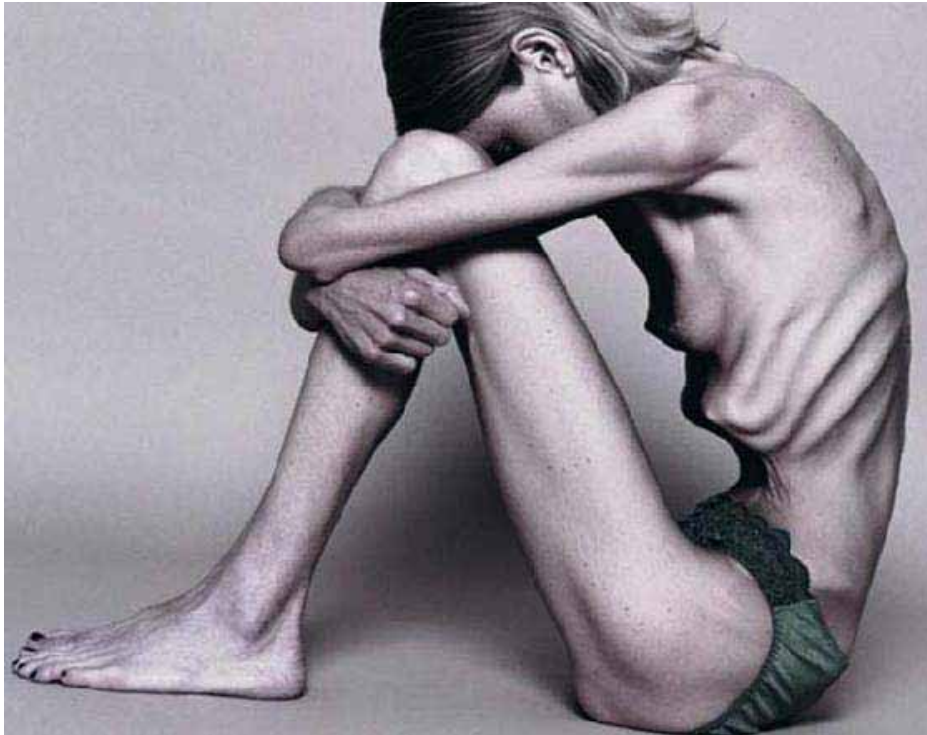


**ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ & ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ



**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΜΑΡΚΑΝΤΩΝΑΚΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΚΑΡΑΝΙΚΟΛΑ ΚΥΡΙΑΚΗ**

ΣΗΤΕΙΑ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... 6

ΠΡΟΛΟΓΟΣ..... 9

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

1.1 Ψυχογενής Ανορεξία	15
1.1.1 Ιστορική Αναδρομή.....	15
1.1.2 Ορισμός – Κλινικά Χαρακτηριστικά.....	17
1.1.3 Διάγνωση.....	21
1.1.4 Επιπτώσεις	23
1.1.5 Επιπολασμός.....	25
1.1.6 Εξέλιξη.....	26
1.1.7 Διαφορική Διάγνωση.....	33
1.2 Ψυχογενής Βουλιμία	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: Αιτιολογικοί Παράγοντες

2.1 Οικογενειακοί Παράγοντες	40
2.2 Νευροβιολογικοί Παράγοντες.....	42
2.3 Γενετικοί Παράγοντες	43
2.4 Κοινωνικό-Πολιτισμικοί Παράγοντες.....	43
2.5 Ψυχολογικοί Παράγοντες.....	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ : Διαταραχές Προσωπικότητας

3.1	
Αντικοινωνική Διαταραχή	55
3.2	
Οριακή – Μεταιχμιακή Διαταραχή	56
3.3	
Ιστριονική – Δραματική Διαταραχή	57
3.4	
Ναρκισσιστική Διαταραχή	58
3.5	
Αποφευκτική Διαταραχή	60
3.6	
Ψυχαναγκαστική - Καταναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: Συσχέτιση Ψυχογενούς Ανορεξίας & Διαταραχών Προσωπικότητας

4.1	
Συσχέτιση Ψυχογενούς Ανορεξίας με Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας	66
4.2	
Συσχέτιση Ψυχογενούς Ανορεξίας με Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας	68
4.3	
Συσχέτιση Ψυχογενούς Ανορεξίας με Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: Θεραπεία Ψυχογενούς Ανορεξίας

5.1	
Θεραπεία Ψ.Α.	76
5.2	
Θεραπεία Ψ.Α. με συνύπαρξη Αποφευκτικής Διαταραχής Προσωπικότητας..	80
5.3	
Θεραπεία Ψ.Α. με συνύπαρξη Ψυχαναγκαστικής Διαταραχής Προσωπικότητας.....	84
5.4	
Θεραπεία Ψ.Α. με συνύπαρξη Μεταιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας ..	89
<u>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ</u>	93
<u>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</u>	95
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	97
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</u>	103

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Α.Δ.Π.	Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας
Ψ.Α.	Ψυχογενής Ανορεξία
Ψ.Β.	Ψυχογενής Βουλιμία
Δ.Π.Τ.	Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής
Δ.Π.	Διαταραχές Προσωπικότητας
Ν.Δ.Π.	Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας
Μ.Δ.Π.	Μετ αιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας
Ψ.Κ.Δ.Π.	Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας
Δ.Δ.Π.	Δραματική Διαταραχή Προσωπικότητας
Δ.Δ.	Διαταραχές Διατροφής

Ψυχογενής Ανορεξία & Διαταραχές Προσωπικότητας

Περίληψη

Είναι ευρέως γνωστό πως η Ψ.Α., και γενικότερα οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο το οποίο έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις την σύγχρονη εποχή. Η Ψ.Α. είναι μια διαταραχή η οποία απαιτεί πολύ επίπεδη παρέμβαση, όπου ο διαιτολόγος θα πρέπει να συμμετάσχει ενεργά.

Πρωταρχικός σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της ύπαρξης - ή μη - συσχέτισης μεταξύ της ψυχογενούς ανορεξίας και των παρακάτω διαταραχών προσωπικότητας: α) Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας, β) Μετايχμιακή - Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, γ) Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας, δ) Δραματική - Ιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας, ε) Ψυχαναγκαστική - Καταναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας και τέλος ζ) Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας. Σκοπός της μελέτης είναι μέσα από την αναζήτηση της διεθνούς βιβλιογραφίας να ερευνηθεί σε βάθος όχι μόνον η συσχέτιση αλλά και οποιαδήποτε σύνδεση μεταξύ των διαταραχών αυτών ή οποιαδήποτε πιθανή αλληλεπίδραση.

Τα ευρήματα των ερευνών που βρέθηκαν μέσω της βιβλιογραφικής αναζήτησης, οπωσδήποτε ήταν ενδιαφέροντα και δίνουν νέα δεδομένα στο χώρο, τα οποία θα πρέπει να αναπροσαρμόσουν τη γνώση μας έως τώρα για τη Διαταραχή της Ψυχογενούς Ανορεξίας με απώτερο σκοπό ασφαλώς την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της διαταραχής.

Συμπερασματικά, καθίσταται σαφές πως η συσχέτιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας με τις Διαταραχές Προσωπικότητας συνιστά ένα πολύπλοκο φαινόμενο, την αιτία και τις διαστάσεις του οποίου ακόμα δεν μπορούμε να είμαστε απόλυτα σε θέση να γνωρίζουμε. Οπωσδήποτε, η έρευνα έχει προσθέσει νέα δεδομένα στο συγκεκριμένο πεδίο, όμως η έρευνα θα πρέπει να επιμείνει στη συσχέτιση ή την αλληλεπίδραση των δύο διαταραχών και κυρίως στα αίτια του φαινομένου αυτού. Ενώ επιπλέον η έρευνα θα πρέπει να επικεντρωθεί και στις άλλες διαταραχές προσωπικότητας, οι οποίες δεν αποτέλεσαν στόχο για αυτή τη μελέτη. Τέλος,

ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί και στην θεραπεία της διαταραχής, η οποία θα πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς, να σέβεται τις ιδιαίτερες ικανότητες και ανάγκες του, την προσωπικότητά του, την ιδιομορφία του χαρακτήρα του, την διαφορετικότητα της ατομικότητάς του.

Anorexia Nervosa & Personality Disorders

Summary

It is general accepted that anorexia nervosa, and in general eating disorders, is a social phenomenon that has taken wide dimensions in the modern ages. Anorexia Nervosa is a disorder which needs multilevel intervention, where the dietician should participate.

The present study places particular focus on the disorder of anorexia nervosa and the possible relationship between this disorder and some of the personality disorders. The main aim is to investigate if there is any relationship –or not- between the anorexia nervosa and the following of the personality disorders: a) Antisocial Personality Disorder, b) Borderline Personality Disorder, c) Narcissistic Personality Disorder, d) Histrionic Personality Disorder, e) Obsessive – Compulsive Disorder, and finally, f) Avoidant Personality Disorder. The present study aims to investigate through the search of international bibliography, not only the correlation between the disorders, but also any other relationship or interaction between the anorexia nervosa and particular personality disorders.

The findings that were found due to the search of the international bibliography, were quite interesting and add new clues, which should be used to reform our knowledge about the Disorder of Anorexia Nervosa, with main aim to create more effective ways of treatment.

Deductive, the correlation between Anorexia Nervosa and some of the Personality Disorders is a complex phenomenon and we still do not know fully its causes and dimensions. Admittedly, research has added new data in this particular area, but research should insist in the correlations or interaction between the disorders and mainly, in the causes of this phenomenon.

Finally, attention should be given in the treatment of the disorder, which should be adapted according to the patient's needs and respect the personality and the private faculties of each patient.

Πρόλογος

Η παρούσα μελέτη αναφέρεται στις Διατροφικές Διαταραχές και πιο συγκεκριμένα στην Ψυχογενή Ανορεξία. Σκοπός της εργασίας είναι να ερευνήσει την ενδεχόμενη ύπαρξη σχέσης ή αλληλεπίδρασης μεταξύ συγκεκριμένων Διαταραχών Προσωπικότητας, που θα αναφερθούν παρακάτω, και της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Η εργασία αυτή επιδιώκει να τονίσει και να καταδείξει σε βάθος τη σχέση που μπορεί να υπάρχει ανάμεσα στην Ψυχογενή Ανορεξία και τις Διαταραχές Προσωπικότητας και πως μπορεί η ύπαρξη της μιας να επηρεάσει την εμφάνιση ή την εξέλιξη της άλλης.

Επίσης στόχος της μελέτης είναι να αναπτύξει λεπτομερώς το θεραπευτικό πρόγραμμα που θα πρέπει να παρέχεται σε ένα άτομο με Ψυχογενή Ανορεξία αλλά επίσης και το θεραπευτικό πρόγραμμα το οποίο θα πρέπει να παρέχεται σε ένα άτομο που νοσεί από δύο διαταραχές ταυτόχρονα.

Το μέσο για την επίτευξη της παρούσας μελέτης που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί είναι η αναζήτηση και η μελέτη της εγχώριας και διεθνούς βιβλιογραφίας. Ωστόσο όμως για την επίτευξη του κύριου σκοπού, που όπως αναφέρθηκε είναι η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ της Ψυχογενούς Ανορεξίας και συγκεκριμένων Διαταραχών Προσωπικότητας είναι η μελέτη της πιο πρόσφατης διεθνούς αρθρογραφίας στον κλάδο αυτό.

Το περιεχόμενο της εργασίας αποτελείται από πέντε κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο θα επιχειρηθεί η περιγραφή των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Συγκεκριμένα θα γίνει μια σύντομη ιστορική αναδρομή στην έννοια της ψυχογενούς ανορεξίας, έπειτα θα περιγραφούν εκτενώς τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής. Εν συνεχεία θα γίνει αναφορά στα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής, τις επιπτώσεις, τον επιπολασμό της διαταραχής στο γενικότερο πληθυσμό, στην εξέλιξη και τα στάδια της διαταραχής και τέλος στη διαφορική διάγνωση της διαταραχής από άλλες διαταραχές. Καθώς όμως το επίκεντρο της εργασίας αποτελεί μονάχα η ψυχογενής ανορεξία θα γίνει μια σύντομη αναφορά στην ψυχογενή βουλιμία ώστε να γίνει σαφής η διαφοροποίηση μεταξύ των δύο διαταραχών.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην πιθανή αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας. Συγκεκριμένα θα αναφερθούν οι πιθανότερες αιτίες για την έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας, όπως αυτές καταγράφονται από τη διεθνή βιβλιογραφία και εν

συντομία είναι: α) οικογενειακοί, β) κοινωνικο-πολιτισμικοί, γ) ψυχολογικοί, δ) νευροβιολογικοί και ε) γενετικοί.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα γίνει περιγραφή των διαταραχών προσωπικότητας οι οποίες αποτελούν το άμεσο ενδιαφέρον της παρούσας μελέτης και πρόκειται για: α) την Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας, β) τη Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας, γ) την Δραματική – Ιστριονική Διαταραχή Προσωπικότητας, δ) την Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας, ε) τη Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας και τέλος ε) την Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο θα περιγραφούν αναλυτικά τα ευρήματα της βιβλιογραφικής αναζήτησης που αναφέρονται στην πιθανή συνύπαρξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας με τις συγκεκριμένες Διαταραχές Προσωπικότητας.

Ενώ τέλος το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στη θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας μεμονωμένα και κατόπιν στη θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας στην υπόθεση συνύπαρξης με κάποια από τις Διαταραχές Προσωπικότητας.

Εισαγωγή

Η προεφηβική και εφηβική ηλικία αποτελεί μια κρίσιμη περίοδο στην ανάπτυξη των ατόμων με ιδιαίτερα αυξημένες ανάγκες όσον αφορά τη διατροφή. Ακόμα, η ηλικία αυτή χαρακτηρίζεται από σοβαρές σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των παιδιών σε θέματα διατροφής. Σοβαρές διαιτητικές παρεκτροπές παρατηρούνται σε αυτή την ηλικία, σε μεγαλύτερη συχνότητα στα κορίτσια από ότι στα αγόρια και οδηγούν σε ψυχογενή ανορεξία ή βουλιμία.

«Οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής έχουν συγκεντρώσει μεγάλο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Ένας αυξανόμενος αριθμός κυρίως γυναικών αναφέρει έντονα προβλήματα στη συμπεριφορά τους σχετικά με το φαγητό. Δύο κλινικά σύνδρομα φαίνεται να προεξάρχουν στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή, η *Ψυχογενής Ανορεξία και η Ψυχογενής Βουλιμία.*» (Μάνος, 1997, Σελ. 339)

Οι ΔΠΤ έχουν καταγραφεί στην ιστορία του Δυτικού πολιτισμού τους τελευταίους 15 αιώνες. Οι θεράποντες συχνά αντιμετωπίζουν υποτροπές και φτωχές προγνώσεις όταν θεραπεύουν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές. Αυτό μπορεί να αποδοθεί σε πολυπαραγοντική αιτιολογία και σε συνύπαρξη διαταραχών του Άξονα I και του Άξονα II. (Sansone & Levitt, 2006)

Τα αίτια της διαταραχής έχουν προσπαθήσει να ερμηνεύουν βιολογικές, γενετικές, ψυχολογικές, κοινωνικές θεωρίες. Εξαιτίας της πολυπλοκότητας των αιτιών και επειδή πολλές φορές παρατηρείται συνοδεία άλλων διαταραχών, συχνά η θεραπεία της διαταραχής απαιτεί συνδυασμό πολλών μεθόδων, όπως η φαρμακευτική αγωγή, η ψυχοθεραπεία και άλλες μέθοδοι που θα αναφερθούν εκτενέστερα στο τελευταίο κεφάλαιο αυτής της εργασίας.

«Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής περιγράφονται σαν πρωτογενείς, δηλαδή δεν είναι το αποτέλεσμα κάποιας σωματικής νόσου, ωστόσο πρέπει να σημειώσουμε ότι πολλοί ασθενείς με ανορεξία ή βουλιμία μπορεί να έχουν και άλλες ψυχικές διαταραχές, ψυχώσεις, νευρώσεις και κυρίως διαταραχές προσωπικότητας.» (Μάνος, 1997, Σελ. 339)

Πράγματι είναι γεγονός, όπως θα περιγραφεί παρακάτω εκτενώς, πως οι Διαταραχές Προσωπικότητας είναι συχνά κοινές με τις Δ.Π.Τ. Ας το θέσουμε απλά, ένα άτομο με Δ.Π. έχει επινοήσει τρόπους και συμπεριφορές που είναι πολύ

διαφορετικές από αυτούς γύρω του. Όπως ακριβώς συμβαίνει με τις Δ.Π.Τ. Όμως ποια ακριβώς είναι η σχέση μεταξύ των δύο κατηγοριών των διαταραχών; Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των διαταραχών; Υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ των διαταραχών; Εμφανίζουν κοινή αιτιολογία; Είναι η ύπαρξη της μιας διαταραχής το ερέθισμα για την έναρξη της άλλης; Και τέλος, ποιες είναι εκείνες οι διαταραχές που σχετίζονται με οποιονδήποτε τρόπο με τις Δ.Π.Τ.; Είναι ερωτήματα που θα απασχολήσουν την συγκεκριμένη εργασία και τα οποία θα επιχειρήσουμε να απαντήσουμε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Κεφάλαιο πρώτο: Διαταραχές Πρόσληψης τροφής

Η εφηβεία είναι μια περίοδος ψυχολογικών αλλαγών που είναι συχνά αρκετά περίπλοκη, τόσο για τους εφήβους όσο και για τους γονείς τους. «Οι ραγδαίες σωματικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά την περίοδο αυτή οδηγούν τους νέους να υπερασχολούνται με την εικόνα του σώματος τους. Οι έφηβοι μπορεί να αποκτήσουν εμμονή με την εμφάνιση τους και να συγκρίνουν συνεχώς το σώμα τους με άλλων εφήβων.» (Brown, J.M., 2000)

«Τα γυναικεία εφηβικά χρόνια είναι συχνά συνδεδεμένα με ανησυχίες που αφορούν το βάρος και τη σωματική εικόνα καθώς και με διαταραγμένες συμπεριφορές όσον αφορά την πρόσληψη τροφής, ιδίως στις δυτικές κοινωνίες όπου το αδύνατο σώμα θεωρείται αξιοθαύμαστο.» (Jones, J.M. 2001)

«Η νευρογενής ανορεξία και η βουλιμία είναι διαταραχές της διατροφής κυρίως σε νέες γυναίκες οι οποίες αναπτύσσουν ένα παραλυτικό φόβο ότι θα παχύνουν υπερβολικά.» Στην ανορεξία ο φόβος προκαλεί ριζική στέρηση της λήψης τροφής με τελική κατάληξη την απίσχναση. Στη βουλιμία, η μαζική υπερκατανάλωση τροφής ακολουθείται από αυτοπροσκαλούμενες τακτικές για τη μείωση βάρους. Συχνά ο διαχωρισμός μεταξύ των δύο διαταραχών δεν είναι σαφής (Πίνακας 1.1). (Harrison, 2001, Σελ. 246)

	Ψυχογενής Ανορεξία	Ψυχογενής Βουλιμία
Επικρατούν φύλο	Θήλυ	Θήλυ
Μέθοδος ελέγχου βάρους	Στέρηση λήψης τροφής	Εμετός
Επεισοδιακή υπερφαγία	Σπανίως	Μόνιμη
Βάρος κατά τη διάγνωση	Πολύ ελαττωμένο	Σχεδόν φυσιολογικό
Τελετουργική άσκηση	Συνήθης	Σπάνια
Αμηνόρροια	100%	50%
Αντικοινωνική συμπεριφορά	Σπάνια	Συχνή
Καρδιαγγειακές διαταραχές	Συχνές	Ασυνήθεις
Δερματικές αλλοιώσεις	Συνήθεις	Σπάνιες
Υποθερμία	Συνήθης	Σπάνια
Παθολογικές επιπλοκές	Υποκαλιαιμία, καρδιακές	Υποκαλιαιμία, καρδιακές

	αρρυθμίες	αρρυθμίες, εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου, ρήξη οισοφάγου ή στομάχου
--	-----------	---

Πίνακας 1.1 Διαταραχές πρόσληψης τροφής.

1.1 Ψυχογενής Ανορεξία

1.1.1 Ιστορική αναδρομή

Θρηνώ από τον ψηλό μου θρόνο για την καταλυτική ατυχία, γιατί ο Νείλος που έρεε στην εποχή μου δεν έχει νερό εδώ και επτά χρόνια! Φως είναι το σιτάρι, υπάρχει έλλειψη ψωμιού και όλων των ειδών τροφής. Κάθε άντρας έχει γίνει κλέφτης του γείτονά του. Επιθυμούν να τρέξουν και δεν μπορούν καν να περπατήσουν. Τα παιδιά κλαίνε, οι νέοι σωριάζονται παντού, και οι γέροι. Οι ψυχές τους καταβεβλημένες, τα πόδια τους είναι δεμένα μεταξύ τους και σέρνονται στο έδαφος, ενώ τα χέρια τους ξεκουράζονται στο στήθος τους. Το συμβούλιο των μεγάλων στο δικαστήριο δεν είναι κάτι άλλο από άδειο. Σκισμένα ορθάνοιχτα είναι τα στήθη τους από προκαταλήψεις, μα αντί για περιεχόμενο υπάρχει μόνο αέρας...όλα έχουν εξαντληθεί.

Αυτή η περιγραφή ξεθάφτηκε σε μια γρανιτένια κατακόμβη στην Αίγυπτο και χρονολογείται περί το 187 π.χ.. Περιγράφει έναν δραματικό απολογισμό των δραστικών επιπτώσεων της πείνας επάνω στους ανθρώπους. Μέσα στην ιστορία αυτές οι σκηνές επαναλαμβάνονται πολύ συχνά. Τα κύρια αίτια ήταν οι πόλεμοι, και ακόμα πιο συχνά η απώλεια της σοδειάς λόγω ξηρασίας, πλημμύρας, ή παγετών.

Όμως με εξαίρεση αυτές τις περιόδους εκτεταμένης πείνας όλες οι κοινωνίες έχουν γνωρίσει ανθρώπους που οικειοθελώς εκτίθενται επί συνεχόμενη βάση στην ασιτία.

Πολύ συχνά η πλήρης νηστεία έχει χρησιμοποιηθεί εξατομικευμένα ως μορφή αυτοτιμωρίας ή μέσο αντιμετώπισης της πίεσης και των στρεσογόνων γεγονότων.

Η νηστεία ως αναπόσπαστο κομμάτι μαγικό-θρησκευτικών τελετών δεν καθιερώθηκε από έναν μόνο πολιτισμό ή θρησκεία και ύστερα διαδόθηκε ανά τον κόσμο, άνθισε σε διαφορετικές θρησκείες και κουλτούρες οι οποίες αναμενόμενα αλληλοεπηρέαστηκαν.

Η νηστεία σε κάθε έναν από τους πολιτισμούς -θρησκείες δεν εκπλήρωνε μόνο ένα σκοπό. Μόνο στον χριστιανισμό συναντάμε πολυάριθμα μοτίβα στα έργα των πατέρων της εκκλησίας. Σύμφωνα με μερικούς η νηστεία δεν είναι μόνο μια μορφή εξαγνισμού αλλά και ένα μέσο ενότητας των χριστιανών με αρκετά επικερδής παραμέτρους, αφού ό,τι δεν καταναλώνονταν μπορούσε κάλλιστα να δοθεί στους φτωχούς. Η νηστεία επίσης αντιπροσωπεύει την συμφιλίωση με το ιερό, ώστε ο θεός να παρέχει ευφορία, ανοχή και συγχώρεση.

Άλλο ένα μοτίβο που σχετιζόταν με την χρήση της νηστείας είναι αυτό που τη θέλει έκφραση της θλίψης για τα πάθη του Χριστού σε μία προσπάθεια να λάβουν μέρος στα μαρτύριά του.

Σύμφωνα με κάποιους άλλους πατέρες της εκκλησίας η νηστεία ήταν ο πιο κατάλληλος δρόμος για τον παράδεισο. Άλλωστε ο Αδάμ και η Εύα δεν εκδιώχθηκαν από αυτόν επειδή παρέβησαν έναν νόμο της νηστείας τρώγοντας κάτι απαγορευμένο;

Μια άλλη θεωρία που μοιράστηκαν πολλοί άνθρωποι θέλει την τροφή κατοικία δαιμονικών δυνάμεων οι οποίες μπορούν να εισβάλλουν στο σώμα διαμέσου αυτής, και να εκχύσουν τις βλαβερές επιρροές τους. Με την νηστεία και ειδικότερα με την αποφυγή τροφής προσπαθούσαν να αποφύγουν τον κίνδυνο.

Αργότερα τα τελετουργικά νηστείας χρησιμοποιήθηκαν περιστασιακά για να αποτρέψουν τις ψυχές αυτών που πέθαιναν από κάποια αρρώστια να εισβάλλουν στα σώματα των επόμενων της γενιάς μέσω της τροφής. Η αποχή από την τροφή αποτελούσε φρούριο απέναντι σε δαιμονικές επιρροές και απαιτούνταν για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου επιπέδου αγνότητας.

Η νοσηρή εκούσια λιμοκτονία αναγνωρίστηκε ως ξεχωριστή κλινική κατάσταση το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα. Αρχικά αναγνωρίστηκε ως μια ψυχιατρική κατάθλιψη που εμφανίζεται κυρίως σε νεαρές γυναίκες. Όπως περιγράφηκε από τους Ernest –Charles Lasague & Withey Gull, η κατάσταση αυτή είχε τα εξής συμπτώματα: σοβαρή απώλεια βάρους, δυσκοιλιότητα, αμηνόρροια, νευρικότητα και καμία ένδειξη για ύπαρξη κάποιας άλλης γενικότερης ιατρικής κατάστασης. Η διαταραχή παρέμεινε έως τον 20^ο αιώνα στην αφάνεια, παρόλο που ήταν αναγνωρισμένη από τον ιατρικό κόσμο. Η ψυχογενής ανορεξία θεωρείτο ως ψυχιατρική διαταραχή, έως ότου, το 1914, συνδέθηκε με τη νόσο “Simmonds” (Simmond: Γερμανός παθολόγος). Μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, η ενδοκρινολογική εικόνα της διαταραχής έχασε την ψυχολογική της εικόνα και χαρακτηρίζεται ως ψυχιατρική διαταραχή. Στην περίοδο 1945 -1960 η ψυχιατρική

κυριαρχήθηκε από ψυχαναλυτικές απόψεις και μεθόδους, χωρίς όμως ακόμα να βρεθεί στο επίκεντρο της προσοχής των ειδικών. Η κατάσταση αυτή διαφοροποιήθηκε μετά το 1960, όπου μια Αμερικανίδα ψυχίατρος, Hilde Bruch, επικέντρωσε την προσοχή της στην έλλειψη αυτοεκτίμησης και τη διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος που παρουσίαζαν οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία. Η εξέλιξη αυτή οδήγησε στην προσθήκη άλλων δύο στοιχείων: επίμονη επιδίωξη ισχνότητας και διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος. Έτσι, η ενασχόληση με το σωματικό βάρος και το σχήμα του σώματος και η εφαρμογή στρατηγικών απώλειας βάρους, όπως η δίαιτα και η κάθαρση των εντέρων, κέρδισαν την προσοχή του κοινού αλλά και των ειδικών της υγείας τις τελευταίες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα.

1.1.2 Ορισμός – Κλινικά Χαρακτηριστικά

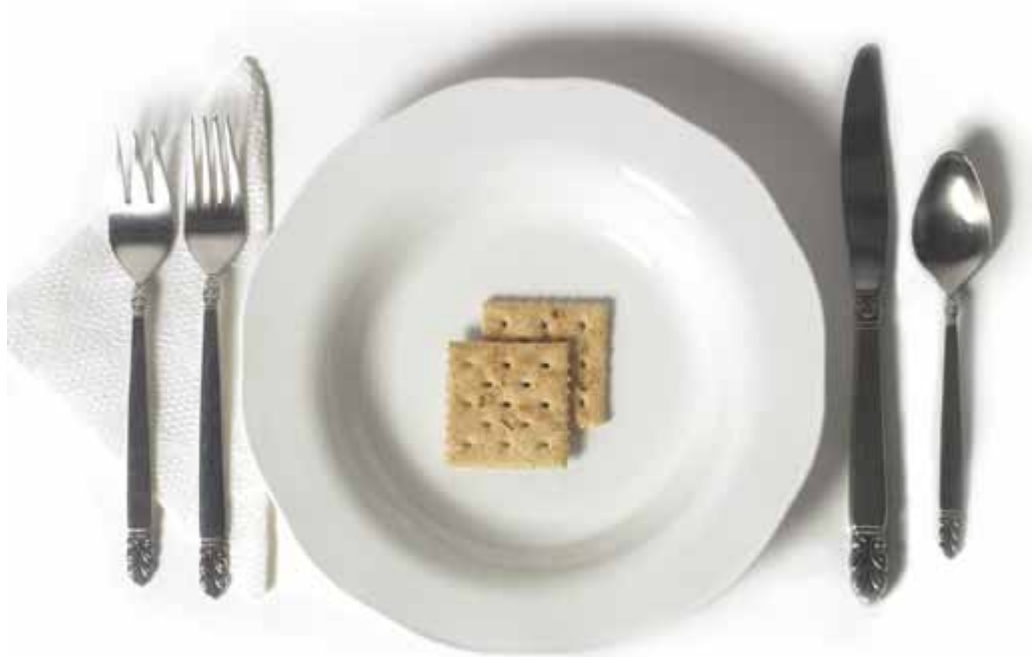
«Η ψυχογενής ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτόεπιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ.» (Μάνος, 1997, Σελ. 339) Είναι μια ψυχιατρική διαταραχή που αφορά σε καταστροφικές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και σε πανίσχυρες πολιτισμικές επιδράσεις που οδηγούν σε ένα έντονο φόβο παχυσαρκίας, όπως αναφέρθηκε παραπάνω.

«Η ψυχογενής ανορεξία πρωτοεμφανίζεται μεταξύ της εφηβείας και της αρχής της ενηλικίωσης. Οι ασθενείς είναι γυναίκες κατά 90%, οι περισσότεροι ανήκουν στα μεσαία και στα ανώτερα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα.» (Tierney- McPhee-Papadakis, 2001, Σελ.1864)

Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι η άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος, έντονος φόβος του ατόμου μήπως γίνει παχύ, διαταραχή στη σωματική εικόνα, σημαντική απώλεια βάρους και αμηνόρροια στις γυναίκες.

Τα άτομα με τη διαταραχή αυτή ισχυρίζονται πως είναι παχιά όταν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ή ακόμα χαμηλότερο από το φυσιολογικό, καθώς η απώλεια του βάρους δεν καθησυχάζει το φόβο της παχυσαρκίας. Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη του σώματος τους. Δεν μπορούν να αναγνωρίσουν σωματικές αισθήσεις συμπεριλαμβανομένου του αισθήματος πείνας.

Ακόμα εκδηλώνουν περίεργη συμπεριφορά σε σχέση με το φαγητό. Κρύβουν παντού στο σπίτι φαγώσιμα και κουβαλάνε συχνά ζαχαρώδη επάνω τους. Ενώ τρώνε, προσπαθούν να βάλουν το φαγητό στις τσέπες τους ή να το κρύψουν. Τεμαχίζουν το φαγητό σε πολύ μικρά κομμάτια και σε περιπτώσεις όπου γίνεται λόγος για τη συμπεριφορά αυτή απορρίπτουν ότι είναι περίεργη ή αρνούνται κατηγορηματικά να συζητήσουν το θέμα.



Το πιάτο του ανορεξικού.

Συνήθη χαρακτηριστικά επίσης της διαταραχής αυτής φαίνεται να είναι η οικογενειακή προέλευση του ασθενούς, όπου συχνά περιγράφεται να προέρχεται από οικογένεια που έχει έντονο προσανατολισμό να θέτει στόχους και να τους επιτυγχάνει. Οι διαπροσωπικές σχέσεις περιγράφονται ως ανεπαρκείς και οι ασθενείς περιγράφονται ως υπερβολικά ευθείς, ενδιαφέρονται για το λεπτό σώμα και την άριστη φυσική κατάσταση, θέματα που μονοπωλούν τις συζητήσεις τους. «Συνήθως οι ασθενείς έχουν τελειοθηρική συμπεριφορά και εμφανίζουν καταναγκαστικά χαρακτηριστικά στην προσωπικότητά τους. Μπορεί να υπάρχει σημαντική κατάθλιψη ή άγχος.» (Tierney- McPhee- Papadakis, 2001, Σελ.1865) Έχουν άκαμπτη συμπεριφορά, συχνά διαπράττουν ψυχαναγκαστικές κλοπές, ενώ και τα σωματικά συμπτώματα είναι συχνά (ιδιαίτερα επιγαστρική δυσφορία). Εμφανίζουν ελλιπή σεξουαλική προσαρμογή, μάλιστα ορισμένοι πάσχοντες έφηβοι χαρακτηρίζονται από

καθυστερημένη ψυχοκοινωνική σεξουαλική ανάπτυξη, ενώ στους ενήλικους η έναρξη της διαταραχής συνοδεύεται από μείωση των ερωτικών τους ενδιαφερόντων.

