

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ



ΣΧΟΛΗ : Σ. Ε. Υ. Π.
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΕΦΗΒΩΝ



ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΑΤΚΡΙΘΑΡΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΚΥΡΙΑΚΑΚΗ ΚΑΛΙΡΡΟΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ

ΧΑΡΑΛΑΜΠΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



- A. Πρόλογος σελ. 1
- B. Εισαγωγή σελ. 2-5

Κεφάλαιο 1^ο Διατροφή

- 1. Διατροφή σελ. 7
- 2. Θρεπτικά συστατικά σελ. 8-20
- 3. Διατροφή και υγεία σελ. 21-23
- 4. Μεσογειακή διατροφή σελ. 24-27
- 5. Μεσογειακή διατροφή σημαίνει υγεία σελ. 28-31
- 6. Κρητική διατροφή και Ιστορία σελ. 32-35

Κεφάλαιο 2^ο Εφηβεία

- 1. Εφηβεία σελ. 37-39
- 2. Στάδια της εφηβείας σελ. 40-48
- 3. Η διατροφή στην εφηβεία σελ. 49-54
- 4. Διατροφή και άσκηση σελ. 55-59

Κεφάλαιο 3ο Ψυχο-παθολογία του παιδιού

- 1. Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχο-παθολογία του παιδιού σελ. 61-62
- 2. Ψυχο-παθολογία και φύλο σελ. 63
- 3. Η συννοσηρότητα στη ψυχο-παθολογία σελ. 64
- 4. Θεωρητικά μοντέλα της ψυχο-παθολογίας σελ. 65
- 5. Σύστημα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών σελ. 66
- 6. Αξιολόγηση της ψυχο-παθολογίας σελ. 67 - 68
- 7. Μέθοδος αξιολόγησης της ψυχο-παθολογίας σελ. 69
- 8. Μέθοδος αντιμετώπισης της ψυχο-παθολογίας σελ. 70 -71

Κεφάλαιο 4^ο Διαταραχές πρόσληψης τροφής

- 1. Διατροφικές διαταραχές σελ. 73-77
- 2. Αναγνώριση των διατροφικών διαταραχών σελ. 78-79
- 3. Παχυσαρκία σελ. 80-83

4. Σύνδρομο ανεξέλεγκτης υπερφαγίας σελ. 84-85
5. Σύνδρομο της νυχτερινής διατροφής σελ. 86
6. Άτυπες διατροφικές διαταραχές σελ. 87
7. Ψυχογενής βουλμία σελ. 88-91
8. Νευρογενής ανορεξία σελ. 92-99
9. Αιτιολογία διαταραχών πρόσληψης τροφής σελ. 100-103

Κεφάλαιο 5^ο Νευρική ανορεξία

1. Ιστορική αναδρομή σελ. 105-110
2. Νευρική ανορεξία σελ. 111-112
3. Η σημασία της ανορεκτικής συμπεριφοράς σελ. 113-117
4. Κλινικές μορφές ανορεξίας σελ. 118-119
5. Παράγοντες πρόκλησης νευρογενούς ανορεξίας – Αιτιολογία σελ. 120-123
6. Ο ρόλος της προσωπικότητας ως παράγοντας σελ. 124
7. Κοινωνικό-πολιτιστικοί παράγοντες σελ. 125
8. Επιδημιολογία σελ. 126
9. Διαφορική διάγνωση σελ. 127
10. Θεραπευτική αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας σελ. 128-129
11. Νοσηλεία σελ. 130-131
12. Ψυχοθεραπεία σελ. 132
13. Διατροφική αντιμετώπιση σελ. 133-134
14. Ύπνος στη νευρική ανορεξία σελ. 135-136

Κεφάλαιο 6^ο Έρευνα

1. Σκοπός της έρευνας σελ. 138
2. Ερωτηματολόγιο σελ. 139-144
3. Αποτελέσματα ερωτηματολογίου σελ. 145-177
4. Συμπεράσματα σελ. 178-179
5. Πιθανά αίτια 180-182

Παράρτημα

Άρθρα και εικόνες σελ. 183-210

Βιβλιογραφία σελ. 211-216

Κατά την διάρκεια της μέρας περπατάς ευτυχισμένη.....

Γιατί δεν έχεις φάει τίποτα!

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

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

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

Η λοιμοκτονική σου διάθεση είναι δυνατότερη από εσένα,

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

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

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

Αλλά.....

Η άσχημη αίσθηση είναι ακόμα εκεί...

Είσαι χαμένη...!!!

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

Τα πάντα είναι δικό σου φταιξιμο...!!!

Και έτσι πληγώνεις τον εαυτό σου...

Αισθάνεσαι καλύτερα για μια στιγμή...

Μέχρι την επόμενη φορά...!!!

Αλλά δεν είναι αυτό το πρόβλημα.....

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

Μάσκα...!!!

ΓΙ' ΑΥΤΕΣ ΠΟΥ ΥΠΟΦΕΡΟΥΝ..!!

A. Πρόλογος

Στην εργασία μας αυτή, αναφερόμαστε στην νευρογενή ανορεξία που σχετίζονται με την διατροφή των εφήβων. Η μελέτη μας έγινε στα γενικά λύκεια των πόλεων Ηρακλείου, Σητείας και Χανίων, σε άτομα ηλικίας από 15 έως 18 ετών. Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι η μελέτη και η τεκμηρίωση της σχέσης μεταξύ της διατροφής και της ψυχολογίας. Συχνά οι ψυχολογικές διαταραχές επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες του ανθρώπου, με αποκορύφωμα σε κάποιες περιπτώσεις τη δημιουργία ψυχοπαθολογικών διαταραχών, όπως είναι η νευρογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία.

Μέσα από αυτή την εργασία, κύριος σκοπός μας είναι να δώσουμε ένα μήνυμα και να ευαισθητοποιήσουμε τον πληθυσμό, ώστε να περιοριστούν οι περιπτώσεις της νευρογενούς ανορεξίας, κυρίως στην εφηβική ηλικία.

Αλλά τι είναι όμως η νευρογενής ανορεξία; Η νευρογενής ανορεξία, αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά ως διαταραχή το 1983 από τον Άγγλο γιατρό William Gull, ο οποίος την χαρακτήρισε ως ειδική νόσο και το Γάλλο ψυχίατρο Charles Laseque, ο οποίος την περιέγραψε από κοινωνική και ψυχολογική σκοπιά. Παρά το γεγονός της έλλειψης επαρκών στοιχείων από επιδημιολογικές έρευνες, για την νευρογενή ανορεξία, φαίνεται πως η διαταραχή αυτή εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα τις τελευταίες δεκαετίες. Ετυμολογικά, ο όρος ‘ανορεξία’, παραπέμπει στην έλλειψη όρεξης για φαγητό, αλλά είναι παραπλανητικός όρος, αφού η ανορεξία χαρακτηρίζεται από συνειδητή προσπάθεια του ατόμου να χάσει βάρος, καταφεύγοντας σε αυστηρές δίαιτες, άσκηση και παθολογικές συμπεριφορές.

Η νευρογενή ανορεξία παρατηρείται κυρίως σε κορίτσια ηλικίας 14-18 χρόνων, αλλά και σε μεγαλύτερες ηλικίες εξ’ αιτίας της συνεχούς εμφάνισης νέων προτύπων και λανθασμένων διατροφικών συνηθειών. Τα άτομα αυτά πιστεύουν ότι θα είναι πιο ευτυχισμένα εάν καταφέρουν να γίνουν λεπτά. Η ανορεξία λοιπόν, δεν είναι ένα πρόβλημα που έχει να κάνει με το βάρος σώματος ή με το φαγητό, αλλά είναι η προσπάθειά τους να χρησιμοποιήσουν το φαγητό και το βάρος για να λύσουν τα προβλήματά τους.

Συνεπώς, τα ποσοστά των ανορεξικών ατόμων, κυρίως κοριτσιών, σημειώνει ανοδική πορεία τα τελευταία χρόνια, σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει και παράλληλα η προβολή από τα ΜΜΕ για την αύξηση των θανάτων από νευρογενή ανορεξία, μας οδήγησε στην επιλογή του συγκεκριμένου θέματος.

B. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αρχαία ελληνική κουζίνα αποτελεί τα τελευταία χρόνια αντικείμενο μελέτης. Τα γραπτά κείμενα της εποχής της αρχαιότητας περιγράφουν με εντυπωσιακές λεπτομέρειες τις διατροφικές συνήθειες των προγόνων μας στη νησιωτική και ηπειρωτική Ελλάδα. Τα είδη και σχήματα των δοχείων, σκευών και μαγειρικών εργαλείων που φέρνουν, έρχονται στο φως από τις αρχαιολογικές ανασκαφές, μαρτυρούν μία ιδιαίτερα προηγμένη και υγιεινή κουζίνα.

Από την Οδύσσεια συλλέγουμε στοιχεία για τις γαστρονομικές προτιμήσεις των Ελλήνων της εποχής του 8 πΧ αι. Όσο και αν μας φανεί περίεργο οι Έλληνες της Ομηρικής Εποχής στήριζαν την διατροφή τους κυρίως στο κρέας: ωμά εντόσθια, δαμάλια, κοπαδίσια αρνιά, κατσίκια, μοσχάρια κυρίως μηρούς, γίδες όλο πάχος, ενώ από τα βόδια προτιμούσαν τα παχιά ψημένα απάκια. Τα κρέατα τα έτρωγαν ψητά στη θράκα. Ψωμιά έφτιαχναν από σιτάρι και κριθάρι και μάλιστα συνήθιζαν να έχουν ποικιλία ψωμιών τα οποία ήταν σαν τις σημερινές πίτες. Καλλιεργούσαν επίσης βίκο, τριφύλλι και κάπαρη. Είχαν ανεπτυγμένη τυροκομία, έπιναν γάλα, έφτιαχναν τυρόγαλο και τυριά. Το κρασί ήταν απαραίτητο συνοδευτικό των γευμάτων. Στην Οδύσσεια γίνεται αναφορά για: ξανθό κρασί, κόκκινο νεχτάρι, μαύρο κρασί και μαύρο γλυκόπιτο κρασί. Το κρασί τους το έπιναν νερωμένο και πριν το βάλουν στο στόμα έσταζαν μερικές σταγόνες στο δάπεδο προσφορά στους θεούς. Υπήρχε βέβαια και το ελαιόλαδο, αλλά τότε είχε κυρίως άλλη χρήση... άλειφαν με αυτό τα κορμιά τους μετά το μπάνιο! Δεν περιφρονούσαν φυσικά και τα φρούτα

Οι γραπτές πηγές δίνουν πολλές πληροφορίες επίσης και για τη διατροφή των Βυζαντινών. Βασική επιδίωξη ήταν η αυτάρκεια του νοικοκυριού και γι' αυτό κάθε οικογένεια καλλιεργούσε τα βασικά λαχανικά και εξέθρεφε κάποια ζώα (κυρίως πουλερικά)..

Τα κυριότερα είδη διατροφής ήταν το ψωμί, το λάδι, οι ελιές και το τυρί. Η ποιότητα του ψωμιού παρουσίαζε ποικιλία και ήταν ανάλογη με τις οικονομικές δυνατότητες του καταναλωτή. Έτσι καλύτερος και ακριβότερος άρτος ήταν ο *καθαρός άρτος* τον απολάμβαναν οι πλουσιότερες ομάδες του πληθυσμού. Οι υπόλοιποι αρκούσαν σε έναν υποδεέστερο τύπο ψωμιού ζυμωμένο από άλλα, χαμηλής ποιότητας δημητριακά, και συνυφασμένους με τη φτώχεια.

Αντίστοιχες διακυμάνσεις στην ποιότητα υπάρχουν και στα είδη τυριού, το αγαπημένο προσφάγι(ο)ν των Βυζαντινών. Εκλεκτά τυριά θεωρούνταν το βλάχικο και το κρητικό. Γνωστά επίσης ήταν το ανθότυρο (*απότυρον*) και η μυζήθρα, ενώ το κακής ποιότητας τυρί το ονόμαζαν *ασβεστότυρον*.

Η φθηνότερη και πιο διαδεδομένη τροφή για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού ήταν τα λαχανικά και τα όσπρια. Με δεδομένες δε τις μεγάλες περιόδους νηστείας που προβλέπει η Εκκλησία, και τις οποίες φαίνεται ότι τηρούσαν με αρκετή ευλάβεια οι Βυζαντινοί, οι τροφές αυτές καταναλώνονταν για μακρύ χρονικό διάστημα από το σύνολο του πληθυσμού. Δεν είναι πάντα εύκολο να ταυτίσουμε τα διάφορα είδη λαχανικών που αναφέρουν οι πηγές. Μεγάλη κατανάλωση είχαν τα λάχανα, τα πράσα, τα κρεμμύδια, τα τεύτλα, τα μαρούλια, τα ραδίκια, το καρότο, ο αρακάς, η ρόκα. Άγνωστες φυσικά ήταν οι πατάτες και οι ντομάτες, που έφτασαν στην Ευρώπη πολύ αργότερα. Από τα όσπρια συναντάμε τα φασόλια, τις φακές, τα ρεβίθια, τα κουκιά, τα λούπινα.

Τη διατροφή των Βυζαντινών συμπλήρωναν, κυρίως στις παραθαλάσσιες και παραποτάμιες περιοχές, τα ψάρια και τα θαλασσινά. Βέβαια, στις μεγάλες πόλεις και γενικότερα όπου δεν υπήρχε άμεση δυνατότητα αλιείας, τα μεγάλα και ακριβά ψάρια

ήταν προνόμιο των λίγων, ενώ οι υπόλοιποι περιορίζονταν στα μικρά ψάρια και κυρίως στα παστά.

Η ίδια διάκριση ισχύει και για την κατανάλωση του κρέατος. Ήταν μια σπάνια πολυτέλεια για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Αντίθετα, στα τραπέζια των πλούσιων έβρισκαν συχνότερα τη θέση τους αρνιά, κατσίκια, κότες, πουλερικά, καθώς και κυνήγια.

Βασικό συμπλήρωμα της διατροφής ήταν τα φρούτα καθώς και οι ξηροί καρποί. Τέλος, ως επιδόρπια είχαν διάφορα γλυκίσματα. Κύριο γλυκαντικό μέσο ήταν το μέλι.

Κύρια μέσα παρασκευής των φαγητών ήταν το ελαιόλαδο και τα ζωικά λίπη. Για να προσδώσουν γεύση στο φαγητό προσθέτανε διάφορα αρωματικά φυτά ακόμη και μπαχαρικά. Τα μπαχαρικά (πιπέρι, κανέλα, γαρίφαλο, κάρδαμο) εισάγονταν από την Ανατολή και φυσικά η τιμή τους ήταν απαγορευτική για το βυζαντινό τραπέζι.

Εάν προχωρήσουμε αρκετές δεκαετίες μετά γίνεται λόγος για την περίφημη Μεσογειακή Διατροφή και την υπεροχή της σε σχέση με άλλες διατροφικές συνήθειες. Το 1994 ο [Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας](#) παρουσίασαν την λεγόμενη *Πυραμίδα της Μεσογειακής Δίαιτας*, αποδεικνύοντας και επιστημονικά ότι η διατροφή των λαών της Μεσογείου, πλούσια σε λαχανικά, όσπρια, φρούτα, δημητριακά και με βασική πηγή λίπους το ελαιόλαδο, συντελεί στη διατήρηση της καλής υγείας και τη μακροζωία.

Η πλειοψηφία των ιατρικών και διαιτολογικών ερευνών που έχουν γίνει σε παγκόσμια κλίμακα φέρουν την Κρητική κουζίνα ως το πιο χαρακτηριστικό και ποιοτικά υψηλό παράδειγμα μεσογειακής διατροφής. Οι κάτοικοι της Κρήτης διαπιστώθηκε ότι έχουν τους χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας και τα πιο μικρά αναλογικά και σε παγκόσμια κλίμακα ποσοστά θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνους. Ποιο είναι όμως το μυστικό της Κρητικής διατροφής; Η απάντηση είναι ότι οι Κρητικοί τρέφονται με τα προϊόντα που παράγει η γη τους, δηλαδή καθημερινά τρώνε άφθονα κηπευτικά, χόρτα και λαχανικά, όσπρια και φρούτα, αρωματίζουν το φαγητό τους με βότανα και φυτά από τα βουνά του νησιού, όπως θυμάρι και βασιλικό, ενώ σχεδόν πάντα συνοδεύουν το φαγητό με κρασί από τα τοπικά αμπέλια. Το σημαντικότερο διατροφικό στοιχείο όμως είναι το λάδι, το οποίο για τους Κρητικούς όπως και για όλους τους λαούς της Μεσογείου, αποτελεί όπως είπαμε τη βασική πηγή λίπους.

Αν ρίξουμε όμως μια ματιά στις διατροφικές συνήθειες του σύγχρονου Έλληνα, θα διαπιστώσουμε ότι δεν υπάρχει καμία σύγκριση με τις συνήθειες των τότε εποχών. Σήμερα με τους γρήγορους ρυθμούς και με την είσοδο των γυναικών στο χώρο εργασίας, όλα έχουν ανατραπεί με αποτέλεσμα να αφιερώνεται λίγος χρόνος στην προετοιμασία των γευμάτων και να αναζητούνται οι εύκολες λύσεις (έτοιμο φαγητό, φαγητό τύπου fast-food). Έτσι παρατηρείται σήμερα ότι την θέση των ακατέργαστων δημητριακών έχει πάρει το άσπρο ψωμί και τα κατεργασμένα ζυμαρικά. Την θέση του ελαιόλαδου έχουν πάρει λίγο πολύ άλλα έλαια καθώς και τα βούτυρα ή οι μαργαρίνες. Τα κρέατα και τα τυριά δεν είναι πια τόσο αγνά και χρησιμοποιούνται πολύ περισσότερο τα κόκκινα κρέατα. Καταναλώνονται κυρίως βιομηχανοποιημένα προϊόντα με βάση το τυρί και το κρέας (π.χ. προτηγανισμένα μπιφτέκια) πλούσια σε λιπαρά. Αν μιλήσουμε για αλκοόλ διαπιστώνεται μία κατάχρηση σε οινοπνευματώδη και ανθρακούχα ποτά.

Τα σφάλματα της σύγχρονης διατροφής δεν αμφισβητούνται πλέον, από κανέναν. Η υπερκατανάλωση λιπαρών, ζάχαρης, κρέατος και βιομηχανοποιημένων τροφίμων καθώς και το πλήθος των καρκινογόνων συστατικών που περιέχουν

αποτελούν τον βασικότερο παράγοντα που στερεί τον σύγχρονο Έλληνα από χρόνια και ποιότητα ζωής. Αυτή η εσφαλμένη σύγχρονη διατροφή μας φέρνει αντιμέτωπους με ένα παιδί που εξελίσσεται στον αυριανό παχύσαρκο ενήλικα. Έναν ενήλικα ίσως διαβητικό, καρδιοπαθή, καρκινοπαθή και λοιπές σοβαρές ασθένειες, που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί.

Οφείλουμε λοιπόν, για τους εαυτούς μας και κυρίως για τα παιδιά μας που είναι το μέλλον του τόπου μας, να προσέχουμε τα προϊόντα που καταναλώνουμε. Μόνο με την υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής, μπορούμε να επιτύχουμε τόσο την κάλυψη των αναγκών του σύγχρονου ανθρώπου όσο και την εξασφάλιση της μακροβιότητας και της άριστης ποιότητας ζωής.

Τέλος, θα ήταν ωφέλιμο να αναφέρουμε κάποιες συστάσεις για την επίτευξη της υγιεινότερης διατροφής του σύγχρονου καταναλωτή. Αυτές είναι:

1. Ποικιλία στην καθημερινή διατροφή.
2. Ισορροπία των θρεπτικών υλών στην καθημερινή διατροφή.
3. Μείωση στην πρόσληψη θερμίδων.
4. Μείωση στην κατανάλωση ζάχαρης.
5. Μείωση στην κατανάλωση τροφών με χοληστερόλη και λίπος.
6. Μείωση στην κατανάλωση οινοπνεύματος και ανθρακούχων ποτών.
7. Μείωση στην κατανάλωση αλατιού.
8. Αύξηση στην κατανάλωση λαχανικών εποχής.
9. Αύξηση στην κατανάλωση φρέσκων φρούτων.
10. Αύξηση στην κατανάλωση δημητριακών με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες.
11. Αύξηση στην κατανάλωση αμυλούχων τροφών, μη επεξεργασμένων.

Η νευρογενής ανορεξία περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1681 στην Αγγλία από τον Richard Morton, ο οποίος την ονόμασε << νευρική φθίση >>. Στην συνέχεια την μελέτησαν οι Charcot, Dojerine, Babinski, Gull, Lasegue. Ο S. Freud την θεώρησε ως υστερικό σύμπτωμα μετατροπής. Το 1951 ο Γερμανός Χένι πρότεινε το όνομα << ψυχογενή ανορεξία >> για το σύνδρομο, ενώ στην Αμερική επικρατεί κυρίως η ονομασία Anorexia Nervosa (νευρογενής ανορεξία).

