, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο.

Για το λόγο αυτό, οι άνθρωποι με προβλήματα βουλιμίας που είναι υπέρβαροι μπορούν να ελπίζουν πως θα χάσουν κάποια κιλά να τρώνε πολύ, αν και η απώλεια βάρους μπορεί να είναι αργή και όχι τόσο μεγάλη όσο θα επιθυμούσαν.

Ποια η σχέση της παχυσαρκίας και της βουλιμίας με συγκεκριμένες διαταραχές πρόσληψης τροφής; Γνωρίζουμε πως πολλοί άνθρωποι με διαταραχή της βουλιμίας έχουν την τάση να τρώνε πολύ, καθώς και να παρουσιάζουν συμπτώματα βουλιμίας, γεγονός που όπως είναι φυσικό επηρεάζει το βάρος τους. Επειδή τρώνε πολύ, ανεξάρτητα από τα επεισόδια βουλιμίας τους, είναι απίθανο να χάσουν πολύ βάρος μόλις σταματήσουν να εκδηλώνουν βουλιμία εκτός αν η θεραπεία της βουλιμίας συνδεθεί με την καταπολέμηση της τάσης για κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού.

Τι συμβαίνει με τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία; Τι αντίκτυπο έχει η θεραπεία στο βάρος τους; Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως η πλειοψηφία των ανθρώπων αυτών που ξεκινούν έχουν φυσιολογικό βάρος. Κάποιοι ειδική όμως ισχυρίζονται πως ενώ είναι φυσιολογικό από στατιστικής πλευράς, στην πραγματικότητα είναι χαμηλότερό από το «φυσικό τους βάρος» με άλλα λόγια υποστηρίζουν πως οι άνθρωποι με ψυχογενή βουλιμία έχουν αυξημένο φυσικό βάρος. Στηρίζουν την άποψη λέγοντας ότι παρατηρείται ένα υψηλότερο από το αναμενόμενο ποσοστό παχυσαρκίας στις οικογένειες αυτών και ότι ορισμένοι ήταν υπέρβαροι πριν ενσκήψει αυτή η διαταραχή. Αν αυτή η εκδοχή ήταν σωστή, τα άτομα που απαλλάσσονται πλήρως από τη διαταραχή - με

μια καθολική αποκατάσταση των συνηθειών διατροφής, συμπεριλαμβανόμενης της αποφυγής δίαιτας- θα έπρεπε να πάρουν βάρος. Έχουμε ωστόσο διαπιστώσει πως αυτό δεν ισχύει.

Για παράδειγμα τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης θεραπευτικής μελέτης που διεξήγαγε μια ερευνητική ομάδα στην Οξφόρδη έδειξαν πως εκείνη που είχαν πλήρως θεραπευτεί δεν παρουσίαζαν, κατά μέσο όρο, καμιά αλλαγή στο βάρος τους στο διάστημα ανάμεσα στην αρχή της θεραπείας και τους επόμενους δεκαέξι μήνες. Το μέσο βάρος αυτών των ασθενών ήταν 62 κιλά πριν τη θεραπεία και 60 κιλά δεκαέξι μήνες αργότερα. Αυτοί όμως οι αριθμοί αντιπροσωπεύουν μόνο το μέσο όρο.

Ορισμένοι ασθενείς έχασαν πολύ περισσότερο βάρος από αυτό, ενώ ορισμένοι πήραν επιπλέον. Σε τελική όμως ανάλυση οι αριθμοί αυτοί δεν αποτελούν αποδεικτικά στοιχεία ώστε να ισχυριστούμε ότι το φυσικό βάρος των ατόμων με ψυχογενή βουλιμία είναι υψηλό.

Υπάρχει προφανώς μια πολύπλοκη σχέση ανάμεσα στην παχυσαρκία και στα προβλήματα βουλιμίας. Στη διαταραχή της βουλιμίας οποιοδήποτε πρόβλημα βάρους διαιωνίζεται από τη βουλιμία και τη γενικότερη τάση του ατόμου να τρώει πολύ. Αν και στη περίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας η ευπάθεια στην παχυσαρκία μπορεί να θέσει τους ανθρώπους στον κίνδυνο ανάπτυξης της διαταραχής, η πραγματική παχυσαρκία σπάνια αποτελεί πρόβλημα. Στην ουσία το βασικό πρόβλημα είναι ο φόβος που προκαλεί. Αυτός ο φόβος φαίνεται πως παίζει βασικό ρόλο στη διαιώνιση της διαταραχής.

3.6γ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ

Είχε διατυπωθεί η άποψη οι επαναλαμβανόμενοι κύκλοι αυξομειώσεις του βάρους - «δίαιτα γιο γιο» όπως αποκαλείται ορισμένες φορές, όρος που υποδηλώνει πως οι κύκλοι του βάρους οφείλονται στη συνήθεια του ατόμου να αρχίζει και να διακόπτει απότομα δίαιτες - είναι δυνατό να αλλάξουν τη σύνθεση του σώματος

και το μεταβολισμό, καθιστώντας τις μετέπειτα προσπάθειες για απώλεια βάρους ακόμη πιο δύσκολες.

Πρόσφατες έρευνες δείχνουν πως αυτό δεν ισχύει, αν και η Δρ Κέλι Μπράουνελ και οι συνάδελφοι της διαπίστωσαν πως οι αυξομειώσεις του βάρους συσχετίζονται με ένα υψηλό ποσοστό θνησιμότητας, συγκεκριμένα με έναν αυξημένο κίνδυνο θανάτου από καρδιαγγειακές παθήσεις. Η αιτία αυτής της σχέσης δεν είναι ακόμα ξεκάθαρη.

Η δίαιτα και η απώλεια βάρους επηρεάζουν επίσης τις ορμόνες του σώματος οδηγώντας σε ανωμαλία ή και σε απουσία εμμήνου ρύσεως. Καθώς η φυσιολογική έμμηнос ρύση απαιτεί ένα συγκεκριμένο επίπεδο σωματικού λίπους. Ακόμα και όταν το σωματικό λίπος είναι αρκετό, η δίαιτα μπορεί να επηρεάσει την έμμηνο ρύση, αν και ο βαθύτερος μηχανισμός παραμένει άγνωστος.

Αυτή η ορμονική διαταραχή παρατηρείτε σε περισσότερες από τις μισές γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία και περίπου μια στις τέσσερις διαταραχή της βουλιμίας.

Επιπλέον οι δίαιτες διαταράσσουν ορισμένους φυσιολογικούς μηχανισμούς που ελέγχουν τη διατροφή. Είναι πλέον γνωστό πως τα θρεπτικά συστατικά των τροφών (ιδιαίτερα τα ποσοστά υδατανθράκων, λίπους, και πρωτεϊνών) επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τους μηχανισμούς που ελέγχουν την όρεξη. Για παράδειγμα, φυσιολογική συνεπεία της κατανάλωσης υδατανθράκων είναι η δραστική και άμεση καταστολή της πείνας. Μια γυναίκα που αποφεύγει τις πλούσιες σε υδατάνθρακες τροφές στερεί συνεπώς τον εαυτό της από ένα φυσικό κατασταλτικό μηχανισμό της πείνας.

Μάλιστα έχει αποδειχθεί πως οι δίαιτες επηρεάζουν ορισμένους χημικούς διαβιβαστές του εγκεφάλου, συγκεκριμένα τη σεροτονίνη, κάτι που παρατηρείτε σε πιο έντονο βαθμό στις γυναίκες παρά στους άντρες. Καθώς η σεροτονίνη θεωρείτε πως παίζει ρόλο στο φυσιολογικό έλεγχο της διατροφής καθώς και στην επιλογή τροφών, η ανακάλυψη αυτή παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον. Ακόμη αποτελεί μια πιθανή οργανική βάση για την παρατήρηση ότι ένα οικογενειακό ή προσωπικό ιστορικό κατάθλιψης αυξάνει τον κίνδυνο μετέπειτα ανάπτυξης ψυχογενούς βουλιμίας καθώς η διαταραγμένη λειτουργία της σεροτονίνης του εγκεφάλου συνιστά αιτία πρόκλησης κατάθλιψης.

Πολύ απλά, φαίνεται πως μια ανωμαλία στη λειτουργία της σεροτονίνης στον εγκέφαλο μπορεί να θέσει τους ανθρώπους στον κίνδυνο να παρουσιάσουν ψυχογενή βουλιμία, ενώ η δίαιτα στην περίπτωση των γυναικών είναι δυνατόν να τον μεγιστοποιήσει.