«Οι ασθενείς συνήθως εμφανίζονται στο γιατρό όταν τα αποτελέσματα της τακτικής τους γίνονται εμφανή. Καθώς η απώλεια βάρους παίρνει σοβαρές διαστάσεις, εμφανίζονται σωματικά σημεία όπως υποθερμία, οίδημα, βραδυκαρδία, υπόταση και χνους (εμφάνιση τριχών όμοιων με αυτές των νεογνών), ενώ ο ασθενής παρουσιάζει μια ποικιλία μεταβολικών διαταραχών.» (Kaplan –Sadock –Grebbs, 2000, Σελ. 1004)

Οι ασθενείς είναι συχνά μυστικοπαθείς, αρνούνται τα συμπτώματα τους, αντιστέκονται στη θεραπεία και ερμηνεύουν γεγονότα σε σχέση με το βάρος και το σχήμα του σώματος ως ασαφή και ουδέτερα. Επίσης θεωρούν πως μπορεί να τους συμβούν αρνητικά γεγονότα λόγω του βάρους και του σχήματος του σώματος (Tovee et al, 1995) και μεγαλοποιούν τις συνέπειες των γεγονότων. Αυτό ενδέχεται να συμβαίνει γιατί στο παρελθόν μπορεί να έχουν βιώσει καταστάσεις όπου το βάρος και το σχήμα του σώματος ήταν η αιτία για αρνητικά αποτελέσματα (π.χ. μη δημιουργία σχέσεων, αρνητικές αντιδράσεις από συνομήλικους κλπ) και κατά συνέπεια δημιουργήθηκαν αρνητικές αντιλήψεις.

Οι συνήθειες αυτόματες σκέψεις και αντιλήψεις ασθενών με Ψ.Α. είναι:

- Εάν φάω αυτή την τροφή, δεν θα αρέσω σε κανένα
- Εάν φάω ένα γλυκό, δεν θα μπορέσω να σταματήσω να τρώω γλυκά
- Εάν το βάρος μου υπερβεί τα XX κιλά, τότε δεν θα μπορέσω πια να τα χάσω
- Εάν φάω αυτή την τροφή, τότε σημαίνει πως χάνω τον έλεγχο
- Όταν το βάρος μου αυξάνει, αισθάνομαι απαίσια και όταν μειώνεται, αισθάνομαι καλά
- Εάν φάω περισσότερο από τους άλλους στο τραπέζι, αισθάνομαι ενοχές
- Οι άλλοι που με πιέζουν να φάω, με θέλουν παχιά

Βέβαια ο όρος ανορεξία είναι αποπροσανατολιστικός, καθώς δεν πρόκειται για μια διαταραχή της όρεξης, αφού η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνον αργά στην πορεία της νόσου. Ενδείξεις ότι οι ασθενείς σκέπτονται συνεχώς την τροφή, αποτελούν το πάθος τους για συλλογή συνταγών και η παρασκευή περίπλοκων γευμάτων για άλλους (αρκετοί είναι οι ασθενείς που δεν μπορούν να αντεπεξέρχονται συνέχεια στον εκούσιο περιορισμό τους από την τροφή και γι' αυτό παρουσιάζουν επεισόδια υπερφαγίας, τα οποία κατά κύριο λόγο γίνονται κρυφά). Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στην ταυτότητα και στην αυτονομία. Η

απώλεια βάρους συνήθως κατορθώνεται με μείωση της συνολικής ποσότητας τροφής με δυσανάλογη ελάττωση σε τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες, λίπος με προκλητό εμετό, με χρήση καθαρτικών ή διουρητικών και με εξαντλητική σωματική άσκηση.





Εικόνες ανορεκτικών ασθενών.

1.1.2

Διάγνωση

«Η διάγνωση της διαταραχής μπορεί να είναι αρκετά δύσκολη, καθώς πολλοί κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες μπορεί να προκαλούν και να συντηρούν την ανορεκτική συμπεριφορά. Εξαρτάται από την εντόπιση των κοινών χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς και των αποκλεισμό των ιατρικών, παθολογικών καταστάσεων που μπορεί να ευθύνονται για την απώλεια βάρους.» (Tierney- McPhee- Papadakis, 2001, Σελ.1865)

«Σύμφωνα με το DSM – IV, τα διαγνωστικά κριτήρια για την ψυχογενή ανορεξία είναι τα εξής:

1. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του.
2. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα κι αν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
3. Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος ή το σχήμα του σώματος του, αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην εκτίμηση του εαυτού ή άρνηση της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού βάρους.

4. Σε γυναίκες μετά την έναρξη της περιόδου, αμηνόρροια.» (Μάνος, 1997, Σελ. 340)

Η διαταραχή αυτή διαχωρίζεται σε δύο τύπους κρίνοντας από τον τρόπο μείωσης και ελέγχου του σωματικού βάρους. Πρόκειται για τον περιοριστικό τύπο, σύμφωνα με τον οποίο το άτομο επιτυγχάνει την απώλεια βάρους κυρίως με δίαιτα, νηστεία ή υπερβολική άσκηση. Ενώ ο δεύτερος, αφορά τον τύπο υπερφαγίας / κάθαρσης, κατά τον οποίο το άτομο επιτυγχάνει το σκοπό του με προκλητό εμετό, καθαρτικά ή διουρητικά ύστερα από υπερφαγία ή και τη λήψη μικρών ποσοτήτων τροφής.



Άσκηση προκλητού εμετού ανορεκτικού ατόμου.

Κάθε ένας από τους δύο τύπους φαίνεται να έχει διακριτά χαρακτηριστικά ως προς το ιστορικό και την κλινική εικόνα. Οι ασθενείς και των δύο τύπων υπερασχολούνται με το βάρος και την εικόνα τους σώματος τους. Και οι δύο τύποι ασθενών μπορεί να είναι κοινωνικά απομονωμένοι και με μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον.

Η Ψ.Α. έχει υψηλά ποσοστά συνοσηρότητας με μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές. Σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις οι συγγενείς και οι στενοί φίλοι θα πρέπει να επιβεβαιώνουν το ιστορικό του αρρώστου. Ο ασθενής πρέπει να υποβάλλεται σε ολοκληρωμένη γενική σωματική και νευρολογική εξέταση. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω η διαταραχή παρουσιάζεται κυρίως στις ηλικίες μεταξύ 10-30 ετών, έτσι ασθενείς εκτός αυτού του ηλικιακού φάσματος δεν αποτελούν τυπικές περιπτώσεις και επομένως οι διαγνώσεις που τους αφορούν θα πρέπει να αμφισβητούνται.

Fairburn and colleagues (2003)

ΤΥΠΟΙ ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Περιοριστικός τύπος.

Υπερεκτίμηση του ελέγχου της διατροφής, του σχήματος και του βάρους του σώματος



Περιοριστικές συμπεριφορές ελέγχου του βάρους:

Δίαιτα, άσκηση, κάθαρση



Χαμηλό βάρος σώματος



Αποτελέσματα λιμοκτονίας

Τύπος υπερφαγίας και κάθαρσης.

Υπερεκτίμηση του ελέγχου της διατροφής, του σχήματος και του βάρους του σώματος



Περιοριστικές συμπεριφορές ελέγχου του βάρους:

Δίαιτα, άσκηση, κάθαρση



↓
Binge eating

↓
Χαμηλό βάρος σώματος



Κάθαρση



Αποτελέσματα λιμοκτονίας

1.1.4 Επιπτώσεις

Οι επιπτώσεις της Ψ.Α. είναι πολλές και μακροχρόνιες και διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Πρώτον σ' αυτές που οφείλονται στη νόσο αυτή καθ' αυτή και δεύτερον στις οργανικές συνέπειες της νόσου.

Επιπτώσεις σχετιζόμενες με τη νόσο.

Η νόσος της Ψ.Α. έχει μακροχρόνια πορεία στη ζωή του πάσχοντος με σκαμπανεβάσματα και αυξομειώσεις στην ένταση των συμπτωμάτων και εναλλαγές των κυρίαρχων συμπτωμάτων και των τομέων που παρουσιάζεται ψυχοπαθολογία ή ακόμα και εναλλαγές μεταξύ ανορεξίας και βουλιμίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η

πρόγνωση και η διάγνωση της νόσου να είναι εξαιρετικά δύσκολη και να μην γίνεται αντιληπτή στα πρώτα στάδια (Χατζηγεωργίου, 2004).

Επιπτώσεις σχετιζόμενες με οργανικές βλάβες.

Καταρχήν στα κορίτσια παρατηρείται διαταραχή της έμμηνου ρήσης, όπου αυτό συνεπάγεται και πολλά άλλα γυναικολογικά προβλήματα. Τα πιο συχνά προβλήματα είναι εμφάνιση πολυκυστικών ωοθηκών, μειωμένη γονιμότητα κατά την αναπαραγωγική φάση της ζωής τους και προβλήματα στην περίοδο της κύησης όπως υπογλυκαιμικές τάσεις, υποθερμία, λοιμώξεις και αυξημένη περιγεννητική θνητότητα. Τέλος στις έγκυες με Ψ.Α. είναι συχνότερη η γέννα με καισαρική τομή και η κατάθλιψη της λοχείας, ενώ οι γυναίκες αυτές φέρνουν στο κόσμο παιδιά με χαμηλό βάρος γέννησης (SGA) και μικρότερο Apgar score κατά την γέννηση.

Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα που εμφανίζεται σε γυναίκες με Ψ.Α. είναι η οστεοπόρωση λόγω ορμονικών διαταραχών και χαμηλής πρόσληψης ασβεστίου. Ο οστέινος σκελετός προσλαμβάνει και εναποθέτει ασβέστιο κατά την παιδική και εφηβική ηλικία έως περίπου τα 20 -22 πρώτα χρόνια της ζωής μας. Ακριβώς σε αυτή την ηλικία εμφανίζεται η Ψ.Α. με αποτέλεσμα η μειωμένη πρόσληψη ασβεστίου και φωσφόρου να έχει καταστρεπτικές συνέπειες στη μετέπειτα πορεία της ζωής αυτών των κοριτσιών. Ο κίνδυνος της πρώιμης οστεοπενίας- οστεοπόρωσης και των καταγμάτων σε σχετικά νεαρή ηλικία είναι ορατός.

Άλλα ορμονικά και μεταβολικά προβλήματα που παρουσιάζονται σε αυτά τα κορίτσια είναι διαταραχές του θυρεοειδή αδένα (κυρίως υποθυρεοειδισμός), υπερέκκριση κορτιζόλης και ηλεκτρολυτικές διαταραχές όπως υποκαλιαιμία, υπονατριαιμία, υπογλυκαιμία και υποθερμία. Επίσης, γνωρίζουμε ότι αν τα συμπτώματα αρχίσουν σε νεαρή ηλικία πριν να ολοκληρωθεί η εφηβεία παρουσιάζεται αναστολή της ανάπτυξης, καθυστέρηση της ήβης και στασιμότητα στην κατά μήκος ανάπτυξη αυτών των κοριτσιών.

Οι συνέπειες της έντονης και μακρόχρονης δίαιτας στην οποία υποβάλλεται το άτομο με νευρική ανορεξία δεν σταματούν εδώ. Σε σχέση με το φαγητό αποκτά προκαταλήψεις απέναντι σε διάφορες τροφές, παράξενες διατροφικές συνήθειες, κάνει αυξημένη κατανάλωση καφέ, τσαγιού, υγρών ή ασχολείται συνεχώς με την τροφή κάνοντας μικρές λήψεις τροφής σε τακτά χρονικά διαστήματα (binge eating). (Χαρίλα, 2006)

1.1.5 Επιπολασμός:

Το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών περιγράφει την Ψ.Α. σαν μια διαταραχή που πλήττει κυρίως νεαρές, λευκές γυναίκες. Ο αριθμός των ασθενών που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία είναι αρκετά μεγάλος ώστε να προκαλέσει μεγάλη ανησυχία. Ο αριθμός των νέων περιπτώσεων που καταγράφονται ετησίως ανέρχεται στους 17 ανά 100.000 γυναικών, ηλικίας 12- 25 ετών. (Cogen, S., 1998)

«Ο επιπολασμός της διαταραχής είναι μεγαλύτερος από αυτόν που ενομιζέτο παλαιότερα. Για παράδειγμα, στο Rochester, Minnesota, ο επιπολασμός για πληθυσμό 100.000 εκτιμάται ότι είναι 270 για τις γυναίκες και 22 για τους άνδρες.» (Tierney- McPhee- Papadakis, 2001, Σελ.1864) Οι άνδρες αναφέρεται πως περιλαμβάνουν το 5-10% των ανορεκτικών, χωρίς όμως να είναι ακόμα γνωστό τι τους προστατεύει από το να αναπτύξουν Ψ.Α. Οι Andersen, Cohn & Holbrook (2000) αναφέρουν ότι δεν θα ήταν έκπληξη εάν το 25-30% των ενήλικων ανορεκτικών είναι άντρες. Σε πολλές περιπτώσεις οι διαταραχές διατροφής παραμένουν μη διαγνωσμένες λόγω ότι οι άνδρες που πλήττονται από αυτές δεν παραδέχονται την ύπαρξη των συμπτωμάτων λόγω αισθημάτων ντροπής. (Pope, Phillips & Olivardia, 2000). Οι περισσότεροι, αν όχι όλοι, υποθέτουν ότι δεν είναι ευάλωτοι στην προσβολή από μια τέτοια διαταραχή. Υπάρχουν επιπλέον λόγοι για τους οποίους οι άνδρες εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά επιπολασμού στη διαταραχή αυτή. Καταρχήν, είναι κοινώς αποδεκτό πως οι άνδρες δέχονται λιγότερη κοινωνική πίεση (ή πίεση από τα MME) από ότι οι γυναίκες για να έχουν μια άριστη εξωτερική εμφάνιση (Andersen 1990). Η Murray (1999) αναφέρει πως οι γυναίκες δέχονται μεγαλύτερη πίεση από ότι οι άνδρες για να συμμορφωθούν με την ιδανική εικόνα σώματος που επιβάλλουν οι δυτικές κοινωνίες. Ακόμα, η ίδια αναφέρει πως οι άνδρες δεν επηρεάζονται στον ίδιο βαθμό με τις γυναίκες από τα MME για την εικόνα του σώματός τους, αφού παραδοσιακά βασίζουν την αυτοεκτίμησή τους σε πολλαπλούς παράγοντες, όπως το επάγγελμα και η κοινωνικο- οικονομική κατάσταση.

Ωστόσο αναφέρεται πως ο επιπολασμός είναι αρκετά μεγαλύτερος για περιπτώσεις που δεν πληρούν όλα τα κριτήρια της διαταραχής. Η συχνότερα εμφανιζόμενη ηλικία έναρξης της διαταραχής είναι το μέσον της εφηβείας, αλλά και για ένα ποσοστό ανορεκτικών ασθενών τοποθετείται στα πρώτα χρόνια της τρίτης δεκαετίας, ενώ μπορεί να κάνει την έναρξή της μετά την ηλικία των 40 ετών (Becker, 1992).

Φαίνεται ότι είναι πιο συχνή στις αναπτυγμένες χώρες ή αλλιώς αποκαλούμενες Δυτικές κοινωνίες, όπου η ισχνότητα θεωρείται ως υγιής φόρμα και ελκυστικότητα, ενώ η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται ως έλλειψη αυτοελέγχου και ασχήμια. Ενώ στον αντίποδα στις μη ανεπτυγμένες κοινωνίες φαίνεται πως οι Δ.Π.Τ. δεν είναι το ίδιο διαδεδομένες, γεγονός που εξηγείται με δύο υποθέσεις. Πρώτον, οι κοινωνίες αυτές δεν έχουν γίνει ακόμα το επίκεντρο τέτοιων ερευνών ώστε να γνωρίζουμε ποιος είναι ο επιπολασμός στον πληθυσμό αυτό, ενώ επιπλέον σε τέτοιους πολιτισμούς οι υπεύθυνοι για την υγεία φορείς επικεντρώνουν την προσοχή τους στη διασφάλιση της υγείας. Δεύτερον στις μη –Δυτικές κοινωνίες η ισχνότητα θεωρείται δείγμα αδυναμίας ή αρρώστιας, ενώ αντίθετα η παχυσαρκία ως ένδειξη δύναμης και υγείας.

Επιπρόσθετα, μπορεί να απαντά πιο συχνά μεταξύ νέων γυναικών οι οποίες ασκούν επαγγέλματα που απαιτούν ισχνότητα, όπως για παράδειγμα μόντελινγκ και μπαλέτο.

Ακόμα, αναφέρεται πως το 50% όσων πάσχουν παρουσιάζουν πλήρη ανάρρωση, 30% μερική ανάρρωση και 20% δεν παρουσιάζει ουσιαστική βελτίωση των συμπτωμάτων. (Becker, 1992) Ενώ διαδοχικές έρευνες αναφέρουν πως περίπου το 20% των ατόμων που πάσχουν θα πεθάνουν λόγω των επιπτώσεων της διαταραχής.

1.1.6 Εξέλιξη:

Η μέση ηλικία έναρξης της Ψ.Α. είναι τα 17 έτη. Έχει σημασία ότι η έναρξη της διαταραχής συχνά συνδέεται με κάποιο στρεσογόνο γεγονός.

Η εξέλιξη της διαταραχής μπορεί να εμφανίσει πολλές τροπές – αυτόματη ίαση χωρίς θεραπεία, ίαση μετά από ποικιλία θεραπειών, διακυμαινόμενη πορεία με αυξήσεις βάρους που ακολουθούνται από υποτροπές, πορεία σταδιακής επιδείνωσης που προκαλεί το θάνατο από τις επιπλοκές τις λιμοκτονίας.

Μερικά άτομα αναρρώνουν πλήρως μετά από ένα και μόνο επεισόδιο, ορισμένα κερδίζουν βάρος και μετά υποτροπιάζουν και ορισμένα παρουσιάζουν μια προοδευτική επιδείνωση που κρατά χρόνια. Γενικότερα όμως η πρόγνωση δεν είναι

καλή. Όσοι έχουν επανακτήσει επαρκές βάρος, η συνεχής απασχόληση με το σωματικό βάρος και την εικόνα συνήθως συνεχίζονται, οι κοινωνικές σχέσεις εξακολουθούν να είναι φτωχές, ενώ δε λείπουν και καταθλιπτικά στοιχεία.

Η θνησιμότητα κυμαίνεται στο 5-6 % λόγω της ασιτίας και η αυτοκτονία είναι η κυριότερη ψυχιατρική εκδήλωση. Κακά προγνωστικά στοιχεία είναι η έναρξη μετά την ηλικία των 20 ετών, η μακρά διάρκεια της νόσου, οι άφθονοι εμετοί, η υπερβολική απώλεια βάρους, νευρωτικά στοιχεία στην παιδική ηλικία, συγκρούσεις γονέων και ποικίλες συμπεριφερσιολογικές εκδηλώσεις (π.χ. ιδεοψυχαναγκαστικά, νευρωτικά, υστερικά, καταθλιπτικά συμπτώματα, άρνηση) ή προηγούμενες ψυχιατρικές νοσηλείες. (Μάνος, 1997)

Δείκτες ευνοϊκής έκβασης είναι η παραδοχή της πείνας, λιγότερη άρνηση, λιγότερη ανωριμότητα και βελτιωμένη αυτοεκτίμηση.

Η εξέλιξη της διαταραχής χαρακτηρίζεται από τέσσερα στάδια: α) το στάδιο επίτευξης, β) το στάδιο προστασίας – καταναγκαστικότητας, γ) το κατηγορηματικό στάδιο και δ) το στάδιο της ψευδο-ταυτότητας.

Πρώτο Στάδιο: Επίτευξης (The Achievement Stage)

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

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

το αίσθημα αυτό ενισχύει την επιμονή του στην περιοριστική διατροφική του συμπεριφορά. (Beumont, 2002)

Οι κρίσεις πείνας μοιάζουν με φτηνά ανταλλάγματα που πρέπει να πληρώσει έναντι των συναισθημάτων αρετής και επιτυχίας και συχνά μεταφράζονται σαν αποδείξεις της επιτυχίας του. (Levenkron, 2000)

Δεύτερο Στάδιο: Ασφάλειας – Καταναγκασμού (Security – Compulsive Stage)

Το δεύτερο στάδιο ξεκινά με στόχο την απώλεια ενός κιλού την εβδομάδα. Η ιδέα του ιδανικού βάρους εξαφανίζεται και το άτομο όσο λεπτότερο γίνεται, τόσο παχύτερο νιώθει. Παράλληλα αρχίζει να μετράει τις περιφέρειες των βραχιόνων, της μέσης, των μηρών του, δοκιμάζει ρούχα σε ολόενα και μικρότερα νούμερα, συγκρίνει τον εαυτό του με όσους ανθρώπους βλέπει και φαντάζεται ότι είναι παχύτερο από όλους. (Beumont, 2002)

Αυτή η διαταραχή αντίληψης του σωματικού μεγέθους επινοείται από το ίδιο το άτομο, προκειμένου να έχει λόγο να εμμένει στην «αποστολή» απώλειας βάρους. Οπότε, το άτομο ενισχύει τις προσπάθειές του περπατώντας περισσότερο ή προσθέτοντας υπερβολικά παραπάνω άσκηση στο πρόγραμμά του γενικότερα, ενώ στόχος γίνεται πλέον η απώλεια περισσότερων από ένα κιλών την εβδομάδα. Ο ανορεκτικός, αντίθετα με τα φυσιολογικά άτομα που κάνουν δίαιτα, θεωρεί κάθε κιλό που χάνει ένδειξη ότι πρέπει να χάσει περισσότερο. (Beumont, 2002)

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

Όλη αυτή η πνευματική δραστηριότητα αφήνει πολύ λίγο χρόνο για επικοινωνία. Ο ανορεκτικός σ' αυτό το στάδιο έχει αρχίσει να αποσυνδέεται συναισθηματικά από τους άλλους καθώς στρέφεται προς τα ενδόμυχά του, στη μάχη του ενάντια στην πείνα. Αυτό το αίσθημα της πείνας είναι στην πραγματικότητα μήνυμα από τον εγκέφαλο του ατόμου ότι επιπλέον απώλεια βάρους θα οδηγήσει σε ανικανότητα του σώματος να διατηρεί ομοιόσταση, σταθερή θερμοκρασία, σταθερή αρτηριακή πίεση, σταθερό καρδιακό ρυθμό και να μη χάνει μυϊκή μάζα. Στη φάση αυτή της εξέλιξης της Ψ.Α. σχηματίζονται πτυχές στο δέρμα των κλειδώσεων του

αγκώνα, του γόνατου και της μασχάλης, διότι το σώμα του ασθενούς έχει συρρικνωθεί περισσότερο απ' όσο μπορεί να συσταλθεί το δέρμα του. Βέβαια, το άτομο θεωρεί ότι οι πτυχές στο δέρμα του προκλήθηκαν από το πάχος. (Levenkron, 2000)

Καθώς ο ανορεκτικός γίνεται λεπτότερος, είναι ανίκανος να σκεφτεί οτιδήποτε άλλο εκτός από το φαγητό. Ο εγκέφαλός του προσαρμόζεται στα ερεθίσματα που λαμβάνει, όπως το αίσθημα της έντονης πείνας, το οποίο πλέον είναι απαραίτητο να υπάρχει για τον ασθενή. Το άτομο σκέφτεται συνέχεια το φαγητό και το πώς θα απαλλαγεί απ' αυτό. Η εμμονή του αυτή συχνά εκφράζεται με ένα πάθος για τη συλλογή συνταγών και την παρασκευή περίπλοκων γευμάτων για τους άλλους. Προκειμένου ο ίδιος να αποφύγει την κατανάλωση θερμίδων, κρύβει στο σπίτι, στις τσάντες και στις τσέπες του τα προς κατανάλωση τρόφιμα, ώστε οι γύρω του να νομίζουν ότι έχουν καταναλωθεί. Τεμαχίζει το φαγητό του σε μικρά κομμάτια και διαθέτει πολύ χρόνο τακτοποιώντας τα κομμάτια στο πιάτο του. Όταν του γίνεται παρατήρηση γι' αυτή του τη συμπεριφορά, ο ανορεκτικός ασθενής την αρνείται ή τη χαρακτηρίζει φυσιολογική. (Kaplan –Sadock –Grebbe, 2000)

Παράλληλα, το άτομο αναπτύσσει διαταραχή ύπνου και το μυαλό του στοιχειώνεται από σκέψεις για φαγητό. Οι σκέψεις αυτές για το ίδιο το άτομο μεταφράζονται σε ανεπτυγμένη όρεξη στην οποία αν ενδώσει θα οδηγηθεί σταδιακά στην παχυσαρκία. Το μυαλό και το σώμα του ανορεκτικού στέλνουν μηνύματα για να σταματήσει τη λιμοκτονία και να σωθεί από το θάνατο. Το άτομο όμως που πάσχει από Ψ.Α. βρίσκεται σε σύγχυση και διπλασιάζει τις προσπάθειές του να χαλιναγωγήσει την ήδη πενιχρή πρόσληψη τόσο τροφής όσο και ποτών. Οι περισσότεροι ανορεκτικοί αναπτύσσουν φοβίες και για τις υγρές και για τις στερεές τροφές. (www.swedauk.org)

Με την πάροδο του χρόνου οι φοβίες αυτές πολλαπλασιάζονται. Έτσι ο ανορεκτικός μπορεί να παρουσιάσει φοβία πάχους, φοβία φαγητού, φοβία πρόσληψης βάρους, φοβία αύξησης όρεξης, φοβία αργού μεταβολισμού. Το τελευταίο δεν είναι απλώς μια φοβία του ασθενούς. Πραγματικά, καθώς το άτομο χάνει βάρος ή όταν φτάνει σε απίσχνανση, ο οργανισμός καταναλώνει λιγότερες θερμίδες ανά κιλό σωματικού βάρους στην προσπάθειά του να διατηρηθεί εν ζωή μέχρι η τροφή να γίνει διαθέσιμη ξανά. Το σώμα δηλαδή προβαίνει σε μια κάποιου είδους τακτική οικονομίας. Καθώς η πρόσληψη θερμίδων δεν επαρκεί, η θερμοκρασία του σώματος

είναι αδύνατον να διατηρηθεί στους 37 °C, και το άτομο κρυώνει συνεχώς. Για τον ίδιο λόγο το άτομο παρουσιάζει υπόταση, η οποία είναι πιθανό να του προκαλεί ζαλάδα. Επίσης εξαιτίας της χαμηλής θερμοδικής πρόσληψης και ο καρδιακός ρυθμός είναι χαμηλότερος του φυσιολογικού, με αποτέλεσμα η καρδιά να συρρικνώνεται και ο αριθμός των παλμών ανά λεπτό να ελαττώνεται. (Halmi, 2002) Και οι αποθήκες πρωτεΐνης μειώνονται, έτσι ο οργανισμός δεν καταναλώνει πρωτεΐνες για λειτουργίες πέραν των βασικών όπως η ανάπτυξη των μαλλιών, που συχνά γίνονται λεπτότερα και αδύναμα. Ο έμμηνος κύκλος απαιτεί ικανές ποσότητες θερμίδων, πρωτεϊνών και σιδήρου προκειμένου να διατηρηθεί, αλλά ο οργανισμός διακόπτει αρκετές ζωτικές λειτουργίες για να διατηρηθεί ζωντανός. (Levenkron, 2000)

Όλες αυτές τις σωματικές αλλαγές, δυστυχώς, ο ανορεκτικός τις μεταφράζει λανθασμένα. Πιστεύει ότι χρειάζεται λιγότερες θερμίδες για να τραφεί και νομίζει ότι απλώς έχει έντονη όρεξη την οποία πρέπει να καταπολεμά διότι αν υποκύψει σ' αυτήν θα προσλάβει βάρος και θα καταντήσει παχύσαρκος.

Το άτομο προσπαθεί με το να τρώει όσο το δυνατόν λιγότερο και να ασκείται παράλληλα, να νιώθει σιγουριά και ασφάλεια, και αυτός είναι ο μόνος τρόπος για να νιώσει ασφαλής. Η εμμονή του αυτή να επιτυγχάνει την ασφάλεια δια των φόβων του, οδηγεί στην υιοθέτηση διαρκώς διευρυνόμενων προστατευτικών συμπεριφορών, τις οποίες όμως καταναγκάζεται να εφαρμόζει. (Kaplan –Sadock –Grebb, 2000)

Το στάδιο αυτό είναι μια διαρκώς αυξανόμενη, απελπισμένη προσπάθεια από πλευράς ασθενούς να αποφύγει την ανασφάλεια, η οποία είναι καταδικασμένη εξαρχής σε αποτυχία. Το άτομο καταλήγει με εμμονές, καταναγκασμούς, απομακρυσμένο από τον περίγυρό του, ντροπιασμένο, αποκαρδιωμένο και μελαγχολικό. (Levenkron, 2000)

Τρίτο Στάδιο: Κατηγορηματικό (The Assertive Stage)

Συχνά τα άτομα που πάσχουν από Ψ.Α. είθισται να είναι ευγενικά, προστατευτικά, συγκαταβατικά, υπάκουα, ευχάριστα άτομα που αποφεύγουν τις διαμάχες και τις συγκρούσεις και που δεν έτυχαν αρκετής προσοχής από την οικογένεια τους. Το στάδιο αυτό αναπτύσσεται όταν το άτομο δέχεται κριτική για το πόσο αδύνατο έχει γίνει από πολλούς ανθρώπους γύρω του, έχει παραβλέψει τις συμβουλές τους και τώρα οι απαιτήσεις τους να προσλάβει βάρος ανανεώνονται. Στο σημείο αυτό, το άτομο συνειδητοποιεί ότι είναι πιθανώς η πρώτη φορά που είναι ανυπάκουο σε όλο του το περιβάλλον. (Kaplan –Sadock –Grebb, 2000) Δε φοβάται

πλέον να συγκρουστεί και δεν ανησυχεί για το τι σκέφτεται ο οποιοσδήποτε για τις πράξεις του. Δεν νιώθει πια καμία υποχρέωση να ευχαριστεί τους άλλους.

Ωστόσο, γνωρίζει ότι νιώθει ήρεμος και ασφαλής με την προσφάτως ευρεθείσα ανυπακοή μόνο γιατί τη χρησιμοποιεί για να αμυνθεί και να κρύψει την ανορεξία. Το άτομο νιώθει υποσυνείδητα νέο συναίσθημα ενδυνάμωσης, ακόμα κι αν περιορίζεται σ' αυτόν τον τομέα, ο οποίος πλέον έχει γίνει ο σημαντικότερος της ζωής του. Ο ανορεξικός φανερώνει στο περιβάλλον του ότι έχει φτάσει στο τρίτο στάδιο όταν αρχίζει να απαιτεί ιδιαίτερες προϋποθέσεις για να φάει. Επί παραδείγματι, μπορεί να πηγαίνει τους οικείους του από εστιατόριο σε εστιατόριο, ψάχνοντας για το τέλειο, εντελώς άπαχο μενού ή πιάτο. Στο σπίτι, μπορεί να στέκεται δίπλα σε όποιον παρασκευάζει το γεύμα, ώστε να σιγουρευτεί ότι δεν προστίθενται κρυφά επιπλέον θερμίδες στο γεύμα του. Ταυτόχρονα, γίνεται επιθετικός σε συζητήσεις που αφορούν στο σωματικό του βάρος και υποστηρίζει ότι πρέπει να ζυγίζει λιγότερο και ότι είναι παχύς και όχι αδύνατος όπως νομίζουν οι άλλοι. (Kaplan –Sadock –Grebb, 2000)

Το ίδιο το άτομο πιστεύει ότι οι υπόλοιποι ζηλεύουν τη δύναμη της θέλησης και την ισχύότητά του και θέλουν να το ωθήσουν στην παχυσαρκία. Ο ανορεκτικός νιώθει υπερβολικό και διαρκώς αυξανόμενο θυμό όταν παραβιάζονται οι επιθυμίες του που αφορούν στη διαδικασία της σίτισης. Ίσως να ζητάει να μη βρίσκεται κανείς στην κουζίνα όταν γευματίζει ή η κουζίνα να μη βρίσκεται στο βεληνεκές της όρασης ή της ακοής οποιοδήποτε βρίσκεται μες στο σπίτι όση ώρα ο ίδιος τρώει. (Kaplan – Sadock –Grebb, 2000) Αν η οικογένεια δεν ακολουθήσει αυτές τις τυραννικές διαταγές, μπορεί να καταλήξει εκτός σπιτιού προκειμένου να φάει το άτομο που πάσχει από Ψ.Α.

Βέβαια, η οικογένεια του ανορεκτικού φοβάται να παραβεί τις εντολές του διότι κατά βάση φοβούνται την περαιτέρω απώλεια βάρους. Δεν έχουν εμπειρία στην αντιμετώπιση του ανορεκτικού, καθώς αυτός ήταν πάντα ευγενικό άτομο. Ο δε ανορεκτικός, είναι ενθουσιασμένος με την προσφάτως ανακαλυφθείσα δύναμή του, άλλωστε από αυτή τη δύναμη αντλεί την επιβεβαίωση που έψαχνε καιρό. Αυτή την απόλυτη και ακραία αντιδραστική συμπεριφορά, ο ανορεκτικός τη χρησιμοποιεί μόνο σε ότι αφορά τη διατροφή και το βάρος του και κυρίως στο οικείο του περιβάλλον. Όταν βρίσκεται εκτός σπιτιού και ασχολείται με άλλα θέματα, συνεχίζει να είναι ο πράος, χαρούμενος, υποχωρητικός άνθρωπος που ήταν ανέκαθεν, παρόλο που η

αίσθηση του χιούμορ και η φιλική του συμπεριφορά στο σχολείο ή τη δουλειά έχουν πλέον επισκιαστεί από τη μόνιμη επαγρύπνηση του φαγητού και του βάρους.