Η νευρογενής ανορεξία είναι ένα σύνδρομο, όπου ο ασθενής ελαττώνει με τη θέληση του την πρόσληψη τροφής. Βασικά χαρακτηριστικά της είναι η άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο κανονικό βάρος σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, το ύψος και την σωματική διάπλαση, καθώς και ο έντονος φόβος μήπως παχύνει, ακόμα και όταν το βάρος του είναι λιγότερο από 'το φυσιολογικό.

Οι άνθρωποι επιδίδονται συχνά σε νηστεία και σε σοβαρούς διατροφικούς περιορισμούς τους οποίους περιβάλλουν συχνά με θρησκευτικά και φιλοσοφικά κίνητρα. Ως εκ τούτου θεωρείται ότι η νηστεία είναι ένα προνομακό μέσο ρήξης με την ύλη, μια πρόσβαση στην υπέρβαση. Έτσι, στο τέλος του Μεσαίωνα στην Ευρώπη, αρκετές γυναίκες, οι οποίες ονομάστηκαν << άγιες ανορεκτικές >> άσκησαν την νηστεία και ορισμένες από αυτές ανακηρύχθηκαν άγιες.

Ενδεικτικές αναφορές θα μπορούσαν να γίνουν στις περιπτώσεις της Αγίας Αικατερίνης της Σιένας τον 19^ο αιώνα η οποία απεβίωσε σε ηλικία τριάντα τριών ετών και είχε επιβάλλει στον εαυτό της πολλαπλές στερήσεις ως πράξεις μετανοίας. Η Μητέρα Ανιές του Ιησού τον 17^ο αιώνα, η Μάρθα Ρόμπιν, η Λουίζα Λατώ και η Τερέζα Νιούμαν του 20^{ου} αιώνα μπορούν να θεωρηθούν ως διανοητικά ανορεκτικές

από μια ψυχοπαθολογική οπτική γωνία ή ως άγιες ή μάρτυρες από μια θρησκευτική άποψη.

Οι περιπτώσεις των ανορεκτικών συμπεριφορών εντάσσονται στην ιατρική επιστήμη με τις κλινικές περιγραφές διαφόρων διανοούμενων από τον 17^ο αιώνα. Η ιατρική στις αρχές του 20^{ου} αιώνα την αντιλήφθηκε ως μια ασθένεια οργανικής προέλευσης ενώ οι ενδοκρινολόγοι θεωρούν τη διανοητική ανορεξία οφείλεται ολική ανεπάρκεια του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης και επομένως απαιτείται ενδοκρινική θεραπεία. Μια καθαρά ψυχολογικής προέλευσης ιδέα της ασθένειας επανέρχεται μετά από τη δεκαετία του '50. Σήμερα πλέον, αμφισβητείται το γεγονός ότι η διακοπή της διατροφής επιφέρει διάφορες ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές και όχι το αντίθετο.

Η εμφάνιση της διανοητικής ανορεξίας στον Καναδά, στις Ηνωμένες Πολιτείες, σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, στην Ιαπωνία και σε όλους τους λευκούς πληθυσμούς της Βόρειας Αφρικής, επαληθεύει το γεγονός ότι οι περιπτώσεις διανοητικής ανορεξίας αυξάνονται στο Δυτικό κόσμο. Σύμφωνα με τις μελέτες η συχνότητα του φαινομένου της διανοητικής ανορεξίας πολλαπλασιάζεται : μια περίπτωση ανά 550 έφηβες το 1970, σε μια ανά 100 έφηβες το 1980. αντίθετα, δεν συναντάμε περιπτώσεις διανοητικής ανορεξίας σε χώρες έξω από το δυτικό ημισφαίριο, όπως μαρτυρούν διάφορες μελέτες στην Νέα Γουινέα, στην Αλάσκα, στους πολιτισμούς των εσκιμώων ή στην Ινδία οι οποίες καταγράφουν αμελητέο αριθμό περιπτώσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

1. ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Ο ανθρώπινος οργανισμός, για να διατηρηθεί στη ζωή, να αναπτυχθεί, και να αντικαταστήσει τους φθαρμένους ιστούς του, να εξασφαλίσει την κανονική λειτουργία των πολύπλοκων συστημάτων του και να παραγάγει έργο, έχει ανάγκη από διάφορες ουσίες, που αποτελούν τη διατροφή του.

Η διατροφή συνδέεται άμεσα με τις έννοιες : τρόφιμο και θρεπτικές ουσίες. Το τρόφιμο είναι ένα φυσικό (ζωικό ή φυτικό) προϊόν ή παρασκεύασμα που χρησιμεύει στην διατροφή του ατόμου.

ΘΡΕΠΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Είναι μια σειρά βασικών ουσιών που περιέχονται στα τρόφιμα, οι οποίες χρειάζεται να ενσωματώνονται τακτικά στον οργανισμό για να σχηματίζονται οι ιστοί του και να λαμβάνει την απαραίτητη ενέργεια ώστε να επιτελέσει τις λειτουργίες του.

Ονομαζόμενες επίσης θρεπτικά συστατικά, είναι τα τελικά προϊόντα τις πέψης, τα μικροσκοπικά κλάσματα στα οποία διασπώνται οι τροφές υπό την επίδραση των πεπτικών ενζύμων : οι διαστάσεις τους είναι τόσο μικροσκοπικές που μπορούν να διαπεράσουν τα εντερικά τοιχώματα για να εισέλθουν στην κυκλοφορία του αίματος και να διανεμηθούν σε όλο τον οργανισμό. Θεωρείται ότι υπάρχουν έξι κατηγορίες θρεπτικών ουσιών : υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λίπη, βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και νερό.

Η λειτουργική δράση αυτών των θρεπτικών ουσιών είναι ποικίλη. Ορισμένες, όπως οι πρωτεΐνες και ορισμένα ιχνοστοιχεία, έχουν κυρίως δομική λειτουργία : ο οργανισμός τις χρησιμοποιεί για να δημιουργήσει ή να αναγεννήσει τους ιστούς του. Άλλες, όπως οι υδατάνθρακες και τα λίπη έχουν κυρίως αποθηκευτική λειτουργία : είναι επιφορτισμένες με το έργο της παραγωγής της απαραίτητης ενέργειας για τις μεταβολικές διεργασίες, τις ποικίλες χημικές αντιδράσεις που συντηρούν τη ζωή, τη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος, τις κινήσεις των μυών στην καθημερινή δραστηριότητα κτλ. Και άλλες όπως είναι πολλά ιχνοστοιχεία και οι βιταμίνες, έχουν ρυθμιστική λειτουργία, δεδομένου ότι ρυθμίζουν τις προαναφερθείσες χημικές αντιδράσεις και τη λειτουργία των διαφόρων ιστών του οργανισμού. Τέλος, το νερό θεωρείται θρεπτική ουσία, γιατί αποτελεί συστατικό όλων των ιστών και συνιστά το μέσω εντός του οποίου λαμβάνουν χώρα όλες οι μεταβολικές διεργασίες.

Η γνώση των διαφορετικών τύπων θρεπτικών ουσιών, των χαρακτηριστικών τους και των αναγκών του οργανισμού κάθε ατόμου είναι ένα στοιχειώδες προαπαιτούμενο για να θεμελιωθούν οι βάσεις μιας υγιούς διατροφής.

2. ΤΑ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

Υπάρχουν περισσότερα από 50 θρεπτικά συστατικά στη φύση που όμως για μεγαλύτερη ευκολία τα έχουμε κατατάξει σε 5 βασικές κατηγορίες:



Πρωτεΐνες (20% των καθημερινών αναγκών)



Υδατάνθρακες (50% των καθημερινών αναγκών)



Λίπη (30% των καθημερινών αναγκών)



Ανόργανα συστατικά (ανόργανα άλατα, ιχνοστοιχεία)



Βιταμίνες

Άλλα θρεπτικά συστατικά των τροφών που επίσης θεωρούνται απαραίτητα για τον άνθρωπο, είναι: οι άπεπτες φυτικές ίνες και το νερό.

Αναλυτικά τα θρεπτικά συστατικά είναι:

Πρωτεΐνες

Οι πρωτεΐνες αποτελούν το βασικό δομικό συστατικό όλων των κυττάρων του σώματός μας. Είναι συστατικό των οστών, των μυών, των οργάνων του σώματος, του δέρματος, των ματιών και των νυχιών μας. Οι πρωτεΐνες είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη των κατεστραμμένων κυττάρων και για τον σχηματισμό νέων κυρίως κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης. Το τρίτα με πέντε τοις εκατό της συνολικής πρωτεΐνης του σώματός μας αναπλάθεται κάθε μέρα.

Τις πρωτεΐνες τις χωρίζουμε σε ζωικές και φυτικές.

Ζωικές πρωτεΐνες είναι αυτές που παίρνουμε από τροφές όπως το κρέας, το κοτόπουλο, τα ψάρια, τα αυγά, το τυρί και το γάλα. (οι πρωτεΐνες αυτές είναι καλής ποιότητας γιατί προσφέρουν στον οργανισμό τα απαραίτητα αμινοξέα στις σωστές ποσότητες και αναλογίες).

Φυτικές πρωτεΐνες είναι αυτές που παίρνουμε από τροφές όπως: τα φασόλια, οι φακές, ο αρακάς και οι ξηροί καρποί. Οι φυτικές πρωτεΐνες είναι σε γενικές γραμμές χαμηλότερης ποσότητας από ότι οι ζωικές, όμως γενικά μπορούμε να πούμε ότι είναι σωστό να υπάρχουν στο διαιτολόγιό μας τόσο ζωικές όσο και φυτικές πρωτεΐνες.

Ο κάθε άνθρωπος χρειάζεται μια καθορισμένη ποσότητα πρωτεϊνών την ημέρα. Οι ημερήσιες αυτές ανάγκες του ανθρώπου σε πρωτεΐνες ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία του. Είναι αυξημένες στα βρέφη, στα παιδιά και στους εφήβους, δηλαδή σε όλη τη διάρκεια της ανάπτυξης, γιατί στο διάστημα αυτό σχηματίζονται

νέα κύτταρα. Ελαττώνονται όμως, όταν τελειώσει η εφηβεία και μετά μένουν σταθερές στους ενήλικες, για να μειωθούν και πάλι σχετικά στους υπερήλικες.

Υδατάνθρακες (σάκχαρα)

Οι υδατάνθρακες είναι βασική πηγή ενέργειας για τον άνθρωπο και δίνουν 4 θερμίδες για κάθε γραμμάριο. Είναι επίσης απαραίτητοι για την καλή λειτουργία του εγκεφάλου και του νευρικό συστήματος.

Τα πιο γνωστά σάκχαρα είναι η γλυκόζη και η φρουκτόζη που βρίσκονται στα φρούτα, στο μέλι και η λακτόζη, δηλαδή το σάκχαρο που βρίσκεται στο γάλα. Όλα τα παραπάνω ανήκουν στους γλυκούς υδατάνθρακες.

Από τους πολυσακχαρίτες μας ενδιαφέρει κυρίως το άμυλο. Το άμυλο βρίσκεται στους δημητριακούς καρπούς, στις ρίζες των φυτών και στα όσπρια. Τροφές πλούσιες σε άμυλο: πατάτες, καρότα, φασόλια, μακαρόνια και ψωμί.



Παρόλο που η ζάχαρη και το άμυλο, όταν απορροφώνται, προσφέρουν στον οργανισμό ίση ενέργεια, σήμερα πιστεύουμε ότι η πρόσληψη αμύλου είναι προτιμότερη από την πρόσληψη ζάχαρης.



Η αυξημένη πρόσληψη ζάχαρης έχει συνδεθεί με:

1. Καρδιοπάθειες
2. Παχυσαρκία
3. Διαβήτη
4. Τερηδόνα των δοντιών

Γι' αυτό πρέπει να μειώνουμε την πρόσληψη της ζάχαρης, ώστε τελικά να μην καλύπτει περισσότερο από το 10% των θερμίδων που παίρνουμε την ημέρα, ενώ το άμυλο πρέπει να καλύπτει το 40% όλων των θερμίδων της ημερήσιας διαίτας μας. Όλα αυτά βέβαια, ισχύουν για υγιή άτομα χωρίς ιδιαίτερα διαβητικά προβλήματα

Λίπη

Τα λίπη προσφέρουν στον οργανισμό μας υπερδιπλάσιες θερμίδες από ότι οι υδατάνθρακες. Προσφέρουν δηλαδή 9 θερμίδες περίπου σε κάθε γραμμάριο. Αποθηκεύονται στους διάφορους ιστούς και αποτελούν πηγή ενέργειας που χρησιμοποιείται και σε φυσιολογικές καταστάσεις, αλλά περισσότερο σε περιπτώσεις ανάγκης. Ο λιπώδης ιστός, όπου αποθηκεύονται τα λίπη, βοηθά στη στήριξη και την προφύλαξη των διαφόρων οργάνων του σώματός μας. Εξάλλου, το λίπος του σώματος βοηθά στη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος.

Τα λίπη μπορούμε να τα χωρίσουμε σε ζωικής και φυτικής προέλευσης. Τα ζωικής προέλευσης τα παίρνουμε από τροφές, όπως το κρέας, τα ψάρια, το τυρί, το γάλα και το βούτυρο. Τα φυτικής προέλευσης λίπη τα παίρνουμε κυρίως από τροφές σε υγρή μορφή (λάδια), όπως το ελαιόλαδο, το φιστικέλαιο, το σισαμέλαιο κ.α. και πιο σπάνια από τροφές σε στερεά τροφή, όπως η μαργαρίνη, το βιτάμ, η φυτίνη κ.α.



Τα λίπη που καταναλώνουμε στην καθημερινή μας διατροφή πρέπει να είναι γενικά περιορισμένα. Η μεγάλη πρόσληψη λιπών, και ειδικά η πρόσληψη λιπών ζωικής προέλευσης, έχει συνδεθεί, μετά από σχετικές έρευνες, με παθήσεις, όπως οι καρδιοπάθειες και η παχυσαρκία. Γι' αυτό πρέπει η πρόσληψη των λιπών, στην ημερήσια διατροφή ενός υγιούς ατόμου, να μην υπερβαίνει το 30-35% των ολικών ημερησίων θερμίδων του. Πρέπει ακόμα να περιορίσουμε το ποσοστό της πρόσληψης των ζωικών λιπών σε μόνο ή λιγότερο από το 10% των ολικών λιπών της διαίτας

Ανόργανα συστατικά (ανόργανα άλατα, ιχνοστοιχεία)

Τα ανόργανα άλατα αποτελούν μόνο το 4% των ιστών του ανθρώπινου σώματος, αλλά είναι απαραίτητα για την κανονική ανάπτυξη και λειτουργία του οργανισμού. Βρίσκονται, στις τροφές αλλά και στο νερό. Δεν προσφέρουν στον οργανισμό ενέργεια αλλά είναι απαραίτητα γιατί:



1. Χρησιμοποιούνται σαν οικοδομικά υλικά και
2. Ρυθμίζουν πολλές εσωτερικές λειτουργίες του οργανισμού (πηκτικότητα αίματος, ρύθμιση των καύσεων, συμμετοχή στην δημιουργία κατάλληλης οσμωτικής πίεσης στα κύτταρα και τους ιστούς) Είναι απαραίτητα για τη διατήρηση της σύστασης των υγρών του σώματος και αποτελούν τμήμα των ενζύμων και πρωτεϊνών του σώματος. Αποτελούν βασικά συστατικά των οστών και δοντιών.

Παρακάτω θα εξετάσουμε μερικά από τα βασικότερα ανόργανα συστατικά των τροφίμων.

Σίδηρος (Fe)

Βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό σε συνολική ποσότητα 4-5 γρ. Το κυριότερο συστατικό των ερυθρών αιμοσφαιρίων του αίματος μας είναι η αιμοσφαιρίνη, που είναι απαραίτητη για τη μεταφορά του οξυγόνου σε όλα τα κύτταρα. Ο σίδηρος είναι το κυριότερο συστατικό της αιμοσφαιρίνης. Χωρίς το σίδηρο δεν είναι δυνατόν να γίνει φυσιολογικά η μεταφορά του οξυγόνου στα κύτταρα. Σε κατάσταση καλής υγείας έχουμε αποθέματα σιδήρου στον οργανισμό μας σε όργανα όπως το συκώτι, ο σπλήνας κτλ. Όταν τα αποθέματα αυτά εξαντλούνται, τότε εμφανίζονται διαταραχές. Η πιο σημαντική διαταραχή είναι η σιδηροπενική αναιμία. Όταν κανείς υποφέρει από αναιμία νιώθει να κουράζεται εύκολα, γρήγορα και πολύ. Έχει ζαλάδες και μειωμένη αντοχή στις ασθένειες. Γι' αυτό, είναι πολύ σημαντικό να παίρνουμε τόση ποσότητα σιδήρου την ημέρα, από τις

τροφές, όση χρειάζεται ο οργανισμός μας, ώστε να μην εμφανιστούν συμπτώματα αναιμίας.

Οι ημερήσιες ανάγκες του ανθρώπου σε σίδηρο είναι αυξημένες στα παιδιά, επειδή αυτά αναπτύσσονται, σ' όλη τη γόνιμη ηλικία των γυναικών, στην εγκυμοσύνη και στο θηλασμό.

Τρόφιμα πλούσια σε σίδηρο είναι το κρέας, το συκώτι, οι φακές, τα φασόλια, τα πράσινα λαχανικά, το μαύρο ψωμί κ.ά.

Περιεκτικότητα σε σίδηρο στα 100γρ. καταναλώσιμης τροφής.

Είδος τροφής (100γρ.)	Σίδηρος (mg)
Γάλα	0,1
Αυγά	2,0
Κρέας(βοδινό)	1,8
Κοτόπουλο	0,7
Συκώτι	11,4
Ψάρι	0,3
Πατάτες	0,5
Λάχανο	0,6
Βερίκοκα	4,1
Ψωμί(άσπρο)	1,7
(πιτυρούχο)	2,5
Αλεύρι	2,4
Σοκολάτα	2,4

Ασβέστιο (Ca)

Το ασβέστιο είναι το πιο άφθονο ανόργανο συστατικό στον οργανισμό μας. Βρίσκεται σε μικρές ποσότητες στα περισσότερα κύτταρα, αλλά το 90% του ασβεστίου του οργανισμού μας βρίσκεται στα οστά και στα δόντια.

Το ασβέστιο είναι ακόμη απαραίτητο:

1. Για την καλή λειτουργία του νευρικού και του μυϊκού μας συστήματος.
2. Τη φυσιολογική πήξη του αίματος.
3. Την καλή ορμονική λειτουργία του οργανισμού μας.
4. Την καλή λειτουργία της πέψης.

Για να αφομοιωθεί το ασβέστιο στον οργανισμό μας, είναι απαραίτητη στη διαίτά μας η παρουσία της βιταμίνης D καθώς επίσης καθώς επίσης και των πρωτεϊνών που βοηθούν το ασβέστιο να απορροφηθεί. Χωρίς αυτά τα θρεπτικά συστατικά δεν είναι δυνατόν να χρησιμοποιήσουμε σωστά το ασβέστιο που παίρνουμε από τις τροφές.

Το ασβέστιο είναι απαραίτητο για όλες τις ηλικίες. Είναι όμως αυξημένες οι ημερήσιες ανάγκες σε ασβέστιο στα παιδιά και στις γυναίκες στην περίοδο της εγκυμοσύνης και του θηλασμού.

Η έλλειψη ασβεστίου μπορεί να προκαλέσει ραχίτιδα στα παιδιά και οστεοπόρωση στους ηλικιωμένους. Σε περιπτώσεις που δεν παίρνουμε αρκετό ασβέστιο από τις τροφές, ο οργανισμός μας "δανείζεται" το ασβέστιο που χρειάζεται από τα οστά και έτσι καταλήγουμε στις παραπάνω ασθένειες. Ταυτόχρονα μια δίαιτα φτωχή σε ασβέστιο έχει επίδραση επίσης, στη λειτουργία του νευρικού και του μυϊκού μας συστήματος και στην πήξη του αίματος.

Τρόφιμα πλούσια σε ασβέστιο είναι: Το γάλα, το τυρί, το γιαούρτι, τα ψάρια, το μουρουνέλαιο, τα πράσινα λαχανικά, τα αυγά κ.ά.

Περιεκτικότητα σε ασβέστιο στα 100 γραμμάρια καταναλώσιμης τροφής.

Είδος τροφής (100γρ.)	Ασβέστιο (mg)
Γάλα(αγελάδας)	118
(εβαπορέ)	252
(σκόνη αποβουτ.)	1308
Γιαούρτι	180
Τυρί (φέτα)	105
(κασέρι)	750
Αυγά	54
Κρέας (βοδινό, μπριζόλες ψητές)	14
Ψάρι	16
Πατάτες	8
Λάχανο	49
Μήλα	4
Ψωμί (άσπρο)	70
(πιτυρούχο)	99
Αλεύρι	41
Ρύζι	4

Φώσφορος (P)

Ο φώσφορος είναι το δεύτερο μετά το ασβέστιο πιο άφθονο ανόργανο συστατικό στον οργανισμό μας. Όπως και το ασβέστιο, είναι βασικό δομικό στοιχείο των οστών, αλλά βρίσκεται επίσης σε μικρές ποσότητες και στα περισσότερα κύτταρα. Το 80% του φωσφόρου στον οργανισμό μας βρίσκεται ενωμένο με το ασβέστιο στα οστά.