3.6δ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΕΜΕΤΟΥ

Η πρόκληση εμετού αποτελεί σύνηθες χαρακτηριστικό της ψυχογενούς βουλιμίας. Παρατηρείται ακόμη και κατά την ψυχογενή ανορεξία, ιδιαίτερα στα άτομα που παρουσιάζουν επεισόδια βουλιμίας. Εφαρμόζεται επίσης από περίπου ένα στους δέκα υπέρβαρους ανθρώπους με επεισόδια βουλιμίας, αλλά σποραδικά και όχι σε τακτική βάση.

Όπως είναι φυσικό, η συχνή πρόκληση εμετού έχει διάφορες δυσάρεστες σωματικές συνέπειες που παρατηρούνται κυρίως σε ανθρώπους που ακολουθούν για αρκετό διάστημα αυτή την τακτική. Καθώς εξηγείτε εδώ, ορισμένες από αυτές τις συνέπειες μπορούν να γίνουν επικίνδυνες.

Φθορά των Δοντιών: Η επανειλημμένη πρόκληση εμετού για ένα μακρύ χρονικό διάστημα φθείρει τα δόντια, διαβρώνοντας σταδιακά το σμάλτο της εσωτερικής επιφάνειας των μπροστινών δοντιών. Τα σφραγίσματα δεν επηρεάζονται, με αποτελέσματα να γίνονται πιο εμφανή σε σχέση με την επιφάνεια του σμάλτου. Οι οδοντίατροι μπορούν εύκολα να αναγνωρίσουν αυτό το χαρακτηριστικό είδος διάβρωσης και επομένως να συμπεράνουν την αιτία του. Η φθορά του σμάλτου είναι μη αναστρέψιμη, αλλά όχι οριστική. Με άλλα λόγια σταματά από τη στιγμή που το άτομο παύει να προκαλεί εμετό. Το ξέπλυμα του στόματος με νερό μετά από αυτή την επιβλαβή συνήθεια θεωρείται πως αντί να καθυστερεί, επιταχύνει τη φθορά των δοντιών.

Διόγκωση των σιελογόνων αδένων. Γύρο από το στόμα υπάρχουν αδένες που παράγουν το σάλιο. Σε ορισμένους ανθρώπους που προκαλούν εμετό αυτοί οι αδένες πρήζονται σιγά σιγά. Το πρήξιμο αυτό είναι ανώδυνο, αλλά μπορεί να αύξηση την παραγωγή σάλιου. Συνήθως πρήζονται περισσότερο οι παρωτιδικοί αδένες, δίνοντας στο πρόσωπο μια στρογγυλή, στρουμπουλή όψη. Οι άνθρωποι με πρησμένες παρωτίδες, έχουν την τάση να βλέπουν το πρόσωπο τους παχουλό και θεωρούν πως έτσι είναι και όλο τους το σώμα. Φυσικά αυτό αυξάνει την ανησυχία τους για την εμφάνιση και το βάρος τους, δειωνίζοντας έτσι το πρόβλημα πρόσληψης

τροφής.

Το πρήξιμο των σιελογόνων αδένων είναι αναστρέψιμο και υποχωρεί προοδευτικά καθώς οι διατροφικές συνήθειες βελτιώνονται.

Επιπτώσεις στον φάρυγγα. Οι περισσότεροι άνθρωποι προκαλούν εμετό ερεθίζοντας μηχανικά το φαρυγγικό αντανάκλαστικό τους. Μπορεί έτσι να επέλθουν επιφανειακά τραύματα στο πίσω μέρος του φάρυγγα τα οποία είναι δυνατόν να μολυνθούν.

Επιπτώσεις στον οισοφάγο. Πολύ σπάνια η βίαιη πρόκληση εμετού οδηγεί σε αποκόλληση και σε αιμορραγία του τοιχώματος του οισοφάγου, του σωλήνα που εκτείνεται από το στόμα ως το στομάχι. Υπάρχει ένας πολύ μικρός κίνδυνος ρήξης του οισοφάγου.

Επιπτώσεις στα χέρια. Μια άλλη μηχανική συνέπεια της πρόκλησης εμετού παρατηρείται σε ορισμένους ανθρώπους που χρησιμοποιούν τα δάχτυλα τους για να διεγείρουν το φαρυγγικό αντανάκλαστικό τους. Προκαλείται φορά στο δέρμα, πάνω από την άρθρωση των δακτύλων του χεριού που χρησιμοποιεί κάθε φορά το άτομο. Στην αρχή εμφανίζονται γδαρσίματα στο χέρι και τελικά σχηματίζονται ουλές. Πρόκειται για μια ιδιαίτερη χαρακτηριστική ανωμαλία γνωστή στην ιατρική ως «σημάδι του ράσελ».

Ηλεκτρολυτική διαταραχή: Οι συνέπειες της συχνής πρόκλησης εμετού μπορεί να είναι σοβαρές, ιδιαίτερα στην περίπτωση των ατόμων που προσπαθούν να «καθαρίσουν» το στομάχι τους, πίνοντας συνεχώς υγρά και κάνοντας εμετό έως ότου αυτός δεν περιέχει πια καθόλου τροφές. Η ισορροπία των σωματικών υγρών και ηλεκτρολυτών (νάτριο, κάλιο) μπορεί να διαταραχθεί με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, ορισμένοι από τους οποίους είναι σοβαροί. Η περισσότερο ανησυχητική ηλεκτρολυτική διαταραχή είναι η υποκαλιαιμία (χαμηλό κάλιο) καθώς μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακές αρρυθμίες.

Τα συμπτώματα της διαταραχής υγρών ή ηλεκτρολυτών περιλαμβάνουν υπερβολική δίψα, ζάλη, κατακράτηση υγρών που προκαλεί πρήξιμο των ποδιών και χεριών, αδυναμία και λήθαργο, μυϊκές και σπασμούς. Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι οι μισές γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία αποδεικνύεται πως παρουσιάζουν κάποιου είδους διαταραχή των ηλεκτρολυτών και των σωματικών τους υγρών, οι περισσότερες δεν εκδηλώνουν κανένα από αυτά τα συμπτώματα και η ηλεκτρολυτική τους διαταραχή είναι ήπια

Αυτού του είδους οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές είναι αναστρέψιμες και εξαφανίζονται αμέσως μόλις το άτομο εγκαταλείψει τη συνήθεια

του να προκαλεί εμετό. Σπάνια απαιτούν θεραπεία , οποιαδήποτε μορφή της όμως πρέπει να επιβλέπεται από γιατρό.

3.6ε ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΚΑΘΑΡΤΙΚΩΝ

Όπως αναφέρθηκε τα βουλιμικά άτομα παίρνουν καθαρτικά για να διαμορφώσουν το βάρος και τη σιλουέτα τους, αν και δεν ακολουθούν την τακτική αυτή συχνότερα απ'ότι την πρόκληση εμετού, ενώ εφαρμόζεται κυρίως από γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία. Ορισμένες παίρνουν πολύ μεγάλες ποσότητες, που μπορεί να φτάσουν τα 50 ή 100 τη φορά. Ανεξάρτητα από τη ποσότητα, τα καθαρτικά έχουν πολύ μικρή δραστικότητα στην απορρόφηση θερμίδων. Δρουν στο χαμηλότερο μέρος του εντέρου, ενώ οι θερμίδες απορροφώνται ψηλότερα. Προκαλούν διάρροια και μια προσωρινή μείωση βάρους η οποία όμως οφείλεται αποκλειστικά στην απώλεια υγρών. Το άτομο ξαναπαίρνει τα χαμένα κιλά σχεδόν αμέσως μόλις το σώμα επανυδατώνεται.

Παρόλα αυτά, τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία θεωρούν αυτή την απώλεια βάρους ικανοποιητική, καθώς πιστεύουν ότι αποτελεί απόδειξη της αποτελεσματικότητας τους στην απορρόφηση θερμίδων, που αποτελεί τον κύριο λόγο για τον οποίο επιμένουν στη λήψη καθαρτικών. Όπως και με την τεχνική πρόκλησης εμετού, διερωτάται κανείς πόσοι άνθρωποι δε θα άρχιζαν ποτέ την κατάχρηση καθαρτικών αν γνώριζαν πόσο άχρηστα είναι.

Η κατάχρηση καθαρτικών όπως και η πρόκληση εμετού προκαλούν ποικίλες ανωμαλίες υγρών και των ηλεκτρολυτών του σώματος με συμπτώματα σαν αυτά που μόλις περιγράψαμε. Τα άτομα που προκαλούν εμετού και κάνουν κατάχρηση καθαρτικών διατρέχουν υψηλό κίνδυνο. Ορισμένα καθαρτικά, όταν λαμβάνονται σε μεγάλες δόσεις και για μεγάλα διαστήματα προκαλούν μόνιμη βλάβη στα τοιχώματα του εντέρου.