Αυτό το κατηγορηματικό (assertive) στάδιο προειδοποιεί την οικογένεια και το οικείο περιβάλλον του ασθενούς για την επιμονή της ασθένειας και είναι η κυριότερη ένδειξη ότι ο εφιάλτης της ανορεξίας έχει αρχίσει. Ο ανορεκτικός από τη μεριά του είναι ευτυχής και ενθουσιασμένος με το νέο του εαυτό. Η ασθένεια του παρέχει μια αίσθηση δύναμης την οποία δεν προέβλεπε όταν ξεκίνησε να χάνει βάρος. Η ιδιαίτερη ισχύότητά του έχει γίνει η ιδιαίτερη επιβεβαίωσή του. (Levenkron, 2000)

Τέταρτο Στάδιο: Ψευδο - Ταυτότητας (The Pseudo- Identity Stage)

Αργά ή γρήγορα, η απώλεια βάρους του ανορεκτικού γίνεται εμφανής στην οικογένεια και τον κοινωνικό του περίγυρο, οι οποίοι προσαρμόζονται μαθαίνοντας να το «δέχονται». Η ανορεξία δεν προσφέρει καμία μυστικότητα. Ορισμένα θύματα κρύβουν την ιδιαίτερη ισχύότητά τους κάτω από στρώσεις ενδυμάτων, ενώ άλλοι νιώθουν υπερήφανοι και επιδεικνύουν το σώμα τους όσο το δυνατόν περισσότερο φορώντας ρούχα όπως: κοντά παντελόνια και κοντά μπλουζάκια το καλοκαίρι και στενά κολλητά παντελόνια το χειμώνα.

Αυτή η επιδειξιμανία γίνεται ένα όπλο – μια κήρυξη πολέμου ενάντια στους άλλους, ως δήλωση του ποιος έχει τη μεγαλύτερη δύναμη θέλησης, ποιος μπορεί αν ελέγξει καλύτερα την όρεξή του. Ίσως αυτό εξηγεί την εχθρότητα που βιώνουν κάποιοι άνθρωποι με την επίδειξη της ισχύτητας. Και ενώ οι συγγενείς και οι φίλοι παρακολουθούν το «υπό εξαφάνιση» άτομο με απογοήτευση και ανησυχία, κάποιοι άλλοι ανταγωνίζονται την παθολογική κατάσταση συναγωνισμού του ασθενούς. Όμως όλοι – φίλοι, δάσκαλοι, γιατροί, σύμβουλοι και συγγενείς – αναφέρονται στον ασθενή ως «ο ανορεκτικός». Ανεξάρτητα από το είδος της αντίδρασης, είτε είναι θυμός, είτε είναι ανησυχία ή απογοήτευση, όλοι αντιδρούν. Ο ασθενής απ' τη δική του σκοπιά έχει πετύχει αυτό που νομίζει ότι είναι η ταυτότητά του, έναν τρόπο να είναι γνωστός ως ξεχωριστός, ως διαφορετικός. Αυτή η ψευδο – ταυτότητα γεμίζει την κενότητα που κρυφά ένιωθε για καιρό ο ασθενής.

Αυτό το τέταρτο στάδιο δε χαρακτηρίζεται από νέες συμπεριφορές, αλλά μάλλον από την καινούρια αίσθηση δύναμης που νιώθει ο ανορεξικός, τη «φήμη» του, που έχει σηματοδοτήσει μια βαθιά πεποίθηση ότι βρίσκεται στο σωστό δρόμο. Τώρα νιώθει ότι η προσωπικότητά του έχει επίδραση και διακρίνεται καθαρά από τους άλλους. Εκτιμά το νέο του αυτο – προσδιορισμό, αλλά τα «επιτεύγματά» του

σπανίως εκτιμώνται σε συνειδητό επίπεδο. Ο ανορεξικός, χωρίς αμφιβολία, δεν εναντιώνεται στις περιγραφές και τις γενικότητες που τον παρουσιάζουν πονηρό και παραπλανητικό. Άλλωστε ενδέχεται να μη γνωρίζει καν ότι οι άλλοι τον χαρακτηρίζουν έτσι.

Ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια ώστε να γνωρίσει τις ανάγκες του και τις παθολογικές δοκιμασίες στις οποίες έχει υποβάλλει τον εαυτό του, και τη βοήθεια αυτή μπορεί να του την προσφέρει μόνο η ψυχοθεραπεία. Με τη βοήθεια ειδικών θα ανακαλύψει εναλλακτικούς, πιο υγιεινούς τρόπους να πετύχει τους στόχους του. Μέσα στις ανάγκες του ασθενούς συγκαταλέγονται και ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης και προσήλωσης με τα άτομα που θα τον βοηθήσουν σε αυτή τη διαδικασία. (Levenkron, 2000)

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

Η απάντηση ίσως να βρίσκεται στη φύση της ασθένειας. Καθώς η διαταραχή εξελίσσεται, γίνεται πιο πολύτιμη για την προσωπικότητα του ασθενούς, παρά τα όσα χάνονται σε επίπεδο σωματικής υγείας, σχέσεων και αληθινών επιτευξέων. (Beumont, 2002)

Η ανορεξία ξεκινά από την επιθυμία ενός αδύνατου σωματότυπου, την ανάγκη ενός αισθήματος ασφάλειας-σιγουριάς ώστε να περιοριστούν στο ελάχιστο οι ανασφάλειες, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και οι ανησυχίες για το μέλλον. Το αποτέλεσμα της ανορεξικής συμπεριφοράς παράγει μια αίσθηση επιβεβαίωσης και ταυτότητας. Το να αναρρώσει κανείς από την Ψ.Α. σημαίνει το να χάσει προσωρινά τον εαυτό του και όσα έχει πετύχει δια μέσου της ασθένειας.

1.1.7 Διαφορική Διάγνωση:

Η διαφορική διάγνωση της διαταραχής περιπλέκεται λόγω της άρνησης των συμπτωμάτων από τον ασθενή, της μυστικοπάθειας και της αντίστασης του στην αναζήτηση βοήθειας. Έτσι ίσως αποδειχθεί δύσκολο να σημανθεί ο μηχανισμός απώλειας βάρους και η συνεχής ενασχόληση του ασθενή με την εικόνα του σώματος.

Για τη διάγνωση της διαταραχής θα πρέπει να αποκλειστεί το ενδεχόμενο σωματικής νόσου η οποία να προκαλεί την απώλεια βάρους. «Όσο πιο άτυπα είναι τα χαρακτηριστικά της απώλειας βάρους (π.χ. έναρξη της διαταραχής μετά τα 40), τόσο η διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να συμπεριλάβει γενικές ιατρικές καταστάσεις όπως π.χ. γαστρεντερικές νόσους, όγκους του εγκεφάλου, άλλους κρυφούς κακοήθεις όγκους, AIDS, ενδοκρινολογικές παθήσεις.» (Μάνος, 1997, Σελ. 344) Συμπτώματα όπως εμετοί, απώλεια βάρους, περίεργη συμπεριφορά κατά την πρόσληψη τροφής μπορεί να παρουσιαστούν σε αρκετές διαταραχές. Η διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να γίνει από τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή. Οι καταθλιπτικές διαταραχές και η Ψ.Α. έχουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά, αλλά και χαρακτηριστικά που τις διακρίνουν. Ένα ασθενής με καταθλιπτική διαταραχή έχει μειωμένη όρεξη, ενώ ο ασθενής με Ψ.Α. χαρακτηρίζεται από κανονική όρεξη, μόνο σε προχωρημένα στάδια της διαταραχής ο ασθενής χαρακτηρίζεται από μειωμένη όρεξη. Ακόμη, σε αντίθεση με την ανησυχία της κατάθλιψης, η υπερκινητικότητα που εμφανίζεται στην ψυχογενή ανορεξία είναι σχεδιασμένη και τελετουργική. Η υπερβολική ενασχόληση με τη θερμιδική αξία των τροφών και τις συνταγές και η παρασκευή συμποσίων είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα ενός ανορεξικού. Αντίθετα ένας καταθλιπτικός ασθενής δεν παρουσιάζει φόβο παχυσαρκίας ούτε αφύσικη αντίληψη της εικόνας του σώματος.

Παρόμοια χαρακτηριστικά εμφανίζονται και στη σωματοποιητική διαταραχή. Ωστόσο, σπάνια ένας ασθενής πληρεί τα διαγνωστικά κριτήρια και για τη διαταραχή της Ψ.Α. και για τη σωματοποιητική διαταραχή. Σε μια τέτοια περίπτωση θα πρέπει να γίνει διάγνωση και στις δύο διαταραχές. Γενικότερα, η απώλεια βάρους στη σωματοποιητική διαταραχή δεν είναι τόσο σοβαρή όσο στην Ψ.Α., ούτε ο ασθενής εκφράζει ανησυχία για την εικόνα του ή μήπως γίνει παχύ, ενώ ακόμα δεν υπάρχει αμηνόρροια για τρεις ή παραπάνω μήνες.

«Παραληρητικές ιδέες γύρω από την τροφή στη σχιζοφρένεια σπάνια περιλαμβάνουν το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφών. Άρρωστος με σχιζοφρένεια σπάνια υπερασχολείται με το φόβο μήπως γίνει παχύσαρκος και δεν έχει την υπερκινητικότητα που παρουσιάζει ο άρρωστος με Ψ.Α. Σχιζοφρενικοί άρρωστοι έχουν παράξενες συνήθειες πρόσληψης τροφής και όχι το πλήρες σύνδρομο της ψυχογενούς ανορεξίας.» (Kaplan –Sadock –Grebb, 2000, Σελ. 1006)

Τέλος, η διαφορική διάγνωση από την Ψυχογενή Βουλιμία, η οποία σαν την Ψ.Α., Τύπου Υπερφαγίας/ Κάθαρσης μπορεί να έχει επεισόδια υπερφαγίας,

προκλητούς εμετούς και έντονη ενασχόληση με το σχήμα και το μέγεθος του σώματος, θα βασισθεί τελικά στο γεγονός ότι σ' αυτήν το βάρος του σώματος δεν πέφτει κάτω από τα φυσιολογικά όρια.

1.2 Ψυχογενής Βουλιμία

«Η ψυχογενής βουλιμία είναι η ανεξέλεγκτη κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής κατά χρονικά επεισόδια, την οποία ακολουθεί υποτροπιάζουσα απρόσφορη αντιρροπιστική συμπεριφορά, προκειμένου να προληφθεί η αύξηση του βάρους του σώματος με πράξεις όπως αυτοπροκαλούμενος εμετός, λήψη καθαρτικών, διουρητικών, αυστηρή δίαιτα και έντονη σωματική άσκηση.» (Tierney- McPhee- Papadakis, 2001, Σελ.1866)

«Τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Βουλιμίας κατά το DSM – IV είναι τα εξής:

A. Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο παρακάτω:

(1) το να τρώει κάποιος μέσα σε μια διακριτή χρονική περίοδο μια ποσότητα φαγητού που να είναι σαφώς μεγαλύτερη από όση θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια μιας παρόμοιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις

(2) μια αίσθηση έλλειψης ελέγχου του πόσο τρώει κάποιος κατά τη διάρκεια του επεισοδίου

B. Επανελημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους, όπως π.χ. πρόκληση εμετού, κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, ενεμάτων ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική άσκηση.

Γ. Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, και τα δύο, συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για τρεις μήνες.

Δ. Η εκτίμηση του εαυτού αδικαιολόγητα επηρεάζεται από το σχήμα του σώματος και το βάρος.

E. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίου Ψυχογενούς Ανορεξίας.» (Μάνος, 1997, Σελ. 345)

Τα επεισόδια υπερφαγίας που αναφέρθηκαν παραπάνω αφορούν την κατανάλωση τροφών με υψηλή θερμιδική αξία, που συνήθως είναι γλυκές ή ευκολομάσητες. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η διατροφή των ατόμων που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία είναι φυσιολογική και σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια που αναφέρθηκαν παραπάνω παρουσιάζουν δύο έως τρία επεισόδια υπερφαγίας την εβδομάδα.



Το πιάτο του βουλιμικού κατά τη διάρκεια υπερφαγικού επεισοδίου.

Τα άτομα συνήθως ντρέπονται για τη συμπεριφορά τους και προσπαθούν να το κρύψουν. Τα επεισόδια εκλύονται από δυσφορικές καταστάσεις, διαπροσωπικά προβλήματα, έντονη πείνα ύστερα από δίαιτα ή αρνητικά αισθήματα για το σχήμα ή για το μέγεθος του σώματος. Κατά τα επεισόδια αυτά το άτομο τρώει κρυφά και δε σταματά παρά μόνο όταν πονέσει η κοιλιά του ή πέσει για ύπνο. Ο προκλητός εμετός χρησιμοποιείται κατά 80-90% των βουλιμικών ατόμων για ν' αποφευχθεί η αύξηση βάρους, αλλά και για να μειωθούν τα αισθήματα ενοχής και να ανακουφιστεί ο κοιλιακός πόνος.

Τα άτομα που πάσχουν από τη διαταραχή αυτή δείχνουν υπερβολικό ενδιαφέρον για την εμφάνιση τους και προσπαθούν επανειλημμένα με διάφορα μέσα να ελέγξουν το βάρος τους, το οποίο παρουσιάζει συχνά διακυμάνσεις. Τυπικά όμως δείχνουν να έχουν φυσιολογικό βάρος.

Η Ψ.Β. εμφανίζεται συχνότερα σε σχέση με την ψυχογενή ανορεξία. Όπως η ανορεξία, έτσι και η βουλιμία είναι διαταραχή που προσβάλλει κυρίως λευκές, νεαρές γυναίκες, μεσαίων ή ανώτερων τάξεων, όμως η έναρξη της τοποθετείται μεταγενέστερα στην εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή. Αν και η Ψ.Β. εμφανίζεται συνήθως σε φυσιολογικού βάρους νέες γυναίκες, μερικές φορές υποκρύπτεται ιστορικό παχυσαρκίας και υπάρχουν ενδείξεις πως πριν την έναρξη της διαταραχής

ίσως έχουν περισσότερο βάρος από ότι οι συνομήλικες. Είναι δυσκολότερο να διαγνωσθεί σε σχέση με την ανορεξία.

Γενικότερα, τα οικογενειακά και ψυχολογικά προβλήματα είναι παρόμοια με αυτά που έχουν οι γυναίκες με Ψ.Α. Οι βουλιμικές γυναίκες πάντως, κάνουν μεγαλύτερη χρήση διουρητικών – καθαρτικών φαρμάκων και παρουσιάζουν περισσότερο καταναγκαστική και αντικοινωνική συμπεριφορά αλλά και αγχώδη συμπτώματα. Επίσης υπάρχει αυξημένη συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, που μπορεί να εμφανίζονται ταυτόχρονα με τη διαταραχή ή να προυπάρχουν αυτής.

Η αιτιολογία της βουλιμίας δεν είναι γνωστή. Σε πολλές πάντως περιπτώσεις διαπιστώνεται σφαιρικότερη ψυχοπαθολογία.

Η θεραπεία της βουλιμίας χρήζει υποστηρικτικής φροντίδας και ψυχοθεραπείας. Στην αντιμετώπιση εντάσσονται επίσης η ομαδική, οικογενειακή θεραπεία και θεραπεία συμπεριφοράς, ενώ βοηθητικά μπορεί να είναι και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Παρόλο που ο θάνατος θεωρείται σπανιότερος στην πάθηση αυτή, η μακροχρόνια ψυχιατρική πρόγνωση είναι χειρότερη από την πρόγνωση για την Ψ.Α.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Κεφάλαιο Δεύτερο: Αιτιολογικοί Παράγοντες Ψυχογενούς Ανορεξίας

Η ακριβής αιτία της Ψ.Α. είναι άγνωστη και πολλές πλευρές της ανορεξίας παραμένουν αδιευκρίνιστες μέχρι σήμερα γι' αυτό και γίνεται ιδιαίτερη συζήτηση για το πόσο η κάθε μια από τις γνωστές αιτίες συμβάλλει στην ανάπτυξη της διαταραχής.

Παρόλο που υπάρχουν πολλές ενδοκρινολογικές διαταραχές σ' αυτούς τους ασθενείς, οι περισσότεροι συγγραφείς πιστεύουν ότι είναι δευτεροπαθείς από την υποθρεψία και όχι πρωτοπαθείς. Οι περισσότεροι συγγραφείς είναι υπέρ της πρωτοπαθούς ψυχιατρικής προέλευσης, αλλά δεν υπάρχει κάποια υπόθεση που να εξηγεί όλες τις περιπτώσεις.» (Tierney- McPhee- Papadakis, 2001, Σελ.1865)

Οι αιτίες φαίνονται να είναι πολλών συντελεστών, με καθοριστικούς παράγοντες τις γενετικές επιρροές, γνωρίσματα προσωπικότητας της τελειοθηρίας και της καταναγκαστικότητας, του οικογενειακού ιστορικού της κατάθλιψης και παχυσαρκίας και οικογενειακές και πολιτιστικές πιέσεις όσον αφορά την εμφάνιση. Όλοι αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν σε μια περιχαρακωμένη υπερτίμηση της λεπτότητας, τις διαστρεβλωμένες αντιλήψεις για το βάρος του σώματος και τη φοβική αποφυγή τροφίμων. (Jager, 2005) Ενώ ακόμα στις αιτίες της ψυχογενούς ανορεξίας εμπλέκονται παράγοντες βιολογικοί και νευροχημικοί. (Becker, 1999)

Το 18^ο και το 19^ο αιώνα η Ψ.Α. είχε περιγραφεί ως νευρωτική κατανάλωση. Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα η ασθένεια είχε αποδοθεί σε βλεννογόνο αποτυχία. Ανάμεσα στις δεκαετίες του 1930- 40 η ασθένεια είχε διαχωριστεί από μία οργανική βλεννογόνο αποτυχία και από το 1940 οι ψυχαναλυτικές θεωρίες έδωσαν το κίνητρο για διερεύνηση της ασθένειας. Οι θεωρητικοί απέδωσαν την Ψ.Α. σε ασυναίσθητες φαντασίες. Θεωρήθηκε ότι η απώλεια βάρους ανακούφιζε το φόβο της γυναίκας για τη σεξουαλική ανάπτυξη και ευθύνη. Τη δεκαετία του 1960- 70 επικεντρώθηκαν στις αντιληπτικές διαταραχές των ατόμων με Ψ.Α., την οικογενειακή δυναμική και στις διαταραχές του υποθαλάμου. Οι περισσότεροι συγγραφείς αποδίδουν αρκετές από τις συμπεριφορές, τα σωματικά σημάδια και τα συμπτώματα στην κατάσταση του υποσιτισμού, παρά σε εγγενή ψυχοπαθολογία. Τη δεκαετία του 1960 υπήρξε ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον έρευνας σε γενετικούς και βιολογικούς παράγοντες. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο λιμός, το bingeing και η υπερβολική άσκηση μπορεί να οδηγήσουν σε αλλαγές των νευροδιαβιβαστών, και αντιθέτως, υπάρχουν ενδείξεις ότι τέτοιες αλλαγές μπορούν να οδηγήσουν σε τέτοιες συμπεριφορές. Ένα τέτοιο

παράδειγμα είναι η σεροτονίνη, ένας νευροδιαβιβαστής που είναι μειωμένος στην Ψ.Α. (Neinstein, 2002)

Γενετικοί παράγοντες εμφανίζονται επίσης να παίζουν κάποιο ρόλο. Όπως έχει σημειωθεί σε αρκετές οικογενειακές μελέτες διδύμων, υπάρχουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης Ψ.Α. σε μονοζυγωτικά δίδυμα παρά σε δυζυγωτικά. Συγγενείς ατόμων με Ψ.Α. έχουν υψηλότερο δείκτη κινδύνου εμφάνισης Ψ.Α.

Χωρίς αμφιβολία ένας συνδυασμός βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων υπογραμμίζουν την αιτία της Ψ.Α. Έχει περιγραφεί από τον Lucas (1981) πως η βιολογική ευαλωτότητα, τα οικογενειακά προβλήματα και τα συναισθηματικά προβλήματα μπορούν να συνδυαστούν σε ένα κοινωνικό κλίμα ώστε να προκαλέσουν ένα κλασσικό παράδειγμα ατόμου με Ψ.Α. Η απώλεια βάρους οδηγεί στον υποσιτισμό, το οποίο συμβάλει σε σωματικές και συναισθηματικές αλλαγές στον ασθενή με τη διαταραχή αυτή και κατ' επέκτασιν δημιουργεί ένα φαύλο κύκλο.

Εν κατακλείδι παρατηρούμε πως η ψυχογενής διαταραχή έχει συσχετιστεί μέσα από μελέτες με οικογενειακό ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας, κατάθλιψη, γενικευμένες αγχώδης διαταραχές, ψυχαναγκαστικές διαταραχές, βιολογικούς και κληρονομικούς παράγοντες, όπως θα δούμε εκτενέστερα παρακάτω. (Treasure, 2002)

2.1 Οικογενειακοί παράγοντες

Η δομή της οικογένειας έχει μελετηθεί επισταμένως με στόχο να καθοριστεί η επίδρασή της στην εμφάνιση της ανορεξίας. Κατά τον S.Minuchin διακρίνονται τέσσερις τύποι οικογένειας με ανορεκτικό μέλος: ο «υπερεμπλεκόμενος» όπου τα όρια μεταξύ των μελών δεν είναι ευδιάκριτα, ο «αποφευκτικός» όπου κάθε σύγκρουση αποφεύγεται, ο «άκαμπτος» που αντιδρά σε κάθε αλλαγή και τέλος ο «υπερπροστατευτικός».

Η Palazzoli αναφέρει πως η Ψ.Α. είναι κάτι παραπάνω από μια ασθένεια που βλάπτει ένα άτομο: είναι το σύμπτωμα μιας άρρωστης οικογένειας. Πιστεύει πως η ξεχωριστή φιγούρα στην οικογένεια είναι η μητέρα. Ο πατέρας είναι συνήθως συναισθηματικά απών, γενικότερα επισκιασμένος και κρυφά ή φανερά υποτιμημένος από τη σύζυγο του. (Palazzoli, 1985) Παρομοίως, άλλη έρευνα έδειξε ότι οι μητέρες των ανορεξικών ασθενών τείνουν να είναι υπερπροστατευτικές και αυταρχικές, ενώ οι πατέρες συναισθηματικά και σωματικά απόντες. (Heller, 1986)

Η δια-οικογενειακή επικοινωνία είναι συνήθως φτωχή. Μάλιστα σημειώνεται ότι υπάρχει μια τάση στις ανορεκτικές οικογένειες για κάθε μέλος να μιλήσει, όχι για τον ίδιο, αλλά στο όνομα ενός άλλου μέλους, τροποποιώντας πάντα, διορθώνοντας, ή ακυρώνοντας τι το άλλο πρόσωπο έχει πει. (Bruch, 1978)

Οι γονείς των ανορεξικών ή δεν ακούν τα ανορεκτικά άτομα ή τα καταπνίγουν με την υπερβολική προσοχή τους. Σε οποιαδήποτε όμως περίπτωση, η ανεξάρτητη σκέψη των ατόμων αυτών καταπνίγεται οδηγώντας έτσι σε έλλειψη αυτοπεποίθησης. (Byrne, 1989)

Η Palazzoli αναφέρθηκε επίσης στα δυσλειτουργικά φαινόμενα εντός της οικογένειας, όπως η απόρριψη των μηνυμάτων του ενός μέλους προς το άλλο, η επιθυμία των γονέων για ένα τέλειο παιδί, η υποτίμηση των προσωπικών επιθυμιών και η υπερεκτίμηση των αναγκών των άλλων. Η Bruch εστιάστηκε από ψυχοδυναμική σκοπιά στη συγκρουσιακή σχέση μητέρας και κόρης και ιδιαίτερα στην προσπάθεια της κόρης να αντισταθεί, μέσα από τον έλεγχο του σώματος, στην παρεμβατικότητα και στον έλεγχο που ασκεί η μητέρα της. Τέλος από άλλους συγγραφείς έχει τονιστεί και η ανεπαρκής φυσιογνωμία του πατέρα που είναι «απών», είτε κυριολεκτικά είτε σε συμβολικό επίπεδο, αδυνατώντας έτσι να λειτουργήσει αποτρεπτικά προς την κατά το μάλλον υποσυνείδητη επιθυμία της μητέρας να κρατήσει κοντά της την κόρη της.

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

2.2 Νευροβιολογικοί παράγοντες.

Όσον αφορά τις βιολογικές θεωρίες, αυτές εστιάζονται στη λειτουργία του υποθαλάμου (που ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του σώματος όπως η όρεξη, το βάρος, τη θερμοκρασία και γενικά την ομοιόσταση). Φαίνεται λοιπόν ότι στην Ψ.Α. υπάρχει δυσλειτουργία του υποθαλάμου, όπως υποδεικνύεται από διάφορα ευρήματα: αύξηση του παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης στο εγκεφαλονωτιαίο των ασθενών αυτών, την εμφάνιση αμηνόρροιας πριν την εμφάνιση απώλειας βάρους, την ελαττωμένη δραστηριότητα νορεπινεφρίνης και τις διαταραχές στη λειτουργία και άλλων κεντρικών νευροδιαβιβαστών. (Μάνος, 1997)

Ακόμα φαίνεται να υπάρχουν ισχυροί συσχετισμοί σύνδεσης του νευροδιαβιβαστή σεροτονίνη με διάφορα ψυχολογικά συμπτώματα όπως η διάθεση, ο ύπνος, η σεξουαλικότητα και η όρεξη. Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι η ανορεξία συνδέεται με ένα διαταραγμένο σύστημα σεροτονίνης, ιδιαίτερα στα υψηλά επίπεδα στις περιοχές του εγκεφάλου με 5HT1A δέκτη, δηλαδή ένα σύστημα του οργανισμού που ευθύνεται ιδιαίτερα για την διάθεση, τον αυτοέλεγχο και την ανησυχία.

Στην Ψ.Α. περιοριστικού τύπου έχει βρεθεί χαμηλή συγκέντρωση στο ENY ομοβανιλλικού οξέως που είναι ο βασικός μεταβολίτης της ντοπαμίνης. Η λειτουργία του ντοπαμινεργικού συστήματος έχει συσχετιστεί με την φυσική δραστηριότητα, το σύστημα αμοιβής αλλά και με την κατάχρηση ουσιών.

Μελέτες με τη χρήση νευροαπεικονιστικών τεχνικών (SPECT) που έγιναν σε ασθενείς με έναρξη της διαταραχής πριν από την ηλικία των 15 ετών, έδειξαν ότι το 65-75% των ασθενών παρουσίαζε μονόπλευρη μείωση της αιματικής ροής στον κροταφικό λοβό ή και σε άλλες περιοχές του μεταιχμιακού συστήματος. Η μειωμένη λειτουργία του μεταιχμιακού συστήματος, σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, μπορεί να εξηγήσει την διαταραγμένη εικόνα του σώματος που παρατηρείται στην νευρογενή ανορεξία.

Ο ακριβής ρόλος και οι επιπτώσεις αυτών των παραγόντων παραμένουν σε ερευνητικό στάδιο και οι επιστήμονες δεν είναι ακόμα σε θέση να δώσουν οριστικές απαντήσεις για τις πιθανές βιοχημικές και βιολογικές αιτίες της Ψ.Α.

2.3 Γενετικοί Παράγοντες

Η γενετική προδιάθεση στην Ψ.Α. έχει γίνει αντικείμενο μελέτης τα τελευταία έτη και υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις πως το γενετικό υλικό ενός ατόμου παίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση μιας τέτοιας παθολογίας. Μελέτες σε οικογένειες και δίδυμους έχουν δείξει τη γενετική κληρονομία της διαταραχής. Η διαταραχή φαίνεται να είναι πιο συχνή σε βιολογικούς συγγενείς α' βαθμού ατόμων που έχουν τη διαταραχή καθώς και ότι οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι συμπίπτουν πολύ πιο συχνά να έχουν τη διαταραχή από ότι οι διζυγωτικοί. (Μάνος, 1997)

Πιο συγκεκριμένα, αν και οι μελέτες που ασχολήθηκαν με το θέμα είναι περιορισμένες και πρόσφατες, επιβεβαιώνουν την παραπάνω υπόθεση. Σε 11/12 μελέτες που αφορούν οικογένειες με άτομα με Ψ.Α. το πόρισμα ήταν πως παρατηρείται μια συσσώρευση περιστατικών σε κάποιες οικογένειες υψηλού κινδύνου. (Χατζηγεωργίου, 2004)

Στη μελέτη του Strober που συμπεριέλαβε 1500 συγγενείς α' βαθμού ατόμων με Ψ.Α. δίχως άλλα ψυχιατρικά νοσήματα και διερεύνησε την ύπαρξη Δ.Δ. και άλλων ψυχιατρικών νοσημάτων, τα αποτελέσματα ήταν πολύ ενδιαφέροντα. Συγκεκριμένα βρήκε πως ενώ στα άτομα χωρίς οικογενειακό ιστορικό Ψ.Α. η συχνότητα της διαταραχής ήταν σπάνια, ενώ αντιθέτως στα άτομα με θετικό ιστορικό Ψ.Α. η συχνότητα της διαταραχής ή μερικών συνδρόμων ήταν 11 και 5 φορές αντίστοιχα μεγαλύτερη.

Ο τρόπος που κληρονομούνται τα γονίδια αυτά είναι αντικείμενο μελέτης. Πιστεύεται πως η κληρονομικότητα είναι πολυγονιδιακή και αυτά τα γονίδια επηρεάζουν την προσωπικότητα, την τάση για άγχος, την ανταπόκριση προς ορισμένους νευροδιαβιβαστές, το σωματικό φαινότυπο και την τροποποίηση του μεταβολισμού.

2.4 Κοινωνικο-Πολιτισμικοί Παράγοντες

Είναι εύλογο ότι οι διατροφικές διαταραχές έχουν μια κοινωνικοπολιτιστική αιτία. 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. Θεωρούνται κλασικά ως δυτικά συνδεδεμένα σύνδρομα που συνδέονται με τους πολιτισμικούς παράγοντες, όπως οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες της λεπτότητας και

της ελκυστικότητας, οι αλλαγές στον ρόλο των γυναικών, και τα κοινωνικά πρότυπα και η στάση απέναντι στην παχυσαρκία. (Shuriquie, 1999)

Τα τελευταία είκοσι χρόνια στις δυτικές κοινωνίες, όλο και πιο πολύ προβάλλεται το αδύνατο σώμα όχι μόνο σαν πρότυπο ομορφιάς αλλά και σαν προϋπόθεση για αυτοεκτίμηση, επιτυχία κι ευτυχία. Ταυτόχρονα όλο και πιο πολύ αυξάνονται τα ποσοστά των διαταραχών διατροφής. Σε μη δυτικές κοινωνίες που δεν υπήρχαν αυτά τα δυτικά πρότυπα δεν αναφέρονταν περιστατικά ανορεξίας.

Σε πολλές μη-δυτικές χώρες τα παχουλά άτομα έχουν θεωρηθεί παραδοσιακά ελκυστικά και η εικόνα αυτή έχει συνδεθεί με τη γονιμότητα και τη φροντίδα. Ενώ πολλές μη-δυτικές κοινωνίες παρουσιάζουν θετική σχέση μεταξύ του αυξανόμενου βάρους σωμάτων και της μεγαλύτερης κοινωνικής τάξης, η αντίθετη σχέση βρίσκεται στις δυτικές κοινωνίες. Οι Furnham και Albahai υποστήριξαν ότι στις κοινωνίες όπου τα τρόφιμα είναι άφθονα η ιδέα της λεπτότητας επιβάλλεται συνεχώς μέσω των μέσων, ενώ οι χώρες όπου η διαθεσιμότητα των τροφίμων κυμαίνεται, η παχυσαρκία είναι συχνά το θηλυκό ιδανικό. (Furnham & Alibahai, 1983)

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

Διαπολιτισμικές μελέτες: Ο Mukai και οι συνάδελφοι εξέτασαν την επιρροή της οικογένειας και των φίλων στις τάσεις διατροφικής διαταραχής των ιαπωνικών

εφηβικών κοριτσιών. Παρατηρήθηκε ότι η αντίληψη ενός ατόμου ότι είναι υπέρβαρο σε σχέση με την πραγματική ύπαρξη παχυσαρκίας συνδέθηκε με τις τάσεις διατροφικής διαταραχής. (Mukai et al, 1994)

Ο Mukai υποστήριξε ότι η σύγχρονη ιαπωνική κοινωνία μοιράζεται πολλές αξίες με τη δυτική κοινωνία, συμπεριλαμβανομένων των λεπτών σωμάτων, που αποτελούν πρότυπο για τη σωματική ελκυστικότητα στις γυναίκες, αλλά το λεπτό ιδανικό σώμα για τις ιαπωνικές γυναίκες δεν είναι απαραίτητος το αποτέλεσμα των πρόσφατων δυτικών επιρροών αλλά είναι αυτό καθαυτό μια παράδοση στην Ιαπωνία.