Ο φώσφορος παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό των υδατανθράκων, των λυπών και των πρωτεϊνών στον οργανισμό μας.

Περιεκτικότητα σε φώσφορο στα 100γρ. καταναλώσιμης τροφής.

Είδος τροφής (100γρ.)	Φώσφορος (mg)
Γάλα (αγελάδας)	93
Τυρί (φέτα) (κασέρι)	184 478
Αυγά	205
Κρέας (βοδινό, Μπριζόλες ψητές)	151
Κοτόπουλο	160
Πατάτες	40
Λάχανο	29
Πορτοκάλια	20
Φιστίκια (αράπικα)	500
Ψωμί(άσπρο) (πιτυρούχο)	87 228

Μαγνήσιο (Mg)

Η μεγαλύτερη ποσότητα του μαγνησίου στον οργανισμό μας βρίσκεται στα οστά μαζί με το ασβέστιο και το φώσφορο.

Το μαγνήσιο από την άλλη πλευρά, ενεργοποιεί επίσης διάφορα ένζυμα στον οργανισμό μας που είναι απαραίτητα για την παραγωγή ενέργειας.

Περιεκτικότητα σε μαγνήσιο στα 100γρ. καταναλώσιμης τροφής.

Είδος τροφής (100γρ.)	Μαγνήσιο (mg)
Γάλα (αγελάδας)	12
Τυρί (κασέρι)	25
Αυγά	12
Κρέας (βοδινό)	151
Κοτόπουλο	20
Πατάτες	24
Λάχανο	17
Πορτοκάλια	13

Φιστίκια (αράπικα)	26
Ψωμί (άσπρο) (πιτυρούχο)	97 230

Νάτριο-Χλώριο (Na-Cl)

Το νάτριο είναι απαραίτητο στον άνθρωπο για την καλή λειτουργία του νευρικού και του μυϊκού συστήματος.

Οι ανάγκες του οργανισμού σε χλωριούχο νάτριο (αλάτι) για έναν ενήλικο είναι 4 γραμμάρια περίπου την ημέρα. Την ποσότητα αυτή μπορούμε να την πάρουμε από τα τρόφιμα, χωρίς να χρειάζεται να προσθέσουμε επιπλέον αλάτι στα φαγητά μας όπως συνηθίζουμε να κάνουμε. Η αυξημένη πρόσληψη χλωριούχου νατρίου (αλατιού) έχει συνδεθεί με ορισμένες παθήσεις, όπως είναι η υπέρταση (δηλαδή η αυξημένη αρτηριακή πίεση), οι παθήσεις των νεφρών κ.ά. Γι' αυτό θα πρέπει να περιορίσουμε την πρόσληψη χλωριούχου νατρίου στη διατροφή μας.

Κάλιο (K)

Το κάλιο είναι επίσης απαραίτητο στον άνθρωπο. Το κάλιο βρίσκεται στα ενδοκυτταρικά υγρά (δηλαδή στο χώρο που βρίσκεται μέσα στα κύτταρα).

Όπως και για το νάτριο, έλλειψη καλίου μπορεί να εμφανιστεί στον άνθρωπο μόνο όταν έχουμε απώλεια υγρών. Αυτό συμβαίνει σε περιπτώσεις που έχουμε εμετούς και διάρροιες ή μετά από λήψη διουρητικών φαρμάκων.

Τροφές πλούσιες σε κάλιο είναι ο καφές, τα όσπρια, τα φρούτα, οι πατάτες, το γάλα κ.ά.

Ιχνοστοιχεία

Εκτός από τα ανόργανα συστατικά που ήδη αναφέραμε, υπάρχει και μία ακόμη ομάδα θρεπτικών συστατικών που ονομάζονται ιχνοστοιχεία και που χρειάζονται στον οργανισμό σε πολύ μικρές ποσότητες (ίχνη).

Από τα κυριότερα ιχνοστοιχεία είναι το φθόριο και το ιώδιο.

Φθόριο

Το φθόριο είναι απαραίτητο στον άνθρωπο για την καλή υγεία των οστών και των δοντιών. Έχει διαπιστωθεί ότι προλαβαίνει τη φθορά των δοντιών.

Η καλύτερη πηγή φθορίου είναι το πόσιμο νερό, που όμως η περιεκτικότητά του σε φθόριο ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή. Άλλες καλές πηγές φθορίου στη διαίτά μας είναι το τσάι και τα θαλασσινά.

Ιώδιο

Το ιώδιο είναι συστατικό της θυροξίνης, της ορμόνης που παράγεται στο θυρεοειδή αδέν. Η θυροξίνη είναι απαραίτητη ορμόνη και συντελεί στη σωματική και πνευματική ανάπτυξη του ανθρώπου.

Όταν υπάρχει έλλειψη ιωδίου, παρουσιάζονται παθολογικές καταστάσεις, όπως η βρογχοκήλη.

Τροφές πλούσιες σε ιώδιο είναι όλες οι θαλασσινές τροφές, όπως ψάρια, μύδια, καβούρια, πεταλίδες, αχινοί κ.ά. Για το λόγο αυτό η βρογχοκήλη είναι πιο συχνή σε ορεινές περιοχές παρά σε παραθαλάσσιες.

Άλλα ιχνοστοιχεία απαραίτητα για τον άνθρωπο είναι το κοβάλτιο, το μολυβένιο, το αργίλιο, ο ψευδάργυρος, το μαγνήσιο, ο χαλκός και το θείο. Οι ανάγκες μας σ' αυτά τα ιχνοστοιχεία είναι μικρές και έτσι είναι πολύ δύσκολο να λείψουν από τη διατροφή μας.

Βιταμίνες

Οι βιταμίνες είναι ρυθμιστές της καλής λειτουργίας του οργανισμού μας. Είναι και αυτές απαραίτητες όπως και τα ανόργανα άλατα σε πολύ μικρές ποσότητες. Χωρίς αυτές ο οργανισμός μας δε θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει κανένα από τα άλλα θρεπτικά συστατικά των τροφίμων.



Βιταμίνη Α (ρετινόλη)

Η βιταμίνη Α είναι απαραίτητη στον άνθρωπο για την καλή λειτουργία της αίσθησης της όρασης. Η έλλειψη της μπορεί να οδηγήσει σε ξηροφθαλμία, νυκταλωπία (δυσκολία να δει κανείς τη νύχτα) και τελικά σε τύφλωση. Η βιταμίνη Α είναι επίσης απαραίτητη για τη διατήρηση της υγείας του δέρματος μας.



Βιταμίνη D (χολεκαλσιφερόλη)

Η βιταμίνη D είναι απαραίτητη στον οργανισμό μας για την απορρόφηση του ασβεστίου και του φωσφόρου. Εξάλλου χωρίς την παρουσία της βιταμίνης D η χρησιμοποίηση του ασβεστίου στα οστά δεν είναι δυνατή. Έλλειψη της βιταμίνης D προκαλεί ραχιτισμό στα παιδιά και οστεοπόρωση στους μεγάλους, παθήσεις των οστών που εμφανίζονται κυρίως σε περιοχές όπου δεν υπάρχει μεγάλη ηλιοφάνεια. Τη βιταμίνη D μπορούμε να την πάρουμε από ορισμένες ζωικές τροφές, όπως π.χ. είναι: τα αυγά, το βούτυρο, τα παχιά ψάρια και το συκώτι.



✓ Βιταμίνη E (τοκοφερόλη)

Η βιταμίνη E βρίσκεται σε όλες τις κυτταρικές μεμβράνες του σώματός μας. Είναι και αυτή απαραίτητη, γιατί βοηθά να διατηρηθεί σταθερή η σύσταση των μεμβρανών αυτών. Η έλλειψη της βιταμίνης E προκαλεί αναιμία. Αυτή η βιταμίνη βρίσκεται σε μια ποικιλία τροφίμων. Οι πλουσιότερες πηγές της όμως είναι τα φυτικά έλαια, η μαργαρίνη, τα αυγά και τα δημητριακά.



✓ Υδατοδιαλυτές βιταμίνες

Οι βιταμίνες της ομάδας B (B1, B2, B6, B12, νιασίνη, φυλλικό οξύ, παντοθενικό οξύ και βιοτίνη) και η βιταμίνη C είναι υδατοδιαλυτές. Αυτό σημαίνει ότι διαλύονται στο νερό και στα υγρά του σώματος. Όσες από τις υδατοδιαλυτές βιταμίνες δε χρησιμοποιούνται αποβάλλονται από τον οργανισμό μας. Είναι, λοιπόν, απαραίτητο να παίρνουμε τόση ποσότητα υδατοδιαλυτών βιταμινών την ημέρα όση τουλάχιστον χρειαζόμαστε, γιατί οι υδατοδιαλυτές βιταμίνες, σε αντίθεση με τις λιποδιαλυτές, δεν αποθηκεύονται στον οργανισμό.

✓ Βιταμίνη C (ασκορβικό οξύ)

Ο άνθρωπος, σε αντίθεση με πολλά ζώα, δεν μπορεί να συνθέσει την βιταμίνη C και έτσι πρέπει να την παίρνει αυτούσια από την τροφή του.

Η βιταμίνη C είναι απαραίτητη στον άνθρωπο γιατί:

1. Συμβάλλει στην καλή κατάσταση των αιμοφόρων αγγείων.
2. Προστατεύει τον οργανισμό από τις λοιμώξεις.
3. Είναι απαραίτητη για την απορρόφηση του σιδήρου, του ασβεστίου και του φωσφόρου.



Έλλειψη της βιταμίνης C οδηγεί σε αιμορραγίες, γιατί προκαλείται βλάβη στα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων. Η έλλειψη της βιταμίνης οδηγεί επίσης σε αναιμία, παραμόρφωση των οστών και τέλος στην ασθένεια σκορβούτο, η οποία χαρακτηρίζεται από συχνές αιμορραγίες σε διάφορα σημεία του σώματος. Τρόφιμα πλούσια σε βιταμίνη C είναι τα φρούτα και τα λαχανικά. Τα ζωικά τρόφιμα περιέχουν πολύ μικρές ποσότητες βιταμίνης ή και καθόλου

✓ Βιταμίνες της ομάδας B

Οι βιταμίνες της ομάδας B κάνουν καλό στο μυαλό, τα νεύρα, το δέρμα, την πέψη, την καρδιά και τους μυς. Το αλκοόλ και τα διάφορα φάρμακα (ναρκωτικά,

ηρεμιστικά κ.λ.π.) καταστρέφουν τις βιταμίνες Β γιατί τις εμποδίζουν να απορροφηθούν από τον οργανισμό.



Βιταμίνη Β1 (θειαμίνη)

Η θειαμίνη είναι διαδεδομένη τόσο στις φυτικές όσο και στις ζωικές τροφές. Προσοχή χρειάζεται στο μαγείρεμα των τροφίμων, γιατί μπορεί να έχουμε σοβαρές απώλειες της βιταμίνης στο νερό. Τροφές πλούσιες σε θειαμίνη είναι το μαύρο ψωμί, το μη αποφλοιωμένο ρύζι, το κρέας, ορισμένα λαχανικά, τα αυγά, οι ξηροί καρποί, κ.α.



Βιταμίνη Β2 (ριβοφλαβίνη)

Η βιταμίνη Β2 είναι απαραίτητη για την καλή λειτουργία του μυϊκού και του νευρικού μας συστήματος. Η βιταμίνη αυτή είναι πολύ διαδεδομένη τόσο στις ζωικές όσο και στις φυτικές τροφές. Τροφές πλούσιες σε βιταμίνη Β2 είναι το γάλα, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, το κρέας, τα αυγά, κ.α. Είναι βιταμίνη ευαίσθητη στο φως και στον ήλιο και καταστρέφεται εύκολα. Γι' αυτό τροφές ευαίσθητες, όπως το γάλα, δεν πρέπει να διατηρούνται εκτεθειμένες στον ήλιο. Η έλλειψή της προκαλεί στον άνθρωπο διάφορες μορφές δερματίτιδας.



Νιασίνη (νικοτινικό οξύ)

Η νιασίνη ή νικοτινικό οξύ ή νικοτιναμίδη είναι γνωστή σαν η βιταμίνη που προλαβαίνει και θεραπεύει την πελαργό, αρρώστια που χαρακτηρίζεται από δερματικές, νευρικές και ψυχικές διαταραχές. Η νιασίνη είναι μία αρκετά σταθερή βιταμίνη και δεν καταστρέφεται όταν μαγειρεύουμε τα τρόφιμα.



Βιταμίνη Β6 (πυριδοξίνη)

Η βιταμίνη Β6 βρίσκεται σε μεγάλη ποικιλία τροφίμων και ειδικότερα στο κρέας, στα ψάρια, στα δημητριακά και σε μερικά λαχανικά.

Η έλλειψή της μπορεί να οδηγήσει σε αναιμία, νευροπάθεια και κατάθλιψη.



Βιταμίνη Β12 (κυανοκοβαλαμίνη)

Η βιταμίνη Β12 μας είναι απαραίτητη για την καλή λειτουργία των κυττάρων. Είναι συστατικό πολλών ενζύμων και είναι απαραίτητη για το σχηματισμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Είναι επίσης απαραίτητη για την ανάπτυξη του σώματός μας.

Βρίσκεται μόνο σε ζωικές τροφές. Γι' αυτό και τα άτομα που είναι φυτοφάγα κινδυνεύουν να εμφανίσουν, συμπτώματα από έλλειψη της βιταμίνης αυτής.



Φυλλικό οξύ

Είναι απαραίτητο για το μεταβολισμό άλλων θρεπτικών συστατικών. Χρησιμεύει στο σχηματισμό των ερυθροκυττάρων. Η έλλειψή του προκαλεί τη μακροκυτταρική αναιμία. Το φυλλικό οξύ είναι πολύ διαδεδομένο κυρίως στις φυτικές αλλά και στις ζωικές τροφές. Τρόφιμα πλούσια σε φυλλικό οξύ είναι τα λαχανικά (κυρίως τα πράσινα λαχανικά), τα εντόσθια (κυρίως το συκώτι), τα όσπρια κ.α.

Το φυλλικό οξύ είναι πολύ ευαίσθητη βιταμίνη και καταστρέφεται εύκολα στο μαγείρεμα, γιατί είναι ευδιάλυτη στο νερό. Γι' αυτό πρέπει να προσέχουμε και να μαγειρεύουμε τα τρόφιμα με όσον το δυνατότερο λιγότερο νερό.

Αυξημένες ανάγκες σε φυλλικό οξύ έχουν τα πρόωρα βρέφη και οι γυναίκες στην περίοδο της εγκυμοσύνης και του θηλασμού.



Βιοτίνη

Είναι απαραίτητη για το μεταβολισμό των λιπών. Πολύ μικρές ποσότητες χρειάζονται στην καθημερινή μας διατροφή, γιατί η βιοτίνη παράγεται στο έντερο από τα βακτηρίδια που αποτελούν τμήμα της χλωρίδας του εντέρου.

Η έλλειψη της βιοτίνης μπορεί να εμφανιστεί μόνο σε άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες από ωμά ασπράδια αυγών. Τα συμπτώματα της έλλειψης της βιταμίνης αυτής είναι η ανορεξία, οι εμετοί, οι δερματικές και οι νευρικές διαταραχές.

Η βιοτίνη βρίσκεται στα αυγά, στο συκώτι, στο γάλα, στα προϊόντα του γάλακτος, στα λαχανικά κ.α.

Σε ποιες κατηγορίες ανθρώπων εμφανίζεται συνηθέστερα έλλειψη βιταμινών;

Οι ανάγκες που έχει ένας άνθρωπος σε βιταμίνες μεταβάλλονται στη διάρκεια της ζωής του, ενώ παράλληλα εξαρτώνται και από ορισμένες καταστάσεις και συνήθειες. Έτσι, ορισμένες ομάδες ανθρώπων παρουσιάζουν αυξημένους κινδύνους αβιταμίνωσης.

Ειδικότερα:

Οι νέοι και οι νέες:

Σε πολλούς νέους ανθρώπους παρουσιάζεται έλλειψη βιταμινών εξαιτίας της μονόπλευρης διαίτας που ακολουθούν. Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια ολοένα και μεγαλύτερη μερίδα της νεολαίας αποφεύγει τα φρούτα, τα φρέσκα λαχανικά και τις τροφές ολικής άλεσης και στρέφεται στις έτοιμες τροφές και στα φαστφουντάδικα. Μπορεί έτσι εύκολα να παρουσιαστεί έλλειψη σε βιταμίνες, και προπαντός στις βιταμίνες Β1, Β2, Α και φολικό οξύ.

Οι γυναίκες στη διάρκεια εγκυμοσύνης και θηλασμού: Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι γυναίκες πρέπει να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στη διατροφή τους. Ο οργανισμός τους χρειάζεται περισσότερη ενέργεια και κυρίως

περισσότερες βιταμίνες. Ιδιαίτερα στις βιταμίνες B1, B2, B6, και στο φολικό οξύ είναι δυνατόν να παρουσιαστεί ανεπάρκεια. Επίσης κατά τη διάρκεια του θηλασμού πρέπει να προτιμώνται τροφές πλούσιες σε βιταμίνες A, B6 και φολικό οξύ.

Οι ηλικιωμένοι:

Οικονομικά προβλήματα που οδηγούν στην αγορά τροφίμων αμφίβολης θρεπτικής αξίας, ακανόνιστο φαγητό, τακτική λήψη φαρμάκων, δυσκολίες στη μάσηση και ενοχλήσεις του πεπτικού συστήματος έχουν ως αποτέλεσμα να παρατηρείται σε πολλά ηλικιωμένα άτομα έλλειψη βιταμινών. Συνήθως λείπουν οι βιταμίνες A, C, φολικό οξύ και D.

Οι αθλητές:

Οι εν ενεργεία αθλητές για να διατηρήσουν τις επιδόσεις τους έχουν αυξημένες ανάγκες σε βιταμίνες. Για να τις καλύψουν αρκεί να επιλέξουν τροφές πλούσιες σε βιταμίνες. Φαρμακευτικά βιταμινούχα σκευάσματα είναι κατά κανόνα περιττά.

Οι ασθενείς

Όσοι υποβλήθηκαν σε χειρουργική αφαίρεση τμήματος του λεπτού εντέρου για οποιονδήποτε λόγο μπορεί να αναπτύξουν ανεπάρκεια βιταμινών, κυρίως του συμπλέγματος B. Αυτό οφείλεται στο ότι οι βιταμίνες αυτές απορροφώνται από συγκεκριμένο τμήμα του λεπτού εντέρου, η αφαίρεση του οποίου έχει επιπτώσεις στην απορρόφηση των αντίστοιχων βιταμινών.



Για να πετύχουμε τη λιγότερη δυνατή απώλεια σε βιταμίνες όταν μαγειρεύουμε τα λαχανικά πρέπει:

1. Να τα βράζουμε ολόκληρα ή όταν χρειάζεται να τα κόβουμε σε όσο το δυνατό μεγαλύτερα κομμάτια.
2. Να τα βράζουμε σε όσο το δυνατόν λιγότερο νερό. Ρίχνουμε τα λαχανικά εφόσον έχει βράσει το νερό.
3. Τα βράζουμε για όσο το δυνατόν λιγότερο χρόνο (γι' αυτό προτιμότερο είναι να τα βράζουμε σε ταχυβραστήρες).
4. Να μην τα κρατάμε για ώρες μετά το μαγείρεμα και ώσπου να τα φάμε.

Το νερό



Κάθε κύτταρο του οργανισμού μας αποτελείται σε μεγάλο ποσοστό από νερό. Συνολικά τα 2/3 του σώματός μας είναι νερό. Το νερό αποτελεί ακόμα το 90% του αίματός μας

Ο ρόλος του νερού στον οργανισμό είναι ουσιώδης: όλες οι χημικές αντιδράσεις, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη ζωή, μπορούν να πραγματοποιηθούν μόνο μέσα σε υδατικό περιβάλλον, τόσο στο ενδοκυτταρικό όσο και στο εξωκυτταρικό περιβάλλον. Επιπροσθέτως, το νερό είναι το όχημα, το οποίο επιτρέπει την αφομοίωση των θρεπτικών ουσιών από το έντερο, μεταφέρει πληθώρα διαλυμένων στοιχείων ή αιωρούμενων στο αίμα και παρασύρει τα τοξικά κατάλοιπα προς το εξωτερικό του σώματος. Συντελεί επίσης στη διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας του σώματος. Το νερό βοηθά ακόμη στην πέψη της τροφής, όπως και στην καλή λειτουργία όλων των οργάνων του σώματος.

ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΘΡΕΠΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Όταν εισάγουμε ένα τρόφιμο στο στόμα, αρχίζει μια πολύπλοκη φυσική και χημική διαδικασία, η οποία καθιστά δυνατή την παραγωγή των διαφόρων θρεπτικών ουσιών στον πεπτικό σωλήνα, τη μετέπειτα απορρόφησή τους και τελικά, την εκμετάλλευσή τους από τους διάφορους ιστούς του οργανισμού.