Γενικά όμως, οι δυσάρεστες σωματικές συνέπειες είναι αναστρέψιμες. Κάποιες που έχει κάνει τακτική χρήση τους μπορεί να

συγκρατήσει υγρά για μια βδομάδα ή περισσότερο μετά την απότομη διακοπή τους. Φυσικά αυτό θα προκαλέσει προσωρινή αύξηση βάρους.

3.6στ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΩΝ

Ορισμένοι άνθρωποι παίρνουν διουρητικά, δηλαδή παρασκευάσματα που δεν χρειάζονται ιατρική συνταγή, ώστε να αλλάξουν τη σιλουέτα και το βάρος τους. Για ακόμη μια φορά αναφέρουμε ότι ματαιοπονούνε, καθώς τα διουρητικά δεν επεμβαίνουν στην απορρόφηση θερμίδων.

Όπως τα καθαρτικά, έτσι κι αυτά προκαλούν απώλεια υγρών, μέσω της μεγάλης παραγωγής ούρων και έτσι δεν δρουν παρά βραχυπρόθεσμα όσο αφορά το σωματικό βάρος. Όταν λαμβάνονται σε μεγάλες ποσότητες μπορούν να προκαλέσουν αναστρέψιμη διαταραχή των υγρών και των ηλεκτρολυτών. Όπως και με τα καθαρτικά, τα άτομα που σταματούν τα διουρητικά μετά από τακτική χρήση τους, θα καταλάβουν ότι επέρχεται μια προσωρινή κατακράτηση υγρών. Φυσικά, τότε δεν πρέπει να πάρουν κι άλλα διουρητικά, γιατί με το τρόπο αυτό θα εμπλακούν σε φαύλο κύκλο.

3.6ζ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Έως σήμερα έχουν γίνει λίγες έρευνες για τις συνέπειες των προβλημάτων βουλιμίας στη γονιμότητα και την εγκυμοσύνη. Ξέρουμε πως οι δίαιτες και η απώλεια βάρους βλάπτουν τη γονιμότητα, κατάσταση όμως που είναι αναστρέψιμη. Η μεμονωμένη

επίδραση της βουλιμίας δεν έχει ακόμα μελετηθεί.

Είναι απίθανο η βουλιμία να επηρεάζει την πορεία ή την έκβαση της εγκυμοσύνης, αν και όταν συνδυάζεται με παχυσαρκία ο κίνδυνος επιπλοκών, όμως η υψηλή αρτηριακή πίεση, αυξάνεται.

Πιο επιβλαβείς είναι οι τεχνικές ελέγχου του βάρους, όπως η αυστηρή δίαιτα, η πρόκληση εμετού και η κατάχρηση καθαρτικών, ή διουρητικών. Είναι πλέον γνωστό πως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία διατρέχουν τον κίνδυνο να πάρουν πολύ λίγο βάρος με αποτέλεσμα να γεννήσουν αδύναμα μωρά. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και σε ορισμένες μητέρες με ψυχογενή βουλιμία.

Τα αποτελέσματα μιας μελέτης που διεξήχθη από ερευνητές του πανεπιστημίου της Μινεσότα οδηγούν στο συμπέρασμα πως οι γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά αποβολών. Η παρατήρηση αυτή ωστόσο απαιτεί επιβεβαίωση.

3.7 ΑΙΤΙΕΣ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Δυστυχώς δεν υπάρχει μια απλή - ή ολοκληρωμένη- απλή απάντηση στο γιατί αναπτύσσεται ή διατηρείται ένα πρόβλημα βουλιμίας. Ένα πράγμα ωστόσο είναι ξεκάθαρό: Δεν ευθύνεται μόνο ένας παράγοντας. Μάλιστα έχουμε ήδη εξετάσει μια ποικιλία ψυχολογικών, κοινωνικών και σωματικών παραγόντων που μπορεί να αποτελούν αιτίες καθώς και αποτελέσματά της βουλιμίας. Ένας άλλος λόγος για τον οποίο ο καθορισμός των αιτιών της βουλιμίας είναι τόσο δύσκολός είναι ότι η έκβαση ποικίλλει από άτομο σε άτομο.

3.7α ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όπως αναφέρθηκε η ψυχογενής βουλιμία έκανε την εμφάνιση της στη δεκαετία του 1970 σε μέρη του κόσμου όπου είχαν ήδη παρατηρηθεί κρούσματά ψυχογενούς ανορεξίας, όπως Βόρεια Αμερική, Βόρεια Ευρώπη, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία. Επειδή πρόκειται για χώρες στις οποίες οι γυναίκες επιθυμούν διακαώς να είναι αδύνατες και στις οποίες οι δίαιτες που ακολουθούν είναι σύνηθες φαινόμενο, θα μπορούσαμε να πούμε πως οι κοινωνικοί παράγοντες που τις παροτρύνουν προς τις δίαιτες οδηγούν στην ανάπτυξη του προβλήματος

Το πρότυπο σιλουέτας που άρχισε να προβάλλεται από τα φωτομοντέλα έπαιξε καθοριστικό ρόλο. Η ψυχογενής βουλιμίας εμφανίστηκε όταν το να είναι κάποια υπερβολικά αδύνατη, όπως το διάσημο μοντέλο Τούιγκι από την Αγγλία, έγινε της μόδας.

Η γεωγραφική κατανομή της διαταραχής της βουλιμίας δεν έχει ακόμα μελετηθεί, αν και θα παρουσίαζε ενδιαφέρον το να μάθουμε αν είναι ανάλογη μ'εκείνη της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας.

3.7β ΦΥΛΛΟ

Η ψυχογενής βουλιμία και η διαταραχή της βουλιμίας είναι πολύ πιο συχνές στις γυναίκες από ότι στους άνδρες, αν και αυτή η διαφοροποίηση βάση του φύλου είναι λιγότερο έντονη στη διαταραχή της βουλιμίας. Γιατί οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο βουλιμίας; Ένας βασικός λόγος είναι πιθανότατα το γεγονός ότι οι δίαιτες αποτελούν ίδιον των γυναικών.

Το γεγονός αυτό δημιουργεί ένα ακόμα ερώτημα. Γιατί οι γυναίκες κάνουν δίαιτα; Περισσότερο από ότι οι άνδρες; Πρώτον γιατί οι κοινωνικές πιέσεις για λεπτή σιλουέτα εστιάζονται κυρίως στις γυναίκες. Δεύτερων, οι γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς από τους άνδρες στο να βασίσουν την αυτοπεποίθησή τους στην

εξωτερική τους εμφάνιση.

Και οι δυο αυτές παρατηρήσεις θέτουν ευρύτερα σημαντικά θέματα που αφορούν τις διαφορές στην ανάπτυξη των δυο φύλων, καθώς και τους συγκρουόμενους και ανταγωνιστικούς ρόλους των γυναικών στις δυτικές κοινωνίες .

3.7γ ΗΛΙΚΙΑ

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις, όπως φαίνεται πως τα προβλήματα βουλιμίας συνήθως αναπτύσσονται στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Αυτό μπορεί πιθανότατα να αποδοθεί στο γεγονός πως οι γυναίκες, ιδιαίτερα αυτής της ηλικίας, καταφεύγουν πολύ συχνά στη δίαιτα. Προφανώς αυτό είναι με τη σειρά του το αποτέλεσμα δυο παραγόντων:

Πρώτον, και όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς από τους άνδρες στο να κρίνουν την αξία τους βάσει της εξωτερικής τους εμφάνισης, κάτι που τις χαρακτηρίζει ιδιαίτερα σ'αυτή την ηλικία.

Δεύτερον, πολλές έφηβες αποκτούν σιλουέτα που δεν θεωρείται ιδανική στις μέρες μας, όπως τουλάχιστον αυτή προβάλλεται από τα μανεκέν. Δεν είναι λοιπόν παράξενο ότι μια νεαρή κοπέλα, το υπό ανάπτυξη σώμα της οποίας δεν μοιάζει με το ιδανικό, επιχειρεί να το αποκτήσει μέσω της δίαιτας.

Ένας ακόμη παράγοντας σε σχέση με την ηλικία είναι πως η εφηβεία όπως όλοι γνωρίζουμε παρουσιάζει τεράστιες αναπτυξιακές αλλαγές στην εξωτερική εμφάνιση, διακυμάνσεις στη διάθεση, καθώς και αλλαγές στους κοινωνικούς ρόλους και προσδοκίες. Οι έφηβες με στοιχεία προσωπικότητας που θεωρείται πως τις θέτουν στον κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα βουλιμίας είναι πολύ πιθανό να αντιμετωπίσουν απώλεια του ελέγχου σ'αυτή την ηλικία.