Οι Mumford και Whitehouse πρότειναν ότι οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να είναι κοινές μεταξύ κοριτσιών από την Ασία ή το Ηνωμένο Βασίλειο. Οι Mumford και Whitehouse υποστήριξαν ότι τα παραδοσιακότερα ασιατικά κορίτσια μπορούν να βιώνουν τη μεγαλύτερη εσωτερική σύγκρουση, παραδείγματος χάριν για τα ζητήματα της ταυτότητας, καθώς μεγαλώνουν μέσα σε δύο σύνολα πολιτιστικών αξιών. Όσο μεγαλύτερη η διαφορά μεταξύ εκείνων των πολιτισμών, τόσο μεγαλύτερες οι εσωτερικές συγκρούσεις και οι ανησυχίες που προκύπτουν. (Mumford & Whitehouse, 1991)

Ένας άλλος συμβάλλοντας παράγοντας θα μπορούσε να είναι η πιο άκαμπτη οικογενειακή δομή μέσα στις παραδοσιακές ασιατικές οικογένειες, που οδηγούν στη μεγαλύτερη μεταξύ γενεών σύγκρουση. Οι Bryant- Waugh και Lask ανέφεραν τέσσερις περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας σε ασιατικά παιδιά στο Ηνωμένο Βασίλειο. Υποστήριξαν ότι όσο παραδοσιακότερη είναι η οικογένεια, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα της κοινωνικοπολιτιστικής σύγκρουσης για τέτοια ζητήματα όπως τον τακτοποιημένο γάμο, κανόνες ντυσίματος, επαφή με το αντίθετο φύλο και ο ρόλος των θηλυκών στο μαγείρεμα και στα γεύματα. Θεωρούν ότι οι νέοι που μεγαλώνουν σε μια αντιπαράθεση μεταξύ δύο διαφορετικών πολιτισμών μπορούν να βιώσουν τη σύγχυση. (Bryant-Wagh & Lask, 1991)

Ο DiNicola έχει προτείνει μια διαπολιτισμική υπόθεση ότι η ψυχογενής ανορεξία μπορεί να αντιμετωπισθεί ως "πολιτιστικό σύνδρομο αλλαγής" η του οποίου η αρχή μπορεί να προκληθεί από τους όρους της κοινωνικοπολιτιστικής ροής. (DiNicola, 1990)

Οι Bulik, Kore και Sack υποστηρίζουν ότι πιέσεις σχετικά με τη μετανάστευση και την ενσωμάτωση μπορεί να οδηγήσει στη εμφάνιση των

διατροφικών διαταραχών στους πληθυσμούς εξεταζόμενων που δεν ανήκαν προηγουμένως στις ομάδες κινδύνου. (Bulik, 1987, Kope & Sack, 1987)

«Οι γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία δεν δυσκολεύονται να βρουν υποστήριξη για την πρακτική τους: είναι γνωστή η αξία που αποδίδει η κοινωνία μας στην άσκηση. Δεν υπάρχουν ειδικοί οικογενειακοί αστερισμοί για την ψυχογενή ανορεξία.» (Kaplan –Sadock –Grebbs, 2000, Σελ. 1002) Υπάρχουν ωστόσο μερικές ενδείξεις ότι οι πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία έχουν στενές μεν, αλλά διαταραγμένες σχέσεις με τους γονείς τους και προσπαθούν, με την αρρώστια τους, να τραβήξουν επάνω τους την προσοχή των συγγενών τους (της οποίας αισθάνονται στερημένοι, λόγω τεταμένων οικογενειακών σχέσεων που επικρατούν στα σπίτια τους).

Κοινωνική Πίεση: Σε κοινωνίες που δεν εκτιμούν τη λεπτότητα, οι διαταραχές της σίτισης είναι πολύ σπάνιες. Αντίθετα, σε περιβάλλοντα όπως οι σχολές μπαλέτου, όπου η λεπτότητα είναι προσόν, είναι συχνές. Γενικά για τον Δυτικό πολιτισμό, «το λεπτό είναι όμορφο». Η τηλεόραση, οι εφημερίδες και τα περιοδικά είναι γεμάτα από εικόνες γυμνασμένων, ελκυστικών νέων ανδρών και γυναικών. Προβάλλουν δίαιτες που κάνουν «θαύματα», και προγράμματα γυμναστικής για να μας δώσουν τη δυνατότητα να διαπλάσουμε το σώμα μας σύμφωνα με το πρότυπο αυτών των τεχνιτών, ιδεατών εικόνων, να προσαρμοστούμε στη μορφή που τα Μ.Μ.Ε μας λένε ότι θα πρέπει να έχει το σώμα μας. Κατά συνέπεια, σχεδόν όλοι κάνουν δίαιτα σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Είναι εύκολο να κατανοήσετε πώς αυτή η κοινωνική πίεση μπορεί να οδηγήσει κάποιες γυναίκες στο να κάνουν εξαντλητική δίαιτα και τελικά να αναπτύξουν ανορεξία.

Έλεγχος: Έχει ειπωθεί ότι το να κάνεις δίαιτα είναι μια δραστηριότητα που προκαλεί ευχαρίστηση. Οι περισσότεροι από μας γνωρίζουν το αίσθημα της επιτυχίας που νιώθουμε, όταν η ζυγαριά μας δείχνει ότι έχουμε χάσει λίγα γραμμάρια. Είναι καλό να αισθανόμαστε ότι έχουμε επιτύχει τον έλεγχο μόνοι μας με έναν ξεκάθαρο και ολοφάνερο τρόπο. Το επίτευγμα αυτό μπορεί να προσφέρει ιδιαίτερη ικανοποίηση σε κορίτσια που βρίσκονται στην εφηβεία τους και τα οποία μπορεί να αισθάνονται ότι το βάρος είναι το μόνο πράγμα στη ζωή τους πάνω στο οποίο έχουν πραγματικά τον απόλυτο έλεγχο. Έτσι είναι εύκολο να κατανοήσει κανείς πώς το να κάνει δίαιτα μπορεί να γίνει αυτοσκοπός μάλλον παρά απλώς ένας τρόπος για να χάσει κανείς βάρος.

Εφηβεία: Ένα κορίτσι με ανορεξία μπορεί να χάσει ή να μην αναπτύξει πλήρως κάποια από τα σωματικά χαρακτηριστικά μιας ενήλικης γυναίκας όπως το ηβικό τρίχωμα, στήθος και μηνιαία περίοδο. Συνεπώς, μπορεί να δείχνει πολύ νεότερη από την ηλικία της. Η διαίτα μπορεί επομένως να θεωρηθεί σαν ένας τρόπος να αναβάλλει κάποιες από τις απαιτήσεις της ωρίμανσης, ειδικότερα τις σεξουαλικές. Δυστυχώς, αυτή η κατάσταση παρεμποδίζει την ανάπτυξη προς την ωριμότητα και την αυτοαντίληψη που αποκτά κανείς όταν έρχεται αντιμέτωπος με τα προβλήματα της ανάπτυξης.

Κατάθλιψη: Οι περισσότεροι από μας είναι εξοικειωμένοι με την εμπειρία της λήψης τροφής ως μέσο ανακούφισης όταν είμαστε αναστατωμένοι ή απλώς βαριόμαστε. Πολλοί πάσχοντες από βουλιμία έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα και μπορεί τα φαινόμενα υπερφαγίας να ξεκίνησαν σαν ένας τρόπος να αντιμετωπίσουν το συναίσθημα της δυστυχίας που νιώθουν. Ωστόσο, με το να αισθάνονται ότι είναι φουσκωμένοι από φαγητό τα αρνητικά αυτά συναισθήματα γίνονται χειρότερα, ενώ οι εμετοί ή η χρήση καθαρτικών δημιουργεί ένα αίσθημα ενοχής και αθλιότητας.

Αναστάτωση: Ο καθένας αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στα άσχημα πράγματα που του συμβαίνουν στη ζωή. Σε ορισμένους ανθρώπους, η ανορεξία ή η βουλιμία φαίνεται να προκαλείται εξαιτίας ενός γεγονότος που δημιουργεί αναστάτωση, όπως για παράδειγμα η διάλυση μιας σχέσης. Μερικές φορές δεν χρειάζεται καν να υπάρξει ένα άσχημο γεγονός αλλά ακόμα και ένα γεγονός που απλά είναι σημαντικό, όπως ο γάμος ή η αλλαγή ενός σπιτιού, μπορεί να αποτελέσει την αιτία για την πρόκληση αυτών των διαταραχών.» (www.stress.gr)

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

2.5 Ψυχολογικοί Παράγοντες

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

Στους ασθενείς αυτούς λείπουν τα χαρακτηριστικά της αυτονομίας και της ατομικότητας και η αυτολιμοκτονία φαίνεται να είναι ένας τρόπος να αποδείξουν την ανεξαρτησία τους.

Ψυχαναλυτικοί θεραπευτές που έχουν ασχοληθεί με την αποκατάσταση των εφήβων ασθενών αναφέρουν πως τα άτομα αυτά δεν έχουν καταφέρει να χωριστούν ψυχολογικά από τις μητέρες τους. «Το σώμα μπορεί να εκλαμβάνεται ως κατοικούμενο από το ενδοβλημένο αντικείμενο μιας διεισδυτικής και χωρίς ενσυναίσθησία μητέρας. Η λιμοκτονία, λοιπόν, μπορεί να αποσκοπεί ασυνείδητα στην αναστολή της ανάπτυξης ενός εσωτερικού αντικειμένου το οποίο έχει διεισδύσει μέσα τους και το οποίο με τον τρόπο αυτό καταστρέφουν.» (Kaplan –Sadock –Grebbe, 2000, Σελ. 1003)

«Οι υποθέσεις για την υποκείμενη ψυχολογική ανωμαλία στις νέες γυναίκες που παρουσιάζουν τη διαταραχή σχετίζονται με τις συγκρούσεις που συνοδεύουν τη μετάβαση του κοριτσιού στην κατάσταση της γυναίκας. Οι ψυχολογικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι η Ψ.Α. είναι μια φοβική στάση του ατόμου απέναντι στην τροφή εξαιτίας της σεξουαλικής έντασης της εφηβικής ηλικίας. Οι ψυχοδυναμικές θεωρίες τονίζουν το φόβο της ανορεκτικής μήπως μείνει έγκυος από το στόμα. (Μάνος, 1997) Σύμφωνα με άλλες επιστημονικές θεωρίες, στην ανάπτυξη της διαταραχής παίζουν ρόλο και κάποιοι ακόμη ψυχολογικοί παράγοντες, που αφορούν στην αίσθηση ενός ατόμου ότι είναι αβοήθητο και ανίκανο να αυτονομηθεί.» (Kaplan –Sadock –Grebbe, 2000, Σελ. 1001)

Το συναίσθημα των ανορεξικών που χαρακτηρίζεται από στενοχώρια, άγχος και μια προδιάθεση κατάθλιψης συχνά συνοδεύει μια διάγνωση νευρικής ανορεξίας. Κάποιοι ερευνητές, όπως οι Blouin και συνεργάτες υποθέτουν πως η νευρική ανορεξία είναι μια παραλλαγή της κατάθλιψης ενώ άλλοι, π.χ. οι Vanderlinden, Norre

και Vandereycken θεωρούν πως η κατάθλιψη μπορεί απλά να είναι το αποτέλεσμα της όλης ζωής και των προβλημάτων του ανορεξικού.

Ψυχολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στις διαταραχές διατροφής:

- Χαμηλός αυτοσεβασμός
- Συναισθήματα ανεπάρκειας ή έλλειψης ελέγχου στη ζωή, κατάθλιψη, ανησυχία, θυμός, μοναξιά
- Διαταραγμένες οικογενειακές – διαπροσωπικές σχέσεις
- Δυσκολία στην έκφραση των συναισθημάτων
- Φόβος της γелиοποίησης που βασίζεται στο βάρος ή στο μέγεθος του σώματος
- Ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης (www.eatingdisorders.gr)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Κεφάλαιο τρίτο: Διαταραχές Προσωπικότητας

Η συστηματική ενασχόληση με τον προσδιορισμό της έννοιας της προσωπικότητας, προϋπήρχε της σύγχρονης ψυχολογίας στη φιλοσοφία, στη φυσιολογία, στη νομική επιστήμη καθώς και στη λογοτεχνία. Ωστόσο συναντάται κυρίως στο χώρο της ψυχολογίας, όπου και έχει διαμορφωθεί ένας ιδιαίτερος κλάδος με την επωνυμία της ψυχολογίας της προσωπικότητας. Συχνότατα όμως λόγω της γενικότητας του όρου έχει χρησιμοποιηθεί και από άλλες επιστήμες. Η γενικότητα του όρου και η πολυδιάστατη χρήση του όρου καθιστά την έννοια της προσωπικότητας εξαιρετικά προβληματική τόσο από άποψη περιεχομένου όσο και από άποψη του εννοιολογικού εύρους. Έτσι κατά καιρούς για την έννοια της προσωπικότητας έχουν αποδοθεί αρκετοί ορισμοί.

- «Η προσωπικότητα είναι αποτέλεσμα ενός γενικού υποστρώματος και της παρατεταμένης αλληλεπίδρασης ενός ατόμου με τις προσωπικές του ορμές και τις εξωτερικές επιδράσεις. Το άθροισμα των επιδράσεων παρέχει τους διαρκείς και μοναδικούς τύπους συμπεριφοράς που υιοθετούνται προκειμένου να αντιμετωπιστεί επιτυχώς το περιβάλλον και οι αλληλεπιδράσεις που χαρακτηρίζουν το άτομο.» (Tierney- McPhee- Papadakis, 2001, Σελ.1570)
- Η προσωπικότητα μπορεί να οριστεί ως το σύνολο των συναισθηματικών και συμπεριφεριολογικών γνωρισμάτων που χαρακτηρίζουν το άτομο στην καθημερινή ζωή κάτω από κανονικές συνθήκες. Είναι σχετικά σταθερή και προβλέψιμη. (Kaplan –Sadock – Grebb, 2000)
- «Η προσωπικότητα αντιπροσωπεύει εκείνα τα χαρακτηριστικά του ατόμου που εξηγούν τους σταθερούς τύπους συναισθήματος, σκέψης και συμπεριφοράς.» (Pervin- John, 2001)
- Η δομή της προσωπικότητας είναι ένα ενιαίο τμήμα της εικόνας του εαυτού και είναι σημαντική για την αίσθηση που έχει ο καθένας για την προσωπική του ταυτότητα.

Γενικότερα αναφέρεται πως η διαταραχή της προσωπικότητας είναι μια παρέκκλιση από τα χαρακτηρισισιολογικά γνωρίσματα της, η οποία υπερβαίνει το φάσμα που βρίσκεται στους περισσότερους ανθρώπους. Μόνο όταν τα

χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι άκαμπτα και δυσπροσαρμοστικά και προκαλούν είτε σημαντική λειτουργική έκπτωση είτε υποκειμενική ένταση συνιστούν κάποια κατηγορία διαταραχής της προσωπικότητας.

«Πιο συγκεκριμένα, Διαταραχές Προσωπικότητας ορίζονται ως η απρόσφορη, στερεότυπη, δυσπροσαρμοστική συνύπαρξη μιας συγκεκριμένης ομάδας ψυχολογικών χαρακτηριστικών, προσβάλλει το 5-15% του γενικού πληθυσμού. Το πρότυπο συμπεριφοράς είναι σταθερό και επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου και την ικανότητα του να λειτουργεί ικανοποιητικά στη ζωή του.» (Harrison, 2001)

Ο κύριος λόγος για τον οποίο έχει δοθεί το όνομα αυτό σε αυτές τις διαταραχές είναι ότι τα προβλήματα της συμπεριφοράς που τις περιγράφουν απορρέουν από τον χαρακτήρα, την προσωπικότητα του ατόμου. Ακόμα ένα κύριο γνώρισμά τους είναι το εξής: οι άνθρωποι που έχουν αναπτύξει μια Διαταραχή της Προσωπικότητας δεν πάσχουν οι ίδιοι, δεν έχουν συμπτώματα και δεν υποφέρουν.

Αυτό συμβαίνει για δύο λόγους. Ο πρώτος είναι η φύση των διαταραχών, η όποια εκτός από ανάρμοστη κοινωνική συμπεριφορά και κάποια συναισθηματικά αδιέξοδα, δεν περιλαμβάνει ούτε οπτικοακουστικές παραισθήσεις όπως άλλες ψυχικοί νόσοι, ούτε εμμονές, ούτε κανένα είδος υποτροπής που να καταδυναστεύει τον ασθενή σε μόνιμη τουλάχιστον μορφή. Μάλιστα θα λέγαμε επεκτείνοντας ότι περιλαμβάνουν μοντέλα προσωπικότητας τα οποία δεν κινούνται στα πλαίσια του κοινωνικά αποδεκτού.

Ο δεύτερος λόγος είναι πως ο ασθενής που χαρακτηρίζεται από μια τέτοια διαταραχή, έχει την τάση να μεταθέτει τα όποια προβλήματα του, τα οποία απορρέουν από την συμπεριφορά του στο κοινωνικό περιβάλλον, στους γύρω του. Γεγονός που καθιστά ανίκανους τους ασθενείς να συνειδητοποιήσουν την ψυχική τους διαταραχή. Ασφαλές συμπέρασμα με βάση τα παραπάνω είναι πως οι Διαταραχές της Προσωπικότητας, μεγαλύτερο αντίκτυπο έχουν στον περίγυρο του ατόμου παρά στο ίδιο.

Γενικά χαρακτηριστικά των Δ.Π. είναι τα εξής:

- Άκαμπτες και δυσπροσαρμοστικές απαντήσεις στο στρες
- Επίδραση στις τρεις βασικές διαστάσεις της ζωής: αγάπη, περιβάλλον, διασκέδαση
- Τάση του ατόμου να αποδίδει τα προβλήματα του στο περιβάλλον του και όχι στον εαυτό του

- Δεν υπάρχει συνύπαρξη ψύχωσης συνήθως
- Δεν υπάρχει ή υπάρχει δυσκολία απόκτηση εναισθησίας
- Συνύπαρξη επιπλοκών.

Αιτιολογία: Οι έρευνες που διεξάγονται δεν έχουν αποδώσει ακόμα οριστικά τις διαταραχές αυτές σε κάποιο παράγοντα. Πάραυτα σαφώς παίζουν ρόλο κάποιες νευρολογικές διαταραχές, περιβαλλοντικοί παράγοντες, καθώς και κληρονομικοί. Δεν έχει βρεθεί όμως ακόμη γιατί κάτω από ίδιες περιβαλλοντικές συνθήκες κάποια άτομα παρουσιάζουν Διαταραχή Προσωπικότητας και κάποια όχι. Παρακάτω παραθέτονται κάποια πιθανά οργανικά αίτια:

- Έχει αποδειχτεί άμεση σύνδεση της παρορμητικότητας με αύξηση της συγκέντρωσης της τεστοστερόνης, της 17-οιστραδιόλης και της οιστρόνης. Η χαμηλή συγκέντρωση της μονοαμινοξειδάσης των αιμοπεταλίων σχετίζεται με διαταραχή της ικανότητας για κοινωνικοποίηση.
- Οι υψηλές συγκεντρώσεις ενδορφινών σχετίζονται με φλεγματικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.
- Χαμηλή συγκέντρωση υδροξυϊνδολοξικού οξέος (5-ηιαα) σχετίζεται με απόπειρες αυτοκτονίας, παρορμητικότητα και επιθετικότητα.
- Η παρουσία βραδέων κυμάτων στο ΗΕΓ (ηλεκτροεγκεφαλογράφημα) μπορεί να σχετίζεται με κάποιες διαταραχές προσωπικότητας.
- Τέλος ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία σχετίζεται με διαταραχές της προσωπικότητας.

Σύμφωνα με το DSM – IV υπάρχουν τρεις κατηγορίες Δ.Π., όπου οι ασθενείς παρουσιάζουν ένα συνδυασμό χαρακτηριστικών. Στην **πρώτη κατηγορία**, τα άτομα χαρακτηρίζονται ως περίεργα ή εκκεντρικά και σ' αυτήν περιλαμβάνονται η παρανοειδής διαταραχή, η σχιζότυπη και η σχιζοειδής διαταραχή. Η παρανοειδής προσωπικότητα χαρακτηρίζεται από καχυποψία, υπερευαισθησία, αμυντική στάση, εχθρικότητα και μπορεί μερικές φορές να καταστεί απειλητική ή επικίνδυνη. Η σχιζοειδής προσωπικότητα χαρακτηρίζεται από διαπροσωπική απομόνωση, ψυχρότητα και αδιαφορία, ενώ η σχιζοτυπική προσωπικότητα είναι εκκεντρική και διακατέχεται από προλήψεις, μαγική σκέψη και ασυνήθιστα πιστεύω. (Tierney-McPhee- Papadakis, 2001)

Στη δεύτερη κατηγορία, τα άτομα χαρακτηρίζονται ως δραματικά, με έντονα συναισθήματα ή ασταθείς στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και σ' αυτήν την κατηγορία περιλαμβάνονται η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, η μεταιχμιακή, η δραματική και η ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας. (Μάνος, 1997) Η οριακή προσωπικότητα είναι παρορμητική και χειριστική με απρόβλεπτες και ευμετάβλητες ακραίες συμπεριφορές και ασταθείς σχέσεις, φόβο εγκατάλειψης και περιστασιακά μικροψυχωσικά επεισόδια. Ο θεατρικός ασθενής είναι δραματικός, θελκτικός, γοητευτικός και επιζητά την προσοχή. Ο ναρκισσιστικός ασθενής είναι εγωκεντρικός και έχει ένα υπερτιμημένο Εγώ συνδυσασμένο με μια τάση υποβιβασμού των άλλων, ενώ ο ασθενής με αντικοινωνική διαταραχή χρησιμοποιεί τους άλλους ανθρώπους για να επιτύχει τους σκοπούς του και έχει μια συμπεριφορά εκμετάλλευσης και χειραγώγησης των άλλων χωρίς να νιώθει τύψεις.

Στην τρίτη κατηγορία, οι ασθενείς χαρακτηρίζονται ως παραπονιάρηδες, αγχώδης ή φοβισμένοι και σ' αυτήν ανήκουν η αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας, η εξαρτημένη και η καταναγκαστική – ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας. Ο εξαρτημένος ασθενής φοβάται το χωρισμό, προσπαθεί να καταλογίσει την ευθύνη στους άλλους και συχνά έχει μια αυτό-απορριπτική συμπεριφορά. Οι ασθενείς με καταναγκαστική διαταραχή είναι σχολαστικοί και τελειομανείς αλλά επίσης άκαμπτοι και αναποφάσιστοι, ενώ εκείνοι οι οποίοι είναι παθητικοί – επιθετική αναζητούν βοήθεια, φαίνονται υποχωρητικοί επιφανειακά, αλλά αντιστέκονται στις προσπάθειες που αποσκοπούν στη μεταβολή. Οι αναβλητικοί ασθενείς έχουν άγχος σχετικά με την κοινωνική επαφή και δυσκολεύονται να αποδεχτούν την ευθύνη τους για την απομόνωσή τους.

Η ταξινόμηση των Δ.Π. εξαρτάται από τα κυρίαρχα συμπτώματα και τη σοβαρότητα τους. Η σοβαρότερη διαταραχή που μπορεί να φέρει σε έντονη διαμάχη ένα ασθενή με την κοινωνία είναι η αντικοινωνική και μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας.

3.1 Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας

Χρόνια αντικοινωνικά συμπεριφερσιολογικά δείγματα, όπως η αποτυχία προσαρμογής σε κοινωνικούς ή νομικούς κώδικες, η έλλειψη άγχους ή ενοχής και ανεύθυνες συμπεριφορές, υποδεικνύουν αντικοινωνική συμπεριφορά. (Sue, 1997) Τα άτομα με τη διαταραχή αυτή δείχνουν ελάχιστη ενοχή για τα λάθη τους, που μπορεί να περιλαμβάνουν ψέματα, το χειρισμό των ανθρώπων και επιθετικές σεξουαλικές πράξεις.

Η Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας χαρακτηρίζεται επίσης από συνεχείς αντικοινωνικές ή εγκληματικές πράξεις, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι είναι ταυτόσημη με την εγκληματικότητα. (Tierney- McPhee- Papadakis, 2001)

Οι ασθενείς με Α.Δ.Π. συνήθως παρουσιάζουν κανονική έως και γοητευτική και ελκυστική εξωτερική εικόνα. Συχνά εντυπωσιάζουν τους κλινικούς του αντίθετου φύλου με τις έντονες, γοητευτικές πλευρές της προσωπικότητας τους, αλλά οι κλινικοί του ίδιου φύλου μπορεί να τους θεωρήσουν χειριστικούς και απαιτητικούς. Απειλές αυτοκτονίας και σωματικές ενοχλήσεις είναι πολύ συχνές.

Οι σχέσεις τους είναι συνήθως επιφανειακές, εφήμερες και με ελάχιστη αξιοπιστία. Δεν νοιάζονται για τους άλλους, είναι κυνικοί και αδιαφορούν για τα συναισθήματα, τα δικαιώματα ή των πόνο των άλλων. Στην εφηβεία η σεξουαλική δραστηριότητα των ατόμων με τη διαταραχή ξεκινά νωρίς και μπορεί να είναι επιθετική ή βίαιη, εμφανίζεται συχνά κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών ενώ ξεκινούν και οι δυσκολίες με το νόμο. Τα χαρακτηριστικά αυτά εξακολουθούν να υπάρχουν και στην ενήλικη ζωή, ενώ ακολούθως τα άτομα αυτά δεν μπορούν να κρατήσουν υπεύθυνα μια δουλειά, μια σχέση ή να εκπληρώσουν τις υποχρεώσεις τους ως γονείς, αδιαφορούν για τη δική τους ασφάλεια ή των άλλων. Δημιουργούν χρέη, εξαπατούν, ενώ ωστόσο ενισχύεται προοδευτικά ο αλκοολισμός, η αλητεία, η απομόνωση και οι παράνομες πράξεις, με αποτέλεσμα να κάνουν πολλά χρόνια φυλακή και πιο συχνά από τους άλλους ανθρώπους πεθαίνουν με βίαιο τρόπο.

Η Α.Δ.Π επικρατεί πολύ περισσότερο σε άνδρες από ότι σε γυναίκες. Είναι συχνότερη στις φτωχές αστικές περιοχές, με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και μεταξύ των μετακινούμενων κατοίκων αυτών των περιοχών. (Μάνος, 1997) Τα αγόρια με τη διαταραχή προέρχονται από μεγαλύτερες οικογένειες από ότι τα κορίτσια. Ο επιπολασμός της στο γενικό πληθυσμό είναι 3% στους άνδρες και 1%

στις γυναίκες. Σε κλινικούς πληθυσμούς ο επιπολασμός είναι μεγαλύτερος, ακόμα μεγαλύτερος είναι σε προγράμματα απεξάρτησης, στις φυλακές και στα αναμορφωτήρια. Η έναρξη της διαταραχής αναφέρεται πριν από την ηλικία των 15 ετών. (Tierney- McPhee- Papadakis, 2001)

Αιτιολογία: η διαταραχή φαίνεται να οφείλεται τόσο σε περιβαλλοντικούς όσο και σε γενετικούς παράγοντες. Όσον αφορά τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, αυτού αφορούν κυρίως τη διαταραγμένη συμπεριφορά των γονέων στην πρώτη παιδική ηλικία. Κακοποίηση, παραμέληση, ασταθής και ασυνεπείς συμπεριφορά των γονέων μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση της Α.Δ.Π. Ενώ, όσον αφορά τους γενετικούς παράγοντες, από μελέτες έχει φανεί ότι η διαταραχή είναι πιο συχνή σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού, των ατόμων που πάσχουν από τη διαταραχή από ότι στο γενικότερο πληθυσμό.

3.2 Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική (Ιδεοψυχαναγκαστική) Διαταραχή Προσωπικότητας

Η ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από συναισθηματική συστολή, συστηματικότητα, επιμονή και ισχυρογνωμοσύνη. Τα άτομα αυτά ασχολούνται υπερβολικά με τους κανόνες, τους κανονισμούς, την τάξη και την καθαριότητα. (Kaplan –Sadock –Grebb, 2000)

Χαρακτηριστικά της διαταραχής επίσης είναι η τελειοθηρία, μια τάση διαπροσωπικού ελέγχου, η αφοσίωση στη λεπτομέρεια και η αυστηρότητα. Ασφαλώς τα χαρακτηριστικά αυτά μπορούν να εμφανιστούν και σε υγιή άτομα, όμως τα άτομα με Ψ.Κ.Δ.Π. εμφανίζουν σημαντική μείωση στην επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα. Επίσης στα άτομα αυτά εξέχει η αυστηρότητα και η ακαμψία. Χαρακτηρίζονται ως απαιτητικοί, αναποτελεσματικοί στη δουλειά τους παρότι εργάζονται αρκετές ώρες, αναποφάσιστοι και τσιγκούνηδες. (Sue, 1997)

Ακόμα δεν μπορεί να υπολογίσει καλά το χρόνο του και συχνά αφήνει τις πιο σημαντικές υποχρεώσεις για την τελευταία στιγμή. Είναι συνηθισμένο φαινόμενο να χάνει τις διορίες του, να μην μπορεί να ολοκληρώσει κάποια δουλειά λόγω της τελειοθηρίας του, να μην έχει καιρό να δει φίλους ή να διασκεδάσει. Θυμώνει εύκολα σε καταστάσεις που δεν μπορούν να έχουν τον έλεγχο, αλλά εκφράζουν το θυμό τους έμμεσα. Δυσκολεύεται να εκφράσει τρυφερά συναισθήματα και σπάνια κάνει κομπλιμέντα. (Μάνος, 1997)

Αυτά τα χαρακτηριστικά ερμηνεύουν τη γενική αναστολή του συνόλου της προσωπικότητας. Τέτοια άτομα είναι τυπικά σοβαρά, υπερευσυνείδητα, πεισματάρικα και συνήθως, δεν έχουν αίσθηση του χιούμορ. Επιμένουν ότι οι κανόνες θα πρέπει να ακολουθούνται αυστηρά.

Οι διαπροσωπικές τους ικανότητες είναι περιορισμένες, αφού αποξενώνουν τα άτομα, είναι ανίκανοι να συμβιβαστούν και επιμένουν να υποταχθούν οι άλλοι στις ανάγκες τους. Εμφανίζονται πρόθυμοι να ευχαριστήσουν τους ανώτερους τους.

Οτιδήποτε απειλεί τη ρουτίνα τους μπορεί να επιφέρει μεγάλο άγχος, το οποίο διαφορετικά επενδύεται στα τελετουργικά που επιβάλλουν στη ζωή τους και προσπαθούν να επιβάλλουν και στους άλλους.

Αιτιολογία: η διαταραχή αποδίδεται σε συγκρούσεις και σε καθήλωση στην πρωκτική φάση της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης. Η σύγκρουση αυτή θεωρείται ότι είναι ανάμεσα στην προσπάθεια για αυτονομία και αυτοέλεγχο του ατόμου και την εξωτερική επιβολή ελέγχου από μέρους των γονιών και της κοινωνίας. Έτσι υπερβολικά άκαμπτοι γονείς συμβάλλουν στην ανάπτυξη της διαταραχής.

Η Ψ.Κ.Δ.Π. εμφανίζεται στο 1% του γενικού πληθυσμού, είναι συχνότερη στους άνδρες και διαγιγνώσκεται πιο συχνά στα μεγαλύτερα παιδιά μιας οικογένειας. Απαντάται συχνότερα στους πρώτου βαθμού βιολογικούς συγγενείς των ατόμων με τη διαταραχή. Τέτοιοι ασθενείς έχουν συχνά ως οικογενειακό πρότυπο που χαρακτηρίζεται από σκληρή πειθαρχία.

3.3 Δραματική (Ιστριονική) Διαταραχή Προσωπικότητας

Δραματική θεωρείται η διαταραχή της προσωπικότητας της οποίας το βασικό χαρακτηριστικό είναι η υπερβολική συναισθηματικότητα και η επιζήτηση προσοχής. (Μάνος, 1997)

Η Δραματική (ή Ιστριονική) Διαταραχή Προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από αυτοδραματικότητα, υπερβολικές εκφράσεις συναισθημάτων και συμπεριφορές αναζήτηση προσοχής. Παρά την τεχνική ζεστασιά και τη γοητεία που τείνει να παρουσιάζει το άτομο με τη διαταραχή αυτή είναι τυπικά ρηχό και εγωκεντρικό. (Sue, 1997)

Τα άτομα με τη διαταραχή αυτή δεν νιώθουν άνετα αν δεν αποτελούν το επίκεντρο της προσοχής, απαίτηση η οποία είναι συνεχής και επίμονη. Παρουσιάζουν

παροξυσμούς νεύρων, κλάματα και κατηγορούν τους άλλους όταν δεν γίνονται επίκεντρο της προσοχής.

Συνήθως τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται σεξουαλικά προκλητικά και σαγηνευτικά, όχι μόνο προς κάποιο άτομο για το οποίο μπορεί να έχουν κάποιο ενδιαφέρον αλλά και προς άλλα άτομα. Η σαγηνευτική αυτή συμπεριφορά είναι κοινή και για τα δύο φύλα. Οι σεξουαλικές φαντασιώσεις είναι συχνές. Στην πραγματικότητα, οι ασθενείς αυτοί πιθανόν να έχουν κάποια ψυχοσεξουαλική δυσλειτουργία (οι γυναίκες πιθανόν να είναι ανοργασμικές και οι άνδρες πιθανόν να είναι ανίκανοι). Μπορεί να κάνουν πράξεις τις σεξουαλικές τους ενορμήσεις. (Kaplan –Sadock –Grebb, 2000)

Άτομα από διαφορετικούς πολιτισμούς διαφέρουν στο σημείο το οποίο δείχνουν τα συναισθήματα τους αλλά τα άτομα με Δ.Δ.Π. ξεπερνούν τις πολιτιστικές αυτές νόρμες. Η συναισθηματική έκφραση των ατόμων αυτών είναι υπερβολική, θεατρική, επιπόλαιη και με ταχείες εναλλαγές. Η επιδεικτική τους συμπεριφορά συνοδεύεται από ανικανότητα να διατηρήσουν βαθιές, μακροχρόνιες σχέσεις. Τα άτομα αυτά δίνουν μεγάλη έμφαση στην εξωτερική τους εμφάνιση και μπορούν εύκολα να αναστατωθούν με την παραμικρή κριτική γι' αυτήν.