Χάρη στη δράση των πεπτικών ενζύμων, η τροφή διασπάται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να παράγονται τα βασικά μονομερή των διαφόρων θρεπτικών ουσιών που τη συνιστούν : μονοσακχαρίτες και τους υδατάνθρακες, τα τριγλυκερίδια από τα λίπη, αμινοξέα από τις πρωτεΐνες. Μόνο οι ήδη διασπασμένες ουσίες, μικροσκοπικών διαστάσεων, μπορούν να διαπεράσουν τα τοιχώματα του εντέρου και να φθάσουν στα παρακείμενα αιμοφόρα αγγεία : διαδικασία που είναι γνωστή ως αφομοίωση. Μόλις εισέλθουν στην κυκλοφορία του αίματος, όλες οι θρεπτικές ουσίες μεταφέρονται καταρχήν έως το ήπαρ, το "χημικό εργαστήρι" του σώματος. Σε αυτό το όργανο, οι κύριες θρεπτικές ουσίες μεταβολίζονται, μετατρέπονται, συσσωρεύονται σε αποθηκευτικούς χώρους για τη μετέπειτα χρησιμοποίησή τους.

Μετά το φιλτράρισμα και την επεξεργασία τους στο ήπαρ, οι θρεπτικές ουσίες περνούν στη γενική κυκλοφορία του αίματος για να φθάσουν, μεταφερόμενες στο αίμα, σε όλους τους ιστούς του οργανισμού και δεσμεύονται από τα κύτταρα. Εντός πλέον του εσωτερικού των κυττάρων, χρησιμοποιούνται για δύο βασικούς σκοπούς : για να δημιουργηθούν οι ιστοί του οργανισμού και χημικές ουσίες ποικίλης φύσης ή ως καύσιμα μέσω των οποίων παράγεται η ενέργεια που είναι απαραίτητη για την εκτέλεση των λειτουργιών του οργανισμού.

3. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Η σχέση διατροφής και υγείας είναι γνωστή από την αρχαιότητα. Ο πατέρας της Ιατρικής Ιπποκράτης (460 π.χ.) συνέδεσε τη σωστή διατροφή, με την καλή υγεία. Είναι ενδιαφέρουσα η σημασία, που αποδίδει ο Ιπποκράτης στη συνύπαρξη σωστής

διατροφής και άσκησης. Είναι, επίσης, ενδιαφέρουσα η αναγνώριση της σχέσης μεταξύ φυσικής και διανοητικής υγείας, όπως αυτή διατυπώθηκε, από τους αρχαίους προγόνους μας, στο γνωστό ρητό: *“Νους υγιής εν σώματι υγεί”*.

Η διατροφή είναι βασική προϋπόθεση για τη διατήρηση της σωματικής και κατά συνέπεια της ψυχικής υγείας. Η σωματική υγεία έχει απόλυτη εξάρτηση από τη διατροφή καθώς δεν εξασφαλίζεται μοναχά από την ιατρική τεχνολογία αλλά κατά ένα μεγάλο μέρος από την πρόληψη.

Ο άνθρωπος θεωρεί ότι η τροφή είναι ζωτικής σημασίας. Καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, η διατροφή είναι το βασικό στοιχείο που διατηρεί τη ζωή και παρέχει στα κύτταρα την απαραίτητη ενέργεια έτσι ώστε οι διάφοροι ιστοί και τα όργανα να μπορούν να λάβουν συντονισμένες ενέργειες. Η ανθρώπινη ζωή είναι όπως ένα μικρό δέντρο, το οποίο χρειάζεται σταθερό πότισμα, λίπανση, και καλλιέργεια για να είναι σε θέση να αυξηθεί με σθένος. Τέτοια είναι η σημασία της διατροφής στην ανθρώπινη ζωή. Κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης της διατροφής, μόνο μια ισορροπημένη διατροφή μπορεί να αποτρέψει το σώμα από μια δυσαναλογία, η οποία οδηγεί στην ασθένεια. Η θρεπτική συμπλήρωση πρέπει να είναι λογική και επιστημονική. Όταν κάποιος αρρωσταίνει, λαμβάνει θεραπεία, όταν κάποιος είναι υγιής, φρουρεί τον οργανισμό του ενάντια στην ασθένεια. Επομένως, η πρόληψη ασθενειών είναι το μέγιστο ζήτημα στη διατήρηση της υγείας. Η υγιής και ισορροπημένη διατροφή και ο βελτιωμένος τρόπος ζωής μπορούν να ρυθμίσουν και να αυξήσουν την ανοσοποιητική ικανότητα του σώματος.

***Ως σωστή διατροφή** θεωρείται η διατροφή που περιέχει όλες τις θρεπτικές και συμπληρωματικές ουσίες (: καλή διατροφή) στις αναγκαίες ποσότητες (: ισορροπημένη τροφή) με τον κατάλληλο σχεδιασμό των γευμάτων, που πρέπει να λαμβάνονται απαραίτητα υπόψη οι ιδιαίτερες συνθήκες ζωής του ατόμου (εργασία, περιβάλλον, συνήθειες κτλ) και οι ενεργειακές ανάγκες του οργανισμού σε συνδυασμό με την ηλικία και την σωματική διάπλασή του.*

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ

Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΗΜΕΡΑ:

Ο υποσιτισμός, η υπερκατανάλωση τροφής και μη ισορροπημένη διατροφή είναι σημαντικές εκδηλώσεις κακής διατροφής, η οποία έχει άμεσες επιπτώσεις στην υγεία

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, 3 στους 10 ανθρώπους, που ζουν σε αναπτυσσόμενες χώρες, εμφανίζουν συμπτώματα κακής διατροφής, με τη μορφή της έλλειψης θρεπτικών στοιχείων (ιδιαίτερα σιδήρου, ασβεστίου, βιταμινών Α, C και ριβοφλαβίνης), ή με τη μορφή αναιμιών, παχυσαρκίας, ή ασθενειών του κυκλοφορικού (καρδιόπαθειες, υπέρταση, κ.λπ.). Ο διαβήτης, σοβαρές περιοδοντικές ασθένειες, αλκοολισμός, διάφορες μορφές καρκίνου κ.λπ. είναι ασθένειες, που συνδέονται με την κακή διατροφή. Ιδιαίτερα επιρρεπείς, στην κακή διατροφή, είναι

τα μικρά παιδιά, οι έφηβοι, οι νεαρές έγκυες γυναίκες, οι φτωχές οικογένειες, οι ανάπηροι και οι ηλικιωμένοι.

Τι γίνεται αλήθεια στη χώρα μας; Τα τελευταία 60 χρόνια, ο Ελληνικός πληθυσμός έζησε δραστικές αλλαγές, στον τρόπο ζωής. Καθώς περάσαμε, από την ανέχεια της εποχής του μεσοπολέμου, στην αφθονία της σημερινής εποχής, σταδιακά, εγκαταλείψαμε την παραδοσιακή Μεσογειακή δίαιτα και υιοθετήσαμε το δυτικό

τρόπο ζωής και μια δίαιτα δυτικού τύπου. Από μια δίαιτα, φτωχή σε ζωικές πρωτεΐνες και ζωικά λίπη, πλούσια σε όσπρια, δημητριακά, ψάρι, φρούτα και λαχανικά, που συνδυαζόταν με συχνή χειρωνακτική εργασία (άσκηση), περάσαμε σε μια διατροφή, με συχνή χρήση κρεάτων, ραφιναρισμένων τροφίμων, πρόχειρων φαγητών (fast food), γλυκισμάτων, ζαχαρούχων αναψυκτικών, προϊόντων σνακς, κ.λ.π., σε συνδυασμό με πολύ άγχος και χωρίς, έστω στοιχειώδη, άσκηση. Η σημερινή διατροφή μας οδηγεί σε υψηλή πρόσληψη συνολικών θερμίδων, σε σχέση με τις ανάγκες του οργανισμού μας, σε υψηλή πρόσληψη ζάχαρης, άλατος, κορεσμένων λιπών και σε χαμηλή πρόσληψη φυτικών ινών, αντιοξειδωτικών ουσιών, ιχνοστοιχείων, βιταμινών και άλλων χρήσιμων διατροφικών στοιχείων. Μας οδηγεί, παράλληλα, στην εμφάνιση μιας σειράς ασθενειών, που έχουν διατροφική βάση, με προεξάρχουσα τη συχνή εμφάνιση πολλών μορφών καρκίνου (ιδιαίτερα του καρκίνου του πεπτικού συστήματος).

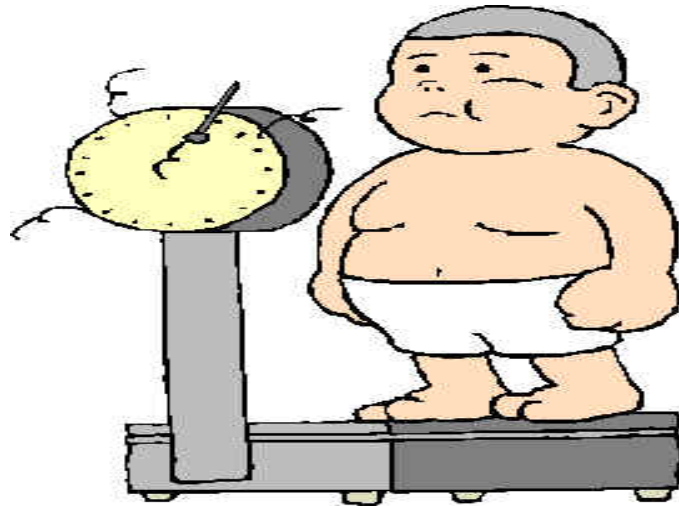
Ανάμεσα στις ασθένειες διατροφικής βάσης, η παχυσαρκία κατέχει, σε πολλές χώρες, την πρώτη θέση. Όσο συχνή είναι η εμφάνισή της, άλλο τόσο συχνότερη είναι και η λανθασμένη αντιμετώπισή της. Αντί οι ασθενείς να συμβουλευτούν ειδικούς γιατρούς και διαιτολόγους, σπασμωδικά, επιζητούν γρήγορες λύσεις, σε επικίνδυνες δίαιτες, που τους συνιστούν ανεύθυνα άτομα ή σε Ινστιτούτα Αδυνατίσματος, που ενδιαφέρονται να συνάψουν μακροχρόνια, ακριβά συμβόλαια, αδιαφορώντας για την πραγματική αντιμετώπιση του προβλήματος ή τις παρενέργειες, που, τυχόν, να προκαλέσουν οι χρησιμοποιούμενες μέθοδοι. Ο καρκίνος είναι μια κατ' εξοχήν περιβαλλοντική νόσος, αφού, πέρα από, την κληρονομική προδιάθεση, καθοριστικό ρόλο, στην εμφάνιση και εξέλιξή του, παίζουν η διατροφή, ο τρόπος και το περιβάλλον διαβίωσης.

Η διατροφή και ο τρόπος διαβίωσης του ανθρώπου, σε πολλές περιπτώσεις, μπορούν να εμποδίσουν ή και να αποτρέψουν την εκδήλωση της επάρατης αυτής νόσου. Τα τρόφιμα επιβαρύνονται με υπολείμματα φυτοφαρμάκων (από ψεκασμούς καλλιεργειών), νιτρικά και νιτρώδη άλατα (από υπερβολική χρήση λιπασμάτων) και ελεύθερες χημικές ρίζες (από καμένα λίπη - φριτέζες). Όλες οι παραπάνω ουσίες έχουν ενοχοποιηθεί, ως ισχυρά καρκινογόνα ή πρόδρομοι καρκινογόνων ουσιών.

Διοξίνες, ορμόνες, αντιβιοτικά, σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια, (τρελές αγελάδες), είναι σύγχρονες απειλές, συνοδοί ενός συστήματος παραγωγής, που πρέπει να αλλάξει άμεσα.

Η κακή χρήση πρόσθετων ουσιών (στα τρόφιμα), η νοθεία και οι περιβαλλοντικοί ρυπαντές ολοκληρώνουν την εικόνα των κινδύνων, που συνδέονται με την παραγωγή και τη διακίνηση των τροφίμων. Κινδυνεύουμε, λοιπόν, από κακή διατροφή. Κινδυνεύουμε, όμως, και από μη-ασφαλή τρόφιμα. Η ευθύνη της επιλογής των τροφίμων, που θα περιλάβουμε στη διατροφή μας βαρύνει, κυρίως, εμάς τους ίδιους. Η ευθύνη, όμως, για την παραγωγή και διακίνηση ασφαλών τροφίμων, βαρύνει, αποκλειστικά, την Πολιτεία, η οποία πρέπει να ενισχύσει, σημαντικά, τους ελεγκτικούς της μηχανισμούς. Είναι αλήθεια ότι οι διατροφικές συνήθειες αποκτώνται σε νεαρή ηλικία. Σημαντικό ρόλο παίζουν η οικογένεια και το σχολείο. Το σπιτικό φαγητό, το οποίο μαγειρεύεται με "αγνά" υλικά (ελαιόλαδο, χωρίς πολύ

αλάτι, χωρίς πολλά καρυκεύματα) είναι ότι καλύτερο μπορούμε να προσφέρουμε στα παιδιά μας.



4. Η ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ



Ο όρος Μεσογειακή διατροφή έχει συγκεκριμένο περιεχόμενο. Χρησιμοποιείται για να καθορίσει τις διατροφικές συνήθειες που χαρακτηρίζαν ορισμένες περιοχές της Μεσογείου στις αρχές της δεκαετίας του '60, όπως είναι η Κρήτη, ορισμένα μέρη της υπόλοιπης Ελλάδας και η νότια Ιταλία.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της μεσογειακής διατροφής είναι:

1. Ο υψηλός λόγος μονοακόρεστου / κορεσμένου λίπους
2. Αφθονία φυτικών τροφών
3. Υψηλή κατανάλωση όσπριων
4. Υψηλή κατανάλωση δημητριακών (συμπεριλαμβάνοντας το ψωμί)
5. Υψηλή κατανάλωση φρέσκων φρούτων ως συνηθισμένο καθημερινό επιδόρπιο και γλυκά που περιέχουν συμπυκνωμένα σάκχαρα ή μέλι λίγες φορές την εβδομάδα.
6. Υψηλή κατανάλωση λαχανικών
7. Μικρές ποσότητες κόκκινου κρέατος
8. Γαλακτοκομικά προϊόντα (κυρίως τυρί και γιαούρτι) καθημερινά, σε μικρές έως μέτριες ποσότητες
9. Ελαιόλαδο ως κύρια πηγή λιπαρών
10. Ψάρια και πουλερικά σε μικρές έως μέτριες ποσότητες
11. Κανένα έως τέσσερα αυγά την εβδομάδα
12. Μικρές έως μέτριες ποσότητες κρασιού, συνήθως με τα γεύματα.

Υπάρχουν ισχυρά στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η Μεσογειακή Διατροφή συνεισφέρει στην πρόληψη παραγόντων κινδύνου καρδιοαγγειακών παθήσεων, όπως

είναι η δυσλιπιδαιμία, η υπέρταση, ο διαβήτης τύπου II, η παχυσαρκία και συνεπώς στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου. Επιπλέον υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η Μεσογειακή Διατροφή παίζει προληπτικό ρόλο κατά ορισμένων μορφών καρκίνου.

Μία τόσο δυνατή Διατροφή μόνο το δυνατότερο οικοδόμημα ανά την γη, θα μπορούσε να διαλέξει ως σύμβολο της: την *πυραμίδα*. Ιδιαίτερα επιτακτική στην εποχή μας είναι η τάση επιστροφής στην Μεσογειακή Διατροφή, η οποία παρουσιάζεται στην παρακάτω πυραμίδα. Αν αναλύσουμε την πυραμίδα θα δούμε ότι παρουσιάζει φαγητά από όλες τις βασικές ομάδες τροφίμων. Κάθε ομάδα τροφίμων δίνει μερικά, αλλά όχι όλα, τα θρεπτικά συστατικά που χρειαζόμαστε.

Η **Πυραμίδα τροφίμων** αναπτύχθηκε από τα Υπουργεία Γεωργίας και Υγείας των ΗΠΑ με σκοπό να χρησιμοποιηθεί ως οπτικό εργαλείο για υγιεινή διατροφή. Η Πυραμίδα βασίζεται σε επιστημονικά στοιχεία διαιτητικών προσλήψεων, θρεπτικών συστατικών σε διάφορα τρόφιμα και τρόπους επιλογής τροφίμων για διατήρηση της υγείας.



ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



Στη βάση της πυραμίδας βρίσκεται το ψωμί και τα δημητριακά, το ρύζι και τα ζυμαρικά. Είναι τροφές που προέρχονται από σιτηρά και που πρέπει να καταναλώνονται σε ποσότητες μεγαλύτερες απ'ότι οι τροφές που αναγράφονται στα πιο πάνω στρώματα της πυραμίδας (περίπου 6-11 μερίδες καθημερινώς).

Στο πρώτο επίπεδο της πυραμίδας, βρίσκονται τροφές φυτικής προέλευσης, όσπρια, φρούτα και λαχανικά. Όλες αυτές οι τροφές περιέχουν βιταμίνες, άλατα και φυτικές ίνες και γι'αυτό το λόγο πρέπει να καταναλώνονται σε μεγάλες ποσότητες.

Στο δεύτερο επίπεδο της πυραμίδας, βρίσκεται το ελαιόλαδο. Το ελαιόλαδο είναι απαραίτητο στην καθημερινή μας διατροφή και η θρεπτική του αξία είναι ασύγκριτη καθώς βοηθάει στην αποφυγή μιας καρδιακής προσβολής.

Στο τρίτο επίπεδο της πυραμίδας, υπάρχουν δύο ομάδες τροφών - τα γαλακτομικά προϊόντα (γάλα, τυρί, γιαούρτι) και η ομάδα του κρέατος (κρέας, κοτόπουλο, ψάρια, αυγά, ξηροί καρποί). Όλες αυτές οι τροφές είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τη διατροφή καθώς περιέχουν πρωτεΐνες, ασβέστιο και σίδηρο.

Τέλος, στην κορυφή της πυραμίδας, βρίσκονται τα ζωικά λίπη και τα γλυκά. Τέτοιες τροφές είναι πλούσιες σε θερμίδες, όχι όμως και σε θρεπτική αξία και γι'αυτό τον λόγο η κατανάλωση τους πρέπει να γίνεται με μέτρο.

Για να έχουμε μία ισορροπημένη διατροφή πρέπει να έχουμε ποικιλία στα τρόφιμα που τρώμε και να διαλέγουμε την σωστή ποσότητα για να είμαστε σίγουροι ότι παίρνουμε τις θρεπτικές ουσίες που χρειαζόμαστε. Από τα τρόφιμα παίρνουμε τα

«καύσιμα» που χρειάζεται ο οργανισμός για να κάνει τις λειτουργίες του (να χτυπήσει η καρδιά, να αναπνεύσω, να πάω στη δουλειά, να πάω στο σχολείο, να βγω για παιχνίδι, κτλ).

ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ-ΟΛΗΓΟΣ ΥΠΕΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



Με βάση την πυραμίδα αυτή, θα πρέπει να καταναλώνουμε:

1-2 φορές το μήνα: (ή λίγο συχνότερα σε μικρές ποσότητες) κόκκινο κρέας.

1-2 φορές την εβδομάδα: ψάρια, πουλερικά, αβγά (και γλυκίσματα).

Καθημερινά: Φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ψωμί, δημητριακά, πατάτες, ελαιόλαδο, ελιές, γαλακτοκομικά.

Η **μεσογειακή διατροφή** συμβαδίζει με την συστηματική σωματική άσκηση ενώ προβλέπει και την κατανάλωση κρασιού με μέτρο. Η συστηματική φυσική δραστηριότητα είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση καλής υγείας και ιδανικού βάρους.

5. Μεσογειακή διατροφή σημαίνει υγεία

Έρευνα:

Οι ευεργετικές για την καρδιά επιδράσεις της μεσογειακής διατροφής πλούσιας σε φρούτα, λαχανικά, ψάρι και φυσικά ελαιόλαδο- είναι γνωστές και δεδομένες. Η νέα έρευνα έρχεται να επιβεβαιώσει τις προηγούμενες αλλά και να δώσει στοιχεία για το τι πραγματικά συμβαίνει όταν κάποιος ακολουθεί το συγκεκριμένο είδος διατροφής.

Οι ερευνητές χώρισαν 212 άνδρες και γυναίκες -που αντιμετώπιζαν μέτριο κίνδυνο εμφάνισης καρδιακής νόσου- σε δύο ομάδες, εκ των οποίων η πρώτη ακολουθούσε μεσογειακή διατροφή και η δεύτερη μία δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά για τρεις μήνες. Όσοι ανήκαν στην πρώτη ομάδα έτρωγαν ψάρι 4 φορές την εβδομάδα και κόκκινο κρέας μόλις μία. Στους άνδρες επιτράπηκε να πίνουν δύο ποτήρια κρασί καθημερινά, ενώ οι γυναίκες περιορίστηκαν στο ένα. Στη δεύτερη ομάδα, οι συμμετέχοντες έτρωγαν κοτόπουλο, ψάρι δύο-τρεις φορές την εβδομάδα, φρούτα, λαχανικά και φυτικά έλαια.