Ορισμένες γυναίκες διαπιστώνουν πως η δίαιτα αποκαθιστά τη δυνατότητα ελέγχου εκ μέρους τους, και σαν μια μορφή συμπεριφοράς κοινωνικά αποδεκτή από τους συνομηλίκους τους, τους προσφέρει ένα μετρήσιμο κριτήριο επιτυχίας. Γι'αυτές ισοδυναμεί με αυτοέλεγχο περισσότερο απ'οτιδήποτε άλλο,

πεποίθηση που παραμένει αναλλοίωτη για πολλά ακόμα χρόνια.

Ορισμένες αλλαγές που εξαρτώνται από την ηλικία είναι επίσης σημαντικές. Ένα ιδιαίτερα σημαντικό γεγονός είναι η εισαγωγή στο πανεπιστήμιο που συνεπάγεται τη φυγή από την οικογένεια. Δεν είναι καθόλου σπάνιο φαινόμενο τα προβλήματα πρόσληψης τροφής να αναπτύσσονται ή να επιδεινώνονται σ' αυτό το διάστημα και είναι εύκολο να καταλάβουμε γιατί.

Οι έφηβες βιώνουν απλά μια κατάσταση που τους προκαλεί άγχος, άλλα και για πρώτη φορά μπορούν να ελέγχουν τι και πότε τρώνε. Έτσι, ορισμένες περνούν ένα στάδιο ανεξέλεγκτου υποσιτισμού, ενώ άλλες τρώνε υπερβολικά αυξάνοντας σε σημαντικό βαθμό το βάρος τους.

3.7δ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Όπως γνωρίζουμε πλέον πως η σωματική διάπλαση και το βάρος καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από γενετικούς παράγοντες. Ερευνητικά ευρήματα υποδεικνύουν πως οι άνθρωποι που αναπτύσσουν ψυχογενή βουλιμία διατρέχουν υψηλό κίνδυνο παχυσαρκίας, καθώς πολλοί υπήρξαν υπέρβαροι κατά την παιδική ηλικία, ενώ συγχρόνως παρατηρείται ένα αυξημένο ποσοστό παχυσαρκίας στα μέλη της οικογένειας τους.

Φυσικά αυτή η ευπάθεια στην παχυσαρκία είναι πιθανόν να ενθαρρύνει τη δίαιτα, δεδομένων των κοινωνικών πιέσεων που ήδη αναφέρθηκαν. Ακόμη, η ύπαρξη ενός μέλους της οικογένειας με σημαντικό πρόβλημα βάρους είναι δυνατόν να ευαισθητοποιήσει το άτομο απέναντι στο πάχος, κάνοντας το να πασχίζει να το αποφύγει μέσω της δίαιτας. Δεν υπάρχουν δυστυχώς συγκρίσιμα δεδομένα όσον αφορά τη διαταραχή της βουλιμίας, αν και η σχέση με τη παχυσαρκία μπορεί να είναι ακόμη πιο έντονη.

Προβλήματα και διαταραχές όσον αφορά την πρόσληψη τροφής μέσα στην οικογένεια

Ένας αριθμός μελετών οδήγησαν στο συμπέρασμα πως οι διαταραχές πρόσληψης τροφής εκδηλώνονται σε οικογένειες. Ένας τρόπος διερεύνησης αυτής της πιθανότητας είναι η μελέτη διδύμων και η εξέταση των ποσοστών των προβλημάτων πρόσληψης τροφής σε μονοφυσικά και μη ζευγάρια διδύμων.

Τα μονοζυγωτικά δίδυμα έχουν τα ίδια γονίδια και έτσι διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο εφόσον η διαταραχή είναι κληρονομική, ενώ τα διζυγωτικά μοιράζονται περίπου κατά το ήμισυ τα γονίδια που έχουν, όπως ακριβώς και τα κανονικά αδέρφια.

Η καλύτερη έρευνα σε δίδυμα που έχει γίνει μέχρι σήμερα έδειξε τον αδιαμφισβήτητο ρόλο των γενετικών παραγόντων στην ανάπτυξη της ψυχογενούς βουλιμίας. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό ποιο ακριβώς χαρακτηριστικό κληρονομείται. Υπάρχουν πολλές πιθανότητες, μεταξύ των οποίων η τάση του ατόμου να έχει ένα ορισμένο βάρος, οι βιολογικές ή ψυχολογικές αντιδράσεις του στη δίαιτα, καθώς και συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Ως σήμερα δεν έχουν διεξαχθεί έρευνες σε δίδυμα για τη διαταραχή της βουλιμίας.

Το γεγονός ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής συναντώνται σε οικογένειες δεν αποδεικνύει απαραίτητα ότι οι κληρονομικοί παράγοντες είναι εν μέρει ή ακόμη και καθ'ολοκληρία υπεύθυνοι για τη διαταραχή μέσα στην οποιαδήποτε οικογένεια. Η εξάπλωση της διαταραχής σε αυτές μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα μέλη τους «μολύνουν» το ένα το άλλο.

Ένας αριθμός μελετών για τη συμπεριφορά και στάσεις σε σχέση με το φαγητό, τη διατροφή, τη σιλουέτα και το βάρος έχουν γίνει σε μέλη οικογενειών ατόμων με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Μέχρι σήμερα οι έρευνες έχουν εστιάσει στη μελέτη συγγενών των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία και τα ευρήματα τους ποικίλλουν σημαντικά. Ορισμένες ανακάλυψαν υψηλά ποσοστά ασυνήθιστης συμπεριφοράς και στάσεων, ενώ κάποιες άλλες όχι.

Στην κλινική πρακτική, οι αφηγήσεις περιστατικών μετάδοσης της διαταραχής δεν αποτελούν σπάνιο φαινόμενο. Ένα παράδειγμα είναι οι μητέρες που πιέζουν τις κόρες τους να τις ακολουθήσουν στη δίαιτα.

3.7ε ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Οι θεραπευτές που δουλεύουν με άτομα που υποφέρουν από προβλήματα βουλιμίας δεν μπορούν παρά να έρθουν αντιμέτωποι με το τόσο συχνό φαινόμενο των τραυματικών γεγονότων που έχουν συμβεί κατά την παιδική τους ηλικία. Θάνατοι, αποχωρισμοί, οικογενειακοί καυγάδες, σωματικές αρρώστιες, πειράγματα, στιγματίζουν με προκλητική συχνότητα τις ζωές των ατόμων αυτών. Ωστόσο, δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο αν αυτού του είδους τα γεγονότα συμβαίνουν πιο συχνά σ'αυτούς τους ασθενείς από ότι σε άλλους, που πάσχουν από διαφορετικές ψυχιατρικές διαταραχές.

Η σεξουαλική κακοποίηση είναι το ένα τραυματικό γεγονός που μελετήθηκε σε ικανοποιητικό βαθμό. Αρχικά επικρατούσε η αντίληψη πως το ποσοστό της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης ήταν ιδιαίτερα υψηλό στα άτομα με ψυχογενή βουλιμία. Ωστόσο έρευνες έδειξαν πως το ποσοστό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης σε ασθενής με διαταραχές πρόσληψης τροφής δεν είναι υψηλότερο από εκείνο των ασθενών με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.

Μια μελέτη που πραγματοποίησε μια ερευνητική ομάδα στην Οξφόρδη συνέκρινε τα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης τριών ομάδων που επιλέχθηκαν απευθείας από τον τοπικό πληθυσμό: γυναίκες χωρίς ψυχιατρική διαταραχή, με ψυχιατρική διαταραχή διαφορετική από εκείνη της πρόσληψης τροφής και με ψυχογενή βουλιμία.

Καθώς οι τρεις ομάδες είχαν επιλεγεί από το γενικό πληθυσμό της κοινότητας, το ενδεχόμενο να μελετηθούν μόνο οι γυναίκες που είχαν καταφύγει στη θεραπεία είχε αποφευχθεί.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπάρχει μια σχέση ανάμεσα στην παιδική σεξουαλική κακοποίηση και στη μετέπειτα ανάπτυξη μιας διαταραχής κατά την πρόσληψη τροφής, πιθανότατα όμως όχι συγκεκριμένη, αφού οι γυναίκες που υπέφεραν από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές ήταν εξίσου πιθανό να είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση στο παρελθόν. Συνεπώς, τα δεδομένα υποδηλώνουν πως οι γυναίκες που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να

εκδηλώσουν κάποια ψυχιατρική διαταραχή γενικά και όχι συγκεκριμένες, που αφορούν την πρόσληψη τροφής. Αν και αυτή η διαπίστωση δείχνει πως ο συγκεκριμένος ρόλος της σεξουαλικής κακοποίησης είναι περιορισμένος, δεν μειώνει φυσικά τη σημασία της ως αιτιολογικού παράγοντα σε μεμονωμένες περιπτώσεις.