Περιορισμένα στοιχεία από μελέτες στο γενικό πληθυσμό υποδηλώνουν τον επιπολασμό της Δ.Δ.Π. περίπου στο 2-3%. Τιμές περίπου 10-15% έχουν αναφερθεί σε ενδο- εξωνοσοκομειακές μονάδες ψυχικής υγείας. (Kaplan –Sadock –Grebb, 2000) Στις ΗΠΑ το 1-3% παρουσιάζει Ψ.Κ.Δ., χωρίς όμως να είναι εμφανής οι διαφορές στα δύο φύλα. (Corbitt & Widiger, 1995)

3.4 Нарκиссιστική Διαταραχή Προσωπικότητας

Το βασικό χαρακτηριστικό της Нарκиссιστικής Διαταραχής Προσωπικότητας είναι η έντονη αίσθηση μεγαλείου και σπουδαιότητας, η έντονη ανάγκη για θαυμασμό και η έλλειψη εμπάθειας. (Μάνος, 1997)

Άτομα με Ν.Δ.Π. είναι ανίκανα να δείξουν συναισθηματική συμμετοχή και προσποιούνται συμπάθεια μόνο για να επιτύχουν εγωιστικούς στόχους τους. Συχνά εκμεταλλεύονται τις διαπροσωπικές σχέσεις. Αυτοί οι ασθενείς έχουν εύθραυστη αυτοεκτίμηση και είναι επιρρεπείς στην κατάθλιψη. (Kaplan –Sadock –Grebb, 2000)

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής είναι η υπερβολική αίσθηση της αλαζονείας, η τάση εκμετάλλευσης και η έλλειψη συμπόνιας. Τα άτομα αυτά

επιζητούν την προσοχή και το θαυμασμό και έχουν δυσκολίες στην αποδοχή της προσωπικής κριτικής. Σε συζητήσεις μιλούν κυρίως για τον εαυτό τους και δείχνουν αδιαφορία για τους άλλους. Πολλοί έχουν φαντασιώσεις για δύναμη ή επιρροή και συνεχώς υπερεκτιμούν τα ταλέντα τους και τη σημασία τους. Θεωρούν ότι είναι ιδιαίτερα άτομα και περιμένουν ειδική μεταχείριση. Άτομα με Ν.Δ.Π. δείχνουν αντανakλαστικές απαντήσεις και εξιδανίκευση εμπλέκοντας απεριόριστη επιτυχία, αίσθηση δικαιοσύνης και αυτοαξίας. Εξαιτίας αυτής της αίσθησης αυτοαξίας άτομα με Ν.Δ.Π. αναμένεται να είναι ανώτεροι στις σχέσεις τους. Για π.χ. μπορεί να είναι ανυπόμονοι και οργισμένοι όταν οι άλλοι καθυστερούν αλλά και εκείνοι δεν δείχνουν να σκέφτονται γι' αυτό όταν καθυστερούν. (Sue, 1997)

Θέλουν να ακολουθούν το δικό τους τρόπο και συχνά είναι αρκετά φιλόδοξοι, επιθυμούν τη φήμη και την επιτυχία. Η αίσθηση τους ότι έχουν ιδιαίτερα δικαιώματα είναι εντυπωσιακή.

Ο Miller (1985: Waller κ.α., 2007) αναγνωρίζει στην Ν.Δ.Π. δύο κατηγορίες: τον πυρήνα του ναρκισσισμού και τις άμυνες του ναρκισσισμού. Ο πυρήνας του ναρκισσισμού (core narcissism) αναφέρεται στην εμπειρία και την έκφραση της υπερθετικής αυτοεκτίμησης που δεν ταιριάζει με το επίπεδο ικανότητας του ατόμου. Αυτό το στοιχείο του ναρκισσισμού αναδεικνύεται με αισθήματα μεγαλείου, υπεραξίας και επιδειξιομανίας. Σε αντίθεση η δεύτερη κατηγορία (narcissistic defenses), οι άμυνες του ναρκισσισμού, υπηρετούν τη λειτουργία της διατήρησης της αυτοεκτίμησης απέναντι σε μια πιθανή απειλή. Οι άμυνες αυτές αποδίδουν γεγονότα τα οποία πιθανά αποτελούν απειλή σε εξωτερικούς παράγοντες (όπως αδυναμίες των άλλων ατόμων). Επιπλέον οι άμυνες του ναρκισσισμού τείνουν να ενεργοποιούνται όταν η αυτοεκτίμηση του ατόμου απειλείται. Υπάρχουν δύο τύποι ναρκισσιστικών αμυνών. Η Δηλητηριώδης παιδαγωγική (poisonous pedagogy) περιλαμβάνει την τάση του ατόμου να θεωρεί ότι οι γύρω του είναι λάθος και χρειάζονται κατεύθυνση και παρουσιάζουν μια συμπεριφορά κριτικής για τις ανεπάρκειες τους. Ο δεύτερος τύπος ναρκισσιστικής άμυνας είναι η ναρκισσιστικά κακοποιημένη προσωπικότητα (Narcissistically abused personality). Στον τύπο αυτό το άτομο, φανερά θέτει ως προτεραιότητα τις ανάγκες των άλλων και έπειτα τις δικές του. Ακόμα, η εικόνα του ατόμου είναι ως ένας μάρτυρας, όπου όμως η αυτοεκτίμηση του διατηρείται αφού θεωρεί πως είναι παρεξηγημένο από τους άλλους.

Αιτιολογία: Κατά την ολοκλήρωση του τρίτου έτους της ζωής το νήπιο, στη διάρκεια ολοκλήρωσης της φάσης της εξατομίκευσης, διαμορφώνει την εικόνα του

εαυτού του σε αντιδιαστολή προς τα αντικείμενα. Μια ιδιαίτερα ψυχρή και εγωκεντρική μητέρα ενεργοποιεί τον *μεγαλομανιακό* αμυντικό μηχανισμό του νηπίου. Έτσι μέσα στο πλαίσιο της εξατομίκευσης περιλαμβάνεται και η υπόσταση των αντικείμενων δημιουργώντας μια διογκωμένη εικόνα του εαυτού, ως μέσο επίθεσης-άμυνας στην μητρική αδιαφορία. Αυτό λοιπόν που κυριαρχεί στον νάρκισσο είναι η έλλειψη εκτίμησης και ενθάρρυνσης εκ μέρους των γονέων, ο οποίος παραμένει χωρίς υγιή αίσθηση αυτοεκτίμησης, αναζητώντας μόνιμα την αναγνώριση. Συνοπτικά ο ναρκισσισμός είναι μια αντίδραση σε απορριπτικές συμπεριφορές από μέρους των γονιών.

Τέτοια χαρακτηριστικά είναι συχνά σε εφήβους, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι πάσχουν από τη διαταραχή αυτή. **Ο επιπολασμός** της διαταραχής υπολογίζεται περίπου στο 1% του γενικού πληθυσμού και 2-16% στον κλινικό πληθυσμό, ενώ εμφανίζεται συχνότερα σε άνδρες. (Μάνος, 1997)

3.5 Μεταιχμιακή (Οριακή) Διαταραχή Προσωπικότητας

Για πολλά χρόνια είχαν περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία ασθενείς με συμπτώματα ανάμεσα στην ψύχωση και στη νεύρωση, που προκαλούσαν αρκετή σύγχυση και τους είχαν αποδοθεί διάφορες ονομασίες. Προοδευτικά όμως, ξεκαθάρισε μια διαγνωστική οντότητα, η οποία συμπεριλήφθηκε στην κατηγορία των Διαταραχών Προσωπικότητας.

Το βασικότερο χαρακτηριστικό λοιπόν της μεταιχμιακής διαταραχής είναι η μεγάλη αστάθεια που εκφράζεται σε διάφορες διαστάσεις της ζωής του ασθενή, όπως διαπροσωπικές σχέσεις, η εικόνα του εαυτού και η συναισθηματική διάθεση. (Μάνος 1997)

Άτομα με τη διαταραχή αυτή είναι παρορμητικά, έχουν χρόνια συναισθήματα κενού και διαμορφώνουν ασταθείς και έντονες διαπροσωπικές σχέσεις. Μπορεί να είναι πολύ φιλικό τη μία ημέρα και πολύ εχθρικό την άλλη. Πολλοί επιδεικνύουν επαναλαμβανόμενες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές ή χειρονομίες και η πιθανότητα αυτοκτονίας είναι υψηλότερη από το μέσο όρο. (Sue, 1997)

Ο Masterson (1981) πιστεύει ότι πολλοί ασθενείς με Μ.Δ.Π. στερούνται αποφασιστικότητας. Για π.χ. ένας ασθενής δηλώνει: «έχω τόσο φτώχη αυτοεκτίμηση που δεν μπορώ να αποφασίσω τι θέλω, κι ακόμα και όταν αποφασίσω είναι ακόμα πιο δύσκολο να το κάνω». Ο Masterson βλέπει την έλλειψη αυτή σαν μια ανεπάρκεια που

προσβάλλει τη συναισθηματική επένδυση και την αποφασιστικότητα σε μακροπρόθεσμους στόχους.

Οι ακραίες αλλαγές της στάσης του ατόμου το οδηγούν στην πλήρη εξάρτηση, η οποία όμως βιώνεται παράλληλα με αισθήματα μίσους προς το πρόσωπο από το οποίο εξαρτώνται. Αυτό συνεπάγεται έντονο θυμό, απαιτητικότητα και χειραγώγηση από μέρους των νοσούντων.

Είναι σημαντικό να προσθέσουμε πως δεν πρόκειται για μια μεταβατική κατάσταση, η οποία θα οδηγήσει σε νεύρωση ή ψύχωση, αλλά για μια μόνιμη οργάνωση προσωπικότητας που διατηρεί στοιχεία και από τις δύο ψυχικές ασθένειες. Οι άνθρωποι αυτοί είναι παρορμητικοί, απρόβλεπτοι, ενώ η διάθεση τους μπορεί σε ελάχιστο χρόνο και χωρίς αφορμή να μεταβληθεί από υπερβολική ευφορία σε μείζονα κατάθλιψη.

Είναι μείζονος σημασίας η παρουσία ενός καθοριστικού περιγράμματος, (ευδιάκριτα όρια, ξεκάθαρες καταστάσεις, σημεία αναφοράς) στη ζωή του ασθενή για να εξασφαλιστεί μια λογική συμπεριφορά και μια συναισθηματική ισορροπία, δεδομένου πως η ικανότητα να ελέγξει το άγχος του είναι μικρή ενώ η δύναμη να μετατρέψει τις ορμές του σε κοινωφελείς ή καλλιτεχνικές δραστηριότητες ανύπαρκτη. Ένα μόνιμο αίσθημα κενού κυριαρχεί πίσω από το οποίο υποβόσκει ένα ακαθόριστο, αυξομειούμενο άγχος. Αυτά τα συναισθήματα συνδέονται από φοβικές ή υποχονδριακές ιδέες που σύντομα οδηγούν σε αυτοκαταστροφική σεξουαλική συμπεριφορά, σε ψυχωτικά επεισόδια, σωματόμορφες διαταραχές, κατάχρηση ουσιών.

Τέλος αυτοί οι χαρακτήρες έχουν πολύ σοβαρή διαταραχή ταυτότητας σε διάφορες μορφές, σύγχυση αξιών, φύλου κ.α., καθώς και δυσανεξία στην μοναξιά.

Ο αμυντικός μηχανισμός που έχει ενεργοποιηθεί σε αυτές τις προσωπικότητες είναι αυτός του *διαχωρισμού* και έτσι εξηγείται γιατί για το ίδιο άτομο που νιώθουν εξάρτηση νιώθουν και μίσος. Άλλοι πρωτόγονοι αμυντικοί μηχανισμοί που διαφαίνονται είναι η *άρνηση*, η *προβολική ταύτιση*, η *αποπροσωποποίηση*, και η *πρωτόγονη ιδανικοποίηση*. Με τους τελευταίους αυτούς μηχανισμούς ο άρρωστος προσπαθεί να προστατευθεί από χαραγμένα μέσα του συναισθήματα αναξιότητας, ζηλοφθονίας, και φόβου καταδιώξεως. Ο αμυντικός μηχανισμός της *αποσύνδεσης* είναι ο υπεύθυνος για την εκδήλωση συναισθημάτων οργής από μέρος του ατόμου στους άλλους χωρίς να συνειδητοποιεί στην πραγματικότητα τους λόγους.

Άλλο ένα γνώρισμα του ασθενή εξαιτίας της *αποσύνδεσης* είναι η διάκριση των ανθρώπων σε αυτούς που το αγαπούν και αυτούς που το μισούν, στους εντελώς καλούς και τους εντελώς κακούς

Ο επιπολασμός της διαταραχής υπολογίζεται περίπου στο 2% στο γενικό πληθυσμό, στο 10% σε ασθενείς εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και περίπου στο 20% σε νοσηλευόμενους ψυχιατρικούς ασθενείς. Διαγιγνώσκεται πολύ συχνότερα σε γυναίκες από ότι σε άνδρες. (Μάνος, 1997)

Αιτιολογία: Η προτεινόμενη αιτιολογία συνιστά πως η διαταραχή οφείλεται σε μια υπερπροστατευτική αλλά ασυνεπή σχέση μητέρας-παιδιού. Η μητέρα πότε απορρίπτει και πότε δίνεται στο παιδί. Παρουσία αυτών των συνθηκών κατά τα πρώτα στάδια της ψυχοσεξουαλικής εξελίξεως του παιδιού (στο στάδιο αποχωρισμού-ατομικοποίησης και πιο συγκεκριμένα στη φάση της επαναπροσεγγίσεως) έχει ως αποτέλεσμα ο οριακός άρρωστος να πάσχει από συγκεχυμένη ταυτότητα, ενώ καταβάλλει υπέρμετρες προσπάθειες να προβάλλει μια εικόνα στο περιβάλλον του, που πιστεύει πως θα το καταστήσει αρεστό και θα ικανοποιήσει τους γύρω του. Όλες αυτές οι διεργασίες, σε συνδυασμό με την χαμηλή αυτοπεποίθηση αδυνατίζουν την δομή του «εγώ», καθιστώντας αυτή την προσωπικότητα ημιτελή και ελλειμματική.

Άλλες εξηγήσεις που έχουν δοθεί είναι η απώλεια των γονιών σε μικρή ηλικία, η κακοποίηση, η παραμέληση, καθώς και ενδείξεις οργανικής βλάβης κατά την γέννηση ή ιστορικό εγκεφαλίτιδας / κεφαλικού τραύματος, κροταφικές βλάβες που προκαλούν συμπτώματα του συνδρόμου kluger-bucy, ανεπάρκεια σεροτονίνης, βλάβες του μετωπιαίου λοβού.

Τέλος κατά κανόνα υπάρχει ιστορικό σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης

3.6 Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας

Το βασικό χαρακτηριστικό της Αποφευκτικής Διαταραχής Προσωπικότητας είναι η έντονη κοινωνική αναστολή, τα αισθήματα ανεπάρκειας και η υπερευαισθησία στην κριτική των άλλων.

Ακολούθως, χαρακτηριστικά της διαταραχής είναι ο φόβος της απόρριψης και της ταπείνωσης, η απροθυμία να εμπλακούν σε κοινωνικές σχέσεις, η έλλειψη κοινωνικής άνεσης και η έκδηλη ντροπαλότητα.

Άτομα με τη διαταραχή αυτή τείνουν να έχουν πολύ χαμηλή αυτοεκτίμηση και να αποφεύγουν τις κοινωνικές σχέσεις που δεν εγγυώνται την άνευ όρων αποδοχή. Ανόμοια με τη σχιζοειδή διαταραχή όπου τα άτομα παρουσιάζουν αδιαφορία στο να αναπτύξουν σχέσεις, στην αποφευκτική διαταραχή δεν επιθυμούν να είναι μόνα. Απεναντίας, ποθούν συναισθήματα και μια ενεργή κοινωνική ζωή. Επιθυμούν αλλά φοβούνται τις κοινωνικές επαφές και αυτή η αμφιθυμία μπορεί να αντανακλαστεί με διάφορους τρόπους. Για π.χ. πολλά άτομα με τη διαταραχή αυτή φορούν ακριβά ρούχα ή είναι μέλη σε καλλιτεχνικές κοινότητες. Η επιθυμία τους να έχουν κοινωνικές επαφές συχνά περιπλέκεται με τις δραστηριότητες τους. Επιπλέον ένα άτομο με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να γράφει ποιήματα εκφράζοντας το φόβο της μοναξιάς ή την ανάγκη για ανθρώπινη οικειότητα. (Sue, 1997)

Το άτομα ζουν σ' ένα φαύλο κύκλο. Ασχολούνται πάρα πολύ με την απόρριψη με αποτέλεσμα να είναι συνεχώς σε επαγρύπνηση ώστε να αντιληφθούν σημάδια μείωσης ή γελιοποίησης. Αυτή η ανησυχία οδηγεί σε πολλά παραδείγματα απόρριψης γεγονός που προκαλεί την αποφυγή των σχέσεων. Οι κοινωνικές δεξιότητες μπορεί έτσι να είναι ανεπαρκής και να προκαλούν κριτική. Με λίγα λόγια ο φόβος τους μήπως γίνουν αποδέκτες κριτικής τους οδηγεί στην κριτική.

Οι αμυντικοί μηχανισμοί που δίνουν το παρόν σε αυτή την διαταραχή είναι η *αναστολή*, η *αποφυγή*, η *απόθεση* και η *μετάθεση*. Σημειολογικά οι φόβοι απόρριψης υποκρύπτουν μια οιδιπόδεια ή προ-οιδιπόδεια υποκείμενη επιθετικότητα.

Αιτιολογία: Η υπερπροστασία ή η υποτίμηση από μέρους των γονέων ή ακόμα και φοβίες των ίδιων των γονέων αποτελούν πιθανολογικούς παράγοντες. Τέλος κάποιες παραμορφωτικές ασθένειες μπορούν να προδιαθέσουν στην ανάπτυξη αυτής της διαταραχής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Κεφάλαιο τέταρτο: Συσχέτιση Ψυχογενούς Ανορεξίας & Διαταραχών Προσωπικότητας

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα περιγράψει η συσχέτιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, και ειδικότερα της Ψυχογενούς Ανορεξίας, με τις Διαταραχές Προσωπικότητας. Η διερεύνηση της πιθανής σχέσης μεταξύ των δύο κατηγοριών των διαταραχών πραγματοποιήθηκε μέσω της βιβλιογραφικής αναζήτησης σε ελληνική αλλά και διεθνή βιβλιογραφία. Είναι πράγματι γεγονός, πως οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής έχουν αποκτήσει αρκετή προσοχή την τελευταία δεκαετία, γεγονός ενδεικτικό των ερευνών που γίνονται συστηματικά στο συγκεκριμένο τομέα. Ενώ, όσον αφορά τη συνύπαρξη των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, αυτή δεν είναι γνωστή. Ωστόσο, όμως υπάρχουν αρκετές έρευνες που έχουν αποδείξει τη συνύπαρξη συγκεκριμένων διαταραχών προσωπικότητας με την Ψ.Α. (Sansone, Levitt & Sansone, 2004).

Από τη βιβλιογραφική αναζήτηση, καταγράφεται πως οι διαταραχές που σχετίζονται περισσότερο με τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι η Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας, η Ψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας και η Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας. (Sansone & Levitt, 2006)

Ενώ, όσον αφορά την Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας, τη Δραματική Διαταραχή Προσωπικότητας και της Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας από τη βιβλιογραφική αναζήτηση δεν βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση, ωστόσο όμως όπως θα περιγραφεί παρακάτω υπάρχουν κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ των συγκεκριμένων διαταραχών προσωπικότητας και της Ψυχογενούς Ανορεξίας. .

Οι διατροφικές διαταραχές έχουν καταγραφεί στην ιστορία του Δυτικού πολιτισμού τους τελευταίους 15 αιώνες. Οι θεράποντες συχνά αντιμετωπίζουν υποτροπές και φτωχές προγνώσεις όταν θεραπεύουν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές. Αυτό μπορεί να αποδοθεί σε πολυπαραγοντική αιτιολογία και σε συνύπαρξη διαταραχών του Άξονα I και του Άξονα II. (Sansone & Levitt, 2006)

«Αμφότερες οι διαταραχές που περιγράφονται στο πρώτο κεφάλαιο, περιγράφονται ως πρωτογενείς, δηλαδή δεν είναι το αποτέλεσμα κάποιας σωματικής

νόσου, παρόλα αυτά όμως σημειώνεται πως πολλοί ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία μπορεί να έχουν και άλλες ψυχικές διαταραχές, ψυχώσεις, νευρώσεις και κυρίως διαταραχές προσωπικότητας.» (Μάνος, 1997)

Οι Διαταραχές Προσωπικότητας είναι συχνά κοινές με τις Δ.Π.Τ. Ας το θέσουμε απλά, ένα άτομο με Δ.Π. έχει επινοήσει τρόπους και συμπεριφορές που είναι πολύ διαφορετικές από αυτούς γύρω του.

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των Διαταραχών Πρόληψης Τροφής και άλλων ψυχικών διαταραχών είναι πολύ σημαντική για την κατανόηση των αιτιών και της θεραπείας των διαταραχών αυτών. Είναι γνωστό πως πολλά άτομα με Δ.Π.Τ. παρουσιάζουν πολλά κριτήρια για διάφορες διαταραχές του DSM-IV. Είναι λοιπόν σημαντικό να διερευνηθεί η συνοσηρότητα των δύο διαταραχών ώστε να διευκρινιστεί η επιρροή που ασκεί η κάθε διαταραχή και κατά συνέπεια να βρεθεί η θεραπεία της μιας ή και των δύο διαταραχών.

4.1 Συσχέτιση Ψυχογενούς Ανορεξίας με Μετ αιχμιακή (Οριακή) Διαταραχή Προσωπικότητας

Σε άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής η ακριβής συχνότητα συνύπαρξης μετ αιχμιακής διαταραχής της προσωπικότητας παραμένει ακόμα άγνωστη. Παρ' όλα αυτά σε τελευταίες βιβλιογραφικές αναφορές (Sansone & Levitt, 2005) παρατηρήθηκε πως η συχνότητα συνύπαρξης των Δ.Π.Τ. και της Μ.Δ.Π. διέφερε ανάλογα με τον τύπο της διατροφικής διαταραχής (τύπος υπερφαγίας/κάθαρσης ή τύπος περιοριστικός). Στην Ψ.Α. περιοριστικού τύπου η συχνότητα αυτή ήταν 10%, ενώ στον τύπο υπερφαγίας/κάθαρσης η συχνότητα ήταν 25%. Τα δεδομένα αυτά επιβεβαιώνουν την υπόθεση ότι η συνύπαρξη των δύο διαταραχών δεν είναι ασυνήθιστη.

Σε άλλη έρευνα, όπου συμμετείχαν 94 ασθενείς με Ψ.Α., αξιολογήθηκαν και για άλλα ψυχιατρικά προβλήματα συμπεριλαμβανομένων και των διαταραχών προσωπικότητας. Το 25% των ασθενών παρουσίαζαν συμπτώματα της Μ.Δ.Π. Αυτοί οι ασθενείς είχαν σχετικά λίγες διαφορές στους τύπους των διατροφικών τους συνθηθειών και συμπεριφορών με αυτούς που δεν παρουσίαζαν Μ.Δ.Π. Η μόνη διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες είναι ότι σημαντικά πολλοί περισσότεροι ασθενείς είχαν κάνει χρήση καθαρτικών ουσιών ως μια μορφή εξαγνισμού. Επίσης, οι ασθενείς αυτοί είχαν περισσότερο διαταραγμένη αντίληψη για τις διαταραχές συμπεριφοράς. Οι ασθενείς αυτοί ανέφεραν δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματος τους,

μεγαλύτερη επιθυμία για ένα αδύνατο σώμα και δυσκολία στην αναγνώριση συναισθημάτων. Τέλος, οι οριακοί ασθενείς ήταν περισσότερο πιθανόν να αναπτύξουν περιοριστικές και συντριπτικές δίαιτες. (Johnson, Tobin & Enright, 1998)

Έτσι λοιπόν, συμβαίνει συχνά να συνυπάρχουν οι δύο διαταραχές στο ίδιο άτομο, χωρίς όμως να γνωρίζουμε ποια είναι η σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές διαταραχές. Οι Dolan, Sewell, Krueger & Shea (2001) παρέχουν κάποια μοντέλα που εξηγούν τη σχέση των δύο διαταραχών.

1) Μοντέλο Ανεξαρτησίας: το μοντέλο ανεξαρτησίας υποστηρίζει ότι οι δύο διαταραχές δεν έχουν καμία πραγματική σχέση η μια με την άλλη, πέρα από το γεγονός ότι συνυπάρχουν. Αυτό το μοντέλο υποστηρίζει ότι η συνύπαρξη αυτή οφείλεται κυρίως στην τύχη και ότι δεν υπάρχει κοινή αιτιολογία, κοινά συμπτώματα ή πορεία της ασθένειας.

2) Υποκλινικό Μοντέλο: το υποκλινικό μοντέλο (ή φασματικό μοντέλο) υποστηρίζει ότι οι δύο διαταραχές έχουν κοινή αιτιολογία αλλά έχουν διαφορετική εικόνα και εξέλιξη. Επιπλέον, η θεωρία αυτή αναφέρει ότι οι δύο διαταραχές ξεκινούν από την ίδια αιτία αλλά αργότερα μπορεί να εξελιχθούν σε διαφορετικές διαταραχές με διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης.

3) Μοντέλο Κοινής Αιτιολογίας: το μοντέλο κοινής αιτιολογίας υποστηρίζει ότι οι Δ.Π.Τ. και η Μ.Δ.Π. έχουν κοινή αιτιολογία και μηχανισμούς δράσης. Συνεπώς, από την άποψη αυτή, οι δύο διαταραχές δεν είναι ξεχωριστές η μια από την άλλη. Στην πραγματικότητα η μια είναι η εξέλιξη της άλλης. Σ' αυτή την περίπτωση, οι Δ.Π.Τ. μπορούν πιθανότατα ν' αντιπροσωπεύουν ένα είδος υποκλινικό ή απαρχή της Μ.Δ.Π. Αυτή η υπόθεση είναι περισσότερο πιθανή, από το να είναι η Μ.Δ.Π. η απαρχή των Δ.Π.Τ.

4) Μοντέλο Προδιάθεσης & Ευπάθειας: το μοντέλο προδιάθεσης ή ευπάθειας υποθέτει ότι μια από τις δύο διαταραχές προϋπάρχει και αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης και της άλλης διαταραχής. Από τη θεωρία αυτή διαφαίνεται πως οι αιτίες είναι ξεχωριστές, όμως οι μηχανισμοί δράσης και η εξέλιξη της ασθένειας της μιας διαταραχής αυξάνει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη και της δεύτερης. Επιπλέον, η δεύτερη διαταραχή (που σ' αυτή την περίπτωση είναι οι Δ.Π.Τ.) δεν εξαρτάται απαραίτητα από την παρουσία της πρώτης διαταραχής. Εν κατακλείδι, η ύπαρξη της Μ.Δ.Π. μπορεί να προκαλέσει ευπάθεια ή ευάλωτότητα η οποία μπορεί να επιφέρει τις Δ.Π.Τ.

5) Μοντέλο Περιπλοκής: το μοντέλο περιπλοκής υποθέτει ότι οι δύο διαταραχές είναι δύο ξεχωριστές οντότητες και ότι η δεύτερη διαταραχή αναπτύσσεται στο περιβάλλον που έχει αναπτύξει η πρώτη, αλλά η δεύτερη διαταραχή συνεχίζει μόνο όταν η πρώτη το επιτρέψει. Ακόμα, η δεύτερη διαταραχή μπορεί να ερμηνευθεί ως σημάδι ή απομεινάρι της πρώτης διαταραχής. Αυτό το μοντέλο προτείνει ότι η Μ.Δ.Π. και οι Δ.Π.Τ. έχουν ξεκάθαρες και ξεχωριστές αιτίες αλλά η εξέλιξη τους είναι κοινή. Υιοθετεί την άποψη ότι οι Δ.Π.Τ. εμφανίζονται στο περιβάλλον που έχει δημιουργήσει η Μ.Δ.Π.

6) Μοντέλο Επιδείνωσης: στο μοντέλο επιδείνωσης υποστηρίζει ότι οι δύο διαταραχές φαίνεται να συμβαίνουν τυχαία (οι αιτίες τους είναι ανεξάρτητες), αλλά η μια από τις δύο διαταραχές επηρεάζει την παρουσία της άλλης είτε πρόσθετα είτε συνεργικά. Το μοντέλο υποθέτει ότι η παρουσία των Δ.Π.Τ. επηρεάζει την πορεία της Μ.Δ.Π., το αντίστροφο ή και τα δύο. Επιπλέον, η συνύπαρξη της Μ.Δ.Π και των Δ.Π.Τ. μπορεί να έχει αρκετά αυστηρά αλληλεπιδρόμενα αποτελέσματα στον ασθενή.

7) Ψυχοβιολογικό Μοντέλο: το ψυχοβιολογικό μοντέλο υπογραμμίζει τη βιολογική και γενετική σημασία και υποθέτει ότι αυτοί οι δύο παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και στην αλληλεπίδραση των δύο διαταραχών. Σ' αυτή την περίπτωση οι δύο διαταραχές είναι εκδηλώσεις των βιολογικών συστημάτων. Σ' αυτή τη θεωρία η αιτία των δύο διαταραχών είναι άγνωστη, αφού δεν υποστηρίζουν την κοινή αιτία έναρξης των δύο διαταραχών. Αντιθέτως υπογραμμίζει πως οι διαταραχές είναι αποτέλεσμα βιολογικών ή γενετικών προδιαθέσεων.

4.2 Συσχέτιση Ψυχογενούς Ανορεξίας με Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας

Η διαφοροποίηση μεταξύ των διαταραχών του Άξονα I και Άξονα II μπορεί να είναι περίπλοκη και συχνά προκαλεί σύγχυση, ειδικά στην βιβλιογραφία που περιγράφει τα χαρακτηριστικά των ασθενών με ψυχικές διαταραχές. Η Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή προσωπικότητας έχει μια συστάδα χαρακτηριστικών, αλλά η τελειοθηρία είναι ένα από τα χαρακτηριστικά που έχει μελετηθεί περισσότερο όσον αφορά τις Δ.Π.Τ.

Η τελειοθηρία, είναι μια όψη της προσωπικότητας που χαρακτηρίζεται από μια ψυχοβιολογική άποψη, είναι μια ακραία παραλλαγή της ιδιοσυγκρασιακής διάστασης της εμμονής. (Kaplan –Sadock –Grebb, 2000) Διάφοροι μελετητές ψάχνουν για συνδετικούς κρίκους μεταξύ γενετικών παραγόντων, νευροβιολογικών αλλαγών και ψυχολογικών παραγόντων για να εξηγήσουν τη συνύπαρξη της τελειοθηρίας και άλλων χαρακτηριστικών της Ψ.Κ.Δ.Π. στις Δ.Π.Τ. (Sansone & Levitt, 2006)

Άτομα με Ψ.Α. είναι περισσότερο πιθανό να αναπτύξουν Ψ.Κ.Δ.Π. και παρότι η Ψ.Α. και η Ψ.Κ.Δ.Π. είναι δύο διαφορετικές διαταραχές παρουσιάζουν πολλά κοινά συμπτώματα. Ένα άτομο με Ψ.Α. μεγαλοποιεί τους κανόνες που είναι απαραίτητοι για να διατηρήσουν τον αυστηρό περιορισμό τροφής. Ακόμα, συχνό φαινόμενο είναι να μην έχουν ανάγκη τη φροντίδα των άλλων γιατί πιστεύουν ότι τα κάνουν όλα τέλεια. Επιπλέον περιορίζουν τις επαφές τους με άλλους ανθρώπους. Στο μεταξύ μπορεί να είναι πρόθυμοι να βοηθήσουν άλλους να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τους γιατί μπορούν εύκολα να αναγνωρίσουν μειονεκτήματα στη συμπεριφορά των άλλων. (www.eatingdisorders.about.com)

Εν συνεχεία, αναφορές στην ξεροκεφαλία, την ανικανότητα συγχώρεσης, την αυστηρότητα, την ακαμψία και την επιμονή είναι παρούσες στις περιγραφές πολλών δεκαετιών για τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συναντώνται σε ασθενείς με Ψ.Α.

Επιπλέον με αυτά τα συμπτώματα υπάρχουν επίσης και βιολογικές ομοιότητες. Αυτές οι ομοιότητες έχουν οδηγήσει πολλούς μελετητές στη μελέτη της σχέσης των δύο διαταραχών. Διαδοχικές έρευνες έχουν δείξει ότι η Ψ.Κ.Δ.Π. εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς με Ψ.Α. από ότι στο γενικότερο πληθυσμό αλλά και το αντίστροφο. Όπως προτείνει ο Rothenberg (1990), υπάρχουν δύο τύποι σχέσεων ανάμεσα στις δύο διαταραχές: α) Ψ.Α. ως εκδήλωση της Ψ.Κ.Δ.Π. και β) Ψ.Α. και Ψ.Κ.Δ.Π. ως συνυπάρχουσες διαταραχές. Η πρώτη θεωρία αποκαλεί την ανορεξία ως «το σύγχρονο ψυχαναγκαστικό- καταναγκαστικό σύνδρομο» που προέρχεται από τις αλλαγές της κοινωνίας. Σύμφωνα μ' αυτή τη θεωρία η ανορεξία είναι μια εκδήλωση της Ψ.Κ.Δ.Π. Στην ανορεξία υπάρχει ψυχαναγκαστική ανησυχία για το φαγητό, που προέρχεται από την επιθυμία τους να είναι αδύνατοι. Οι ανορεκτικοί επίσης έχουν επικεντρώσει την προσοχή τους στον έλεγχο: μέσα από την Ψ.Α. και τις συνέπειες τους προσπαθούν να ελέγξουν την κατανάλωση τροφής και τις σωματικές λειτουργίες. Από την άλλη σκοπιά η Ψ.Α. και η Ψ.Κ.Δ.Π. είναι δύο

διαφορετικές ασθένειες με κοινά συμπτώματα. Οι ανορεκτικοί συνήθως έχουν ψυχαναγκαστικά- καταναγκαστικά συμπτώματα που σχετίζονται με τη συμμετρία και την οργάνωση όπου οι ψυχαναγκαστικοί ασθενείς είχαν μια ευρύτερη γκάμα συμπτωμάτων, περιλαμβάνοντας επιθετικούς, σεξουαλικούς και σωματικούς ψυχαναγκασμούς – καταναγκασμούς.