Παρόλο που οι εθελοντές και στις δύο ομάδες δεν ακολούθησαν όλες τις διατροφικές συστάσεις, οι ερευνητές παρατήρησαν αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες. Και στις δύο ομάδες παρατηρήθηκε μικρή αλλά σημαντική μείωση στο ΔΜΣ. Σε όσους ακολουθούσαν μεσογειακή διατροφή, τα επίπεδα χοληστερόλης έπεσαν κατά 7,5%, ενώ σε όσους είχαν επιλέξει τη δίαιτα με χαμηλά λιπαρά κατά 4,5%. Σύμφωνα με τα λεγόμενα των ερευνητών, αυτό μεταφράζεται σε μείωση του κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο κατά 15% και 9% αντιστοίχως.

Η καινούργια διατροφική πυραμίδα του USDA : Τα υπέρ και τα κατά

Το 1992 το Τμήμα Γεωργίας των Ηνωμένων Πολιτειών (USDA), εξέδωσε με τη σχηματική μορφή πυραμίδας, διατροφικές οδηγίες με σκοπό τη προαγωγή της υγείας και τη μείωση του ενδεχομένου εμφάνισης χρόνιων εκφυλιστικών νοσημάτων. Από τότε, η διατροφική πυραμίδα αποτέλεσε το εφαλτήριο για συγκεκριμένες διατροφικές κατευθύνσεις προς τον πληθυσμό των Αμερικάνων (και όχι μόνο) και το υπόδειγμα για έναν ευρέως αποδεκτό τρόπο σίτισης.

Η ταχέως όμως εξελισσόμενη επιστήμη της διατροφής και της διαιτολογίας, δεν θα μπορούσε να αφήσει αμετάλλακτο, ένα μοντέλο διατροφής που λανσαρίστηκε πριν από τόσα χρόνια.

Πριν από λίγο καιρό λοιπόν, το USDA παρουσίασε τη νέα διατροφική πυραμίδα με τίτλο **My Pyramid** (Η Πυραμίδα μου) και με ομολογουμένως μεγάλες διαφορές σε σχέση με τη προηγούμενη μορφή της.

Προτού δοθεί στη δημοσιότητα η νέα πυραμίδα, οι επιστημονικές προσδοκίες αλλά και η άτυπη πληροφόρηση που είχαμε, μας προϊδέαζαν ότι πρόκειται να γίνει από τους αρμόδιους μια σημαντική προσπάθεια αναβάθμισης του μοντέλου σίτισης, βασιζόμενη πάνω στα νεότερα επιστημονικά δεδομένα που έχουν προκύψει στο μεσοδιάστημα των 13 ετών και με βασικό στόχο την εξυπηρέτηση του τρίπτυχου: ευεξία - ιδανικό βάρος - πρόληψη κατά νοσημάτων, όπως ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά και οι αρθρίτιδες.

Όμως με μια ενδελεχή ματιά στη νέα πυραμίδα του USDA, θα δούμε πως τα πράγματα δεν εξελίχθηκαν ακριβώς έτσι και μάλλον η σχηματική απεικόνιση που διαμορφώνει διατροφικές τάσεις στην Αμερική αλλά και παγκοσμίως, δεν έμεινε ανεπηρέαστη από πιθανά συμφέροντα κολοσσιαίων εταιρειών διατροφής, αφού γνωρίζουμε καλά πως έστω και μικρές αλλαγές της διατροφικής πολιτικής μιας χώρας, επιφέρουν μεγάλες ζημιές ή αντιστρόφως μεγάλα κέρδη στις διάφορες βιομηχανίες τροφίμων.

Στη νέα λοιπόν πυραμίδα του USDA δεν υπάρχουν καθόλου απεικονίσεις τροφών όπως παλαιότερα, παρά μόνο έξι χρωματικές διαβαθμίσεις που αντιστοιχούν σε ανάλογα γκρουπ τροφών:

Το πορτοκαλί αντιστοιχεί στα δημητριακά, το πράσινο στα λαχανικά, το κόκκινο στα φρούτα, το κίτρινο στα έλαια, το μπλε στα γαλακτοκομικά και το μοβ στο κρέας και στα όσπρια. Παράλληλα, στο αριστερό μέρος της πυραμίδας, υπάρχει μια φιγούρα υπενθύμισης της αναγκαιότητας για αύξηση της σωματικής δραστηριότητας.



Επισημαίνοντας τα θετικά στοιχεία της καινούριας αυτής αναπαράστασης του «ιδανικού» τρόπου διατροφής για τους Αμερικάνους, θα πρέπει σαφώς να αναφερθούμε σε 3 καίρια σημεία:

1. Επιχειρείται προσπάθεια αναθεώρησης της γενικής εντύπωσης που προκλήθηκε από τη προηγούμενη διατροφική πυραμίδα, **ότι τα λιπαρά είναι κακά και πρέπει γενικώς και απροσδιορίστως να αποφεύγονται**. Οι νέες συστάσεις λοιπόν, στοχεύουν στο να επαναπροσδιορίσουν τη θέση των λιπαρών και να τονίσουν τη σημασία που έχει **το είδος του λίπους της** εκάστοτε τροφής. Στη προηγούμενη πυραμίδα του USDA, το λίπος δεν διαχωρίζεται ως προς το είδος του (μονοακόρεστο, πολυακόρεστο ή κορεσμένο) και κατέχει απεικονιστικά τη κορυφή της πυραμίδας, με την υπόδειξη ότι πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην ποσότητα της κατανάλωσής του.

Γνωρίζουμε όμως σήμερα πολύ καλά, τον τεράστιο ρόλο που παίζει στην υγεία μας, το είδος του λίπους που καταναλώνουμε και όχι απλά το ποσό. Στη Κρήτη, η παραδοσιακή διατροφή αναφορικά με τα λιπαρά, στηρίζεται σε πολυακόρεστα (λίπος ψαριών) και μονοακόρεστα (βασικό συστατικό στο ελαιόλαδο) λιπαρά. Παρόλο λοιπόν που το συνολικό ποσοστό κατανάλωσης λιπαρών, μπορεί να αγγίξει και το 40% των ημερήσιων προσλαμβανομένων θερμίδων, ο ρυθμός εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, είναι πολύ μικρότερος σε σχέση με περιοχές που η κατανάλωση λιπαρών δεν ξεπερνά το 10% (όπως σε πολλές περιοχές της Ιαπωνίας). Αν συγκρίνουμε τώρα περιοχές της Φινλανδίας, όπου η κατανάλωση των λιπαρών προσεγγίζει ποσοστιαία αυτή του Κρητικού λαού, θα διαπιστώσουμε τεράστια διαφορά στην εμφάνιση καρδιαγγειακών προβλημάτων εις βάρος της Φινλανδίας, κάτι που ενδέχεται να οφείλεται **και πάλι στο είδος του λίπους**, που ιδίως στην Ανατολική Φινλανδία είναι κατεξοχήν κορεσμένο (κυρίως από λίπος γαλακτοκομικών). Σε σχέση

τώρα με την διαδικασία της καρκινογένεσης, οι μελέτες που αφορούν στο είδος αλλά και στο ποσό του λίπους που πρέπει να καταναλώνεται, σπρώχνουν την πλάστιγγα κατά των κορεσμένων λιπαρών (λίπος κρέατος και γαλακτοκομικών), υποδεικνύοντας συνάμα **το μέτρο** στην γενική κατανάλωση λίπους (όχι πάνω από το 30% των ημερήσιων προσλαμβανομένων θερμίδων). Να τονίσουμε σε αυτό το σημείο, ότι τα αποτελέσματα των μελετών διατροφικού λίπους και καρκίνου δεν είναι σε καμία περίπτωση τόσο ξεκάθαρα, όσο αυτά που συνδέουν το λίπος της τροφής με τα καρδιαγγειακά νοσήματα

Συνυπολογίζοντας λοιπόν οι «δημιουργοί» της νέας πυραμίδας όλα αυτά τα στοιχεία, θέτουν με **κίτρινο χρώμα τα έλαια** (λιπαρά που σε θερμοκρασία δωματίου διατηρούνται σε υγρή μορφή όπως π.χ. το ελαιόλαδο, το σογιέλαιο, το ηλιέλαιο κ. άλλα), διαχωρίζοντας τα για πρώτη φορά από τις έντονες πηγές κορεσμένου λίπους.

2. Αν και εκ πρώτης, η θέαση της καινούριας πυραμίδας δεν δίνει συγκεκριμένες οδηγίες για το πόσα ισοδύναμα πρέπει να χρησιμοποιούνται από το κάθε γκρουπ τροφών, όπως ίσχυε έως τώρα, το συνολικό πακέτο οδηγιών που εκπονήθηκε από το USDA και που συνοδεύει τη πυραμίδα, δίνει για πρώτη φορά έμφαση στην εξατομίκευση, αφού δημιουργήθηκαν 12 διαφορετικά διατροφικά «πακέτα» ισοδυνάμων από τα γκρουπ τροφών, βάση θερμοδικής απόδοσης (από 1000 έως 3200 θερμίδες ημερησίως, ανάλογα με τις ανάγκες του καθενός).

Να σημειωθεί σε αυτό το σημείο πως η πρόσβαση στις εξατομικευμένες αυτές οδηγίες γίνεται μέσω διαδικτύου, προσφιλής τάση των Αμερικανών στη σύγχρονη εποχή...

3. Πολύ σημαντικό είναι το γεγονός ότι γίνεται ιδιαίτερη μνεία στην αναγκαιότητα για αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, αφού είναι πλέον επιστημονικά τεκμηριωμένο, πως η δραματική μείωση της σωματικής δραστηριότητας που έχει επέλθει τα τελευταία χρόνια ως αποτέλεσμα του σύγχρονου τρόπου ζωής, συνεισφέρει μέγιστα στη παχυσαρκία.

Από το αντίπαλο «στρατόπεδο» τώρα, αυτών που πιστεύουν πως χάθηκε η ευκαιρία για την δημιουργία και παρουσίαση ενός πραγματικά χρηστικού και άκρως ενημερωμένου μοντέλου σωστής διατροφής για τους Αμερικάνους, ασκούνται σημαντικές μομφές που αξίζουν διερεύνησης.

Η πρώτη αφορά στο γεγονός, ότι δεν παρουσιάστηκε η μεγάλη ανατροπή που σε κάποιο βαθμό αναμένονταν από την επιστημονική κοινότητα, σχετικά με τα δημητριακά και τα προϊόντα αυτών. Οι τροφές αυτές αποτελούσαν μέχρι πρότινος τη βάση της διατροφικής πυραμίδας του USDA, χωρίς να υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ εντόνως επεξεργασμένων δημητριακών και ανεπεξέργαστων δημητριακών.

Με τα δεδομένα που έχουν συλλέξει ερευνητές στην Αμερική, διαφαίνεται πως σημαντικό **μερίδιο ευθύνης στην αύξηση των ποσοστών παχυσαρκίας και διαβήτη τύπου 2, έχουν τα «ραφιναρισμένα» δημητριακά και τα προϊόντα αυτών**. Αναμένονταν λοιπόν, τροφές όπως το λευκό ρύζι, το λευκό ψωμί, **αλλά και οι πατάτες** να μοιραστούν την κορυφή της πυραμίδας μαζί με το κόκκινο κρέας και το βούτυρο, υποδεικνύοντας ουσιαστικά τις τροφές που πρέπει να καταναλώνονται

αραιά και που. Κάτι τέτοιο δεν έγινε, παρά μόνο υπάρχει μια υπόδειξη για κατανάλωση της μισής από την ενδεικνυόμενη ποσότητα των δημητριακών, σε ανεπεξέργαστη μορφή ...

Άλλο σημείο έντονης κριτικής από κορυφαίους επιστήμονες, μεταξύ αυτών και ο καθηγητής Walter Willet του Harvard University, αφορά στην οδηγία για κατανάλωση τουλάχιστο 3 μερίδων γαλακτοκομικών, παρόλο που επισημαίνεται πως πρέπει να είναι μειωμένων λιπαρών ή και άπαχα. Και αυτό διότι η κατανάλωση γαλακτοκομικών **πέρα από 2 μερίδες καθημερινά, όπως και το μεσογειακό μοντέλο διατροφής υποδεικνύει**, δεν σχετίζεται επιστημονικά με περαιτέρω μείωση του ενδεχόμενου για οστεοπόρωση. Επιπρόσθετα, θα έπρεπε να συνυπολογισθούν επιστημονικά στοιχεία, που συνδέουν την αυξημένη κατανάλωση γαλακτοκομικών με την αύξηση του ενδεχομένου για εμφάνιση καρκίνου των ωοθηκών (Cramer DW et al, Fairfield KM et al) και καρκίνου του προστάτη (Giovannucci E et al).

Τέλος επιστημονική αντιπαράθεση προκαλεί και το γεγονός ότι σχετικά με τη πρωτεΐνη, το κρέας, το ψάρι, το κοτόπουλο, τα όσπρια και οι ξηροί καρποί τοποθετούνται στο ίδιο ακριβώς γκρουπ, παρόλο που γνωρίζουμε και τη διαφορετικότητα στη σύσταση του λίπους αυτών των τροφών, αλλά και ότι η αντικατάσταση του κόκκινου κρέατος με ψάρια ή με συνδυασμό οσπρίων, δημητριακών και καρπών, προσφέρει σημαντικά οφέλη υγείας.

Αναμένεται λοιπόν με ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αν στο επόμενο χρονικό διάστημα θα έχει γίνει ευρέως αντιληπτό το νέο πακέτο διατροφικών συστάσεων του USDA, αν όντως θα αλλάξει κάτι στις επιδημικές διαστάσεις της παχυσαρκίας και των συνοδών νοσημάτων στις Ηνωμένες Πολιτείες και βέβαια αν και κατά πόσο η νέα μορφή της πυραμίδας του USDA, θα επηρεάσει μοντέλα διατροφής άλλων λαών.

6. Κρητική Διατροφή & Ιστορία



ΙΣΤΟΡΙΑ:

Η σύγχρονη διαιτολογία θεωρεί σήμερα τη μεσογειακή δίαιτα ως τρόπο ζωής που χαρίζει μακροζωία και καλή υγεία. Οι περισσότερες από τις έρευνες όμως, που έχουν γίνει διεθνώς, φέρουν την Κρήτη ως το καλύτερο και πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα μεσογειακής διατροφής. Αφού διαπίστωσαν πως οι κάτοικοι του νησιού έχουν τους μικρότερους δείκτες θνησιμότητας, τα πιο μικρά σε παγκόσμια κλίμακα ποσοστά θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνους, άρχισαν να αναζητούν την ταυτότητα της διατροφής που χάρισε (και χαρίζει) στους Κρητικούς αυτά τα εξαιρετικά προνόμια υγείας.

Πολύ γρήγορα φάνηκε πως πρόκειται για μια ιστορία που χάνεται στα βάθη του χρόνου. Δεν είναι δηλαδή αποτέλεσμα της μελέτης κάποιων επιστημόνων αλλά ένα βιολογικό πείραμα που διαρκεί μερικές χιλιάδες χρόνια! Η ιστορία της Κρητικής διατροφής ξεκινά από πολύ παλιά, ακόμη και πριν από τη νεολιθική εποχή. Μόνο που η επιστήμη δεν έχει στοιχεία παρά μόνον σοβαρές ενδείξεις για το τι έτρωγαν οι Κρητικοί πριν από 5.000 χρόνια.

Από την εποχή που ήκμασε ο Μινωικός πολιτισμός (4.000 χρόνια πριν) τα πράγματα αρχίζουν να γίνονται σαφέστερα. Από τα ευρήματα των αρχαιολογικών ανασκαφών φαίνεται πως και οι αρχαίοι Κρήτες, οι Μινωίτες, καταλάβαιναν τα ίδια σχεδόν προϊόντα που καταναλώνει και ο σημερινός Κρητικός. Στα ανάκτορα της μινωϊκής εποχής βρέθηκαν τα μεγάλα πιθάρια για το λάδι της ελιάς, τους δημητριακούς καρπούς, τα όσπρια και το μέλι. Και στις διάφορες εικονογραφικές μαρτυρίες βλέπουμε τον απίθανο κόσμο των Κρητικών φυτών και βοτάνων.

Καθώς περνούσαν οι αιώνες, η Κρητική κουζίνα συγκέντρωνε τη γνώση και την εμπειρία που μεταδιδόταν από γενιά σε γενιά, έτσι που ο Αθήναιος, Έλληνας συγγραφέας των ρωμαϊκών χρόνων, να μας πληροφορεί για δυο εξαιρετικά περίπλοκα και γευστικά γλυκά που παρασκευάζονταν στην αρχαία Κρήτη με πετιμέζι και μέλι, με ξηρούς καρπούς, σησάμι και σπόρια παπαρούνας. Στα βυζαντινά χρόνια οι Κρητικοί διατηρούν τις συνήθειές τους και η κουζίνα των αστικών οικογενειών αρέσκεται σε περίπλοκα εδέσματα, τα οποία προσέφεραν εξαιρετική γεύση.

Ο αγροτικός πληθυσμός εξακολουθεί να αξιοποιεί τη φύση και τα προϊόντα της. Αυτά αποτελούν τη βάση της περίφημης Κρητικής παραδοσιακής κουζίνας. Χόρτα, όσπρια, δημητριακά, ελαιόλαδο. Όλα αυτά, όμως, τα πλούτιζε με τη δύναμη της γόνιμης φαντασίας. Μπορούσε να μαγειρέψει τα προϊόντα του με πολλούς τρόπους, να τα κάνει γευστικά και νόστιμα.

Αυτή η συνήθεια τον βοήθησε πολύ να επιβιώσει κάτω από εξαιρετικά αντίξοες συνθήκες, όταν το νησί κατακτήθηκε διαδοχικά από τους Άραβες (824-961), τους Ενετούς (1204-1669) και τους Τούρκους (1669-1898). Η πιο σημαντική αλλαγή στην Κρητική διατροφή συνέβη όταν άρχισαν να διαδίδονται στο νησί τα προϊόντα που ήρθαν από το Νέο Κόσμο και κυρίως η ντομάτα. Αυτό, όμως, δεν είναι μειονέκτημα.

Απεναντίας, στο πλούσιο οπλοστάσιο των Κρητικών κηπευτικών προστέθηκε ακόμη ένα... Οι κατακτητές άλλαζαν αλλά δεν άλλαζε η ψυχή, η θρησκεία, η γλώσσα και... η κουζίνα του Κρητικού! Αυτή η συνέχεια δημιούργησε μια παράδοση που αποδεικνύεται σήμερα πολύτιμη, μια και η διεθνής επιστημονική κοινότητα κάνει λόγο όχι μόνο για την Κρητική κουζίνα αλλά και για το θαύμα της Κρητικής διατροφής!



ΚΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Μια από τις μεγαλύτερες προσφορές της Κρήτης στην ανθρωπότητα είναι η Κρητική Διατροφή, το σημαντικότερο κομμάτι της Μεσογειακής Δίαιτας.

Οι Κρητικοί τρώνε ότι τους παρέχει η γη τους : φρούτα, λαχανικά, χόρτα, κηπευτικά, όσπρια, γαλακτοκομικά και ψωμί.

Τα δημητριακά (κυρίως το ψωμί), τα όσπρια, τα λαχανικά, τα φρούτα και το ελαιόλαδο καλύπτουν το 85% του καθημερινού τους διαιτολογίου.

Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στο ελαιόλαδο καθώς αποτελεί τη ραχοκοκαλιά της διατροφής, με ποιότητα εξαιρετική και παρθένα, προϊόν απλής σύνθλιψης της ελιάς, χωρίς εκχυλίσματα και βελτιωτικά πρόσθετα, ευεργετικό για την καρδιά και την καλή λειτουργία πολλών οργάνων. Είναι πλούσιο σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, ανθεκτικά στην οξείδωση, που ελαττώνουν την LDL χοληστερόλη χωρίς να επηρεάζουν την HDL χοληστερόλη, η οποία προστατεύει από

την αθηροσκλήρωση. Το ελαιόλαδο, τέλος, περιέχει μεγάλη ποσότητα αντιοξειδωτικών ουσιών, που προφυλάσσουν από τις διάφορες μορφές καρκίνου.

Παρά τη χαμηλή κατανάλωση σε γάλα οι Κρητικοί καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες τυριού, γραβιέρας, κεφαλογραβιέρας, ανθότυρου, μυζήθρας και στάκας, σημαντικές πηγές ασβεστίου και πρωτεϊνών υψηλής βιολογικής αξίας, από αιγοπρόβατα ελευθέρως βοσκής που τρέφονται σχεδόν αποκλειστικά με άγρια χόρτα και κρητικά βότανα.

Το κρέας δεν αποτελεί σημαντικό κομμάτι της καθημερινής διαίτας των Κρητικών, ενώ καταναλώνουν πουλερικά δικής τους παραγωγής.

Οι Κρητικοί, επίσης καταναλώνουν ξηρούς καρπούς στη φυσική τους μορφή και μέλι(πηγές των απαραίτητων αμινοξέων και μετάλλων) ενώ κάνουν και χρήση αγνού κρασιού το οποίο προέρχεται από τοπικές ποικιλίες εναρμονισμένες πλήρως με τις κλιματολογικές συνθήκες του νησιού, με ισχυρές αντιοξειδωτικές ουσίες.

Τα αρωματικά βότανα και φυτά που χρησιμοποιούνται στην Κρήτη αποτελούν ακόμη μια σπουδαία παράδοση, με πολλές θεραπευτικές ιδιότητες και χρήσεις στον αρωματισμό των φαγητών.