3.7 ΣΤ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Οι άνθρωποι με ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν συχνά κλινική κατάθλιψη, αλλά γενικά φαίνεται πως αυτή αποτελεί συνέπεια του προβλήματος βουλιμίας- είτε συμπίπτει είτε έπεται του προβλήματος πρόσληψης τροφής.

Πρόσφατα συμπεράσματα της ερευνητικής ομάδας στην Οξφόρδη δείχνουν πως δεν είναι ασυνήθιστο φαινόμενο τα άτομα με τη διαταραχή να είχαν εκδηλώσει κατάθλιψη πριν την έναρξη της και πως η πρώιμη έναρξη της κατάθλιψης αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχής. Η σχέση ανάμεσα σε άλλες ψυχιατρικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας και σε αυτές της πρόσληψης τροφής δεν έχει ακόμη μελετηθεί επαρκώς.

3.7ζ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Όπως αναφέρθηκε ορισμένοι άνθρωποι με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας φαίνεται πως είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στο να αναπτύξουν προβλήματα βουλιμίας.

Το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας πάνω σ'αυτό το θέμα έχει επικεντρωθεί σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία και κατά συνέπεια

σχετίζεται περισσότερο με την ψυχογενή από ότι με τη διαταραχή της βουλιμίας.

Από ότι φαίνεται τα άτομα που παρουσιάζουν ψυχογενή ανορεξία είναι πολύ υπάκουα και ευσυνείδητα ως παιδιά. Συνήθως είναι κάπως συνεσταλμένα και μοναχικά και δυσκολεύονται να έρθουν σε επαφή με τα άλλα παιδιά. Επιπλέον τείνουν να είναι ανταγωνιστικά άτομα και να επιδιώκουν την επιτυχία. Θέτουν υψηλά στάνταρ και κάνουν τα πάντα για να ανταποκριθούν σ'αυτά. Αυτά τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά φαίνεται πως αποτελούν το προοίμιο της χαμηλής αυτοεκτίμησης και της τελειομανίας που παρατηρούνται σε πολλούς ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία.

Η αναλυτική ψυχοθεραπεία συχνά επιβεβαιώνει αυτές τις διαπιστώσεις. Ο Δρ. Μάικλ Στρόμπερ από το ULCA και αυθεντία στις διαταραχές πρόσληψης τροφής και προσωπικότητας, δήλωσε πως μια λεπτομερής διερεύνηση του εσωτερικού κόσμου αυτών των ασθενών αποκαλύπτει «τον πανταχού παρόντα φόβο μήπως φανούν αδύναμοι, ανεπαρκείς και μέτριοι, την ανικανότητα τους να αντλήσουν ικανοποίηση από την ξεκούραση και την διασκέδαση, ένα δισταγμό να ρισκάρουν και να αντιμετωπίσουν νέες καταστάσεις, να συμμετέχουν σε αυθόρμητες ή τολμηρές πράξεις ή να εκφράσουν τα συναισθήματα τους και να διατυπώσουν τη στάση τους απέναντι στις παρορμήσεις και στις επιθυμίες τους τις οποίες θεωρούν εμπόδια που τους αποσπούν από την επίτευξη ανώτερων ηθικών στόχων. Ο Δρ Στρόμπερ ισχυρίζεται πως αυτού του είδους τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας αφήνουν τα άτομα απελπιστικά απροετοίμαστα απέναντι στις αναπτυξιακές απαιτήσεις της εφηβείας.

Τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας των ατόμων με διαταραχή της βουλιμίας δεν έχουν μελετηθεί μέχρι σήμερα, αλλά η επαφή μ'αυτούς τους ασθενείς επιβεβαιώνει την ύπαρξη ορισμένων ίδιων χαρακτηριστικών. Συγκεκριμένα, οι άνθρωποι που υποφέρουν από τη διαταραχή της βουλιμίας φαίνεται πως έχουν προβλήματα εκδικητικότητας και χαμηλής αυτοεκτίμησης.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, υπάρχει μια υποομάδα μεταξύ των ατόμων με προβλήματα βουλιμίας, που γενικά παρουσιάζει δυσκολίες ελέγχου των παρορμήσεων, δυσκολίες που συχνά ήταν εμφανείς από την παιδική κιόλας ηλικία.

3.7Θ ΔΙΑΙΤΑ

Στο προηγούμενο κεφάλαιο παρουσιάστηκε η σχέση μεταξύ βουλιμίας και δίαιτας και αποδείχθηκε ότι και τα δυο αποτελούν μέρος ενός κύκλου που τείνει να διαιωνίζεται. Η δίαιτα ωστόσο αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ενός προβλήματος βουλιμίας στην ουσία αποτελεί τον πιο επιβεβαιωμένο παράγοντα κινδύνου.

Για παράδειγμα μια έρευνα παράδειγμα μια έρευνα έδειξε ότι οι έφηβοι που έκαναν δίαιτα παρουσίαζαν οχτώ φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν ψυχογενή βουλιμία απ'ότι εκείνη που δεν έκαναν. Παρ'όλα αυτά, γνωρίζουμε ότι η πλειοψηφία των ατόμων που κάνουν δίαιτα δεν παρουσιάζουν προβλήματα πρόσληψης τροφής. Συνεπώς, άλλοι παράγοντες που ήδη αναφέρθηκαν συνδυάζονται με τη δίαιτα και έτσι μεγιστοποιείται ο κίνδυνος ανάπτυξης προβλημάτων βουλιμίας. Ακόμη, μόνο ορισμένα είδη δίαιτας έχουν την ιδιότητα να θέτουν τους ανθρώπους σε κίνδυνο.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ: ΚΑΜΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΑΙΤΙΑ

Δεν υπάρχει μόνο μια αιτία για την ανάπτυξη των προβλημάτων βουλιμίας. Ωστόσο, φαίνεται πως σε πολλές περιπτώσεις η δίαιτα παίζει σημαντικό και άμεσο ρόλο στην πρόκληση της βουλιμίας. Η στενή σχέση μεταξύ δίαιτας και βουλιμίας φαίνεται πως ερμηνεύει τη γεωγραφική κατανομή της ψυχογενούς βουλιμίας, το γεγονός πως οι γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο να παρουσιάσουν προβλήματα βουλιμίας και την ηλικία έναρξης αυτών των προβλημάτων.

Από την άλλη, γνωρίζουμε πως η βουλιμία δεν έπεται απαραίτητα της δίαιτας, ούτε και όλα τα άτομα που κάνουν δίαιτα αναπτύσσουν προβλήματα βουλιμίας. Αυτό σημαίνει πως άλλοι παράγοντες κοινωνικοί, ψυχολογική ή σωματικοί, σε συνδυασμό με τη δίαιτα ασκούν σημαντική επίδραση.

3.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Τα τελευταία είκοσι χρόνια έχουμε μάθει πολλά για τη θεραπεία των προβλημάτων βουλιμίας. Αν και ένα μεγάλο μέρος αυτής της έρευνας έχει επικεντρωθεί στην ψυχογενή βουλιμία, φαίνεται πως οι θεραπείες που υπόσχονται πολλά για την αντιμετώπιση της προσφέρουν σημαντική βοήθεια και στα άτομα με διαταραχή της βουλιμίας.

Η ικανότητα της θεραπείας να επιφέρει μια μόνιμη αλλαγή είναι ζωτικής σημασίας, διότι τα προβλήματα βουλιμίας απλώνουν βαθιά τις ρίζες τους, πριν καλά καλά το άτομο προλάβει να ζητήσει βοήθεια.

Πολλοί άνθρωποι καταφεύγουν στην ιατρική συνδρομή μετά από πέντε χρόνια συνεχών προβλημάτων. Αν είχαν υποβληθεί σε οποιαδήποτε θεραπεία κατά το παρελθόν, τα οφέλη θα ήταν συνήθως βραχυπρόθεσμα. Εξαιτίας αυτού, για να θεωρήσουμε οποιαδήποτε θεραπεία για τη βουλιμία αποτελεσματική, πρέπει να σιγουρευτούμε ότι καταλήγει σε μια μόνιμη βελτίωση. Οι αλλαγές που διαρκούν μόνο βδομάδες ή μήνες έχουν περιορισμένη σημασία.