Ο Marce (1860) ανέφερε για παράδειγμα για την επίμονη άρνηση των ανορεκτικών ασθενών να καταναλώσουν τροφή. Ο Laseque (1873) δήλωσε ότι οι ανορεξικοί ποτέ δε ζητούν συγνώμη. Η τελειοθηρία, η αυστηρότητα, η ακαμψία είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας ασθενών με Ψ.Α. που περιγράφηκαν σε δημοσιοποιήσεις εδώ και πενήντα χρόνια.

Η παρουσία της Ψ.Κ.Δ.Π. σε ασθενής με Ψ.Α. φαίνεται να είναι χαμηλή. Οι Braun, Sunday και Halmi (1994) εξερεύνησαν την ύπαρξη Ψ.Κ.Δ.Π. σε διάφορες ομάδες ασθενών με Ψ.Α. Βρήκαν ότι μόνο το 9% των 105 ασθενών πληρούσε τα κριτήρια για Ψ.Κ.Δ.Π. Ένα ενδιαφέρον εύρημα στην έρευνα αυτή είναι ότι μόλις το 6% των ατόμων με Ψ.Α. περιοριστικού τύπου πληρούσε τα διαγνωστικά κριτήρια για την Ψ.Κ.Δ.Π., ενώ αντίστοιχα ο τύπος υπερφαγίας/κάθαρσης παρουσίαζε ποσοστό 13%. Αποτέλεσμα μη αναμενόμενο, αφού ήταν ιδιαίτερα οξύμωρο να αποδειχθεί πως οι ασθενείς με ανορεξία τύπου υπερφαγίας/κάθαρσης ήταν περισσότερο ψυχαναγκαστικοί σε σχέση με τους ασθενείς του περιοριστικού τύπου. Άλλο ένα εύρημα της μελέτης είναι ότι στους ασθενείς που βρίσκονταν στο κατώφλι της Ψ.Κ.Δ.Π. διαγνώστηκε Ψ.Α. σε ποσοστό 18%. Με λίγα λόγια, αυτοί οι ασθενείς παρουσίαζαν αρκετά χαρακτηριστικά από τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψ.Κ.Δ.Π. αλλά όχι αρκετά για να πληρούν τη διάγνωση της.

Σε άλλη έρευνα (Bellodi et al., 1992), σ' ένα δείγμα ατόμων με μεικτές Δ.Π.Τ. βρέθηκε πως το 22% πληρούσε τα κριτήρια και για την Ψ.Κ.Δ.Π.

Επίσης ευρήματα από τους Matsunaga et al. (1999 & 2000) έδειξαν ότι το 15% των ασθενών που ανάρρωσαν έπειτα από Ψ.Α. εξακολουθούσαν να εμφανίζουν τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψ.Κ.Δ.Π. ακόμα και ένα χρόνο μετά από πλήρη ανάρρωση.

4.3 Συσχέτιση Ψυχογενούς Ανορεξίας με Αποφευκτική Διαταραχή

Προσωπικότητας

Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι πολλοί ασθενείς με Ψ.Α. έχουν παράλληλα και Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας. Άτομα με Ψ.Α. είναι υπερβολικά ευαίσθητα στην αποτυχία και την κριτική, ανησυχία η οποία είναι έντονη και στην Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας.

Οι Dennis & Sansone (1997) περιγράφουν την αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας ως ενεργή αλλά αμφίθυμη απόσπαση από την κοινωνική εμπλοκή με τους άλλους. Υποστηρίζουν πως οι νέοι τείνουν να εμπλέκονται σε σχέσεις επειδή τους αρέσουν άλλα άτομα, επιθυμούν την προσοχή και την κοινωνική αλληλεπίδραση. Εξαιτίας όμως του έντονου φόβου τους μήπως ντροπιαστούν ή απορριφτούν προτιμούν να μένουν στην απομόνωση. Άτομα με αποφευκτική διαταραχή και Δ.Π.Τ. τείνουν να δείχνουν ένα άγρυπνο γνωστικό ύφος, ένα εμποδισμένο αποσυρμένο διαπροσωπικό ύφος και ένα υπερευαίσθητο συναισθηματικό ύφος.

Τα κριτήρια της αποφευκτικής διαταραχής εμφανίζονται να καλύπτουν ένα ευρύτερο φάσμα και περισσότερους λειτουργικούς τομείς από ότι οι Δ.Π.Τ. Πιο συγκεκριμένα, η διάγνωση της αποφευκτικής διαταραχής καλύπτει συμπεριφεριολογικά, γνωστικά και συναισθηματικά πεδία της λειτουργικότητας, ενώ η διάγνωση των Δ.Π.Τ. περιλαμβάνει επιπτώσεις στο συμπεριφεριολογικό και γνωστικό τομέα.

Σύμφωνα με τους Dolan-Sewell, Krueger & Shea (2001), υπάρχουν δύο μοντέλα που επεξηγούν τη συνύπαρξη των δύο διαταραχών: α) μοντέλο αλληλεπίδρασης και β) το μοντέλο προσαρμογής του πλαισίου.

A. Μοντέλο Προσαρμογής: σύμφωνα με το μοντέλο αυτό υπάρχουν δύο επίπεδα στα οποία μπορεί να εντοπιστούν ομοιότητες των δύο διαταραχών και συνεπώς να ερμηνευτεί η συνύπαρξη των δύο διαταραχών: α) η αιτιολογία και η εξέλιξη της διαταραχής και β) οι μηχανισμοί δράσης. Όσον αφορά το πρώτο επίπεδο, η υπόθεση ότι οι Δ.Π.Τ. οδηγούν στην αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας ή και το αντίστροφο είναι ακόμα ασαφής και αδιευκρίνιστη. Έτσι, η σχέση ανάμεσα στις δύο διαταραχές και η αλληλεπίδραση τους δεν έχει διευκρινιστεί ακόμα. Ενώ

όσον αφορά το δεύτερο επίπεδο, μπορούμε να εξετάσουμε τους τρόπους με τους οποίους οι Δ.Π.Τ. ακολουθούν κοινά μονοπάτια, μοιράζονται κοινά ψυχολογικά χαρακτηριστικά και έχουν κοινά ή παρόμοια αποτελέσματα.

Η αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας παρατηρείται συνήθως σε ασθενείς που παρουσιάζουν Ψ.Α.. Ασθενείς με Ψ.Α. χαρακτηρίζονται γενικά από άγχος, φόβο και αποφευκτικές κινήσεις. Επίσης οι ανορεξικοί φαίνεται να χαρακτηρίζονται από κοινωνική απομόνωση και παραληρητική αίσθηση ανικανότητας. Οι ουσιαστικές ελλοχεύουσες ενοχλήσεις στην Ψ.Α. σχετίζονται με την ελαττωματική αυτοεπίγνωση του ασθενή και τη διαστρεβλωμένη διαπροσωπική εμπειρία τους. (Bruch, 1973) Είναι οφθαλμοφανές πως οι διαδικασίες που περιγράφονται στην Ψ.Α. είναι παρόμοιες με αυτές που συμβαίνουν στην αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας. Επιπρόσθετα, όλες αυτές οι ερμηνείες που αναφέρονται στις διατροφικές συνήθειες σχετίζονται με προβλήματα στο διαπροσωπικό τομέα, με την προσωπική ανεπάρκεια και τον αυτοσεβασμό.

B. Μοντέλο Προσαρμοστικού Πλαισίου: το μοντέλο αυτό αναφέρεται στους τρόπους με τους οποίους η ψυχοπαθολογία μπορεί να επηρεάσει το άτομο και, στη συγκεκριμένη περίπτωση, τους πιθανούς τρόπους με τους οποίους οι Δ.Π.Τ. μπορούν να επηρεάσουν ένα άτομο με αποφευκτική διαταραχή. Η Ψ.Α. φαίνεται να σχετίζεται με αγχώδη χαρακτηριστικά που χαρακτηρίζονται από βλαβερή αποφυγή, μειωμένη επιδίωξη καινοτομίας, προσοχή και τελειοθηρία. Ο Strober (2004) αναφέρει πως ο φόβος αύξησης βάρους και η ψυχαναγκαστική δίαιτα μπορεί να αντιπροσωπεύει φοβικές αντιδράσεις αποφυγής ή μάθηση βασισμένη στο φόβο. Αυτή η περιγραφή γενικά προτείνει ότι η ψυχοπαθολογία της αποφευκτικής διαταραχής προσωπικότητας μπορεί να στεγάζεται στην Ψ.Α.

Οι Dennis & Sansone (1997) πρότειναν ότι οι Δ.Π.Τ. μπορεί να είναι αρκετά προσαρμόσιμες στην αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας. Τα άτομα που επιζητούν συνεχώς την απώλεια βάρους μπορεί μέσα από την επιδίωξη τους αυτή να επιζητούν να χαθούν από την κοινωνία. Ακόμα, μέσω της μεταστροφής του λιμού, τα άτομα με Ψ.Α. είναι σε θέση να αποφύγουν τα τρομακτικά συναισθήματα της διαπροσωπικής ευπάθειας μέσω του μουνδιάσματος. Αυτή η συναισθηματική αδιαφορία εδραιώνει την απαραίτητη φυσική και ψυχολογική διάσταση ανάμεσα σε εκείνους με Ψ.Α. και τους άλλους. Ακόμα σε κάποια άτομα με Ψ.Α., οι Δ.Π.Τ. μπορεί να αντικαθιστούν τις βασικές σχέσεις παρέχοντας ένα στόχο ζωής απορροφώντας όλο το χρόνο, την ενέργεια και τα συναισθήματα.

Οι Δ.Π.Τ. μπορεί να παίζουν ένα ακόμα σημαντικό ρόλο στην αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας. Οι Δ.Π.Τ. είναι πολιτισμικά κατευθυνόμενες διαταραχές που περικλείουν το κοινωνικό ιδεώδες της τελειοθηρίας. Αυτό σημαίνει ότι κάποιοι ασθενείς με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας μέσω των Δ.Π.Τ. επιτυγχάνουν να έχουν ένα ωραία σωματότυπο και έτσι να πληρούν το κοινωνικό ιδεώδες που αναφέρθηκε παραπάνω. Έτσι αποφεύγουν την κριτική και έχουν την εντύπωση πως με την απώλεια βάρους θα μειώσουν κάποιες από τις κοινωνικές του δυσκολίες.

Όσον αφορά τη σχέση Ναρκισσιστικής Διαταραχής Προσωπικότητας με την Ψ.Α., όπως αναφέρθηκε παραπάνω, στη μελέτη βιβλιογραφίας δεν βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση. Ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι υπάρχει σχέση με κάποια χαρακτηριστικά που παρουσιάζει η Ν.Δ.Π. χωρίς όμως να υπάρχει συσχέτιση του πυρήνα της παθολογίας των διαταραχών αυτών. Αντίθετα όμως, κάποιες έρευνες αναφέρουν πως η διατροφική παθολογία σχετίζεται με το ναρκισσισμό και ακόμα ότι η Ν.Δ.Π. φαίνεται να έχει υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης στον πληθυσμό που εμφανίζει διαταραγμένη διατροφή, παρά στο γενικότερο, μη κλινικό, πληθυσμό. (Waller κ.α., 2007) Συγκεκριμένα οι Waller κ.α. (2007) στην έρευνα τους συνέκριναν τις τρεις διαστάσεις του ναρκισσισμού, όπως αυτές αναφέρθηκαν στο τρίτο κεφάλαιο, με τέσσερις βασικές όψεις των διατροφικών διαταραχών (τον περιορισμό, την διατροφική ανησυχία, την ανησυχία για το σχήμα του σώματος και την ανησυχία για το σωματικό βάρος. Διαπίστωσαν πως ο πυρήνας του Ναρκισσισμού σχετιζόταν σημαντικά με την διατροφική ανησυχία, ενώ η άλλη διάσταση της «δηλητηριώδους παιδαγωγικής» σχετιζόταν με τις περιοριστικού τύπου συμπεριφορές, ενώ τέλος η τρίτη διάσταση, η «ναρκισσιστικά κακοποιημένη προσωπικότητα» σχετιζόταν και με τις τέσσερις βασικές διαστάσεις των διατροφικών διαταραχών που χρησιμοποιήθηκαν για την έρευνα αυτή, στοιχείο το οποίο δείχνει στην ουσία πως η διάσταση αυτή του Ναρκισσισμού σχετίζεται με τον πυρήνα των γνωστικών χαρακτηριστικών των διατροφικών διαταραχών.

Όσον αφορά τη σχέση της Α.Δ.Π. με την Ψ.Α. παρατηρούμε πως, σύμφωνα με την περιγραφή των διαταραχών που έγινε στα προηγούμενα κεφάλαια, υπάρχουν κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ των δύο διαταραχών, χωρίς όμως αυτό να αποδεικνύει τη συσχέτιση μεταξύ των δύο διαταραχών. Όπως, λοιπόν, αναφέρθηκε παραπάνω χρόνια αντικοινωνικά συμπεριφερσιολογικά δείγματα, όπως η αποτυχία προσαρμογής σε κοινωνικούς ή νομικούς κώδικες, η έλλειψη άγχους ή ενοχής και ανεύθυνες συμπεριφορές, υποδεικνύουν αντικοινωνική συμπεριφορά. (Sue, 1997) Επίσης, η

Α.Δ.Π. χαρακτηρίζεται από συνεχείς αντικοινωνικές πράξεις και οι σχέσεις τους είναι συνήθως επιφανειακές, εφήμερες και με ελάχιστη αξιοπιστία. Η περιγραφή αυτή συνάδει με συμπεριφορές που εμφανίζουν άτομα με Ψ.Α. Ακόμα κοινό χαρακτηριστικό μεταξύ των δύο διαταραχών είναι πως οι ασθενείς με Α.Δ.Π. συνήθως παρουσιάζουν κανονική έως και γοητευτική και ελκυστική εξωτερική εικόνα. Θα πρέπει βέβαια να σημειώσουμε πως τα χαρακτηριστικά αυτά αφορά τη διαταραχή της Ψ.Α. στα αρχικά στάδια, όπου η απώλεια βάρους δεν είναι εξαιρετικά σημαντική.

Τέλος, όσον αφορά τη Δραματική Διαταραχή, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, πρόκειται για μια διαταραχή της προσωπικότητας, όπου το βασικό χαρακτηριστικό είναι η υπερβολική συναισθηματικότητα και η επιζήτηση προσοχής. (Μάνος, 1997) Τα άτομα με τη διαταραχή αυτή δεν νιώθουν άνετα αν δεν αποτελούν το επίκεντρο της προσοχής, απαίτηση η οποία είναι συνεχής και επίμονη. Τα άτομα αυτά δίνουν μεγάλη έμφαση στην εξωτερική τους εμφάνιση και μπορούν εύκολα να αναστατωθούν με την παραμικρή κριτική γι' αυτήν. Οι ασθενείς με Ψ.Α. παρουσιάζουν συμπεριφορά με παρόμοια χαρακτηριστικά, καθώς μέσα από την απώλεια βάρους επιζητούν να αποκτήσουν μια άριστη εξωτερική εμφάνιση ώστε να είναι δέκτες θετικής κριτικής. Η συναισθηματική έκφραση των ατόμων αυτών είναι υπερβολική, θεατρική, επιπόλαιη και με ταχείες εναλλαγές. Η επιδεικτική τους συμπεριφορά συνοδεύεται από ανικανότητα να διατηρήσουν βαθιές, μακροχρόνιες σχέσεις. Όπως ακριβώς συμβαίνει και στους ασθενείς με Ψ.Α. όπου παρουσιάζονται να μην έχουν σταθερές και μακροχρόνιες σχέσεις. Ενώ τέλος είναι πιθανόν να εμφανίσουν σεξουαλική δυσλειτουργία, γεγονός που εμφανίζεται και στους ασθενείς με Ψ.Α., όπου βέβαια θα πρέπει να σημειωθεί ότι αφορά κυρίως το γυναικείο φύλο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

***ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΜΕ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ***

Στο τελευταίο κεφάλαιο θα περιγραφεί η θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας, όπως αυτή έχει καταγραφεί μέχρι τώρα από τη βιβλιογραφία. Καταρχήν, θα περιγραφεί η θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας, μεμονωμένα και ο ρόλος του διαιτολόγου σ' αυτήν και εν συνεχεία θα γίνει αναφορά στις θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις όπου παρατηρείται η ψυχογενής ανορεξία να συνυπάρχει με κάποιες από τις διαταραχές προσωπικότητας που αναφέρθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο.

5.1 Θεραπεία ψυχογενούς ανορεξίας:

Υπάρχουν δύο βασικοί στόχοι στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας. Ο πρώτος είναι να αποκατασταθεί η κατάσταση θρέψης του ατόμου, γεγονός που στα ανορεκτικά άτομα σημαίνει να επανέλθουν στο φυσιολογικό τους βάρος. Ενώ ο δεύτερος στόχος είναι να τροποποιηθεί η παθολογική συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ατόμου. (Μάνος, 1997)

Με δεδομένα τα περίπλοκα ψυχολογικά συμπτώματα και τα σωματικά επακόλουθα της ψυχογενούς ανορεξίας, συνίσταται ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό πλάνο, που να περιλαμβάνει νοσηλεία, όταν απαιτείται, όπως και ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία. (Kaplan –Sadock –Grebb, 2000)

Έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες θεραπευτικές μέθοδοι, χωρίς εμφανείς ενδείξεις ότι κάποια είναι ανώτερη από την άλλη. Μπορεί να επιχειρηθεί δομική θεραπεία συμπεριφοράς - διαπροσωπική και γνωσιακή, εντατική ψυχοθεραπεία, θεραπεία της οικογένειας, όπως και φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να συνυπολογίζονται.

«Τα θεραπευτικά προγράμματα που διευθύνονται από πεπειραμένες ομάδες, έχουν επιτυχία στα 2/3 των περιπτώσεων, επαναφέροντας το φυσιολογικό βάρος και την έμμηνο ρήση. Οι μισοί ασθενείς συνεχίζουν να έχουν δυσκολίες με τη συμπεριφορά τους στη λήψη τροφής καθώς και ψυχιατρικά προβλήματα. Μετά τη θεραπεία μερικοί ασθενείς εμφανίζουν παχυσαρκία. 2-6% των ασθενών αποθνήσκουν από τις επιπλοκές της διαταραχής ή αυτοκτονούν.» (Tierney- McPhee- Papadakis, 2001, Σελ.1866)

Κατά τη **νοσηλεία**, το πρώτο που λαμβάνεται υπόψη είναι η διόρθωση της κατάστασης θρέψης του αρρώστου, αφού η λιμοκτονία, η αφυδάτωση και οι διαταραχές ηλεκτρολυτών μπορεί να προκαλέσουν σοβαρό κίνδυνο στην υγεία και σε

μερικές περιπτώσεις θάνατο. Η απόφαση για νοσηλεία θα πρέπει να βασίζεται στη σωματική του κατάσταση, γενικότερα όμως σε ασθενείς που έχουν κάτω από το 20% του αναμενόμενου βάρους σε σχέση με το ύψος του, συνίσταται νοσηλεία, ενώ σε ασθενείς που έχουν κάτω από το 30% του αναμενόμενου βάρους απαιτείται ψυχιατρική νοσηλεία. (Tierney-McPhee-Papadakis, 2001)

Τα προγράμματα ψυχιατρικής νοσηλείας χρησιμοποιούν γενικά ένα συνδυασμό συμπεριφεριολογικής θεραπευτικής προσέγγισης, ατομικής ψυχοθεραπείας, εκπαίδευσης και θεραπείας οικογένειας και, σε μερικές περιπτώσεις, ψυχοτρόπων παρασκευασμάτων. Η επιτυχία, ωστόσο, της παρέμβασης εξαρτάται από την ικανότητα των μελών του προσωπικού να διατηρήσουν τον ασθενή σε μια σταθερή αλλά υποστηρικτική προσέγγιση, την ευελιξία του προγράμματος το οποίο θα πρέπει να εξατομικεύεται και να ταιριάζει στις ανάγκες του ασθενούς, αλλά και από την εκούσια συμμετοχή του ασθενή στο πρόγραμμα.

Οι περισσότεροι ασθενείς είναι αδιάφοροι, αντιστέκονται ή αρνούνται τη θεραπεία. Έρχονται στο ιατρείο ακούσια, με τη συνοδεία συγγενών και σπάνια αποδέχονται τις συστάσεις. Η έμφαση στα οφέλη, όπως η ανακούφιση από την αϋπνία και τα συμπτώματα της κατάθλιψης, βοηθούν στο να πείσουν τον ασθενή να εισαχθεί στο νοσοκομείο. Η υποστήριξη και η εμπιστοσύνη των συγγενών στην θεραπευτική ομάδα, είναι ουσιαστικές όταν θα πρέπει να εκτελεστούν αυστηρές οδηγίες. Οι οικογένειες των αρρώστων θα πρέπει να προειδοποιούνται ότι οι ασθενείς θα αρνηθούν τη θεραπεία και ότι τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας θα γίνουν πολλές δραματικές εκκλήσεις για υποστήριξη από την οικογένεια για να αποφύγει το πρόγραμμα νοσηλείας. Μόνο όταν είναι πιθανός ο κίνδυνος θανάτου συνίσταται η αναγκαστική νοσηλεία ή εγκλεισμός. (Tierney-McPhee-Papadakis, 2001)

Η γενική αντιμετώπιση των ασθενών στη διάρκεια ενός προγράμματος νοσηλείας θα πρέπει να συνεκτιμά τα ακόλουθα: ο ασθενής θα πρέπει να ζυγίζεται καθημερινά, θα πρέπει να καταγράφεται η ημερήσια πρόσληψη υγρών και η αποβολή ούρων, θα πρέπει να εκτιμώνται οι ηλεκτρολύτες σε περίπτωση που υπάρχουν εμετοί καθώς επίσης και η τυχόν εμφάνιση υποκαλιαιμίας. Ακόμα το προσωπικό θα πρέπει να είναι σε θέση να ελέγχει τον ασθενή μετά από τα γεύματα τον εμετό καθώς και τη χρήση της τουαλέτας. Μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο, ο κλινικός γιατρός συνήθως θεωρεί απαραίτητο να συνεχίσει κάποιου τύπου εξωνοσοκομειακή επίβλεψη για οποιοδήποτε πρόβλημα παρουσιαστεί είτε στον ίδιο τον ασθενή, είτε στην οικογένεια του.

Όσον αφορά την ψυχοθεραπεία των ασθενών, παρατηρείται πως στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς εξερχόμενοι από ένα πρόγραμμα νοσηλείας, χρειάζονται συνεχείς παρεμβάσεις. Σε άτομα όπου η έναρξη της νόσου καταγράφεται κατά την εφηβεία, η οικογενειακή θεραπεία περιγράφει ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα παρέμβασης. Αν και η ψυχοδυναμικού τύπου θεραπεία δεν βοηθά τον ασθενή στα αρχικά στάδια θεραπείας, οι εναισθητικού τύπου ψυχοθεραπείες έχουν βοηθήσει τους ανορεκτικούς κατά την περίοδο της σταθεροποίησης τους.

«**Δυναμική Ψυχοθεραπεία.** Η δυναμική εκφραστική – υποστηρικτική ψυχοθεραπεία έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία. Ωστόσο, οι αντιστάσεις των αρρώστων μπορεί να καταστήσουν τη διαδικασία δύσκολη και επίπονη. Επειδή οι ασθενείς θεωρούν ότι τα συμπτώματα τους αποτελούν τον πυρήνα της ιδιαιτερότητάς τους, οι θεραπευτές πρέπει να αποφεύγουν την υπερβολική επένδυση σε προσπάθειες μεταβολής των συνηθειών διατροφής των.» (Kaplan – Sadock – Grebb, 2000, Σελ. 1008)

Κατά την έναρξη της ψυχοθεραπείας στόχος είναι η εγκαθίδρυση της θεραπευτικής συμμαχίας. Οι άρρωστοι μπορεί να βιώνουν τις πρώιμες ερμηνείες σαν κάποιος να προσπαθεί να τους λέει τι πραγματικά αισθάνονται, ενώ οι δικές τους εμπειρίες ελαχιστοποιούνται και ακυρώνονται. Αντίθετα, οι ψυχοθεραπευτές θα πρέπει να συναισθάνονται τις απόψεις των ασθενών, να εμφανίζουν ενεργό ενδιαφέρον, να δείχνουν σεβασμό στην αυτονομία των ασθενών, αλλά και ευελιξία, επιμονή και ανθεκτικότητα στην παροχή βοήθειας. (Kaplan – Sadock – Grebb, 2000, Σελ. 1008)

Ενώ τέλος, όσον αφορά τη **φαρμακευτική παρέμβαση**, δεν έχει βρεθεί ακόμα κάποιο σκεύασμα που να προκαλεί οριστική βελτίωση των βασικών συμπτωμάτων της ψυχογενούς ανορεξίας. Αντιψυχωτικά μπορεί να χρειαστούν για μικρές χρονικές περιόδους σε καταστάσεις που εκδηλώνουν παροδική ψυχωτική εκτροπή. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα βελτιώνουν το άγχος, την κατάθλιψη και την ευαισθησία στην απόρριψη σε μερικούς οριακούς ασθενείς. (Tierney- McPhee- Papadakis, 2001)

Ένα μέσο θεραπείας έχουν αποδειχθεί και τα **κοινωνικά – θεραπευτικά περιβάλλοντα**, όπως τα νοσοκομεία ημέρας χρησιμοποιούν την άσκηση πίεσης από ομοίους προκειμένου να τροποποιήσουν την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Ο ασθενής με τη διαταραχή δεν επιτυγχάνει συχνά να ωφεληθεί από την εμπειρία και οι δυσκολίες που έχει με την εξουσία διαταράσσουν την εμπειρία εκμάθησης. (Tierney – McPhee – Papadakis, 2001)

Η **διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία** είναι ένα πρόγραμμα ατομικής και ομαδικής θεραπείας όπου χρησιμοποιείται ένα γνωσιακό – συμπεριφορικό μοντέλο που απευθύνεται στην αυτοεπίγνωση, τη διαπροσωπική λειτουργικότητα, τη συναισθηματική αστάθεια και την αντίδραση στο στρες. (Tierney– McPhee-Papadakis, 2001) Η **ομαδική θεραπεία** είναι βοηθητική όπου χρειάζεται βελτίωση ειδικής διαπροσωπικής συμπεριφοράς. Επίσης η ομαδική θεραπεία συχνά είναι βοηθητική σε ανθρώπους που εμφανίζουν παρορμητική συμπεριφορά και δρουν με ακατάλληλο τρόπο. Η πίεση από τους ομοίους στην ομάδα επιβάλλει περιορισμό στις συμπεριφορές αυτές. Ακόμα στην ομάδα αναγνωρίζεται γρήγορα τους τύπους συμπεριφοράς του ασθενούς, γεγονός που συμβάλλει στη βελτίωση της αυτοαξιολόγησης και το χειρισμό της μη αποδεκτής συμπεριφοράς. Όσον αφορά την ατομική θεραπεία, αυτή θα πρέπει να είναι υποστηρικτική, να βοηθά δηλαδή τον ασθενή να επαναφέρει και να κινητοποιεί τις άμυνες του.

Συμπεριφορική θεραπεία: «οι συμπεριφορικές τεχνικές χρησιμοποιούνται κυρίως στη λειτουργική τροποποίηση και την αποστροφική τροποποίηση. Η πρώτη απλά δίνει έμφαση στην αναγνώριση της αποδεκτής συμπεριφοράς και της ενίσχυσης της μέσω της επιδοκμασίας και άλλων συγκεκριμένων ανταμοιβών. Οι αποστροφικές αποκρίσεις συνήθως σημαίνουν τιμωρία, αν και αυτή μπορεί να ποικίλει από μια επίπληξη μέχρι συγκεκριμένους τρόπους τιμωρίας, όπως η στέρηση προνομίων.» (Tierney- McPhee- Papadakis, 2001, Σελ.1572)

Ο ρόλος του διαιτολόγου στη θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας: συχνά η συμβουλευτική με διαιτολόγο ή διατροφολόγο είναι επιτακτικής ανάγκης για τους ασθενείς με Ψ.Α. Ο διαιτολόγος μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να αποκτήσει μια βασική γνώση για τη σωστή διατροφή, συμπεριλαμβάνοντας τη σημασία της υγιεινής και ισορροπημένης διατροφής. Ο διατροφολόγος επίσης πραγματοποιεί συμβουλευτική διαιτολογίου, η οποία μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να αλλάξουν τη φύση των διατροφικών τους συνηθειών. Στην περίπτωση της Ψ.Α. ο διατροφολόγος θα πρέπει να θέσει ως πρώτο στόχο την σταδιακή απόκτηση βάρους κι αυτό πρέπει να γίνει για να αποφευχθεί πιθανή βλάβη στο σώμα και ειδικότερα στην καρδιά από την απότομη αύξηση βάρους. (Καζής, 2008)

Όσον αφορά το βάρος-στόχο στους ενήλικες, δεν πρέπει να καθοριστεί ένα συγκεκριμένο βάρος. Ο στόχος θα είναι το βάρος στο οποίο ο ασθενής είναι σωματικά υγιής και το βάρος που μπορεί να διατηρείται με φυσιολογική εξισορροπημένη διατροφή (χωρίς περιορισμούς). Ο συνιστώμενος ρυθμός αύξησης

βάρους είναι 0,5 κιλά / εβδομάδα σε εξωτερικούς ασθενείς και 1-1,5 κιλά / εβδομάδα σε νοσηλεύομενους ασθενείς. Όσοι έχουν λάβει καθαρτικά, εμετικά υπακτικά και διουρητικά φάρμακα, μπορεί να αυξήσουν γρηγορότερα το βάρος τους μετά από λήψη υγρών, διότι ήταν αφυδατωμένοι. (Καζής, 2008)

Το ενεργειακό επίπεδο καθορίζεται στις 1200 θερμίδες περίπου στην έναρξη της θεραπείας, ιδιαίτερα σε υπερβολικά υποσιτισμένους. Ακολουθεί σταδιακή αλλά σχετικά σύντομη αύξηση στο επίπεδο των 2200-2500 θερμίδων την ημέρα. Μόλις ο ασθενής φτάσει το στόχο του, καθορίζουμε τις θερμίδες για διατήρηση βάρους, οι οποίες μπορεί να περιοριστούν σε σχέση με αυτές που λάμβανε κατά τη διάρκεια της θεραπείας του. Η σύνθεση του συνιστώμενου διαιτολογίου πρέπει να περιέχει μεγάλη ποικιλία φυσιολογικών τροφίμων κατανεμημένα σε 6 γεύματα (3 κύρια και 3 τύπου σνακ με φρούτα, γάλα-γιαούρτι πλήρες, χυμούς). Πολύ σημαντικό είναι ότι πρέπει να αποκλείονται τρόφιμα με μειωμένα λιπαρά (τύπου light) καθώς αυτά είναι μη θερμιδογόνα. Επίσης, ο ασθενής πρέπει να μάθει να επιλέγει τροφές σε γεύματα σε εστιατόρια και κοινωνικές εκδηλώσεις. Σε απειλητικές για τη ζωή περιπτώσεις, συστήνεται η χρήση εντερικής ή και παρεντερικής διατροφής. (Καζής, 2008)

Ο ασθενής έχει ανάγκη για συνεχή καθοδήγηση περίπου 2-3 χρόνων μετά την επίτευξη βάρους-στόχου ώστε να βοηθηθεί στην προσαρμογή για διατήρηση του βάρους με παράλληλη διατήρηση ισορροπημένης-μη περιοριστικής διατροφής. Συμβουλές από τους ειδικούς θα πρέπει να δίνονται και στους γονείς-συγγενείς για υποστήριξη των ασθενών. (Καζής, 2008)

5.2 Θεραπεία Ψ.Α. με συνύπαρξη Αποφευκτικής Διαταραχής Προσωπικότητας

Η αποτελεσματική θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής που συνυπάρχουν με την αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας σ' έναν ασθενή, απαιτεί έναν επιδέξιο συνδυασμό θεραπευτικών στρατηγικών που χρησιμοποιούνται στις Δ.Π.Τ. και την αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας. Σε τέτοιες περιπτώσεις η θεραπεία που συνιστάται είναι η γνωσιακή συμπεριφορική, σ' ένα πλαίσιο εργασίας, όπου η θεραπεία των δύο διαταραχών θα γίνεται ταυτόχρονα και σύμφωνα με το γεγονός ότι πρέπει να εξετάσει τη συναισθηματική αποφυγή και τη γνώση γύρω από θέματα που αφορούν τις διατροφικές συνήθειες. Παρόλο που η διάρκεια της γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας συχνά είναι σύντομη, η θεραπεία σε ασθενής με Ψ.Α. και συνύπαρξη αποφευκτικής διαταραχής προσωπικότητας μπορεί να

διαρκέσει πολύ περισσότερο. Μέσα από συγκεκριμένα παραδείγματα θεραπείας, έχει διαπιστωθεί πως χρειάζονται τουλάχιστον 30-40 συνεδρίες για να υπάρξει σημαντική εξέλιξη. (Sansone & Levitt, 2006)

Αυτή η θεραπεία μπορεί να χωριστεί σε πέντε στάδια. Καθώς η αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από τη γνωστική και συναισθηματική αποφυγή του ασθενή αλλά και από το φόβο της απόρριψης, ο αρχικός στόχος της θεραπείας είναι η εδραίωση μιας θεραπευτικής συμμαχίας. Έπειτα είναι σημαντικό να βοηθήσουμε τον ασθενή να ξεπεράσει την τάση που έχει να χειρίζεται αρνητικές επιπτώσεις μέσω της αποφυγής ή μέσω συμπεριφορών συναισθηματικής απεμπλοκής. Η δουλειά αυτή διαμορφώνει τη βάση για την αναγνώριση και την τροποποίηση των βασικών ιδεών του ασθενή και την ανάπτυξη εναλλακτικών, πιο θετικών τρόπων σκέψης. Εν συνεχεία, ο ασθενής μαζί με το θεραπευτή σχηματίζουν σειρές από συμπεριφερσιολογικά πειράματα για να δοκιμάσουν τις δυσλειτουργικές υποθέσεις που είναι συγκεκριμένες στις Δ.Π.Τ. και την αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας. Το τελικό στάδιο περιλαμβάνει την επιβεβαίωση ότι ο ασθενής θα διατηρήσει την πρόοδο που έχει επιτύχει. Τα στάδια αυτά θα πρέπει να έχουν την ευελιξία να προσαρμόζονται στις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή και ασφαλώς στην ταχύτητα με τη οποία μπορεί ο κάθε ασθενής να επιτύχει την αλλαγή. (Sansone & Levitt, 2006)

✓ **Στάδιο Πρώτο: Εδραιώνοντας στενή θεραπευτική συμμαχία**

Το κλειδί για την επιτυχία της θεραπείας των ασθενών με Ψ.Α. και αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας είναι η εδραίωση μιας σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στο θεραπευτή και το θεραπευόμενο. Αρχικά ο ασθενής μπορεί να δυσκολευτεί να αποκαλύψει τον αληθινό του εαυτό στο θεραπευτή, αφού ο φόβος της απόρριψης μπορεί να αναδυθεί και σ' αυτή τη σχέση. Ο ασθενής θα πρέπει να ενθαρρυνθεί ώστε να αναγνωρίσει και να εκφράσει τους φόβους του για την απόρριψη έτσι ώστε να συζητηθούν στη συνεδρία. Ο θεραπευτής δείχνοντας ότι καταλαβαίνει τις ανησυχίες του ασθενή μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες διαφωνίας στη μεταξύ τους θεραπευτική σχέση καθώς και τις πιθανότητες να εγκαταλείψει τη θεραπεία. Μόλις εγκαθιδρυθεί η σχέση εμπιστοσύνης, παρέχεται ένα ιδανικό περιβάλλον ώστε ο ασθενής να δοκιμάσει εναλλακτικές κοινωνικές συμπεριφορές μέσω αλληλεπιδράσεων μεταξύ ασθενή και θεραπευτή και αργότερα να ανακαλύψουν τα αποτελέσματα των αλληλεπιδράσεων αυτών, πριν τις δοκιμάσει ο ασθενής στις σχέσεις του εκτός της θεραπείας. (Sansone & Levitt, 2006)

✓ **Στάδιο Δεύτερο: Καταπολεμώντας τη γνωστική και συναισθηματική αποφυγή**

Το δεύτερο βήμα, είναι να κατευθύνει την εκτεταμένη χρήση των συμπεριφορών αποφυγής και να αυξήσει την ανοχή του ασθενή στην αρνητική εμπειρία. Η δημιουργία μιας κοινής φόρμας μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να καταλάβει πως χρησιμοποιεί την αποφυγή για να αντιμετωπίσει το άγχος σε προσεχή κοινωνικά γεγονότα. Για παράδειγμα, ένας ασθενής που είχε προσκαλεστεί σε ένα δείπνο μπορεί να νιώθει ανίκανος να αντιμετωπίσει τις κοινωνικές ανάγκες που απαιτεί ένα τέτοιο γεγονός αλλά μπορεί να ασκηθεί και να περιοριστεί υπερβολικά πριν από το γεγονός εξαιτίας της ανησυχίας του μήπως κριθεί για τη φυσική του εμφάνιση. Παρ' όλα αυτά, η άσκηση δεν απευθύνεται και δεν βοηθά τη βασική ανησυχία του ασθενή, με αποτέλεσμα τελικά την αποφυγή του γεγονότος. Μόλις ο ασθενής καταλάβει τη σχέση αυτή μπορεί να του ζητηθεί να ακολουθήσει τη χρήση της αποφυγής με τη βοήθεια ενός ημερολογίου. Χρησιμοποιώντας τις πληροφορίες που έχει συλλέξει ο ασθενής, ο ασθενής και ο θεραπευτής μπορούν να σκεφτούν τη χρήση περισσότερο προσαρμόσιμων συμπεριφορών για προσεχή κοινωνικά γεγονότα. (Sansone & Levitt, 2006)

Οι τρόποι που χρησιμοποιεί ο ασθενής για την αποφυγή, μπορούν να εξερευνηθούν περισσότερο κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, αναγνωρίζοντας την αρνητική εμπειρία και τα συναισθήματα.