Μέσα από αυτή την πανδαισία τροφών και γεύσεων αν κάνουμε μία διατροφική ανάλυση θα διαπιστώσουμε ότι κανένα θρεπτικό συστατικό δεν παρουσιάζεται σε έλλειψη.

Οι συνδυασμοί του Κρητικού διατροφικού προτύπου παρέχουν την ιδανική ισορροπία φυσικών προϊόντων, που προσφέρουν εκείνο ακριβώς που χρειάζεται ο άνθρωπος για να παραμείνει υγιής.

Στην δεκαετία του '60 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας στην λεγόμενη έρευνα των 7 χωρών(Φιλανδία, Η.Π.Α, Ολλανδία, Ιταλία, Γιουγκοσλαβία, Ιαπωνία και Ελλάδα), αποδείχτηκε ότι το μικρότερο ποσοστό θνησιμότητας αλλά και εμφάνισης ασθενειών όπως καρδιοπάθειες, καρκίνος, διαβήτης το κατείχαν οι κάτοικοι την Κρήτης. Η διαφορά τους από τους κατοίκους των άλλων χωρών έγκειται κυρίως στις διατροφικές τους συνήθειες και τον τρόπο ζωής.

ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΚΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Από τη μέχρι εδώ περιγραφή καταδεικνύεται ότι το παραδοσιακό Κρητικό διαιτητικό πρότυπο συνθέτουν μια σειρά από διατροφικούς παράγοντες και κανόνες σε συνδυασμό με ένα συγκεκριμένο τρόπο ζωής, που βρίσκονται μεταξύ τους σε μια ισορροπία και αποδίδουν την υγεία, την ευζωία και τη μακροβιότητα. Η αναβίωση του παραδοσιακού προτύπου συνεπάγεται την αναβίωση όλων μαζί των βασικών στοιχείων της Κρητικής διατροφής προσαρμοσμένων στις σύγχρονες συνθήκες.

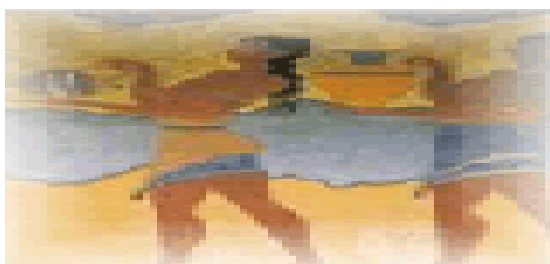
Τα βασικά στοιχεία της παραδοσιακής Κρητικής διαίτας σε όλη την ιστορία της είναι :

- ◆ Η άμεση σχέση με τη φύση
- ◆ Η συστηματική σωματική άσκηση και κίνηση
- ◆ Η λιτή και εγκρατής διατροφή που τη διακρίνει η απλότητα και το μέτρο
- ◆ Τα αγνά και φυσικά γεωργικά προϊόντα της Κρήτης

- ◆ Η γευστική και θεραπευτική μαγειρική
- ◆ Μια συγκεκριμένη σύνθεση και αναλογία τροφών, με κυριαρχία των φυτικών τροφίμων.

Δίδαγμα πολιτισμού και υγείας

Οι σημερινοί Κρητικοί νιώθουν την ανάγκη να παραδώσουν στην ανθρωπότητα το μυστικό της ζωής που κρατούν στα χέρια τους. Να προσφέρουν, μαζί με την ιστορία και τον πολιτισμό τους, το πολιτιστικό αγαθό που λέγεται ΚΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ. Και να διαβεβαιώσουν πως σήμερα στο νησί τους βρίσκεται σε εξέλιξη μια γιγάντια προσπάθεια διατήρησης των παραδοσιακών αξιών και των διατροφικών συνηθειών των παλιότερων Κρητικών, παρά τις προσπάθειες που γίνονται από διάφορα κέντρα προώθησης άλλων διατροφικών προτύπων, και κυρίως του γρήγορου φαγητού. Οι Κρητικοί παραγωγοί και οι Κρητικές εταιρείες επεξεργασίας, συσκευασίας και προώθησης διαβεβαιώνουν πως τα Κρητικά προϊόντα είναι πάντα αγνά, έτσι όπως μάθαμε από τους προγόνους, όπως μας διδάσκει η ιστορία και ο πολιτισμός μας.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΦΗΒΕΙΑ

1. ΕΦΗΒΕΙΑ

Εφηβεία, είναι μια κατ' εξοχήν κρίσιμη περίοδος που βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ παιδικότητας και ενηλικίωσης. Το παιδί δεν είναι πλέον παιδί αλλά ούτε και ώριμος άνθρωπος. Ένα καυτό πάντα θέμα που ενδιαφέρει τους ίδιους τους νέους αλλά και τους γονείς και όλους εκείνους που έρχονται σε επαφή μαζί τους.

Ας έχουμε πάντως υπ' όψη μας ότι ολόκληρη η ζωή του ανθρώπου είναι μια συνέχεια και μάλιστα η κάθε φάση επηρεάζεται από τις προηγούμενες και είναι καθοριστική για τις επόμενες. Ακόμη ότι ο έφηβος όπως και κάθε άνθρωπος επηρεάζεται άμεσα από το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον και κουβαλάει τις βιολογικές καταβολές του, όποιες και αν είναι αυτές.

Τι είναι αυτό που ονομάζουμε Εφηβεία;

Είναι η αναπτυξιακή εκείνη περίοδος της ζωής του ανθρώπου που ξεκινάει με ειδικές **βιολογικές αλλαγές** (ορμονικές) στο σώμα του παιδιού (αλλαγές που έχουν παράλληλα και ψυχοσωματικές επιπτώσεις) και τελειώνει ψυχολογικά με την τελική γενετήσια ολοκλήρωση και αυτόνομη ωρίμανση του ατόμου.

Θα λέγαμε αδρά ότι η εφηβεία αρχίζει γενικά περί το 11^ο έτος της ηλικίας και φτάνει μέχρι το 18^ο. Για τα κορίτσια αρχίζει μεταξύ 10-13 ετών και για τα αγόρια 13-16 ετών. Υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές στα όρια αυτά και θα πρέπει να το λαμβάνουν αυτό υπ όψη τους όσοι έρχονται σε επαφή με νέους.

Τα οστά αναπτύσσονται και κερδίζουν βάρος, ο μυϊκός και λιπώδης ιστός αναπτύσσονται και ο όγκος του αίματος αυξάνει. Παρατηρείται επίσης ωρίμανση του φύλου. Η φωνή των αγοριών αλλάζει ενώ τα κορίτσια έχουν την εμπειρία της εμμήνου ρύσης. Επίσης είναι γνωστό ότι μπορεί να παρατηρήσει κανείς εφηβική συμπεριφορά και σε μεγάλους ανθρώπους που δεν πέτυχαν να ωριμάσουν στην κρίσιμη αυτή περίοδο.

Αυτές οι αλλαγές είναι φανερές και έχουν τεράστια επίδραση στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του εφήβου. Κάθε άτομο αναπτύσσεται με δικό του τρόπο. Ένα κορίτσι μπορεί να γίνει βαρύτερο απ' όσο θα ήθελε, άλλο μπορεί να γίνει λεπτό, ένα αγόρι να μην αναπτύξει τους μυς του ή το ύψος που επιθυμεί ενώ μερικά αγόρια μπορεί να αναπτύξουν προβλήματα συμπλεγμάτων. Μπορεί να είναι περίοδος χαράς, αλλά μπορεί να είναι χρόνος όπου χρειάζονται συμβουλές.

Ενδείξεις έναρξης της εφηβείας στα κορίτσια:

1. Η ανάπτυξη του στήθους. Αυτή αρχίζει περίπου δύο χρόνια πριν την έναρξη της περιόδου.
2. Η εμφάνιση τριχώματος στις μασχάλες και την ηβική περιοχή.
3. Η ανάπτυξη του γυναικείου περιγράμματος του σώματος.
4. Η έναρξη της περιόδου.

Ενδείξεις έναρξης της εφηβείας στα αγόρια:

1. Αύξηση του μεγέθους του πέους και των όρχεων.
2. Η εμφάνιση ηβικού και μασχαλιαίου τριχώματος.
3. Η εμφάνιση τριχώματος στο πρόσωπο.
4. Αλλαγές της φωνής με βαθύτερο τόνο
5. Η ανάπτυξη του μυός και του αναστήματος.

Υπάρχει κρίση στην εφηβεία;

Η έννοια της κρίσης υποδηλώνει ότι πρόκειται για κάτι το παροδικό. Ορίζεται ως η εφήμερη αποδιοργάνωση του ψυχισμού του, που παρουσιάζεται όταν ο έφηβος αφήνει τα στηρίγματα της παιδικής ηλικίας, χωρίς να έχει βρει ακόμη εκείνα της ενήλικης ζωής. Εκδηλώνεται με ποικίλες διαταραχές της συμπεριφοράς, κυρίως προκλητικές και επιθετικές, μέσα από τις οποίες διαφαίνεται η άσχημη ψυχολογική κατάστασή του. Κατά συνέπεια μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογική κάποια λογική και ελεγχόμενη αναταραχή στον έφηβο.

Πάντως δεν θα πρέπει να θεωρείται κανόνας η αναταραχή, δεδομένου ότι μπορεί να αντισταθμιστεί συχνά, με επιτυχία από τον ίδιο τον έφηβο. Μάλιστα όταν έχουμε να κάνουμε με πολύ ήσυχα και υπάκουα παιδιά, τότε αυτό πρέπει να μας βάλει σε σκέψεις, ότι τα παιδιά αυτά δείχνουν απροθυμία στο να μεγαλώσουν και μπορεί να φταίνε διάφορα πράγματα γι' αυτό (όπως αυταρχικό και τιμωρητικό περιβάλλον ή υπερσυναισθηματικές εκδηλώσεις απέναντι στο παιδί από πλευράς γονέων). Τότε έχουμε ουσιαστικά, την ανάπτυξη υπερβολικών μηχανισμών άμυνας (προς τις αναδυόμενες ενορμήσεις) που δημιουργούν φραγμό στη φυσιολογική διαδικασία ωρίμανσης.

Σημαντικό ρόλο για την πρόκληση αναταραχής στη διάρκεια της εφηβείας παίζουν η **κληρονομικότητα** αλλά κυρίως το **περιβάλλον** του εφήβου (οικογένεια) καθώς και **παιδικές τραυματικές εμπειρίες**, όπως αποχωρισμοί, θάνατος, διαζύγιο γονέων, αρρώστιες. Στις περιπτώσεις αυτές είναι αναμενόμενο να έχουμε θυελλώδη εφηβεία με εσωτερική αναταραχή αλλά και εξωτερικά προβλήματα συμπεριφοράς στο σπίτι και στο σχολείο.

Ωστόσο, δεν είναι φυσιολογικό και αναμενόμενο να έχουμε **σοβαρές αναστατώσεις** στην εφηβεία και στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να τις αντιμετωπίσουμε σαν ψυχολογική διαταραχή. Ο λόγος είναι ότι αν δεν αντιμετωπιστούν με την ανάλογη ψυχολογική βοήθεια, είναι απίθανο να ξεπεραστούν ανώδυνα από τον έφηβο και αργότερα θα αφήσουν κάποια κατάλοιπα στην υπόλοιπη ζωή του.

Η εφηβεία ορίζεται από το χρονικό διάστημα που ξεκινά με την εμφάνιση των πρώτων σημείων της ήβης και καταλήγει στην ενηλικίωση του ατόμου.

Με τον όρο "ήβη" περιγράφουμε τις σωματικές και βιολογικές αλλαγές οι οποίες αρχίζουν (κατά μέσο όρο) στην ηλικία των 12 ετών για τα κορίτσια και των 14 ετών για τα αγόρια και οφείλονται κυρίως στην έκκριση ορμονών (οιστρογόνων για τα κορίτσια, ανδρογόνων για τα



αγόρια). Η σωματική ανάπτυξη επιταχύνεται απότομα και κάνουν την εμφάνισή τους τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου. Το τέλος της παιδικής ηλικίας για τα

αγόρια σηματοδοτείται με την αύξηση του μεγέθους του πέους, των όρχεων και του όσχεου, καθώς και την εμφάνιση της τριχοφυΐας.

Υπάρχει μια έντονη αλλαγή στην εικόνα του σώματος και του εαυτού, η οποία σπρώχνει τον έφηβο στην αναζήτηση μιας νέας ταυτότητας. Παράλληλα, οι ορμονικές μεταβολές ενισχύουν τις σεξουαλικές και επιθετικές παρορμήσεις του και προκαλούν την ψυχοσυναισθηματική εξέλιξή του. Ο έφηβος έχει τη δυνατότητα -που του έλειπε όταν ήταν παιδί- να κάνει δύο μεγάλα βήματα, τα οποία θα τον οδηγήσουν στην ενηλικίωση: να ολοκληρώσει τις σεξουαλικές σχέσεις του και να κερδίσει την αυτονομία του από τους γονείς.

Αυτές οι κατακτήσεις απαιτούν μεγάλη ψυχική ενέργεια και, αν δεν εξελιχθούν ομαλά, μπορεί να οδηγήσουν σε αυτό που ονομάζουμε *κρίση της εφηβείας*.

Ο τρόπος με τον οποίο θα ξεπεραστεί η κρίση της εφηβείας εξαρτάται από την προσωπικότητα και τις ψυχικές δυνάμεις του εφήβου, αλλά και από τη στάση και τη συμπεριφορά των γονιών.

Φυσικά είναι φανερό ότι όσο πιο υγιής είναι η προσωπικότητα του παιδιού, τόσο πιο εύκολα θα περάσει μέσα από την εφηβεία χωρίς να βιώσει έντονο άγχος ή κατάθλιψη. Γι' αυτό πρέπει να επενδύει κανείς σε ενδιαφέρον και προσοχή, από ωρίς στην παιδική ηλικία ώστε να προλάβει αργότερα τα απρόβλεπτα.

Είπαμε ότι η εφηβεία εκτείνεται από τα 11-18 ή και 20 & 25 ακόμη χρόνια της ζωής του ανθρώπου.

Θα πρέπει βέβαια να αναφερθεί, ότι η εφηβεία δεν είναι ομοιόμορφη και συνηθίζουμε επιστημονικά να την διαιρούμε σε τρία στάδια: ***Την προεφηβεία, την μέση και την τελική εφηβεία.***

Τα όρια βέβαια αυτά είναι ο κανόνας αλλά ποικίλουν από άτομο σε άτομο όσον αφορά την έναρξη αλλά και τη διάρκεια. Για παράδειγμα κάποιοι 15χρονοι βλέπουμε ότι βρίσκονται σαφώς στο 1^ο στάδιο ενώ άλλοι ήδη στο 3^ο και τελικό. Πάντως οι περισσότεροι είναι στο 2^ο μέσο στάδιο.

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την ωρίμανση σε κάποιο στάδιο της εφηβείας είναι το φύλο, το πολιτιστικό επίπεδο, η κοινωνική τάξη, η κατάσταση της υγείας και άλλα.

Έτσι τα κορίτσια ωριμάζουν νωρίτερα από τα αγόρια, ειδικά στα πρώτα στάδια. Εξ άλλου μια χρόνια νόσος μπορεί να καθυστερήσει την ανάπτυξη του εφήβου, που έχει να αντιμετωπίσει την εξάρτησή του τόσο από τη φαρμακευτική αγωγή όσο και τη συνεχή υποστήριξη από γονείς και γιατρούς, αλλά ταυτόχρονα παλεύει και με την εικόνα του σώματός του και τους περιορισμούς που του υπαγορεύει η αρρώστια του.

2. Στάδια της εφηβείας

Η εφηβεία χωρίζεται σχηματικά σε στάδια, τα οποία περιγράφουν τους μηχανισμούς που τη διέπουν. Το **αρχικό στάδιο**, από τα έντεκα έως τα δεκατέσσερα έτη, σηματοδοτεί αλλαγές στη συμπεριφορά του παιδιού. Είναι μια κρίσιμη μεταβατική περίοδος που μπορεί να προβληματίσει γονείς και παιδιά και γι' αυτό είναι σκόπιμο να είμαστε έτοιμοι και να καταβάλουμε ιδιαίτερη προσοχή. Οι γονείς παύουν να αναγνωρίζουν το χαρακτήρα του παιδιού τους. Ο έφηβος παρουσιάζεται αινιγματικός, απαιτητικός, ανυπόμονος και εριστικός. Όταν δεν ικανοποιούνται άμεσα οι ανάγκες του, γίνεται επιθετικός και οι αντιδράσεις του είναι απρόβλεπτες. Συχνά παρατηρείται παλινδρόμηση και ο έφηβος μιμείται τη συμπεριφορά μικρότερου παιδιού, γίνεται το μωρό της μαμάς του και αναζητεί τη φροντίδα της.

Σε αυτό το πρώτο στάδιο, είναι απαραίτητο για να ωριμάσει το παιδί να φύγει σταδιακά από τους γονείς του και να προσεγγίσει τους συνομήλικους. Η παρέα του θα είναι το ασφαλές ψυχολογικό καταφύγιο έξω από την οικογένεια που θα τον βοηθήσει να κάνει το πρώτο ουσιαστικό βήμα προς την κοινωνικοποίηση. Εκεί οι έφηβοι θα δοκιμάσουν τις ιδέες και τις ικανότητές τους, θα συγκρίνουν τον εαυτό τους με τους άλλους και θα πάρουν μια θέση ανάμεσα σ αυτούς. Στην αρχή της εφηβείας οι παρέες είναι συνήθως του ίδιου φύλου και τα αγόρια κάνουν συνήθως μεγάλες ομάδες με το ίδιο ντύσιμο και κούρεμα και την ίδια φρασεολογία. Τα αγόρια αναπτύσσουν έντονες φιλίες με τα αγόρια -το ίδιο και τα κορίτσια-, λένε τα μυστικά τους, συγκρίνονται. Φτιάχνουν προσωπικές σεξουαλικές θεωρίες. Ενώ τα μέσα μαζικής ενημέρωσης προσφέρουν άφθονες πληροφορίες και στο σχολείο διδάσκεται το μάθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, το κάθε παιδί εξακολουθεί να αναπτύσσει τις δικές του θεωρίες.

Είναι σημαντικό για τους γονείς σ αυτή τη φάση να μπορούν να κρατήσουν την ψυχραιμία τους. Να μην τρομάξουν και παρεξηγήσουν τα πρώιμα ενδιαφέροντα του παιδιού τους νομίζοντας ότι έχει πρόθεση να αρχίσει σεξουαλική ζωή. Γιατί τότε μπορεί να ανησυχήσουν και να επιστρατεύσουν απαγορεύσεις και τιμωρίες εφ' όλης της ύλης, φοβούμενοι μήπως χάσουν τον έλεγχο. Τότε σίγουρα θα τον χάσουν γιατί το παιδί θα επαναστατήσει αλλά και θα χάσει την εμπιστοσύνη στους γονείς του με αποτέλεσμα να μην τους κοινοποιεί τα προβλήματα του. Παράλληλα μπορεί να εμποδιστεί η συνολικότερη ανάπτυξη του εφήβου και η πορεία του προς την ανεξαρτητοποίηση.

Στα κορίτσια αρχίζει η έμμηνη ρύση. Το πώς αυτή η λειτουργία θα γίνει αποδεκτή και θα επισφραγίσει τη θηλυκότητά τους εξαρτάται κυρίως από τις συζητήσεις γύρω από το θέμα που έχουν κάνει με τη μητέρα τους. Τα αγόρια ανακαλύπτουν τον αυνανισμό, ο οποίος μολονότι είναι αποδεκτός στη σύγχρονη κοινωνία, συνεχίζει να προκαλεί φόβο και ενοχές στους εφήβους.

Οι **σωματικές αλλαγές** μπορεί να μην είναι ταυτόχρονες και αρμονικές σε όλα τα όργανα, οπότε να προξενήσουν ανησυχία στον έφηβο που μπορεί να μην γνωρίζει τι πρόκειται να επακολουθήσει. Εξ άλλου μια ήπια ακμή του προσώπου μπορεί να φαντασιώνεται σαν παραμόρφωση και να προξενήσει κατάθλιψη στο νέο. Γι' αυτό εδώ θα πρέπει να γίνει ενημέρωση και συζήτηση από το γονιό ή έναν γιατρό και ανάλογη υποστήριξη.

Οι σχέσεις του εφήβου με τους γονείς σε αυτό το στάδιο:

Μέχρι τώρα το παιδί ταυτιζόταν έντονα με τους γονείς του και τους χρησιμοποιούσε σαν πρότυπα. Τώρα, σαν έφηβος, έχει την ανάγκη ψυχολογικά, **να διαφοροποιηθεί από τους γονείς του και να αναζητήσει τη δική του ταυτότητα**. Αυτό είναι απόλυτα φυσιολογικό και στις περισσότερες περιπτώσεις επιτυγχάνεται σιωπηρά, χωρίς ανοιχτή ρήξη, μέσα από ενέργειες όπως το ιδιόμορφο ντύσιμο, κούρεμα, μουσικές προτιμήσεις και την αυξημένη βαρύτητα που δίνει σε στενούς του φίλους.