Μια προκαταρκτική ερώτηση που μπορεί να θέσουν τα άτομα των οποίων τα προβλήματα πρόσληψης τροφής εξακολούθησαν να υπάρχουν ακόμη και μετά από διάφορες θεραπευτικές προσπάθειες είναι αν θα χρειαστούν νοσοκομειακή περίθαλψη.

Στην πραγματικότητα, η νοσοκομειακή περίθαλψη πολύ σπάνια είναι αναγκαία. Η κλινική και ερευνητική εμπειρία δείχνουν πως η πλειοψηφία των ατόμων με προβλήματα βουλιμίας μπορούν να θεραπευτούν ακολουθώντας την κατάλληλη αγωγή από το σπίτι τους. Μάλιστα η νοσοκομειακή περίθαλψη όχι μόνο δεν είναι απαραίτητη, αλλά μπορεί και να αποβεί εις βάρος του ασθενή.

Οι άνθρωποι συνήθως παύουν να είναι βουλιμικοί αμέσως μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Συνεπώς, ένας αφελής θεραπευτής θα μπορούσε εσφαλμένα να συμπεράνει πως η περίθαλψη βοηθά το άτομο να ξεπεράσει το πρόβλημα. Στην ουσία όμως, οι άνθρωποι αυτοί δεν εκδηλώνουν βουλιμία στο νοσοκομείο επειδή βρίσκονται ξαφνικά σ'ένα ξένο περιβάλλον όπου δεν μπορούν ανεμπόδιστα να καταναλώσουν όσο φαγητό θέλουν. Επίσης, στο χώρο αυτό δεν επηρεάζονται από το άγχος της καθημερινής ζωής, το οποίο προκαλεί τα επεισόδια βουλιμίας. Τέλος, στο νοσοκομείο έχουν πολύ λίγες ευκαιρίες να μείνουν μόνοι τους και να ενδώσουν στη συνήθεια τους.

Έτσι στην πραγματικότητα η βουλιμία τους απλά βρίσκεται σε μια λανθάνουσα κατάσταση, η οποία είναι πολύ πιθανό να ενεργοποιηθεί με την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

Τα αποτελεσματικότερα προγράμματα που απευθύνονται στους εσωτερικούς ασθενείς προσπαθούν να αποτρέψουν τις υποτροπές, βοηθώντας τους να αναπτύξουν ικανότητες για την αντιμετώπιση των αιτιών που τους οδηγούν στη βουλιμία. Το πρόβλημα είναι πως το νοσοκομείο δεν αποτελεί το κατάλληλο περιβάλλον για κάτι τέτοιο. Ο θεραπευτής και ο ασθενής οφείλουν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα στην πραγματική του μορφή, δηλαδή όπως αυτό εκδηλώνεται στον έξω κόσμο.

Φυσικά υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις κατά τις οποίες η νοσοκομειακή περίθαλψη επιβάλλεται. Από αυτές, οι σημαντικότερες είναι:

1. Ορισμένοι άνθρωποι με προβλήματα βουλιμίας υποφέρουν σε τόσο μεγάλο βαθμό από κατάθλιψη που δεν μπορούν να επωφεληθούν από εξωτερική θεραπεία.

2. Κάποιοι έχουν τάσεις αυτοκτονίας και κατά συνέπεια χρειάζονται την προστασία που παρέχει ένα νοσοκομείο.

3. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η σωματική υγεία του ατόμου αποτελεί λόγο για την εξασφάλιση φροντίδας.

4. Είναι καλό οι γυναίκες που βρίσκονται στα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης τους να εισάγονται στο νοσοκομείο, εφόσον οι συνήθειες διατροφής τους είναι διαταραγμένες, γιατί υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι επέρχεται ένα αυξημένο ποσοστό αποβολών σε αυτές τις περιπτώσεις.

5. Η νοσοκομειακή περίθαλψη ενδείκνυται επίσης για τα άτομα που δεν ανταποκρίθηκαν στην παρεχόμενη εξωτερική θεραπεία.

Στην πράξη, οι καταστάσεις αυτές καλύπτουν πιθανότατα λιγότερο από το 5% των περιπτώσεων. Υπάρχει ωστόσο ένας ακόμη λόγος που καθιστά αναγκαία τη νοσοκομειακή περίθαλψη, ιδιαίτερα όσον αφορά ένα μεγάλο αριθμό ατόμων.

Σε χώρες όπου η κοινωνική ιατρική δεν έχει ακόμη αναπτυχθεί, η ασφαλιστική κάλυψη αποτελεί το μόνο μέσο για την πληρωμή της θεραπείας και πολλά ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν κυρίως τα έξοδα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Κάτω από αυτές τις συνθήκες τα άτομα δεν έχουν άλλη επιλογή από το να εισαχθεί στο νοσοκομείο.

Πάντως, ανεξάρτητα από τους λόγους που οδηγούν σε αυτή τη λύση, η νοσοκομειακή περίθαλψη θα έπρεπε να θεωρείται ως

προετοιμασία για την εξωτερική θεραπεία, ώστε οι αλλαγές που επιτυγχάνονται στο νοσοκομείο να μπορούν, εφαρμοζόμενες αποτελεσματικά και στην προσωπική ζωή του ασθενή, να του εξασφαλίζουν ένα ευοίωνο μέλλον.

3.8α ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Το ενδιαφέρον για τη χρήση των αντικαταθλιπτικών για τη θεραπεία των προβλημάτων βουλιμίας εκδηλώθηκε το 1982 με τη δημοσίευση δυο επιστημονικών άρθρων που περιέγραφαν μια ευνοϊκή αντίδραση των ασθενών με ψυχογενή βουλιμία.

Τον επόμενο χρόνο δημοσιεύτηκαν τα αποτελέσματα δυο θεραπευτικών δοκιμών, κατά τις οποίες τα αποτελέσματα ενός αντικαταθλιπτικού φαρμάκου είχαν συγκριθεί με εκείνα ενός εικονικού φαρμάκου.

Σε μια από αυτές τις μελέτες διαπιστώθηκε πως το αντικαταθλιπτικό φάρμακο ήταν σαφώς δραστικότερο από το εικονικό. Η άλλη μελέτη δεν κατέληξε σε αυτό το συμπέρασμα. Παρ'όλα αυτά επικράτησε ενθουσιασμός. Από την εποχή της κυκλοφορίας αυτού του βιβλίου έχουν διεξαχθεί πολύ περισσότερες έρευνες και τα δεδομένα έχουν πλέον γίνει πολύ πιο σαφή. Έχουν μελετηθεί τα σημαντικότερα είδη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και προέκυψαν τρία θετικά συμπεράσματα:

1. Μέσα σε λίγες βδομάδες θεραπείας υπάρχει, κατά μέσο όρο, μείωση κατά 50 με 60% της συχνότητας των επεισοδίων βουλιμίας.

2. Σε συνδυασμό με αυτό το γεγονός παρατηρείτε και μια αντίστοιχη μείωση της συχνότητας πρόκλησης εμετού, μια βελτίωση της διάθεσης και της αίσθησης ελέγχου στο φαγητό, και τέλος μειωμένη ενασχόληση με το φαγητό.

3. Η αντικαταθλιπτική δράση του φαρμάκου είναι το ίδιο πιθανό να εκδηλωθεί, είτε ο ασθενής παρουσιάζει στην αρχή κατάθλιψη είτε όχι.

Δυστυχώς όμως έχουν παρατηρηθεί και διάφορα προβλήματα. Το πρώτο είναι ότι ορισμένα αντικαταθλιπτικά, και ιδιαίτερα ουσίες η φαινελζίνη, έχουν παρενέργειες. Οι περισσότερες δεν είναι σοβαρές

από ιατρικής πλευράς, αν και η χρήση ενός φαρμάκου, της βουνοπροπιόνης έχει συνδεθεί με επιληπτικές κρίσεις σε ορισμένους ασθενής.

Το δεύτερο πρόβλημα είναι ότι πολλοί άνθρωποι αρνούνται να πάρουν τα φάρμακα γιατί δεν τα βλέπουν ως τα καταλληλότερα μέσα αντιμετώπισης του προβλήματος τους.

Το σημαντικότερο όμως είναι το τρίτο πρόβλημα: υπάρχουν σοβαρές αμφιβολίες για τη διάρκεια των ευεργετικών αποτελεσμάτων. Αν και ήδη αναφέρθηκε ότι τα βραχυπρόθεσμα θεραπευτικά αποτελέσματα έχουν περιορισμένη αξία όσον αφορά την προσφορά βοήθειας σε ανθρώπους με προβλήματα βουλιμίας, εντούτοις οι περισσότερες μελέτες για την αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών ήταν μικρής χρονικής διάρκειας.