✓ **Στάδιο Τρίτο: Αναγνωρίζοντας και αντιμετωπίζοντας βασικές αρνητικές ιδέες**

Οι πλειοψηφία των ασθενών με Ψ.Α. και αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας παρουσιάζουν βασικές αρνητικές ιδέες που αφορούν τον ίδιο τον εαυτό –αλλά και τους άλλους-, πιθανή εγκατάλειψη, ελαττωματικότητα και σκέψεις συναισθηματικού περιορισμού. Τέτοιες βασικές ιδέες πρέπει να αναγνωρίζονται κατά την αξιολόγηση και να ελέγχονται αργότερα. (Sansone & Levitt, 2006)

Ο θεραπευτής θα πρέπει να δώσει έμφαση στο γεγονός ότι οι βασικές ιδέες του ασθενή έχουν διαμορφωθεί σ' ένα προηγούμενο στάδιο ζωής αλλά δεν ισχύουν πλέον. Ο θεραπευτής θα πρέπει να ξεκινήσει να διαπραγματεύεται τις βασικές ιδέες του ασθενή κάνοντας μια ιστορική αναδρομή σε μία από τις βασικότερες ιδέες (π.χ. κανένας δεν ενδιαφέρεται για μένα). Αυτό συνήθως επιτρέπει σ' έναν ασθενή να αποκτήσει μια καλύτερη γνώση για το πώς διαμορφώθηκαν οι ιδέες αυτές. Η

ιστορική αναδρομή μπορεί να συνεχιστεί με την εξέταση των εναλλακτικών ιδεών που εξηγούν καλύτερα τις εμπειρίες του ασθενή. Αυτές οι νέες ιδέες μπορούν να θεωρηθούν ως εναλλακτικές υποθέσεις που μπορούν να δοκιμαστούν χρησιμοποιώντας ημερολόγια θετικών εμπειριών και συμπεριφορικά παραδείγματα.

Παρόλο που η γνωστική αναδόμηση είναι σημαντικό στοιχείο στη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, θα πρέπει να επιβεβαιώσουμε ότι το συμπεριφορικό στοιχείο εμπλέκεται στη θεραπεία. Κλειδί, επίσης, στην αλλαγή κατά τη διάρκεια της θεραπείας φαίνεται να είναι ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς αποδίδουν τις εμπειρίες τους. Οι περισσότεροι αποδίδουν τις αρνητικές εμπειρίες στον εαυτό τους. Η θεραπεία είναι περισσότερο αποδοτική όταν οι ασθενείς μάθουν να αποδίδουν τις εμπειρίες αυτές με λιγότερο αυτοκριτικό τρόπο. (Sansone & Levitt, 2006)

✓ **Στάδιο Τέταρτο: Χρησιμοποιώντας συμπεριφορολογικά παραδείγματα για να δοκιμαστούν δυσλειτουργικές υποθέσεις**

Οι ασθενείς με αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας έχουν μια σειρά από δυσλειτουργικές υποθέσεις και ιδέες για τον κόσμο οι οποίες μπορούν να κατευθυνθούν με τη βοήθεια των συμπεριφορικών πειραμάτων. Επίσης κατεύθυνση χρειάζονται και οι συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται από ασφάλεια ή συναισθηματικό μπλοκάρισμα σε κοινωνικές καταστάσεις. Υπάρχει μια σειρά από συμπεριφορικά πειράματα που μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να εξερευνήσουν τις συνέπειες της χρήσης τέτοιων συμπεριφορών (π.χ. συμπεριφορές που χρησιμοποιούν οι ασθενείς για να αποκρύψουν πράγματα για τον εαυτό τους) κατά τη διάρκεια κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Τέτοια πειράματα χρησιμοποιούν συζητήσεις οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να ανακαλύψουν ότι, αντίθετα με τις αντιλήψεις τους, οι συμπεριφορές ασφάλειας αυξάνουν σημαντικά το κοινωνικό τους άγχος. (Sansone & Levitt, 2006)

Επίσης οι ασθενείς χρησιμοποιούν συμπεριφορές συναισθηματικού μπλοκαρίσματος (υπερκατανάλωση αλκοόλ, ναρκωτικών) πιστεύοντας ότι με τον τρόπο αυτό συμβάλλουν στη μείωση του κοινωνικού άγχους. Ο θεραπευτής με τη μέθοδο των υπέρ – κατά μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να συνειδητοποιήσουν ότι με αυτές τις τεχνικές μακροχρόνια θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή τους και αυξάνουν τον κίνδυνο της ταπείνωσης ή της απόρριψης από τους άλλους. Επιπλέον ο θεραπευτής ζητώντας από τον ασθενή να εντοπίσει τις επιδράσεις τέτοιων στρατηγικών, μπορεί να αποδείξει ότι τα οφέλη είναι πολύ σύντομης διάρκειας ή δεν υπάρχουν καθόλου. Ο

ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνεται να χρησιμοποιεί εναλλακτικές, περισσότερο προσαρμοστικές συμπεριφορές κατά τη διάρκεια των κοινωνικών συνδιαλλαγών.

✓ **Στάδιο Πέμπτο: Διατηρώντας την πρόοδο μετά τη θεραπεία**

Φτάνοντας στο τέλος της θεραπείας, ο θεραπευτής μαζί με τον ασθενή μπορεί να αναπτύξουν ένα σχέδιο για να διατηρήσουν τα αποτελέσματα της θεραπείας. Οι ασθενείς πιθανόν να προσπαθήσουν να αναπτύξουν ξανά αποφευκτικές συμπεριφορές καθώς ξεκινούν τις κοινωνικές συναναστροφές. Έτσι, ο θεραπευτής μαζί με τον ασθενή θα πρέπει να θέσουν μαζί στόχους, όπως τη δημιουργία νέων φιλιών ή εμπάθυνση των ήδη υπάρχουσών σχέσεων, την ανοικτή έκφραση της γνώμης. Καθώς ο ασθενής νιώθει άγχος για τις νέες εμπειρίες που βιώνει, ο θεραπευτής θα πρέπει να τονίσει ότι τα αισθήματα αυτά είναι φυσιολογικά και όχι παθολογικά και ότι αυτό είναι ένα απαραίτητο στάδιο στην εκμάθηση νέων δεξιοτήτων για να υπερνικούν τους φόβους τους. Τέλος, ο θεραπευτής θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να συνεχίσει ένα ημερολόγιο θετικών εμπειριών και τακτικά να αναθεωρεί τις απόψεις τους κατά των φόβων. (Sansone & Levitt, 2006)

5.3 Θεραπεία Ψ.Α. με συνύπαρξη Ψ.Κ.Δ.Π.

Ψυχαναγκαστικές - καταναγκαστικές συμπεριφορές, στοχαστική σκέψη όπως και χαρακτηριστικά τελειοθηρίας, ακαμψίας, υψηλά προσωπικά δεδομένα και ανάγκη για έλεγχο χαρακτηρίζουν πολλούς από τους ασθενείς που προσέρχονται σε θεραπεία. Αυτά τα χαρακτηριστικά αναπόφευκτα προκαλούν τους κλινικούς καθώς αναπτύσσουν θεραπευτικές μεθόδους για ασθενείς με Ψ.Α. και ειδικά παρεμβάσεις που στοχεύουν στο βάρος και το σχήμα του σώματος και το φαγητό.

Διαχρονικά, ο διαχωρισμός των Δ.Π.Τ. από τη συμπτωματολογία της Ψ.Κ.Δ.Π. έχει υπάρξει προβληματικός. Παραδοσιακά η Ψ.Α. προοριζόταν να είναι μια μορφή ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής νεύρωσης. Στην πραγματικότητα, από ψυχαναλυτική σκοπιά, η Ψ.Α. θεωρείται ως η συνέχεια της Ψ.Κ.Δ.Π. Πρόσφατα ο Maj (2005, Sansone & Levitt, 2006) πρότεινε ότι η συνοσηρότητα μπορεί να είναι ένα τέχνημα που δημιουργήθηκε από μειονεκτήματα στο νοσολογικό σύστημα. Εντούτοις, παρόλο που ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά χαρακτηριστικά μπορεί να αναδύονται στο περιεχόμενο των διατροφικών συνηθειών, διατροφικών στερησεων και/ή της απώλειας βάρους, συχνά μετατρέπουν την Ψ.Α. σε μια πιο γενική μορφή.

Επιπλέον, παρόλο που ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά συμπτώματα μπορεί να υποχωρήσουν με κλινική βελτίωση, συχνά παραμένουν έπειτα από την ανάρρωση ως χρόνια αγχώδη διαταραχή, ως ένα ξεχωριστό γνωστικό ύφος ή ως διαρκή χαρακτηριστικά προσωπικότητας.

Η θεραπεία των ψυχαναγκαστικών – καταναγκαστικών συμπτωμάτων σε ασθενή με Ψ.Α, συχνά συναντά δυσκολίες. Αρχικά για τη θεραπεία θα πρέπει να τεθούν οι στόχοι. Αργότερα, θα πρέπει να εκτιμηθεί το επίπεδο της ανικανότητας που έχει δημιουργηθεί από τα ψυχαναγκαστικά – καταναγκαστικά συμπτώματα και τα πιθανά τους αποτελέσματα στη θεραπεία της Ψ.Α.

Οι θεραπευτικές στρατηγικές για ασθενείς με Ψ.Α., είτε συμπεριφεριολογικές, ψυχοδυναμικές, φαρμακολογικές πρέπει να στοχεύουν στα ψυχαναγκαστικά – καταναγκαστικά συμπτώματα, γεγονός που μπορεί να επισπεύσει τη θεραπεία της Ψ.Α.

Η διαγνωστική διαδικασία των ψυχαναγκαστικών – καταναγκαστικών συμπτωμάτων μπορεί να είναι δύσκολο εγχείρημα εξαιτίας: α) του νεαρού της ηλικίας έναρξης της διαταραχής σε ασθενής με Ψ.Α., β) των αποτελεσμάτων της διατροφικής στέρησης, γ) των κοινών ψυχολογικών χαρακτηριστικών της Ψ.Α. Η αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων γίνεται πιο σύνθετη από διακυμάνσεις στην ψυχοπαθολογία και την λειτουργικότητα της προσωπικότητας, οι οποίες εμφανίζονται να είναι αποτέλεσμα της έλευσης του χρόνου, της θεραπείας και της ωρίμανσης. (Vitousek & Stumpf, 2005, Sansone & Levitt, 2006)

Διαγνωστικά εργαλεία για τα ψυχαναγκαστικά – καταναγκαστικά συμπτώματα χρησιμοποιούνται συχνά για την έρευνα και τη θεραπεία. Πολλά σημεία των εργαλείων αυτών στοχεύουν στην τελειοθηρία, που συχνά εμφανίζεται ως πρωταρχικό σύμπτωμα στην Ψ.Κ.Δ.Π. και ως προδιαθεσικός παράγοντας κινδύνου και πυρήνας της Ψ.Α.

Σε πολλές περιπτώσεις η Ψ.Α. είναι δύσκολο να διαχωριστεί από ψυχαναγκαστικά – καταναγκαστικά συμπτώματα. Θα πρέπει, όμως, να εκτιμηθεί ο ρόλος των συμπτωμάτων αυτών στην εξέλιξη και διατήρηση της Ψ.Α., περιλαμβάνοντας τα εμπόδια που μπορεί να προκαλούν τα συμπτώματα αυτά στη θεραπευτική δοκιμασία.

Ένα σημαντικό σημείο της αξιολόγησης είναι αν τα συμπτώματα αυτά είναι επικεντρωμένα στο βάρος ή στο σχήμα του σώματος, στο φαγητό ή αντιπροσωπεύουν μια γενικότερη κατάσταση.

Η διαμόρφωση της θεραπείας είναι σπουδαίας σημασίας για τους ασθενείς αυτούς. Το πρόγραμμα της Ψ.Α. μπορεί να παρέχει διάφορες μορφές ιατρικής περίθαλψης, διατροφική αποκατάσταση, ψυχοεκπαίδευση και συμπεριφεριολογική θεραπεία.

Σωματική & Ιατρική Θεραπεία: ψυχαναγκαστικοί – καταναγκαστικοί ασθενείς συχνά εμπλέκονται με ιατρικά θέματα. Μπορεί να παρουσιάσουν ενδιαφέροντα αποτελέσματα στις εξετάσεις αίματος. Πολλοί ασθενείς με Ψ.Α. μπορεί να είναι ικανοί επιστήμονες με ενδιαφέροντα στην υγεία, τη διατροφή και το μεταβολισμό. Γι' αυτά τα άτομα μια ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση είναι εύκολα αποδεκτή.

Η συνειδητοποίηση της σωστής διατροφής μπορεί να βοηθήσει στη μείωση των διαταραγμένων αντιλήψεων για την τροφή. Για τους ασθενείς αυτούς επίσης ένας γυμναστής θα μπορούσε να βοηθήσει εκπαιδώντας τους ασθενείς για υγιείς δραστηριότητες και μπορεί να διαμορφώσει ένα πρόγραμμα γυμναστικής. Διάφορες μορφές γυμναστικής, όπως πλάτες ή γιόγκα παράλληλα μπορεί να βοηθήσουν στη διαχείριση του άγχους.

Γενικές Συμπεριφορικές Τεχνικές: ψυχαναγκαστικά – καταναγκαστικά συμπτώματα αναδύονται φυσιολογικά στο περιεχόμενο της διατροφικής αποκατάστασης. Τέτοια συμπτώματα μπορούν να εκτιμηθούν κατά τη διάρκεια της διατροφικής αποκατάστασης και της συμβουλευτικής, όταν ο ασθενής εκτίθεται σε φαγητό και όταν είναι αναγκασμένος να τρέφεται σωστά και τακτικά. Δύο στόχοι της απενεχοποίησης της τροφής, είναι η συνήθεια και η απευαισθητοποίηση. Επιπλέον, καλύτερη διατροφή απαιτεί καλύτερη κρίση και γνωστική διαδικασία. Μια συγκεκριμένη τεχνική που μπορεί να βοηθήσει προς την κατεύθυνση αυτή είναι η παρακολούθηση κατανάλωσης της τροφής.

Με την απόκτηση βάρους είναι συχνά αναμενόμενο να εμφανιστεί άγχος. Σ' αυτό το σημείο ο θεραπευτής μπορεί να φανεί χρήσιμος βοηθώντας τον ασθενή να είναι πιο ανοικτός στη σκέψη του και να είναι έτοιμος να δοκιμάσει κι άλλα πράγματα. Τάσεις τελειοθαρίας θα πρέπει να κατευθύνονται. Οι ασθενείς θα πρέπει να καθησυχάζονται ότι οι δύσκολοι στόχοι θα επιτυγχάνονται σταδιακά.

Καθώς η θεραπεία συνεχίζεται, ψυχαναγκαστικά – καταναγκαστικά συμπτώματα όπως η ξεροκεφαλιά, η ενοχή, ο φόβος αποτυχίας, η ακαμψία, είναι πιθανόν να εμφανιστούν. Αυτοί θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ευγενικά χωρίς κριτική αλλά με υποστήριξη.

Συγκεκριμένες Συμπεριφορικές Τεχνικές: η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία έχουν φανεί δραστικές στην Ψ.Α. Η προσοχή της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας έχει επικεντρωθεί στην αναγνώριση και την αλλαγή των λανθασμένων γνώσεων που χαρακτηρίζουν γενικά τις Δ.Π.Τ. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία επικεντρώνεται σε πλευρές διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης, όπως η κατηγορηματικότητα, η μετάβαση ρόλων, η θλίψη τα διαπροσωπικά ελλείμματα.

Βασικές γνωστικές – συμπεριφορικές στρατηγικές, που ξεκινούν με τον αυτοέλεγχο, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να κατευθύνουν συμπεριφορές, όπως ένα χαρακτηριστικό π.χ. των ατόμων με Ψ.Α. είναι η τυραννία του «θα έπρεπε». Τέτοια χαρακτηριστικά συνδέονται με νευρωτισμό ή τελειοθηρισμό. Συγκεκριμένα ο θεραπευτής θα πρέπει να υποβάλει τον ασθενή σε ζωντανά παραδείγματα στα οποία θα πρέπει να παρατηρήσει τι συμβαίνει όταν αγνοεί αυτοματοποιημένες σκέψεις ή δεν ακολουθεί αυστηρούς κανόνες. Μπορεί να ακολουθήσει συζήτηση, η οποία θα αφορά το είδος των συναισθημάτων που μπορεί να αναδύθηκαν μαζί με οδηγίες για τη διαχείριση τους. Αυτό αργότερα μπορεί να συμπεριλαμβάνει και τρόπους διαχείρισης άγχους (αργή αναπνοή, μέτρημα, σταδιακή μυϊκή χαλάρωση). (Sansone & Levitt, 2006)

Ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει αισθήματα θυμού, που μπορεί να αναδυθούν μέσα από τις θεραπευτικές προκλήσεις.

Συγκεκριμένες Τεχνικές για την τελειοθηρία και την ακαμψία: πέρα από τη συνήθη ενθάρρυνση των ασθενών να είναι πιο ευέλικτοι στη σκέψη τους, λιγότερο άκαμπτοι στα δεδομένα τους και λιγότερο κριτικοί με τον εαυτό τους αλλά και με τους άλλους, υπάρχουν και κάποιες άλλες τεχνικές εξίσου βοηθητικές. Η διαχείριση ξεκινά με την παρακολούθηση και τη χρήση ταινιών – αρχείων και ημερολόγιων για να εξεταστούν τα στοιχεία που θα στηρίζουν τη διατήρηση ή την αλλαγή των τελειοθηρικών χαρακτηριστικών. Έτσι μπορούν να τεθούν πειράματα που θα δοκιμάσουν τα συμπεράσματα, θα διευρύνουν τη σκέψη και θα βοηθήσουν την υιοθέτηση διαφορετικών απόψεων που μπορούν να επιτρέψουν την αλλαγή των δεδομένων που προκαλούν την αυτοκριτική. Άλλες τεχνικές αναφέρονται σε βαθμιαία έκθεση σε φοβικές καταστάσεις, όπως η ακαταστασία, μαθαίνοντας την πρόληψη της απάντησης σε τέτοιες καταστάσεις, στην εκπαίδευση ικανοτήτων επικοινωνίας και στη διαχείριση της αναβλητικότητας. Ανάλογα βέβαια με την πρωτεύουσα ανάγκη του ασθενή, η θεραπεία της Ψ.Α. μπορεί να τεθεί σε δεύτερο

πλάνο αντιμετώπιζοντας καταρχήν τα συμπτώματα τελειοθηρίας. (Sansone & Levitt, 2006)

Ψυχοδυναμικές ή Ψυχοθεραπευτικές Μέθοδοι:

- **Περιβαλλοντική Υποστήριξη:** το περιβάλλον του ασθενή σ' ένα θεραπευτικό πρόγραμμα Ψ.Α. θα πρέπει να είναι θεραπευτικό και υποστηρικτικό. Ασθενείς ισχυρίζονται ότι το περιβάλλον τους μπορεί να παρέχει σημαντική βοήθεια, είτε μέσα από την επιτήρηση των γευμάτων τους, είτε μέσω της στήριξης που τους παρέχεται μέσα από συζητήσεις.
- **Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία:** η μέθοδος αυτή αποδείχθηκε πρόσφατα ότι αποφέρει σημαντικότερα οφέλη απ' ό,τι η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία είναι επικεντρωμένη στον ασθενή και στοχεύει στη αποκατάσταση της διατροφής η οποία πλήττεται στην Ψ.Α.
- **Φαρμακευτική θεραπεία:** θα πρέπει να τονιστεί ότι η φαρμακοθεραπεία είναι πιθανό να επιτύχει μόνιμα αποτελέσματα μόνο όταν χρησιμοποιείται στο πλαίσιο ψυχολογικής θεραπείας και πιο σημαντικό, στο πλαίσιο μιας υποστηρικτικής θεραπευτικής συμμαχίας. Πολλοί ψυχαναγκαστικοί – καταναγκαστικοί ασθενείς είναι επιφυλακτικοί ως προς τη φαρμακοθεραπεία. Μπορεί να έχουν αρκετές λανθασμένες ή σωστές πληροφορίες που μπορεί να συμβάλλουν στην παρανόηση. Προφανώς τέτοια θέματα θα πρέπει να συζητηθούν πολύ προσεχτικά. Οι ασθενείς μπορεί να επιδείξουν αντίσταση στη φαρμακοθεραπεία καθώς μπορεί να μην θέλουν να εισέλθει στο σώμα τους καμία ουσία. Συχνά ασθενής χρησιμοποιούν τη φράση: «απλά θέλω να το κάνω μόνος μου». Σε μια τέτοια περίπτωση ο θεραπευτής θα πρέπει απλά να δεχτεί την απόφαση του ασθενή, όμως θα πρέπει να παροτρύνει τον ασθενή να σκεφτεί τη θεραπεία που του έχει προταθεί και θα πρέπει να είναι έτοιμος να την παρέχει ανά πάσα στιγμή. **Αντικαταθλιπτικά:** η σεροτονίνη ρυθμίζει τη διάθεση, τη σίτιση και τον έλεγχο της παρόρμησης. Φαρμακοθεραπείες που περιέχουν τη σεροτονίνη έχουν δείξει ότι έχουν αποτελέσματα σ' αυτά τα συμπτώματα. Η χρήση των αντικαταθλιπτικών στη θεραπεία συμβάλλουν στη διαχείριση της τελειοθηρίας, του άγχους, των ψυχαναγκαστικών – καταναγκαστικών συμπτωμάτων και κατάθλιψης. Όμως τα αντικαταθλιπτικά αν χρησιμοποιηθούν μόνα τους είναι αξιοσημείωτα λιγότερο

δραστικά από ότι αν χρησιμοποιηθούν στο πλαίσιο ψυχολογικών και συμπεριφορικών παρεμβάσεων. **Αντιψυχωτικά:** άτυπα αντιψυχωτικά μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στην Ψ.Α. Εμφανίζονται να προκαλούν μείωση στα συμπτώματα μηρυκασμού και της υπεραπασχόλησης με το φαγητό. Τα αντιψυχωτικά είναι επίσης ωφέλιμα στο βάρος και το σχήμα του σώματος, στις ψυχαναγκαστικές σκέψεις, τις καταναγκαστικές συμπεριφορές, σε ψυχωτικά συμπτώματα, στο άγχος, στην αϋπνία και την υπερκινητικότητα. (Sansone & Levitt, 2006)

5.4 Θεραπεία Ψ.Α. με συνύπαρξη Μ.Δ.Π.

Η θεραπεία ασθενών με Μ.Δ.Π. και Ψ.Α. είναι δύσκολη και περίπλοκη. Τα συμπτώματα τέτοιων ασθενών συχνά είναι δραματικά και αυτοκαταστροφικά. Η σχέση ανάμεσα σε θεραπευτή και ασθενή είναι συχνά τεταμένες, άστατες, με περίπλοκες αλληλεπιδράσεις, γεγονός που οφείλεται συχνά σε παλαιότερες χαοτικές σχέσεις του ασθενή με παλαιότερους θεραπευτές. Η συνέχεια της θεραπείας συχνά κινδυνεύει εξαιτίας πολλών παραγόντων, όπως η κακή οικονομική κατάσταση η οποία δεν μπορεί να εξασφαλίσει μια μακροχρόνια θεραπεία., η ανάγκη για πολλά παράλληλα επίπεδα θεραπείας καθώς οι ασθενείς είναι πιθανόν να χρειάζεται να νοσηλευτούν, αλλοπρόσαλλα κίνητρα ή και υποχώρηση του ασθενούς από τη θεραπεία. (Sansone & Levitt, 2006)

Εδραιώνοντας ένα σταθερό θεραπευτικό περιβάλλον: ο ασθενής με Μ.Δ.Π. είναι έντονα υπεράγρυπνοι γεγονός που για πολλούς πιθανόν να συνδέεται με παλαιότερες ιστορίες παιδικών τραυμάτων ή ατυχιών. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον με κύρια χαρακτηριστικά τη σταθερότητα και τη συνέχεια, έτσι ώστε ο ασθενής να μείνει απερίσπαστος στη θεραπεία. Αυτό περιλαμβάνει πέρα από έναν συνεπή θεραπευτή και ένα συνεπές πρόγραμμα συνεδριών, το ίδιο σταθερά θα πρέπει να παραμείνουν ακόμα και ο χώρος συνάντησης, η διακόσμηση του αλλά και τα θέματα πληρωμής. Οποιαδήποτε αλλαγή σ' όλα αυτά μπορεί να επιφέρει δυσπιστία από την πλευρά του ασθενή αλλά και διάλυση στη θεραπευτική σχέση. (Sansone & Levitt, 2006)

Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης των ασθενών με Ψ.Α. εξετάζουμε και το ενδεχόμενο ύπαρξης Μ.Δ.Π. Οι ασθενείς παραπέμπονται είτε σε ψυχοθεραπεία ή διαφορετικά σε απλή υποστήριξη και εκπαίδευση δεξιοτήτων. Ξεκινώντας την

ψυχοθεραπεία αυτό που θα πρέπει πρώτα να συζητηθεί είναι το συμβόλαιο και η θεραπευτική σχέση, τα όρια, η σημασία μιας ουσιαστικής σχέσης μεταξύ θεραπευτή και ασθενή, ο ρόλος της ειλικρίνειας και η διαχείριση πιθανών μελλοντικών διαφωνιών. (Sansone & Levitt, 2006)

Κατά τα αρχικά στάδια της θεραπείας τείνουν να υπογραμμίζουν τη μεταχείριση των χαρακτηριστικών της Μ.Δ.Π. παρά την παθολογία της Ψ.Α., χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι υποβιβάζουμε τη σημαντικότητα των συμπτωμάτων της Ψ.Α. Αλλά αντίθετα θα πρέπει να προσφέρεται ψυχοεκπαίδευση, παρακολούθηση των αρχείων διατροφής για να επιβεβαιωθούν οι διατροφικές συνήθειες εβδομαδιαία, να ενθαρρύνεται και να επιτυγχάνεται την ανάπτυξη των προγραμμάτων διατροφής, να επιδιώκεται η ομαλοποίηση των διατροφικών συνηθειών, να προταθεί η διατροφική θεραπεία και οι τεχνικές που θα εμποδίζουν επεισόδια υπερφαγίας και εν συνεχεία κάθαρσης. (Sansone & Levitt, 2006)

Παρ' όλα αυτά τείνουμε να χαμηλώσουμε τις προσδοκίες λόγω των χρονικών ορίων που ο θεραπευτής έχει στη διάθεση του για τη θεραπεία της Ψ.Α. και να τονίσουμε ότι ο ασθενής με τη Μ.Δ.Π. κάνουν όπως χαρακτηρίζεται «δύο βήματα μπροστά και ένα πίσω». (Sansone & Levitt, 2006)

Θα πρέπει ακόμα να σημειώσουμε ότι η αποθάρρυνση τείνει να συμβαίνει όταν οι ασθενείς με Μ.Δ.Π. συγκρίνουν τους εαυτούς τους με τους ασθενείς με Ψ.Α. αλλά όχι με Μ.Δ.Π., που τείνουν να κάνουν σημαντικά βήματα ταχύτερα στη θεραπεία. (Sansone & Levitt, 2006)

Έτσι λοιπόν αυτό που θα πρέπει να γίνει στην αρχή της θεραπείας είναι η εδραίωση της θεραπευτικής συμμαχίας. Έπειτα από αυτό, ο στόχος μετατοπίζεται στην ψυχολογική ανάπτυξη. Σημεία κλειδιά στη θεραπευτική εργασία είναι η ενίσχυση δεξιοτήτων αυτοελέγχου και η βελτίωση στη διαπροσωπική ικανότητα.