Σε μερικές οικογένειες όμως αυτή η τάση για διαφοροποίηση μπορεί να γίνει αφορμή έντονων συγκρούσεων και αναστάτωσης. Κινδυνεύουν όμως **να αποξενωθούν** από αυτό και να μη μπορέσουν τελικά να σταθούν δίπλα του αυτά τα δύσκολα χρόνια. Έτσι μπορεί να κερδίζουμε τις μάχες αλλά να χάσουμε τελικά τον πόλεμο.

Στο **μέσο στάδιο**, από τα δεκατέσσερα έως τα δεκαεπτά έτη, εμφανίζεται καθαρά ο ανταγωνισμός με τους γονείς, οι οποίοι παύουν να είναι αντικείμενα θαυμασμού, ενώ η παρέα τους θεωρείται ανιαρή και τα αστεία τους ανούσια. Ο έφηβος αρνείται να τους συνοδέψει σε εξόδους ή να συμμετάσχει σε οικογενειακές γιορτές και συγκεντρώσεις. Τα παιδιά μπορεί να είναι **αμφιθυμικά** στη σχέση τους μαζί τους καθώς παλεύουν να αποκτήσουν τη δική τους ταυτότητα. Έχουν ήδη εκφράσει την ανάγκη τους για ανεξαρτησία, αλλά τώρα αντιλαμβάνονται ότι μια τέλεια ανεξαρτησία στη φάση αυτή τους εκθέτει σε ευθύνες και κινδύνους. Έτσι ο έφηβος ταλαντεύεται τότε προς την αναζήτηση συμπαράστασης από τους γονείς του και τότε προς την άρνηση κάθε βοήθειας όταν φοβάται μήπως χάσει την ανεξαρτησία του. Πρόκειται για μια φυσική αντίδραση και έχει σημασία η στάση των γονιών ώστε να βρει τη διέξοδο της.

Πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι για να βοηθήσουν το παιδί τους χρειάζεται να παραμείνουν μια σταθερή φιγούρα, πρόθυμοι να το ακούσουν ανά πάσα στιγμή **χωρίς να προσπαθούν να κυριαρχήσουν πάνω του**. Ο γονιός θα παραμείνει ωστόσο, ένας πολύτιμος σύμβουλος στις αναζητήσεις και τα προβλήματά του εφήβου.

Εκδηλώνεται ο θαυμασμός για κάποιον άλλο σημαντικό ενήλικο, π.χ., έναν καθηγητή, ο οποίος χρησιμεύει ως γονεϊκό υποκατάστατο. Αυτόν το θετικό ρόλο μπορεί να παίξει ο μεγαλύτερος φίλος ή ο δάσκαλος, καθώς ο έφηβος αναζητεί τη στήριξη που δεν μπορεί να πάρει από το γονιό σε κάποιον φίλο. Σε αυτό το στάδιο εκδηλώνονται οι παράφοροι έρωτες, καταστάσεις έντονου πάθους και μικρής διάρκειας. Ο σύντροφος ενώ είναι φαντασιακά παρών, στην πραγματικότητα κρατιέται σε απόσταση ασφαλείας. Ο έφηβος μένει πολλές ώρες μόνος του στο δωμάτιό του ακούγοντας μουσική ή γράφοντας τις κρυφές σκέψεις του. Διανύει μια περίοδο μοναξιάς αλλά και δημιουργικότητας, κατά την οποία φιλοσοφικά ερωτήματα και υπαρξιακές αναζητήσεις απαιτούν την απάντησή τους.

Η εξελικτική ψυχολογία μας λέει ότι σ αυτή την περίοδο ο έφηβος πρέπει να πετύχει και να αποκρυσταλλώσει την **ταυτότητα του φύλου** του. Τι σημαίνει αυτό; Να μπορεί κανείς να είναι άνετος με το φύλο του (είτε είναι αγόρι είτε κορίτσι), να μάθει να εκφράζει αλλά και να ελέγχει τα ερωτικά του συναισθήματα με τον κατάλληλο τρόπο. Ακόμη να μπορεί να δέχεται ανάλογες εκδηλώσεις από το άλλο φύλο, όταν χρειαστεί. Με λίγα λόγια να έχει ενσωματώσει και αποδεχτεί τους ρόλους και τη συμπεριφορά του φύλου του, όπως τα έχει προσδιορίσει η κοινωνία μας αλλά και η οικογένειά του και η εκκλησία.

Για να το πετύχει αυτό ο έφηβος θα πρέπει να είναι κατ αρχήν **άνετος με το**

σώμα του. Έπειτα θα πρέπει να έχει αναπτύξει μια καλή και ισόρροπη σχέση με τους δύο γονείς του και σ' αυτό θα πρέπει να τον βοηθήσουν και εκείνοι, αλλά και οι συνθήκες μέσα στην οικογένεια.

Παράλληλα όμως, θα πρέπει να τον ενισχύουν με το να ενθαρρύνουν τις πρωτοβουλίες του, αλλά και να μπορούν να πουν μια καλή κουβέντα για το παράστημά και την εμφάνισή του.

Στο **τελικό στάδιο**, από τα δεκαεπτά έως τα είκοσι έτη, έχουμε τη σταθεροποίηση της ταυτότητας. Οι έντονες συγκρούσεις παύουν, η ταυτότητα ολοκληρώνεται, οι απαιτήσεις της ενήλικης ζωής οδηγούν τον έφηβο να προσαρμοστεί στην πραγματικότητα. Οι ετεροφυλικές σεξουαλικές σχέσεις αποκτούν μεγαλύτερη διάρκεια (και μπορεί να καταλήξουν σε αρραβώνα και σε γάμο), ενώ επέρχεται η συμφιλίωση με τους γονείς. Οι έφηβοι ζητούν τη βοήθειά τους για την επιλογή σπουδών και επαγγέλματος. Έτσι, παύει ο ανταγωνισμός και οι γονείς γίνονται σύμμαχοι και φίλοι.

Οι ιδιαιτερότητες της τελικής εφηβείας:

Ο τελικός στόχος του τελευταίου σταδίου της εφηβείας (17-20 περίπου) είναι όπως λέει ο Erikson η ανάπτυξη μιας **επαγγελματικής ταυτότητας**.

Ήδη χρονικά βρισκόμαστε στην τελευταία τάξη του Λυκείου, για όσους νέους εξακολουθούν το σχολείο. Αναφύονται τώρα, μια σειρά από καίρια ερωτήματα που η απάντησή τους θα διευκολύνει την επίτευξη του τελικού στόχου της εφηβείας.

Θα πρέπει να επιδιώξουν πανεπιστημιακές **σπουδές**; Θα ψάξουν αμέσως για δουλειά ή αργότερα; Ποια δουλειά τους ταιριάζει περισσότερο;

Να **παντρευτούν** τώρα ή αργότερα; Θα είμαι ποτέ έτοιμος για κάτι τέτοιο; Πόσο γρήγορα θέλω να γίνω πατέρας ή μητέρα; κ.α.

Είναι πολύ σημαντικό για κάθε άτομο να αποφασίζει ο ίδιος την καριέρα που θα ήθελε να ακολουθήσει στη ζωή του. Χωρίς αυτό βέβαια να σημαίνει ότι δεν θα τον συμβουλέψουν εκείνοι που είναι υπεύθυνοι ακόμη γι αυτόν και τον αγαπούν.

Ο ρόλος των γονιών και δω μπορεί να είναι σημαντικός εφ' όσον οι νέοι έχουν ανάγκη από υποστήριξη κάθε είδους και βοήθεια. Οι περισσότεροι γονείς βρίσκουν ότι έχουν καλύτερη σχέση με τα παιδιά τους τώρα, απ' ότι παλιότερα.

Ωστόσο το συχνότερο λάθος τους είναι η **υπερπροστασία**. Φοβούνται ότι ο νέος που ξεκινάει τη ζωή θα κάνει σοβαρά λάθη στην επιλογή της καριέρας ή συζύγου και δεν μπορούν να αντισταθούν στον πειρασμό να αποφασίζουν για λογαριασμό του...

Πρόωρη ήβη (πρώιμη εφηβεία)

Αίτια και τύποι:

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η πρόωρη έναρξη της εφηβείας οφείλεται σε ιδιοσυστασιακούς παράγοντες γενετικής φύσεως, απλώς, τα γονίδια που ελέγχουν το « βιολογικό ρολόι », το οποίο καθορίζει την έναρξη των ηβικών αλλαγών, ενεργοποιούνται **πριν** από το χρονικό σημείο που θεωρείται φυσιολογικό σύμφωνα με τις στατιστικές. Επομένως, μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα ότι πολλές φορές πρόκειται για απλή παραλλαγή του φυσιολογικού.

Ωστόσο, αν και πολύ λιγότερο συχνά, οι ηβικές αλλαγές ενίοτε επισπεύδονται εξαιτίας της ύπαρξης διαφόρων τύπων διαταραχών που δρουν άμεσα ή έμμεσα στην

παραγωγή και την έκκριση των ορμονών που προωθούν την εφηβεία. Αυτές οι διαταραχές είναι σπάνιες, αλλά μπορεί να είναι ιδιαίτερα ποικίλης φύσης όπως: βλάβες στον υποθάλαμο, ενδοκρανιακοί όγκοι, όγκοι που παράγουν οιστρογόνα ή ανδρογόνα και διάφορες ενδοκρινικές αλλοιώσεις.

Ανάλογα με την προέλευσή τους και κυρίως τις επιπτώσεις τους, ιδιαίτερα ως προς το εάν ωριμάζουν ή όχι οι γονάδες, διακρίνονται δύο τύποι πρόωρης εφηβείας. Στην αληθινή πρόωρη εφηβεία, επισπεύδονται τόσο η ωρίμανση των γονάδων, οπότε αρχίζει η αναπαραγωγική φάση, όσο και η εμφάνιση των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου και η σωματική ανάπτυξη. Αντιθέτως, στην πρόωρη ψευδοήβη, η οποία συνήθως προκαλείται από ορμονικές διαταραχές που προκαλούν αύξηση της παραγωγής μόνο ορισμένων ορμονών, παρατηρείται αποκλειστικά ανάπτυξη των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου, ενώ τα εσωτερικά γεννητικά όργανα διατηρούν την ανωριμότητα που χαρακτηρίζει την παιδική ηλικία.

Εκδηλώσεις:

Στην αληθή πρόωρη ήβη, παρουσιάζονται πρόωρα όλες οι σωματικές αλλαγές, ακολουθώντας την συνήθη χρονολογική σειρά. Στα κορίτσια, πριν από την ηλικία των 8 ετών, παρατηρείται διαδοχικά ανάπτυξη των μαστών, τριχοφυΐα στην μασχάλη και το εφηβαίο, το οποίο σταδιακά λαμβάνει τη χαρακτηριστική τριγωνική του μορφή και τέλος παρατηρείται ωρίμανση των εσωτερικών οργάνων, ανάπτυξη των ωοθηκών και της μήτρας, η οποία κορυφώνεται με τις εμμηνορυσίες. Στα αγόρια, αρχίζουν να εμφανίζονται διαδοχικά πριν από την ηλικία των 10 ετών, όλες οι αντίστοιχες ηβικές αλλαγές, όπως: αύξηση του όγκου των όρχεων και εμφάνιση ρυτίδων στο όσχεο, ανάπτυξη του τριχωτού του εφηβαίου το οποίο σταδιακά λαμβάνει τη χαρακτηριστική ρομβοειδή του μορφή, ανάπτυξη του σκελετού που συνοδεύεται από πλάτυνση των ώμων και σημαντική αύξηση του όγκου της μυϊκής μάζας, τριχοφυΐα στο σώμα, τη μασχάλη και το πρόσωπο, διόγκωση του πέους και τέλος παραγωγή σπερματοζωαρίων και δυνατότητα εκσπερμάτωσης γονιμοποιημένου σπέρματος.

Πρέπει να σημειωθούν δύο γεγονότα κοινά σε όλες τις περιπτώσεις αληθούς πρόωρης εφηβείας: από τη μία πλευρά, παρότι η αύξηση του ύψους αρχίζει πριν από το φυσιολογικό, επίσης ολοκληρώνεται πριν από ό,τι συνήθως, καθώς οι ορμόνες του φύλου προκαλούν πρόωρη οστεοποίηση των αυξητικών χόνδρων: από την άλλη, η λειτουργία των γονάδων μπορεί να φτάσει στην πλήρη ωρίμανσή της πολύ νωρίτερα από το φυσιολογικό, με αποτέλεσμα την ικανότητα αναπαραγωγής στα κορίτσια και τα αγόρια ακόμα και σε μικρή ηλικία.

Αντιθέτως, στην πρόωρη ψευδοήβη, όπως ήδη έχει αναφερθεί, αναπτύσσονται μόνο τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου, ακολουθώντας την συνήθη χρονολογική σειρά. Έτσι, παρότι μπορεί να προκληθεί πρόωρη σκελετική ανάπτυξη που μπορεί να ολοκληρωθεί πριν από το φυσιολογικό, δεν υπάρχει καμία πιθανότητα τα αγόρια και τα κορίτσια να είναι σε θέση να τεκνοποιήσουν σε πρόωρη ηλικία.

Επιπλοκές:

Συνήθως, τα κορίτσια και τα αγόρια τα οποία παρουσιάζουν πρόωρη ήβη δεν παρουσιάζουν σοβαρότερα προβλήματα από σωματικής άποψης, παρότι εάν υπάρχουν υποκείμενα οργανικά αίτια, όπως ορμονικές διαταραχές ή όγκοι που παράγουν ορμόνες, απουσία θεραπείας μπορούν να εμφανίσουν διάφορες επιπλοκές, περισσότερο ή λιγότερο σοβαρές, ανάλογα με την περίπτωση.

Αντιθέτως, η πλειονότητα των κοριτσιών και των αγοριών που πάσχουν από

πρόωρη ήβη έχουν ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία είναι μεγαλύτερα όσο πιο πρόωρη είναι η ανάπτυξη: όχι μόνο πρέπει να αντιμετωπίσουν και να κατανοήσουν με το δικό τους τρόπο τις σωματικές αλλαγές που υφίστανται όλοι οι έφηβοι, αλλά πρέπει να το πράξουν πιο νωρίς από τους φίλους τους. Επίσης, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι αν και είναι πιο ψηλά και σωματώδη από ό,τι αντιστοιχεί στην ηλικία τους, το τελικό τους ύψος συνήθως είναι κατώτερο από το φυσιολογικό και τόσο το ένα όσο και το άλλο ενδεχόμενο μπορούν να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχολογική τους σφαίρα.

Επίσης, σε κάποιες περιπτώσεις αληθούς πρόωρης ήβης, το γεννητικό σύστημα φτάνει στην πλήρη ωρίμανσή του σε πολύ ώριμες ηλικίες, με ικανότητα εκσπερμάτισης στα αγόρια και ωορρηξία στα κορίτσια, με αποτέλεσμα να έχουν εγκυμοσύνες κορίτσια που δεν έχουν κλείσει τα εννέα και γίνονται πατέρες αγόρια, πριν από την ηλικία των έντεκα ετών. Ευτυχώς είναι κάτι πολύ σπάνιο, αλλά υπάρχουν περιπτώσεις κοριτσιών που είχαν εγκυμοσύνες σε ηλικία έξι ετών και αγοριών που έγιναν πατέρες στα επτά.



Καθυστέρηση της ήβης

Αίτια:

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η καθυστέρηση της ήβης οφείλεται σε ιδιοσυστασιακούς παράγοντες, εξαρτάται από γενετικά χαρακτηριστικά του ατόμου, τα οποία προκαλούν ενεργοποίηση του « βιολογικού ρολογιού », το οποίο ευθύνεται για τις σωματικές αλλαγές, **αργότερα** από το χρονικό σημείο που θεωρείται φυσιολογικό, σύμφωνα με τις στατιστικές.

Η καθυστέρηση της ήβης ιδιοσυστασιακού χαρακτήρα συνήθως έχει οικογενειακό ιστορικό, καθώς τα γενετικά χαρακτηριστικά τα οποία συμμετέχουν στις ηβικές αλλαγές μεταδίδονται κληρονομικά. Έτσι, είναι σύνηθες οι πατέρες, οι μητέρες ή τα αδέρφια των παιδιών που παρουσιάζουν ιδιοσυστασιακή καθυστέρηση της ήβης να είχαν εμφανίσει και οι ίδιοι καθυστερημένη έναρξη της ήβης. Άλλο σύνηθες χαρακτηριστικό της ιδιοσυστασιακής καθυστέρησης της ήβης είναι ότι μετά από κάποιον καιρό οι ηβικές αλλαγές τελικά εμφανίζονται και εξελίσσονται

αρμονικά.

Λιγότερο συχνά, η καθυστέρηση της ήβης εμφανίζεται εξαιτίας διαφόρων διαταραχών που προκαλούν ελλιπή παραγωγή ορμονών που συμμετέχουν στην ανάπτυξη της ήβης, κυρίως της αυξητικής ορμόνης και των ορμονών του φύλου (οιστρογόνα, τεστοστερόνη). Συνήθως, πρόκειται για χρόνιες νόσους που μπορούν να προκαλέσουν επιπλοκές στο σύνολο του οργανισμού. Τέτοια είναι η περίπτωση της νευρικής ανορεξίας και του υποσιτισμού, όπου η καθυστέρηση της ήβης προκαλείται από έλλειψη μεταφοράς θρεπτικών ουσιών, αλλά και η περίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη που δεν ελέγχεται σωστά, της πολύ έντονης παχυσαρκίας και διαφόρων καρδιοπαθειών, νεφρικών, εντερικών και αιματικών νόσων.

Ακόμα σπανιότερα, η καθυστέρηση της ήβης οφείλεται στην ύπαρξη νόσων οι οποίες προσβάλλουν κυρίως τα όργανα που παράγουν ορμόνες οι οποίες επιφέρουν και ελέγχουν τις ηβικές αλλαγές, όπως οι όγκοι στον εγκέφαλο, τις ωθήκες ή τον όρχι.

Εκδηλώσεις:

Η ιδιосуστατικού τύπου καθυστέρηση της ήβης, η οποία είναι και η συχνότερη, συνίσταται απλώς στο φαινόμενο όλες οι σωματικές μεταβολές που χαρακτηρίζουν αυτή τη φάση της ζωής να μην αρχίζουν να εμφανίζονται στις συνήθεις ηλικίες αλλά λίγο αργότερα: η ανάπτυξη των μαστών και η αύξηση του όγκου των όρχεων, η ανάπτυξη τριχοφυΐας στο εφηβαίο, το σώμα και το πρόσωπο, η σκελετική ανάπτυξη, η ωρίμανση των εξωτερικών και των εσωτερικών γεννητικών οργάνων και τέλος η εμφάνιση της εμμηναρχής και η ικανότητα εκσπερμάτισης. Ευτυχώς, στην πλειονότητα των περιπτώσεων αυτές οι σωματικές αλλαγές αρχίζουν να εμφανίζονται αυτόματα μόλις ένα έως δύο έτη μετά το φυσιολογικό και έπειτα εξελίσσονται αρμονικά και ακολουθώντας τη συνήθη χρονολογική σειρά.

Στις υπόλοιπες περιπτώσεις, οι εκδηλώσεις και η εξέλιξη της καθυστέρησης της ήβης ποικίλουν ανάλογα με τις αιτίες. Έτσι, παραδείγματος χάρη, στην καθυστέρηση της ήβης εξαιτίας νευρικής ανορεξίας ή άλλων χρόνιων νόσων επίσης καθυστερούν όλες οι σωματικές αλλαγές, αλλά η διαταραχή διορθώνεται μόνο όταν θεραπευτεί ή τεθεί υπό έλεγχο η βασική νόσος. Αντίθετα, στην περίπτωση καθυστέρησης της ήβης που οφείλεται σε βλάβη των ωθηκών ή των όρχεων μπορεί να παρατηρηθεί σημαντική καθυστέρηση όχι στη σκελετική ανάπτυξη, αλλά στην ανάπτυξη των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου και την ωρίμανση και τη λειτουργία των γεννητικών οργάνων.

Μια πολύ ιδιαίτερη και ευτυχώς πολύ σπάνια περίπτωση καθυστέρησης της ήβης είναι αυτή που προκαλούν το σύνδρομο Turner και το σύνδρομο Klinefelter, κατά τα οποία, εκτός από επ' αόριστον καθυστέρηση των σωματικών μεταβολών της ήβης, παρατηρούνται συνήθως διάφορες δυσμορφίες από τη στιγμή της γέννησης.

Συνήθεις διαταραχές κατά την ήβη

Η ορμονική έκρηξη που λαμβάνει χώρα κατά την ήβη μπορεί να προκαλέσει μια σειρά κοινών παράπλευρων διαταραχών, οι οποίες οι πιο συχνές είναι:

- Ατακτες εμμηνορυσίες: στις ενήλικες γυναίκες, συνήθως οι καταμήνιοι κύκλοι διαρκούν από 21 έως 35 ημέρες, παρότι ο μέσος όρος βρίσκεται περίπου στις 28 και σε καθεμιά η έμμηνος αιμορραγία

διαρκεί τέσσερις με πέντε ημέρες. Ωστόσο, στην ήβη, ειδικά στην αρχή, οι ωοθήκες δεν παράγουν επαρκής ποσότητες προγεστερόνης και αυτό το γεγονός συνήθως έχει ως αποτέλεσμα οι καταμήνιοι κύκλοι να είναι άτακτοι. Έτσι, κατά τα πρώτα χρόνια της ήβης, είναι σύνηθες οι κύκλοι να είναι πολύ πιο παρατεταμένη από ό,τι στις ενήλικες γυναίκες. Άλλη σημαντική επίπτωση της έλλειψης προγεστερόνης, είναι το γεγονός ότι στους εφήβους οι έμμηνες αιμορραγίες είναι πιο σύντομες και διαρκούν δύο ή τρεις ημέρες.