Πρόσφατα ευρήματα, μεταξύ των οποίων και εκείνα μιας μακροχρόνιας έρευνας δείχνουν πως πολλοί άνθρωποι που αρχικά βοηθήθηκαν από αυτά τα φάρμακα, «πέφτουν» ξανά στη βουλιμία είτε συνεχίζουν είτε όχι να τα παίρνουν.

Αν και πολλά άτομα που κάνουν χρήση αυτών εκδηλώνουν με μικρότερη συχνότητα βουλιμία (επίσης καταφεύγουν σε μικρότερο βαθμό στις τεχνικές πρόκλησης εμετού και κατάχρησης καθαρτικών), εξακολουθούν να κάνουν δίαιτα στον ίδιο βαθμό. Η γνωστοποίηση ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχουν μακροπρόθεσμη αξία, οδήγησε στην υποχώρηση του ενθουσιασμού όσον αφορά τη χρήση τους.

3.8β ΓΝΩΣΤΙΚΗ- ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πείρα των θεραπευτών και των ερευνητών οδηγεί στο συμπέρασμα πως η αληθινή ελπίδα για τους ανθρώπους με προβλήματα βουλιμίας εντοπίζεται κυρίως στην ψυχολογική θεραπεία.

Μέχρι σήμερα η αποτελεσματική προσέγγιση ήταν μια συγκεκριμένη μορφή σύντομης ψυχοθεραπείας που σχεδιάστηκε αρχικά για ασθενής με ψυχογενή βουλιμία και πρόσφατα προσαρμόστηκε στις ανάγκες εκείνων που πάσχουν από τη

διαταραχή της βουλιμίας . Η θεραπεία αυτή, δανείστηκε τεχνικές από τη σχετικά καινούργια τότε γνωστική θεραπεία για την κατάθλιψη και από συμπεριφορικές προσεγγίσεις για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας. Έπειτα από λάθη και δοκιμές αρκετών χρόνων πήρε τη σημερινή μορφή της το 1981.

1.Βοηθά την πλειοψηφία των ανθρώπων με προβλήματα βουλιμίας. Έχει μελετηθεί στα σπουδαιότερα ερευνητικά κέντρα- στις Ηνωμένες πολιτείες, στον Καναδά, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Γερμανία- με αντίστοιχα θετικά αποτελέσματα. Καμία άλλη θεραπεία δεν έχει αποδειχθεί τόσο αποτελεσματική.

2.Γίνεται δεκτή με προθυμία από τους περισσότερους ασθενείς, οι οποίοι τη θεωρούν αποτελεσματική και κατάλληλη για το πρόβλημα τους.

3. Ένα κλινικό θεραπευτικό «εγχειρίδιο» κυκλοφόρησε για κάποιο διάστημα, διευκολύνοντας έτσι τους θεραπευτές να την κατανοήσουν.

4.Η «αναπαραγωγή» της θεραπείας δεν είναι κάτι δύσκολο, ούτε και απαιτεί ιδιαίτερα μεγάλο χρονικό διάστημα, γεγονός που διευκολύνει την έρευνα. Συνήθως διεξάγεται σε ατομική βάση, με εξωτερικούς ασθενείς και περιλαμβάνει είκοσι περίπου θεραπευτικά ραντεβού μέσα σε συνολικό διάστημα τεσσάρων ως πέντε μηνών.

Ως μια μορφή της θεραπείας που σήμερα αποκαλείται γνωστική-συμπεριφορική, η προσέγγιση αυτή αφορά απόλυτα την καταπολέμηση των προβλημάτων βουλιμίας γιατί τα στοιχεία της απευθύνονται στις γνωστικές πλευρές αυτών των προβλημάτων- την υπερβολική ανησυχία για την εμφάνιση και το βάρος, την τελειομανία και τη σκέψη του όλα ή τίποτα, καθώς και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση- ενώ τα συμπεριφορικά στοιχεία της αντιμετωπίζουν τις διαταραγμένες συνήθειες όσον αφορά την πρόσληψη τροφής.

Το γεγονός ότι οι γνωστικές τεχνικές αναπτύχθηκαν αρχικά για τη θεραπεία της κατάθλιψης δεν υποδηλώνει πως υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ αυτής και των προβλημάτων βουλιμίας. Οι τεχνικές αυτές προσαρμόστηκαν στη θεραπεία των προβλημάτων πρόσληψης τροφής επειδή θεωρήθηκε ότι δύναται να προκαλέσουν «γνωστική» αλλαγή. (Αντιθέτως, οι ερευνητές που επέμειναν αρχικά στη χρήση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων δικαιολόγησαν τη στάση τους υποστηρίζοντας πως στην ουσία υπήρχε μια σχέση μεταξύ ψυχογενούς βουλιμίας και κατάθλιψης- ορισμένοι μάλιστα ανέφεραν πως οι ψυχογενής βουλιμία ήταν μια μορφή κατάθλιψης). Άποψη που αποδείχτηκε εντελώς εσφαλμένη)

Αν και η γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση των προβλημάτων βουλιμίας προσομοιάζει σε γενικές γραμμές με την γνωστική θεραπεία για την κατάθλιψη, το ότι δίνεται έμφαση στη θεραπεία, καθώς και οι διαδικασίες που ακολουθούνται, τις διαφοροποιούν αισθητά.

Έχει στόχο να εξαλείψει σταδιακά το πρόβλημα, χρησιμοποιώντας μια προσεκτικά σχεδιασμένη σειρά παρεμβάσεων. Ξεκινά με την εφαρμογή συμπεριφορικών και εκπαιδευτικών τεχνικών για να βοηθήσει το άτομο να επανακτήσει τον έλεγχο της κατανάλωσης τροφής, καθώς και να καταρτίσει ένα βασικό φυσιολογικό πρόγραμμα διατροφής κατά τη διάρκεια της ημέρας που στοχεύει στην αποφυγή των επεισοδίων βουλιμίας.

Ωστόσο, η δυνατότητα για έλεγχο του φαγητού είναι συζητήσιμη, καθώς οι περισσότεροι άνθρωποι παραμένουν επιρρεπείς στη βουλιμία.

Συνεπώς, στο δεύτερο στάδιο της θεραπείας η προσοχή στρέφεται στη μείωση αυτής της αδυναμίας μέσω της καταπολέμησης της τάσης για δίαιτα και εκείνων των προβληματικών τρόπων σκέψης που διαιωνίζουν το πρόβλημα της βουλιμίας. Το τελευταίο στάδιο αφορά την επανεξέταση των πιο χρήσιμων τεχνικών ώστε το άτομο να μπορέσει να σχεδιάσει ένα πλάνο για την αντιμετώπιση τυχόν μελλοντικών δυσκολιών.

Η γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση για τη θεραπεία προβλημάτων βουλιμίας έχει μελετηθεί εκτενώς τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια. Μεγάλες ερευνητικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί απέφεραν ιδιαίτερα αξιόλογα αποτελέσματα. Όπως και με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, βάσει των μελετών αυτών απεδείχθη πως η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία έχει σαν άμεση ευεργετική συνέπεια σημαντική μείωση της συχνότητας των επεισοδίων βουλιμίας.

Ακόμη πιο ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι η επίδραση δεν είναι μόνο εντονότερη απ'ότι εκείνη των αντικαταθλιπτικών, αλλά και πιο μακροχρόνια.

3.8γ ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο όρος εστιασμένη ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται γενικά για όλες εκείνες τις σύντομες μορφές ψυχοθεραπείας που εντοπίζουν αρχικά ένα ή περισσότερα ζητήματα που θεωρούνται μείζονος σημασίας για το πρόβλημα του ασθενούς και στη συνέχεια επικεντρώνονται αποκλειστικά στην επίλυσή τους. Η σημασία που δίνεται σε αυτή τη συγκεκριμένη εστίαση στο πρόβλημα αποτελεί το ιδιαίτερο γνώρισμα τους.

Η διαπροσωπική είναι μια από τις περισσότερο μελετημένες μορφές της εστιασμένης ψυχοθεραπείας. Σχεδιασμένη αρχικά για τη θεραπεία της κατάθλιψης, δίνει έμφαση στην αναγνώριση και στην αλλαγή των διαπροσωπικών προβλημάτων που θεωρούνται υπεύθυνα για τα συμπτώματα κατάθλιψης, διαμάχες με τους φίλους ή τους συγγενείς, δυσκολίες δημιουργίας ή διατήρησης σχέσεων και προβλήματα αντιμετώπισης των μεταβατικών σταδίων της ζωής.