Η αύξηση του αυτοελέγχου είναι βασικό σημείο της θεραπείας. Όσον αφορά τον αυτό-έλεγχο αναφέρεται πως θα πρέπει να υπάρχει μια αναπτυξιακή περίοδος ορόσημο για την επίτευξη του αυτοελέγχου, κατά την οποία, για διάφορους λόγους αρκετοί ασθενείς με Μ.Δ.Π. πρέπει να έχουν περάσει χωρίς να έχουν καταφέρει να αναπτύξουν το στοιχειώδη αυτοέλεγχο. Σαν αποτέλεσμα μεγαλώνουν ως ενήλικες με γενικότερες δυσκολίες αυτό-ελέγχου, οι οποίες μπορεί να εκδηλώνονται ως κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ, σεξουαλική ασυδοσία, οικονομικά προβλήματα ή και διαταραχές πρόληψης τροφής. (Sansone & Levitt, 2006)

Αρχικά η προσέγγιση θεμάτων αυτό-ελέγχου γίνεται αναγνωρίζοντας και χαρακτηρίζοντας τα. Καθώς χαρακτηρίζουμε τέτοια θέματα ως προβλήματα αυτό-ελέγχου, ο σκοπός μας είναι να εξουδετερώσουμε τέτοιες προβληματικές συμπεριφορές. Συγκεκριμένα, χαρακτηρίζοντας τέτοιες δυσκολίες βοηθά το θεραπευτή να αλλάξει κατεύθυνση από τη συνεχή ενασχόληση με ένα συγκεκριμένο πρόβλημα. (Sansone & Levitt, 2006)

Ακόμα αναγνωρίζοντας τον αυτό-έλεγχο ως φαινόμενο παρέχουμε ψυχοεκπαίδευση γύρω από τις δυσκολίες της αύξησης αυτοελέγχου. Ο αυτό-έλεγχος απαιτεί μια μακροχρόνια διαδικασία και είναι αρκετά δύσκολο να επιτευχθεί. Θα πρέπει βέβαια να τονίσουμε ότι η αύξηση αυτό-ελέγχου σ' ένα τομέα μπορεί εν συνεχεία να βοηθήσει και σ' άλλους. Ο ασθενής ενθαρρύνεται συνεχώς για τα βήματα του θετικά σχόλια. Σε αντίθεση με την περίπτωση πισωγυρίσματος όπου παρουσιάζουμε ουδέτερη συμπεριφορά. Η ιδέα είναι να προετοιμάσουμε μια υγιή συμπεριφορά. Επίσης προσπαθούμε να ενσωματώσουμε την ιδέα της φροντίδας. Η φροντίδα έχει θεωρηθεί σπουδαίας σημασίας στη θεραπεία. Όπως ο θεραπευτής φροντίζει τον ασθενή έτσι και ο ασθενής θα πρέπει να προσέχει τον εαυτό του. Κι αυτό είναι μια πολύ σημαντική υποχρέωση του ατόμου προς τον εαυτό του. (Sansone & Levitt, 2006)

Όσον αφορά τις διαπροσωπικές ικανότητες του ασθενή αυτές μπορεί να βελτιωθούν με διάφορες παρεμβάσεις όπως το χτίσιμο των σχέσεων και τη βελτίωση των ικανοτήτων επικοινωνίας. (Sansone & Levitt, 2006)

Ο τερματισμός της θεραπείας θα πρέπει να διαρκέσει για κάποιους μήνες και αυτό συμβαίνει λόγω κάποιων κύριων θεμάτων που εμφανίζονται να απασχολούν τέτοιους ασθενείς, η προσκόλληση και η απώλεια. Τέτοια θέματα συνηθίζουν να αναδύονται από τους ασθενείς την περίοδο αυτή, γεγονός που εντείνει τη δυναμική της θεραπευτικής σχέσης. Το στάδιο αυτό μπορούμε να το δούμε και ως μια προσπάθεια επανεξέτασης των παλαιών ιδεών και μια ευκαιρία για το θεραπευτή να παγιώσει τη θεραπευτική εμπειρία. (Sansone & Levitt, 2006)

Ένα δίλλημα με τον τερματισμό της θεραπείας είναι η αντιμετώπιση από τον ασθενή του φόβου της εγκατάλειψης. Συχνά οι ασθενείς σκέφτονται πως αν θεραπευτούν ο θεραπευτής θα τους αφήσει, γι' αυτό προτιμούν να μένουν άρρωστοι. Πρόκειται για ένα πολύπλοκο θέμα και ο θεραπευτής θα πρέπει να βοηθήσει τους ασθενείς να συνειδητοποιήσουν ότι ο τερματισμός δεν είναι κάποιο είδος τιμωρίας αλλά μια δική τους κατάκτηση και μια κίνηση προς την ανεξαρτητοποίηση. Επίσης

καθώς η θεραπεία φτάνει στο τέλος της ο ασθενής μπορεί επίσης να αναφέρει πως δεν θα μπορέσει να ξανακάνει μια παρόμοια σχέση. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να επιβεβαιώσουμε ότι ο ασθενής έχει αποδείξει την ικανότητα του να δημιουργήσει μια σχέση και ότι αυτή την ικανότητα μπορεί να τη μεταφέρει και σε άλλες σχέσεις. Στο τέλος της θεραπείας αφήνουμε επίσης ανοικτό το ενδεχόμενο η θεραπεία να επαναληφθεί εφόσον καταστεί αναγκαίο. (Sansone & Levitt, 2006)

Συμπεράσματα

Στο σημείο αυτό θα παρατεθούν τα συμπεράσματα τα όποια διαμορφώθηκαν έπειτα από την αναζήτηση της εγχώριας και διεθνούς βιβλιογραφίας, την καταγραφή των απαραίτητων δεδομένων και τη συγγραφή της παρούσας μελέτης.

1) Έπειτα από διεξοδική έρευνα και μελέτη της βιβλιογραφίας αναφορικά με τη σχέση της Ψυχογενούς Ανορεξίας με τις Διαταραχές Προσωπικότητας παρατηρούμε πως πράγματι υπάρχει σύνδεση με κάποιες από τις Διαταραχές Προσωπικότητας.

2) Δεν υπήρξαν ερευνητικά ευρήματα που να επιβεβαιώνουν τη σχέση, τη συσχέτιση ή την πιθανή αλληλεπίδραση μεταξύ της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας.

3) Δεν υπήρξαν ερευνητικά ευρήματα τα οποία να επιβεβαιώνουν τη συσχέτιση μεταξύ της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Δραματικής Διαταραχής Προσωπικότητας.

4) Όσον αφορά τη σχέση της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Ναρκισσιστικής Διαταραχής Προσωπικότητας, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, δεν υπάρχει ακόμα μια κοινή ομολογία. Ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι υπάρχει σχέση με κάποια χαρακτηριστικά που παρουσιάζει η Ν.Δ.Π. χωρίς όμως να υπάρχει συσχέτιση του πυρήνα της παθολογίας των διαταραχών αυτών. Ενώ αντίθετα έρευνες αναφέρουν πως η διατροφική παθολογία σχετίζεται με το ναρκισσισμό και ακόμα ότι η Ν.Δ.Π. φαίνεται να έχει υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης στον πληθυσμό που εμφανίζει Ψ.Α., παρά στο γενικότερο, μη κλινικό, πληθυσμό. (Waller κ.α., 2007)

5) Η βιβλιογραφία καταδεικνύει σαφή ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Μεταιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας. Οι συγγραφείς Dolan, Sewell, Krueger & Shea (2001) χρησιμοποιούν επτά μοντέλα τα οποία επεξηγούν τη σχέση αυτή.

6) Συσχέτιση επίσης υπάρχει μεταξύ της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Ψυχαναγκαστικής Διαταραχής Προσωπικότητας. Διαδοχικές έρευνες έχουν δείξει ότι η Ψ.Κ.Δ.Π. εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς με Ψ.Α. από ότι στο γενικότερο πληθυσμό αλλά και το αντίστροφο. Όπως προτείνει ο Rothenberg (1990), υπάρχουν δύο τύποι σχέσεων ανάμεσα στις δύο διαταραχές: α) Ψ.Α. ως εκδήλωση της Ψ.Κ.Δ.Π. και β) Ψ.Α και Ψ.Κ.Δ.Π. ως συνυπάρχουσες διαταραχές.

7) Τέλος συσχέτιση βρίσκουμε και μεταξύ της Ψ.Α και της Αποφευκτικής Διαταραχής κάτι το οποίο επεξηγείται με 2 μοντέλα, α) το μοντέλο αλληλεπίδρασης και β) το μοντέλο προσαρμοστικού πλαισίου όπως αναφέρουν οι Dolan-Sewell, Krueger & Shea (2001).

8) Έπειτα από τη μελέτη της βιβλιογραφίας αναφορικά με την Ψ.Α., την αιτιολογία της, τα κλινικά της χαρακτηριστικά, συμπεραίνουμε πως είναι μια αρκετά δύσκολη διαταραχή η θεραπεία της οποίας απαιτεί πολυεπίπεδη παρέμβαση.

9) Παρότι η διεθνής βιβλιογραφία έχει εμπλουτιστεί αρκετά στο χώρο της έρευνας όσον αφορά την ψυχογενή ανορεξία, θα πρέπει να θεωρήσουμε ως δεδομένο ότι δεν αρκεί. Αντιθέτως, η έρευνα στο χώρο της ψυχογενούς ανορεξίας είναι απαραίτητη τόσο στην ανίχνευση της αιτιολογίας της διαταραχής όσο και στην πιθανή σχέση ή συσχέτιση της με άλλες διαταραχές, δεδομένα τα οποία θα βοηθήσουν σημαντικά αργότερα στην ανάπτυξη της πλέον κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Επίλογος

Στην παρούσα μελέτη έγινε μια προσπάθεια ώστε να κατανοηθεί καλύτερα, μέσω της βιβλιογραφικής αναζήτησης, η Διαταραχή της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Δεδομένης της διάστασης που έχει πάρει η διαταραχή αυτή στη σύγχρονη εποχή, θεωρείται αναγκαία η ενδελεχής μελέτη της προκειμένου να παρεισφρήσουμε στην βαθύτερη ουσία της, να εντοπίσουμε την αιτιολογία της ώστε να δοθεί το έναυσμα για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της. Η Ψυχογενής Ανορεξία, είναι μια διαταραχή η οποία είναι σαφές πως απαιτεί μια πολυεπίπεδη παρέμβαση, στην οποία ο Διαιτολόγος θα πρέπει να συμμετάσχει ενεργά ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας.

Για το λόγο αυτό έλαβε χώρο η συγκεκριμένη μελέτη, η οποία προσπάθησε στην ουσία να προσεγγίσει το φαινόμενο της Ψυχογενούς Ανορεξίας με συνύπαρξη Διαταραχών Προσωπικότητας. Η συγκεκριμένη μελέτη επικεντρώθηκε στην διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης, συσχέτισης ή αλληλεπίδρασης μεταξύ της Ψ.Α. και της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας, της Μετ αιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας, της Δραματικής Διαταραχής Προσωπικότητας, της Ψυχαναγκαστικής Διαταραχής Προσωπικότητας, της Ναρκισσιστικής Διαταραχής Προσωπικότητας και της Αποφευκτικής Διαταραχής Προσωπικότητας. Τα ευρήματα των ερευνών που βρέθηκαν μέσω της βιβλιογραφικής αναζήτησης, οπωσδήποτε ήταν ενδιαφέροντα και δίνουν νέα δεδομένα στο χώρο, τα οποία θα πρέπει να αναπροσαρμόσουν τη γνώση μας έως τώρα για τη Διαταραχή της Ψυχογενούς Ανορεξίας με απώτερο σκοπό ασφαλώς την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της διαταραχής.

Συμπερασματικά, καθίσταται σαφές πως η συσχέτιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας με τις Διαταραχές Προσωπικότητας συνιστά ένα πολύπλοκο φαινόμενο, την αιτία και τις διαστάσεις του οποίου ακόμα δεν μπορούμε να είμαστε απόλυτα σε θέση να γνωρίζουμε. Οπωσδήποτε, η έρευνα έχει προσθέσει νέα δεδομένα στο συγκεκριμένο πεδίο, όμως η έρευνα θα πρέπει να επιμείνει στη συσχέτιση ή την αλληλεπίδραση των δύο διαταραχών και κυρίως στα αίτια του φαινομένου αυτού. Ενώ επιπλέον η έρευνα θα πρέπει να επικεντρωθεί και στις άλλες διαταραχές προσωπικότητας, οι οποίες δεν αποτέλεσαν στόχο για αυτή τη μελέτη. Τέλος, ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί και στην θεραπεία της διαταραχής, η οποία θα

πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς, να σέβεται τις ιδιαίτερες ικανότητες και ανάγκες του, την προσωπικότητά του, την ιδιομορφία του χαρακτήρα του, την διαφορετικότητα της ατομικότητάς του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Harrison (2001), «*Εσωτερική Παθολογία, Συνοδό Εγχειρίδιο*», Αθήνα: Παρισσιανού
- Marmar, C.R. (1988), “*Personality Disorders*”, In H. H. Goldman, *Review of General Psychiatry*. Norwalk, CT: Appleton & Lang
- Sue, D. (1997), “*Understanding Abnormal Behavior*”, 6th Edition: Houghton Mifflin
- Bellodi, L., Pasquali, L., Diaferia, G., Scuito, G., Bernardeschi, L., Cocchi, S. (1992), “*Do Eating, Mood and Obsessive – Compulsive patients share a common personality profile*”, *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*
- Corbitt, E.M. – Widiger, T.A. (1995), “*Sex differences among the personality disorders. An exploration of the data*”, *Clinical Psychology, Science & Practice*, 2
- Kaplan, H.I. –Sadock, B.J. –Grebb, J.A. (2000), «*Ψυχιατρική*», Τόμος Β΄, Αθήνα: Λίτσας
- Neinstein, L.S. (2002), “*Adolescent Health Care: a practical guide*”, 4th Edition
- Tierney, L.M. –McPhee, S.J. –Papadakis, M.A. (2001), «*Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική*», Τόμος Β΄, Αθήνα: Παρισσιανού
- Μάνος, Ν. (1997), «*Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*», Θεσσαλονίκη: University Studio Press
- Silverman, J.A, Garner, D.M., Garfinkel, P.E. (1997), “*Historical Perspective on treatment*”, *Handbook of treatment for eating disorders*, Guildford Press
- Pope, H.G.Jr., Phillips, K.A., Olivardia, R. (2000), “*The adonis complex: The secret crisis of male body obsession*”, New York: free Press
- Bulik, C.M. (2002), “*Anxiety, Depression, and Eating Disorders*”, In: Fainburg C.G., Brownell K.D., editors. *Eating Disorder & Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York – London: The Guildford Press
- Bruch, H. (1973), “*Eating Disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*”, New York: Basic Books
- Dennis, A.B. & Sansone, R.A. (1997), “*Treatment of patients with personality disorders*”. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guildford
- Strober, M. (2004), “*Pathologic fear conditioning and anorexia nervosa: On the search for novel paradigms*”. *International Journal of eating disorders*, 35

- Halmi, K.A. (2002), *“Psychology of Anorexia Nervosa & Bulimia Nervosa”*, In: Fainburg C.G., Brownell K.D., editors. *Eating Disorder & Obesity, A Comprehensive Handbook, 2*. New York – London: The Guildford Press
- Beumont, B.J.V. (2002), *“Clinical Presentation of Anorexia Nervosa & Bulimia Nervosa”*, In: Fainburg C.G., Brownell K.D., editors. *Eating Disorder & Obesity, A Comprehensive Handbook, 2*. New York – London: The Guildford Press
- Levenkron, S. (2000), *“Anatomy of Anorexia”*, New York – London: W.W. Norton & Company
- Andersen, A.E., Cohn, L., Holbrook, T. (2000), *“Making weight: Men’s conflict with food, weight, shape and appearance”*, Carlsbad CA: Gurze Books
- Andersen, A.E. (1990), *“Diagnosis and treatment of males with eating disorder”*, New York: Brunel/Males Inc.
- Murray, S. (1999), *“Eating disorders and criticism of cultural ideas”*, *European Eating Disorders Review*, 7, 204-212
- Vandereycken, W., Fairburn, C.G., Brownell, K.D. (2002), *“History of Anorexia Nervosa & Bulimia Nervosa, Eating Disorder & Obesity, A Comprehensive Handbook”*, Guildford Press
- Χαρίλα, Ν. (2006), *«Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Προσέγγιση στις Διαταραχές Διατροφής»*, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας Συμπεριφοράς
- Sansone, R.A., Levitt, J.L. (2006), *“Personality Disorders and Eating Disorders: Exploring the Frontier”*, New York – London: Routledge
- Godart, N.T, Flament, M.F., Gurt, F. et al. (2003), *“Anxiety Disorder is subject seeking treatment for Eating Disorders: a DSM- IV controlled study”*, *Psychiatry Res.*
- American Psychiatry Association (2000), *“Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders”*, DSM-IV, Washington
- Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T.G. et al. (2003), *“Risk and protective factors for juvenile eating disorders”*, *European Child Adolescent Psychiatry*
- Dolan – Sewell, R.T., Krueger, R.F., Shea, M. (2001), *“Co- occurrence with syndrome disorders”*, In. W.J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research and treatment*. New York: Guildford
- Καζής, Α. (2008), *«Ψυχογενής Ανορεξία. Συμβουλές από έναν κλινικό διατροφολόγο για την αντιμετώπιση της.»* www.mednutrition.gr

ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

- Ζαννίκου, Μ., *Ψυχογενής Ανορεξία, Αδύνατη μέχρι θανάτου*, Κέντρο Στήριξης Οικογένειας Χίου.
- Πασπάλη - Παντελίδη, Α., *Ψυχογενής Ανορεξία, Διεπιστημονική & Ερευνητική Υποστηρίξη Παιδιών & Ενηλίκων*.
- Micali, N., Simonoff, E., Treasure J. (2007), *Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders*, British Journal of Psychiatry, 190, 255-259.
- Marce, L.V. (1860), *On a form of hypochondriacal delirium occurring consecutive to dyspepsia and characterized by refusal of food*, Journal of Psychological Medicine & Mental Psychology.
- Sansone, R.A., Levitt, J.L. (2005), *Self-Harm behaviours among those with eating disorders: An overview*, Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention, 13.
- Sansone, R.A., Levitt, J.L. & Sansone, L.A. (2004), *“The prevalence of personality disorders among those with eating disorders*, Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention, 13.
- Mukai, T., Crago, M., Shisslak, C.M. (1994), *Eating Attitudes and weight preoccupation among female high school students in Japan*, Child Psychology and Psychiatry.
- Laseque, S. (1873), *De l' Anorexie Hystrique*, Archives of General Medicine, 1.
- Lucas, A.R. (1981), *Toward the understanding of Anorexia Nervosa as a disease entity*, May Clin Proc.
- Mumford, D.B., Whitehouse A.M. (1994), *“Sociocultural correlates of eating disorders among Asian school girls in Bradford”*, British Journal of Psychiatry.
- Bryant – Waugh R., Lask B. (1991), *Anorexia Nervosa in a group of Asian children living in Britain*, British Journal of Psychiatry
- DiNicola, V. (1990), *Anorexia multiform: self starvation in historical and cultural context. Part 2: anorexia nervosa as a cultural reactive syndrome*, Transcultural psychiatric research review, 27:4.
- Bulik, C.M. (1987), *Eating Disorders in immigrants: two case reports*, International Journal of Eating Disorders

- Kope, T., Sack, W. (1987), *Anorexia Nervosa in South East Asian refugees: a report on three cases*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
- Nasser, M. (1986), *Comparative Study of the prevalence of abnormal eating attitudes among Arab female students of both London and Cairo Universities*, Psychological Medicine
- Nasser, M. (1994), *Screening for abnormal eating attitudes in a population of Egyptian secondary school girls*, Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology
- Jones, J.M., Benett, S., Olmsted, M.P., Lawson, M.L., Rodin, G. (2001), *Disorder Eating Attitudes and Behaviour in teenaged girls; a school- based study*, Department of Psychiatry and Ambulatory Care for Eating Disorder, University of Toronto, 165:5, 547-552.
- Coren, S., Hewitt, P.L. (1998), *Is Anorexia Nervosa associated with elevated rates of suicide?*, American Journal of Public Health, 88:8, 1206-1207.
- Brown, J.M., Mehler, P.S. (2000), *Medical Complication occurring in adolescents with anorexia nervosa*, Denver Health Medical Care.
- Treasure, J., Schmidt, U. (2002), *Effects of treatment in anorexia nervosa*, Clinical Evidence, 9, BMJ BOOKS.
- Treasure, J., Schmidt, U. (2002), *Effects of interventions to prevent or treat complications of anorexia nervosa*, Clinical Evidence, 9, BMJ BOOKS.
- Pieters, G.L.M., Bruijn, E.L.A., Hulstijn, W., Vandereycken, W., Peuskens, J., Sabbe, B.G. (2006), *Action monitoring and perfectionism in anorexia nervosa*, Brain & Cognition, 63, 42-50.
- Berthoz, S., Perdereau, F., Godart, N., Corcos, M., Haviland, M.G. (2006), *Observer –and self-rated alexithymia in eating disorder patients: letters and correspondence among three measures*, Journal of Psychosomatic Research, 62:3, 341-347.
- Castle, D.J., Phillips, K.A. (2002), *Disorder of body image*, The new England Journal of Medicine.
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., Kessler, R.C. (2007), *The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication*, 61:3, 348-358.
- Becker, A.E., Grinspoon, S.K., Klibanski, A., Herzog, D.B. (1999), *Eating Disorders*, The new England Journal of Medicine, 340:14, 1092-1098.

- Χατζηγεωργίου, Χ. (2004), *Ψυχογενής Ανορεξία, Ψυχογενής Βουλιμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων*, Εκπαιδευτικά & Ερευνητικό Ίδρυμα Υγεία του Παιδιού, 8, 12-18.
- Hrabosky, J.I., Grilo, C.M. (2006), *Body image and eating disordered behavior in a community sample of Black and Hispanic women*.
- Abbate – Daga, G., Piero, A., Gramaglia, G., Gandione, M., Fassino, S. (2007), *An attempt to understand the paradox of anorexia nervosa without drive for thinness*, Psychiatry Research, 149, 215-221.
- Becker, A.E., Hamburg, P. (1996), *Culture, the media and eating disorders*, Harv Rev. Psychiatry
- Braun, D.L, Sunday, S.R., Halmi, K.A. (1994), *Psychiatric Comorbidity in patients with Eating Disorders*, Psychological Medicine, 24
- Strober, M. (1991), *Family – Genetic studies of eating disorders*, Journal of Clinical Psychiatry
- Strober, M. (1980), *Personality and Symptomatological features in young nonchronic anorexia nervosa patients*, Journal of Psychosomatic Research, 24
- Yager, J., Andersen, A.E. (2005), *Anorexia Nervosa*, Clinical Practice, New England Journal of Medicine, 353:14, 1481-1487.
- Furnham, A., Alibhai N. (1983), *Cross cultural differences in the perception of female body*, Psychological Medicine, 13:4, 829-837.
- Shuriquie, N. (1999), *Eating Disorders a transcultural perspective*, Eastern Mediterranean Health Journal, 5:2, 354-360.
- Ellison, M.S. (1999), *The psychological basis of Anorexia Nervosa*, Part II
- Selvini, M.P. (1985), *Self Starvation. From individual to family therapy in the treatment of Anorexia Nervosa*, New York
- Heller, A.C. (1986), *Anorexia Update*, Seventeen
- Hilde, B. (1978), *The Golden Gage*, Harvard University Press
- Byrne, K. (1989), *A parent's guide to anorexia and bulimia*, New York, Henry Holt & Company
- Waller, G., Sines, J., Meyer, C., Foster, E. & Skelton, A. (2007), *Narcissism & Narcissistic Defenses in the Eating Disorders*, 40:2, 143-148.

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΣΥΝΔΕΣΕΙΣ

- www.strees.gr
- www.eatingdisorders.gr
- www.psychologia.gr
- www.dikepsy.gr
- www.suite101.com
- www.swedauk.org
- www.eatingdisorders.about.com

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Τα γενικά διαγνωστικά κριτήρια της **Διαταραχής Προσωπικότητας** σύμφωνα με το DSM-IV είναι τα εξής:

A. Ένας διαρκής τύπος εσωτερικού βιώματος και συμπεριφοράς που παρεκκλίνει έντονα από τις προσδοκίες της κουλτούρας του ατόμου. Αυτός ο τύπος εκδηλώνεται σε δύο ή περισσότερους από τους παρακάτω τομείς:

- (1) γνωστική λειτουργία
- (2) συναισθηματικότητα
- (3) διαπροσωπική λειτουργικότητα
- (4) έλεγχος παρορμήσεων

B. Ο διαρκής τύπος οδηγεί σε κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους τομείς της λειτουργικότητας.

Γ. Ο διαρκής τύπος είναι άκαμπτος και επεκτείνεται σε ένα ευρύ φάσμα προσωπικών και κοινωνικών καταστάσεων.

Δ. Ο τύπος αυτός είναι σταθερός και μακράς διάρκειας και η έναρξη του μπορεί να ανιχνευτεί πίσω τουλάχιστον στην εφηβεία ή νωρίς στην ενήλικη ζωή.

E. Ο διαρκής τύπος δεν εξηγείται καλύτερα σαν εκδήλωση ή συνέπεια μιας άλλης ψυχικής διαταραχής.

ΣΤ. Ο διαρκής τύπος δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της **Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας** σύμφωνα με το DSM-IV είναι τα εξής:

A. Υπάρχει ένας εκτεταμένος τύπος περιφρόνησης και παραβίασης των δικαιωμάτων των άλλων από την ηλικία των 15 ετών, όπως φαίνεται από τρία (ή και παραπάνω) από τα παρακάτω:

(1) αδυναμία του ατόμου να συμμορφωθεί με τις κοινωνικές σταθερές αναφορικά με σύννομη συμπεριφορά, όπως φαίνεται από επαναλαμβανόμενες πράξεις που αποτελούν αιτίες σύλληψης.

(2) εξαπάτηση, όπως φαίνεται από επανειλημμένα ψέματα, χρήση πλαστών ονομάτων ή εξαπάτηση άλλων ατόμων για προσωπικό κέρδος ή ευχαρίστηση

(3) παρορμητικότητα ή αδυναμία να κάνει σχέδια εκ των προτέρων

(4) ευερεθιστότητα και επιθετικότητα, όπως φαίνεται από επανειλημμένους καβγάδες όπου έρχεται στα χέρια ή βιαιοπραγίες

(5) απερίσκεπτη περιφρόνηση της ασφάλειας του εαυτού ή των άλλων

(6) σταθερή ασυνέπεια, όπως φαίνεται από επανειλημμένη αδυναμία να διατηρήσει σταθερή εργασιακή συμπεριφορά ή να εκπληρώσει οικονομικές υποχρεώσεις

(7) έλλειψη τύψεων, όπως φαίνεται από το ότι το άτομο είναι αδιάφορο ή εκλογικεύει το ότι πλήγωσε, κακομεταχειρίστηκε ή έκλεψε από κάποιον άλλο

B. Το άτομο είναι τουλάχιστον 18 ετών.

Γ. Υπάρχει απόδειξη για Διαταραχή της Διαγωγής με έναρξη πριν την ηλικία των 15 ετών.

Δ. Η αντικοινωνική συμπεριφορά δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας της Σχιζοφρένειας ή ενός Μανιακού Επεισοδίου.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της **Μετ αιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας** είναι τα εξής:

Ένας εκτεταμένος τύπος αστάθειας των διαπροσωπικών σχέσεων, της εικόνας του εαυτού και των συναισθημάτων και έντονης παρορμητικότητας που αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρών σε μια ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται από πέντε ή περισσότερα από τα παρακάτω:

(1) Ξέφρενες προσπάθειες του ατόμου να αποφύγει πραγματική ή φανταστική εγκατάλειψη.

(2) Ένας τύπος ασταθών και έντονων διαπροσωπικών σχέσεων που χαρακτηρίζονται από εναλλαγές μεταξύ των ακραίων περιπτώσεων της εξιδανίκευσης και της υποτίμησης.

(3) Διατάραξη της ταυτότητας: έντονα και επίμονα ασταθής εικόνα ή αίσθηση του εαυτού.

(4) Παρορμητικότητα σε τουλάχιστον δύο τομείς που είναι δυνητικά αυτοκαταστροφικοί.

(5) Επανελημμένη αυτοκτονική συμπεριφορά, χειρονομίες ή απειλές ή αυτοακρωτηριαστική συμπεριφορά.

(6) Συναισθηματική αστάθεια οφειλόμενη σε έντονη αντιδραστικότητα της διάθεσης.

(7) Χρόνια αισθήματα κενού.

(8) Απρόσφορος, έντονος θυμός ή δυσκολία ελέγχου του θυμού.

(9) Παροδικός, σχετιζόμενος με στρες παρανοϊκός ιδεασμός ή σοβαρά διασχιστικά συμπτώματα.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της **Δραματικής Διαταραχής Προσωπικότητας** είναι τα εξής:

Ένας εκτεταμένος τύπος υπερβολικής συναισθηματικότητας και επιζήτησης προσοχής, που αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρών σε μια ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται από πέντε ή περισσότερα από τα παρακάτω:

(1) Το άτομο δεν νιώθει άνετα σε καταστάσεις όπου δεν είναι το κέντρο της προσοχής.

(2) Η διαντίδραση με τους άλλους συχνά χαρακτηρίζεται από απρόσφορη σεξουαλικά σαγηνευτική ή προκλητική συμπεριφορά.

(3) Επιδεικνύει ταχέως μεταβαλλόμενη και ρηχή έκφραση συναισθημάτων.

(4) Συστηματικά χρησιμοποιεί την εξωτερική εμφάνιση για να προσελκύσει την προσοχή στον εαυτό του.

(5) Έχει ένα τρόπο ομιλίας που είναι υπερβολικά ιμπρεσιονιστικός και στερούμενος λεπτομερειών.

(6) Εμφανίζεται δραματικό, θεατρικό και με υπερβολική έκφραση συναισθημάτων.

(7) Είναι υποβόλιμο, δηλαδή επηρεάζεται εύκολα από άλλους ή τις περιστάσεις.

(8) Θεωρεί τις σχέσεις με τους άλλους περισσότερο στενές από ότι είναι στην πραγματικότητα.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της **Ναρκισσιστικής Διαταραχής Προσωπικότητας** είναι τα εξής:

Ένας εκτεταμένος τύπος μεγαλειώδους ανάγκης για θαυμασμό και έλλειψη εμπάθειας που αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρών σε μια ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται από πέντε ή περισσότερα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

(1) Το άτομο έχει μια μεγαλειώδη αίσθηση σπουδαιότητας για τον εαυτό του.

(2) Έχει έντονη ενασχόληση με φαντασιώσεις απεριόριστης επιτυχίας, δύναμης, εξυπνάδας, ομορφιάς ή ιδανικής αγάπης.

(3) Πιστεύει ότι είναι σπέσιαλ και μοναδικό και μπορούν να το καταλάβουν μόνο ή πρέπει να συναναστρέφεται με άλλα σπέσιαλ ή υψηλής περιωπής άτομα.

(4) Απαιτεί θαυμασμό.

(5) Έχει μια αίσθηση ιδιαίτερων δικαιωμάτων, δηλ. μη λογικές προσδοκίες για ιδιαίτερα ευνοϊκή μεταχείριση ή αυτόματη συμμόρφωση των άλλων με τις προσδοκίες του.

(6) Εκμεταλλεύεται διαπροσωπικά, δηλ. εκμεταλλεύεται τους άλλους για να πετύχει τους σκοπούς του.

(7) Του λείπει η εμπάθεια: είναι απρόθυμο να αναγνωρίσει ή να ταυτοποιηθεί με τα αισθήματα και τις ανάγκες των άλλων.

(8) Συχνά φθονεί τους άλλους ή πιστεύει ότι οι άλλοι το φθονούν.

(9) Εμφανίζει αλαζονική, υπεροπτική συμπεριφορά ή στάση.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της **Αποφευκτικής Διαταραχής Προσωπικότητας** είναι τα εξής:

Ένας εκτεταμένος τύπος κοινωνικής δυσκολίας (αναστολής), αισθημάτων ανεπάρκειας και υπερευαισθησίας στην αρνητική εκτίμηση, που αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρών σε μια ποικιλία καταστάσεων όπως φαίνεται από τέσσερα ή περισσότερα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

(1) Το άτομο αποφεύγει επαγγελματικές δραστηριότητες που περιλαμβάνουν σημαντική διαπροσωπική επαφή, εξαιτίας φόβων κριτικής, αποδοκιμασίας ή απόρριψης.

(2) Είναι απρόθυμο να εμπλακεί με ανθρώπους εκτός αν είναι βέβαιο ότι θα γίνει αρεστό.

(3) Εμφανίζει περιορισμούς μέσα στις στενές σχέσεις εξαιτίας του φόβου μήπως ντροπιαστεί ή γελοιοποιηθεί.

(4) Έχει υπερβολική ενασχόληση με το μήπως το κριτικάρουν ή το απορρίψουν στις κοινωνικές καταστάσεις.

(5) Είναι συνήθως απρόθυμο να διακινδυνέψει προσωπικά ή να εμπλακεί σε νέες δραστηριότητες, διότι αυτές μπορεί να αποδειχθεί ότι το φέρνουν σε δύσκολη θέση.

(6) Θεωρεί τον εαυτό του κοινωνικά αδέξιο, προσωπικό μη ελκυστικό ή κατώτερο από τους άλλους.

(7) Είναι ανεσταλμένο σε νέες διαπροσωπικές καταστάσεις εξαιτίας αισθημάτων ανεπάρκειας.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της **Ψυχαναγκαστικής – Καταναγκαστικής Διαταραχής Προσωπικότητας** είναι τα εξής:

Ένας εκτεταμένος τύπος έντονης ενασχόλησης του ατόμου με την τάξη, την τελειοθηρία και τον ψυχικό και διαπροσωπικό έλεγχο, σε βάρος της ευελιξίας, της ανοιχτοσύνης και της αποδοτικότητας, ο οποίος αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρών σε μια ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται από τέσσερα ή περισσότερα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

(1) Το άτομο έχει την έντονη ενασχόληση με λεπτομέρειες, κανόνες, λίστες, την τάξη, τη οργάνωση ή τα προγράμματα, σε βαθμό που το κύριο σημείο της δραστηριότητας χάνεται.

(2) Εμφανίζει τελειοθηρία που παρεμποδίζει την ολοκλήρωση μιας εργασίας.

(3) Είναι υπερβολικά αφοσιωμένο στην εργασία και την παραγωγικότητα με αποκλεισμό των δραστηριοτήτων του ελεύθερου χρόνου και των φιλικών σχέσεων.

(4) Είναι υπερβολικά ευσυνείδητο, λεπτολόγο και άκαμπτο σε θέματα ηθικής, ηθών ή αξιών.

(5) Είναι ανίκανο να πετάξει φθαρμένα ή χωρίς αξία αντικείμενα ακόμα και όταν δεν έχουν συναισθηματική αξία.

(6) Είναι απρόθυμο να κάνει καταμερισμό καθηκόντων ή να δουλέψει με άλλους, εκτός εάν αυτοί υποταχτούν στον ακριβή δικό του τρόπο που κάνει τα διάφορα πράγματα.

(7) Υιοθετεί ένα τσιγκούνικο τρόπο στο ξόδεμα των χρημάτων, τόσο για τον εαυτό του, όσο και για τους άλλους. Τα χρήματα θεωρούνται σαν κάτι που πρέπει να συσσωρευτεί και διαφυλαχθεί για μελλοντικές καταστροφές.

(8) Εμφανίζει ακαμψία και ισχυρογνωμοσύνη.