Καθώς οι διαπροσωπικές δυσκολίες αποτελούν συνήθη κατάσταση των ατόμων με προβλήματα βουλιμίας και μπορούν να συντελέσουν στη διατήρησή τους, είναι εύλογο να πιστεύουμε στην αποτελεσματικότητα αυτής της θεραπείας.

3.9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Έρευνες δείχνουν πως η ψυχογενής βουλιμία αποτελεί πιο συχνό φαινόμενο στις μέρες μας απ'ότι παλιότερα. Η πραγματικότητα αυτή προκαλεί ένα εύλογο και σοβαρό ερώτημα: τα προβλήματα βουλιμίας αποκτούν όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις; Οι μόνες πληροφορίες που έχουμε αφορούν τα ποσοστά της ψυχογενούς βουλιμίας των τελευταίων δεκαετών- δεν γνωρίζουμε τίποτα ανάλογο σε σχέση με τη βουλιμία εν γένει ή τη διαταραχή της βουλιμίας.

Μια μεγάλη έρευνα που έγινε σε δίδυμες γυναίκες βάσει των μητρών των δίδυμων κοριτσιών της Βιρτζίνια έδειξε πως εκείνες που είχαν από 1960 κι έπειτα είχαν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν ιστορικό ψυχογενούς βουλιμίας, εκείνες που είχαν γεννηθεί μεταξύ 1950 και 1959 κινδύνευαν λιγότερο ενώ εκείνες που είχαν γεννηθεί πριν το 1950 είχαν ελάχιστη πιθανότητα να παρουσιάσουν τη διαταραχή.

Επίσης, τα τελευταία χρόνια, οι γιατροί συναντούν ολοένα και περισσότερες περιπτώσεις ψυχογενούς βουλιμίας. Θεραπευτές από τόσο μακρινά μεταξύ τους μέρη όπως η Νέα Ζηλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και ο Καναδάς, έχουν παρατηρήσει μια δραματική αύξηση στον αριθμό των ατόμων που σπεύδουν για τη θεραπεία της διαταραχής. Έτσι ενώ η ψυχογενής βουλιμία ήταν ένα σχετικά σπάνιο φαινόμενο στη δεκαετία του 70, σήμερα αποτελεί μια συνήθη αιτία ιατρικής βοήθειας. Ανάμεσα στο 1977 και στο 1989, οι ψυχίατροι διέκριναν μια αύξηση στο ετήσιο ποσοστό παραπομπών (από έξι έφτασαν στις σαράντα τέσσερις περιπτώσεις) ανά 100.000 νεαρές γυναίκες του τοπικού πληθυσμού. Μια παρόμοια απότομη αύξηση παρατηρήθηκε και στο Λονδίνο. Κάτι ανάλογο συνέβη και σε ένα μεγάλο κέντρο διαταραχών πρόσληψης τροφής του Τορόντο.

Πού οφείλεται λοιπόν αυτό το σαρωτικό κύμα παραπομπών; Δεν έχουμε απάντηση γι'αυτό το ερώτημα, αν και τα στοιχεία που έχουν αποκαλύψει οι ερευνητές για τις αιτίες μπορεί να μας δώσουν κάποιες ενδείξεις. Το θέμα πάντως είναι πως κανείς δεν ξέρει γιατί η ψυχογενής βουλιμία παίρνει τόσο μεγάλες διαστάσεις ή τι θα συμβεί στο μέλλον.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	ΣΕΛ.1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	ΣΕΛ. 2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 1.1 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ.....	ΣΕΛ. 3
1.2 ^α ΣΥΝΔΙΑΣΜΟΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΗΣ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ.....	ΣΕΛ. 8
1.2 ^β ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΜΗΜΕΙΑ.....	ΣΕΛ. 10
1.2 ^γ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΜΗΜΕΙΑ.....	ΣΕΛ. 11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	ΣΕΛ. 13
2.2 ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	ΣΕΛ. 15
2.3 ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΚΡΙΣΙΜΕΣ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧ.ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΣΕΛ.....	ΣΕΛ. 17
2.4 Η ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΤΡΙΑΔΑ ΤΟΥ LASEGUE....	ΣΕΛ. 18
2.5 ΑΛΛΕΣ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	ΣΕΛ. 19
2.6 ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΙΔΙΟΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΗΚΕΣ.....	ΣΕΛ. 20
2.6 ^α ΔΙΑΣΤΡΕΒΛΩΜΕΝΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΤΡΟΦΗ.....	ΣΕΛ. 20
2.6 ^β ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕΛ.	22
2.6 ^γ ΔΕΣΜΕΥΜΕΝΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΕΥΔΟΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ.....	ΣΕΛ. 24
2.6 ^δ ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΕΝΟΥ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ, ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ	ΣΕΛ. 25
2.6 ^ε ΚΑΛΥΜΜΕΝΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΜΕ ΤΟ ΑΜΕΣΩ ΠΕΡΙΒΒΑΛΟΝ.....	ΣΕΛ. 26
2.8 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ.....	ΣΕΛ. 27
2.9 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ.....	ΣΕΛ. 28
2.9 ^α ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ.....	ΣΕΛ. 28
2.9 ^β ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΛΟ.....	ΣΕΛ. 29
2.9 ^γ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	ΣΕΛ. 31
2.10 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΡΕΚΤΗΣ.....	ΣΕΛ. 32

2.11 ΟΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ.....	ΣΕΛ. 35
2.11 ^α Η ΑΠΙΣΧΑΣΗ.....	ΣΕΛ. 35
2.11 ^β Η ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ.....	ΣΕΛ. 37
2.12 ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	ΣΕΛ. 40
2.13 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	ΣΕΛ. 45
2.14 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	ΣΕΛ. 46
2.15 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	ΣΕΛ. 49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1 ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	ΣΕΛ. 51
3.2 ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΝΟΣ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.....	ΣΕΛ. 53
3.3 Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	ΣΕΛ. 54
3.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.....	ΣΕΛ. 55
3.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	ΣΕΛ. 56
3.6 ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	ΣΕΛ. 57
3.6 ^α ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑΧΙ.....	ΣΕΛ. 58
3.6 ^β ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ.....	ΣΕΛ. 58
3.6 ^γ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ.....	ΣΕΛ. 63
3.6 ^δ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΕΜΕΤΟΥ.....	ΣΕΛ. 65
3.6 ^ε ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΚΑΘΑΡΤΙΚΩΝ.....	ΣΕΛ. 66
3.6 ^{στ} ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΩΝ.....	ΣΕΛ. 67
3.6 ^ζ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	ΣΕΛ. 68
3.7 ΑΙΤΙΕΣ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.....	ΣΕΛ. 69
3.7 ^α ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΩΝΤΕΣ.....	ΣΕΛ. 70
3.7 ^β ΦΥΛΛΟ.....	ΣΕΛ. 70
3.7 ^γ ΗΛΙΚΙΑ.....	ΣΕΛ. 71
3.7 ^δ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ.....	ΣΕΛ. 72
3.7 ^ε ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	ΣΕΛ. 74
3.7 ^{στ} ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	ΣΕΛ. 75
3.7 ^ζ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	ΣΕΛ. 75

3.7θ ΔΙΑΙΤΑ.....	ΣΕΛ. 77
ΕΠΙΛΟΓΟΣ: ΚΑΜΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΑΙΤΙΑ.....	ΣΕΛ. 77
3.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.....	ΣΕΛ. 78
3.8 ^α ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.....	ΣΕΛ. 80
3.8 ^β ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	ΣΕΛ. 81
3.8 ^γ ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	ΣΕΛ. 84
3.9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	ΣΕΛ. 85

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

«Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ» Jean- Luc Venisse με τη συνεργασία των Maurice Churin και Γιώργου Σαράντογλου, (2η Έκδοση) Εκδόσεις Χατζηνικολή 1987

«Βουλιμία- Ξανακερδίστε τον έλεγχο» Dr Christopher Fairburn

«Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής» Suzanne Abraham and Derek Llewellyn- Jones

«Τρώει τίποτα» ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ Νίνα Μπούρα
Εκδόσεις Εξάντας 2004

«Διαταραχές πρόσληψης τροφής» Ανορεξία, Βουλιμία,
Παχυσαρκία- Διονύσιος Τζαβάρος
1^η έκδοση Αθήνα Mediforce

«Βανέσα, στο λαβύρινθο της ανορεξίας» Alain Meunier
Μετάφραση Λυδία Κοντογεωργοπούλου
Εκδόσεις Θυμάρι