Συνήθως, όλες αυτές οι ανωμαλίες διορθώνονται αυτόματα, μέσα σε λίγα χρόνια, με αποτέλεσμα στις νεαρές ηλικίες οι κύκλοι να ακολουθούν πια ένα λιγότερο ή περισσότερο τακτικό πρόγραμμα.

- **Κοινή ακμή:** η ακμή είναι μια πολύ συνηθισμένη διαταραχή κατά την εφηβεία. Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση φαγεσώρων ή άλλων ειδών αλλοιώσεων στο δέρμα του προσώπου και του θώρακα. Οι φαγέσωροι ή ‘μπιμπίκια’ σχηματίζονται όταν οι εκκρίσεις των σμηγματογόνων αδένων είναι πιο πυκνές από το κανονικό και φράσσουν τα στόμια των τριχοθυλακίων, μέσω των οποίων εκβάλλουν στη δερματική επιφάνεια. Η εξέλιξη της ακμής ποικίλει



- **Ηβική γυναικομαστία:** η ηβική γυναικομαστία, όπως ονομάζεται η αύξηση του όγκου των μαστών στους άρρενες εφήβους, είναι μια πολύ συχνή διαταραχή, αν και ευτυχώς στις περισσότερες περιπτώσεις υποχωρεί αυτόματα μετά από κάποιους μήνες ή το πολύ ένα χρόνο. Αυτό το φαινόμενο οφείλεται στο γεγονός ότι κατά τη διάρκεια της ήβης, διαπιστώνεται και στους άρρενες αύξηση της παραγωγής οιστρογόνων, των γυναικείων ορμονών που συμμετέχουν στην ανάπτυξη των μαστών, παρότι για λόγους που δεν είναι γνωστοί, αυτή η αύξηση δεν προκαλεί πάντοτε γυναικομαστία.

Χρονολογική σειρά της ψυχολογικής εξέλιξης κατά την εφηβεία

Πρώιμη εφηβεία (ηλικία 10-13 ετών):

- Λιγότερο ενδιαφέρον για τους γονείς.
- Πολύ στενές σχέσεις με φίλους του ίδιου φύλου.
- Ανάγκη για έναν ορισμένο βαθμό ιδιωτικής ζωής.
- Αύξηση της ικανότητας σκέψης.
- Έκδηλη φαντασία.

- Ανησυχία για τις σωματικές αλλαγές.
- Επιθυμία να μοιάζουν στους συνομηλίκους τους.

Μέση εφηβεία (ηλικία 14-16 ετών):

- Μέγιστος βαθμός σύγκρουσης με τους γονείς.
- Ομαδικές σχέσεις και εργασίες.
- Πρώτες ερωτικές επαφές.
- Μεγαλύτερη τάση για επικίνδυνες συμπεριφορές.
- Μεγάλο ενδιαφέρον για τη σωματική εμφάνιση και για να γίνουν αρεστοί στο αντίθετο φύλο.

Προχωρημένη εφηβεία (ηλικία 17-19 ετών):

- Μεγαλύτερη αποδοχή της οικογένειας.
- Μικρότερη σημασία στην ομάδα και τις αξίες.
- Πρώτοι σύντροφοι περισσότερο ή λιγότερο σταθεροί.
- Προτίμηση για ερωτικές σχέσεις.
- Πιο ρεαλιστικά ιδανικά και στόχοι.
- Μεγαλύτερη σωματική αποδοχή του εαυτού τους.

Οι στόχοι της εφηβείας από ψυχολογική και κοινωνική άποψη

- Κατ αρχήν η σταδιακή ανάπτυξη μέχρι το άτομο να γίνει **ανεξάρτητο** και αυτόνομο.
- Το να αναπτύξει το άτομο μια ρεαλιστική αλλά και αποδεκτή **εικόνα για το σώμα** του και τον εαυτό του.
- Να αποκτήσει ικανοποιητικό **έλεγχο των γενετήσιων** ορμών του αλλά και ικανότητα να εκφράσει τα ερωτικά του συναισθήματα, όταν χρειαστεί.
- Να επεκτείνει την **κοινωνικότητά** του με σχέσεις και συναναστροφές έξω από την οικογένεια.
- Να είναι ικανός να εφαρμόσει ένα ρεαλιστικό σχέδιο για να πετύχει μια κοινωνική και οικονομική **επιβίωση**.
- Να αποδεχτεί ένα **σύστημα κοινωνικών και ηθικών αξιών** που θα του επιτρέψει να σταθεί μέσα στην κοινωνία.



Συνοψίζοντας όσα είπαμε για την εφηβεία, θα λέγαμε ότι:

Η εφηβεία είναι λοιπόν, μια **κρίσιμη** περίοδος με επαναστατικότητα, ρευστότητα και ανακατατάξεις. Δεν είναι ίδια για όλους.

Αναμφίβολα όταν το οικογενειακό κλίμα ήταν κατάλληλο στην παιδική ηλικία, χωρίς **ψυχοτραυματικά γεγονότα**, ο έφηβος έχει τις καλύτερες προϋποθέσεις με τη συμπαράσταση των γονιών του να ωριμάσει και να ενηλικιωθεί.

Είναι δυνατόν όμως η εφηβεία να είναι περισσότερο ταραχώδης και επεισοδιακή απ' ό,τι συνήθως, πράγμα που θα αναστατώσει εκτός από τον έφηβο, ολόκληρη την οικογένεια. Αυτές οι περιπτώσεις αποτελούν περίπου το 20% σύμφωνα με μια έρευνα. Τότε θα χρειαστεί να ζητήσουν οι γονείς βοήθεια από κάποιον ειδικό και πιθανότατα ο έφηβος θα χρειαστεί μια επείγουσα **ψυχοθεραπευτική** παρέμβαση. Αν αυτό δεν γίνει μέχρι την ενηλικίωση, ο νέος άνθρωπος θα χρειαστεί να κάνει πολλούς συμβιβασμούς στη ζωή του για να ισορροπήσει συναισθηματικά.

Γι' αυτό θα πρέπει να σκεφτόμαστε την εφηβεία από τη γέννηση ακόμη του παιδιού, ώστε να προλάβουμε τις ανεξέλεγκτες αντιδράσεις. Ο ρόλος του γονιού είναι πράγματι υπεύθυνος και δύσκολος και γι αυτό πρέπει να τον βοηθήσουν ουσιαστικά τόσο η κοινωνία, όσο η πολιτεία και η εκκλησία.

Η εφηβεία είναι το τελευταίο σκαλοπάτι πριν την ωριμότητα, είναι λοιπόν και η τελευταία ευκαιρία για να επέλθουν σημαντικές διορθωτικές αλλαγές για την ολοκλήρωση της προσωπικότητας.

Αγωνιζόμαστε - ο καθένας από τη θέση του - για να έχουν οι νέοι μας ένα καλύτερο μέλλον, για να γίνουν αύριο καλύτεροι γονείς σε μια καλύτερη κοινωνία. Θα πετύχουμε, όταν προσπαθούμε και εμείς οι ίδιοι να γινόμαστε καλύτεροι και όταν θεμελιώσουμε το έργο μας πάνω στη χριστιανική αγάπη και τις αιώνιες πνευματικές αξίες του ευαγγελίου.

Μ' αυτές τις προϋποθέσεις πρέπει να είμαστε σίγουροι αλλά και αισιόδοξοι για τα παιδιά μας και το μέλλον τους.

3. Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Ποια είναι η διατροφική κατάσταση του σύγχρονου εφήβου;

Η εφηβεία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στάδια ανάπτυξης του ανθρώπου, κατά την οποία παρατηρούνται ραγδαίες ψυχολογικές και σωματικές αλλαγές που οδηγούν το άτομο στην κορύφωση της οργανικής του ανάπτυξης αλλά και την τελική διαμόρφωση της προσωπικότητας του.

*Γράφει η Γιαννιτσοπούλου Κάλια, Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος
www.iatronet.gr*

Οι αυξημένες ενεργειακές ανάγκες σε αυτήν την ηλικία είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός, καθώς ο έφηβος χρειάζεται ενέργεια για την αύξηση του μυϊκού ιστού, την ανάπτυξη του σκελετού και του νευρικού συστήματος, καθώς και για την ανάπτυξη του γεννητικού συστήματος.

Είναι λοιπόν απαραίτητο, οι έφηβοι να προσλαμβάνουν την κατάλληλη ποσότητα ενέργειας καθημερινά αλλά και να εκπαιδευτούν σε σχέση με την ποιότητα των τροφών που θα πρέπει να καταναλώνουν.



Συνήθειες διατροφής εφήβων

Οι έφηβοι έχουν τυπικά μεγάλη όρεξη. Όταν έχουν μάθει οι έφηβοι καλές συνήθειες διατροφής από την παιδική ηλικία και υπάρχει θρεπτική τροφή γι' αυτούς δεν θα δημιουργηθούν σοβαρά προβλήματα διατροφής. Οι έφηβοι είναι μιμητικοί, σαν τα παιδιά, αλλά αντί να μιμούνται τους μεγάλους προτιμούν να μιμούνται τους

συνομηλικούς τους και κάνουν ό,τι είναι δημοφιλές. Δυστυχώς οι τροφές που είναι δημοφιλείς είναι συνήθως κακές κενές θερμίδων όπως είναι οι πατάτες τσιπς, τα αναψυκτικά και τα ζαχαρωτά. Αυτά τα φαγητά δίνουν πολλούς υδατάνθρακες και λίπη και λίγες πρωτεΐνες, βιταμίνες και άλατα, εκτός από αλάτι που παρέχεται άφθονο.

Όταν οι τροφικές συνήθειες των εφήβων χρειάζονται βελτίωση, είναι σοφό από μέρους ενός ενηλίκου να τον πληροφορήσει με καλό τρόπο για τις τροφικές του ανάγκες και για την κατώτερη ποιότητα των τροφών χωρίς θερμίδες. Ο έφηβος έχει μια επιθυμία φυσική για ανεξαρτησία και μπορεί να απορρίψει οτιδήποτε του πουν να κάνει.

Πριν προσπαθήσει κάποιος να αλλάξει τις συνήθειες διατροφής ενός εφήβου, οι επιλογές τροφίμων πρέπει να είναι προσεχτικά ελεγμένες για θρεπτικά συστατικά. Είναι πολύ εύκολο να συμπεράνει κανείς ότι επειδή οι έφηβοι επιλέγουν τις τροφές, οι τροφές είναι αυτομάτως μια φτωχή επιλογή από άποψη θρεπτικού περιεχομένου. Δεν είναι αυτό πάντα η αιτία. Όταν ο έφηβος, έχει πρόβλημα διατήρησης του βάρους του, έχει ανάγκη ίσως μερικών συμβουλών για να προσέχει τη δίαιτά του.

Ανάγκες εφήβων σε θρεπτικά υλικά και θερμίδες.

Λόγω της ταχείας αναπτύξεως των, οι έφηβοι χρειάζονται αυξημένες ποσότητες θερμίδων. Οι ανάγκες των αγοριών σε Kcal τείνει να υπερέχει των αναγκών των κοριτσιών επειδή τα αγόρια είναι πιο σωματώδη, συνήθως έχουν μεγαλύτερη δράση και χρειάζονται μεγαλύτερο μυϊκό ιστό απ' ότι τα κορίτσια.

Με εξαίρεση τη βιταμίνη D, οι τροφικές ανάγκες αυξάνουν δραματικά κατά την έναρξη της ήβης. Λόγω της εμμήνου ροής, τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερη ανάγκη σιδήρου απ' ότι τα αγόρια. Οι συνιστώμενες ποσότητες για βιταμίνη D, βιταμίνη C, βιταμίνη B12, ασβέστιο, φώσφορο και ιώδιο είναι ίδιες για τα δύο φύλα. Οι συνιστώμενες ποσότητες για τα άλλα θρεπτικά στοιχεία, είναι μεγαλύτερες για τα αγόρια από τα κορίτσια.

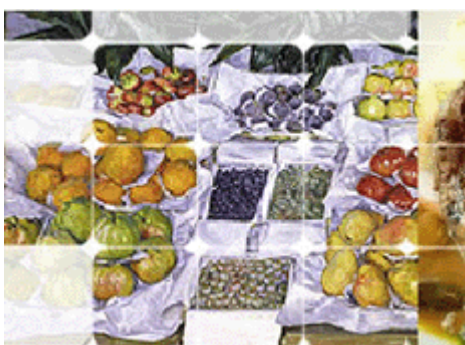
Σημασία της σωστής διατροφής στην εφηβεία.

Κατά το τελευταίο στάδιο της παιδικής ηλικίας, ο ρυθμός ανάπτυξης αρχίζει να επιταχύνεται με την έναρξη της ήβης, μέχρι να γίνει παρόμοιος με αυτόν που παρατηρείται στη βρεφική ηλικία. Κατά την χρονική αυτή περίοδο το άτομο θα κερδίσει το 20% του ύψους και το 50% του βάρους του ενήλικα, ενώ οι μύες, ο όγκος του αίματος και γενικά τα περισσότερα όργανα του σώματος διπλασιάζονται σε μέγεθος. Κατά τη διαδικασία αυτής της φυσικής ωρίμανσης επισημαίνονται διαφοροποιήσεις στη σύσταση του σώματος ανάλογα με το φύλο. Ενώ στη προηβική περίοδο το ποσοστό του λίπους στο σώμα για τα κορίτσια είναι περίπου 20% και για τα αγόρια 15% με τον μυϊκό ιστό να κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα και στα δύο φύλα, κατά την εφηβεία τα κορίτσια αποκτούν περισσότερο λίπος, ενώ τα αγόρια διπλασιάζουν το μυϊκό τους ιστό.

Για το λόγο αυτό, οι απαιτήσεις σε ενέργεια και πρωτεΐνη αυξάνονται ιδιαίτερα στα αγόρια που κερδίζουν ύψος και μυϊκή μάζα σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι τα κορίτσια. Σε συνδυασμό δε με το ασβέστιο το φθόριο, το φωσφόρο και τη μεσολαβητική δράση της βιταμίνης A και D, θα επιτευχθεί η σωστότερη διάπλαση του σκελετού. Ο οργανισμός μάλιστα του εφήβου, σε αυτή την περίοδο μπορεί να

χρησιμοποιήσει για την ανάπτυξη του τη διπλάσια ποσότητα ασβεστίου, σιδήρου, ψευδαργύρου και αζώτου απ' ότι ο οργανισμός σε άλλες χρονικές περιόδους.

Ο οργανισμός του εφήβου που ζει την πολύμορφη αυτή οργανική- βιολογική έκρηξη, χρειάζεται ασφαλώς, ποσότητα και ποιότητα θρεπτικού υλικού και ενεργειακού δυναμικού για να κατορθώσει να διεκπεραιώσει σωστά το έργο του. Τίποτα απολύτως δεν είναι δυνατόν να σταθεί περισσότερο σύμμαχος και βοηθός από την κατάλληλα επιλεγμένη τροφή, όσον αφορά την ποιότητα και την ποσότητα, αλλά και τον σωστό και υπεύθυνα οργανωμένο πρόγραμμα διατροφής, που θα εξασφαλίσει την διαρκή τροφοδοσία του οργανισμού, με τα απαιτούμενα θρεπτικά συστατικά για την ανάπτυξη.



Τι είναι τα διατροφικά προβλήματα και οι διατροφικές διαταραχές;

Η τροφή είναι απαραίτητη για την επιβίωσή μας και παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή μας. Κάθε άνθρωπος προτιμά διαφορετικά φαγητά και χρειάζεται διαφορετική ποσότητα τροφής. Όπως ακριβώς οι άνθρωποι έχουν διαφορετικό χρώμα μαλλιών, έτσι έχουν και διαφορετικό σωματότυπο, ύψος και σκελετό. Με τον ίδιο τρόπο, το λίπος συσσωρεύεται σε διαφορετικά σημεία του σώματος κάθε ανθρώπου, εξαιτίας των γονιδίων του. Είναι πολύ σημαντικό να διατηρούμε ένα φυσιολογικό βάρος (και μια συγκεκριμένη ποσότητα λίπους στο σώμα μας), προκειμένου να λειτουργεί σωστά ο οργανισμός μας.

Οι περισσότεροι άνθρωποι, κάποια στιγμή στη ζωή τους, δεν είναι ευχαριστημένοι με την εικόνα του σώματός τους - πιστεύουν ότι είναι πολύ χοντροί, πολύ αδύνατοι ή ότι δεν έχουν καλή κατασκευή. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στην περίπτωση των εφήβων, καθώς πραγματοποιούνται διαρκώς αλλαγές στο σώμα τους.

Πολλοί άνθρωποι προσπαθούν να χάσουν βάρος ακολουθώντας διάφορες δίαιτες - αυτό συνήθως δεν αποτελεί πρόβλημα. Ωστόσο, ορισμένες διατροφικές συμπεριφορές είναι εξαιρετικά ανθυγιεινές - αυτό ισχύει, για παράδειγμα, όταν τρως πάρα πολύ ή ελάχιστα επειδή είσαι στενοχωρημένος ή αγχωμένος. Με το πέρασμα του χρόνου, αυτή η διατροφική συμπεριφορά μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ψυχική και σωματική σου υγεία.

Υπάρχουν διάφορα είδη διατροφικών διαταραχών - ορισμένες απ' αυτές είναι σοβαρότερες από άλλες. Ωστόσο, όλα τα προβλήματα που σχετίζονται με την πρόσληψη της τροφής είναι ανησυχητικά. Όταν τα παιδιά ασχολούνται σε μεγάλο βαθμό με τη σωματική τους εμφάνιση και οι γονείς αρχίζουν να ανησυχούν για τις

διατροφικές συνήθειες και την απώλεια βάρους των παιδιών τους, τότε έχουμε συνήθως τα λεγόμενα διατροφικά προβλήματα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτά τα προβλήματα δεν είναι πολύ σοβαρά και αντιμετωπίζονται με τη βοήθεια και τη στήριξη των γονιών, των φίλων, των καθηγητών και των οικογενειακών γιατρών.

Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις τα διατροφικά προβλήματα αποκτούν πολύ πιο σοβαρές διαστάσεις. Κάποιοι έφηβοι τρώνε τόσο πολύ ή τόσο λίγο επί σειρά μηνών, ώστε απειλείται η υγεία τους ή ακόμα και η ζωή τους.

Αρχίζουν να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στην καθημερινή τους ζωή στο σπίτι και στο σχολείο. Αυτά τα παιδιά δεν νιώθουν καλά, ούτε ψυχικά ούτε σωματικά. Όταν τα διατροφικά προβλήματα φτάνουν σ' ένα τόσο ανησυχητικό επίπεδο, οι ειδικοί τα περιγράφουν με τον όρο «διατροφικές διαταραχές». Οι πιο σοβαρές διατροφικές διαταραχές είναι η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία.

Ορισμένες φορές, οι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτούς τους όρους για να χαρακτηρίσουν όλα τα είδη διατροφικών προβλημάτων. Οι συντομότεροι όροι ανορεξία και βουλιμία (ή ανορεξικός και βουλιμικός) είναι πιο σωστό να χρησιμοποιούνται για τα λιγότερο σοβαρά, αλλά, παρόλα αυτά, ανησυχητικά διατροφικά προβλήματα - για παράδειγμα, απώλεια της όρεξης που μπορεί να οφείλεται σε σωματικά αίτια.

Τα κορίτσια εμφανίζουν συχνότερα διατροφικά προβλήματα και διατροφικές διαταραχές. Ωστόσο, άνθρωποι κάθε φύλου και ηλικίας μπορεί να παρουσιάσουν κάποια διατροφική διαταραχή. Τα διατροφικά προβλήματα και οι διατροφικές διαταραχές δεν αφορούν απλώς το φαγητό - αφορούν κυρίως την ψυχική και συναισθηματική κατάσταση ενός ανθρώπου.

Διατροφικά προβλήματα που παρατηρούνται στην εφηβεία

1) Διατροφικές διαταραχές

Τα στατιστικά δεδομένα σχετικά με τη διατροφή των εφήβων είναι απογοητευτικά μιας και παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά διατροφικών ανωμαλιών, όπως η υπερφαγία (που οδηγεί μακροπρόθεσμα στην παχυσαρκία), η ανορεξία και η βουλιμία.

Πρόσφατες μάλιστα μελέτες στις ΗΠΑ έχουν δείξει ότι η μέση κατανάλωση θερμίδων από τους εφήβους υπερβαίνει τις ημερήσιες συνιστώμενες κατά RDA (Recommended Dietary Allowences), σε ποσοστό 104% για τα κορίτσια και 116% για τα αγόρια ηλικίας 15-18 ετών, με ένα ποσοστό 13-36% των εφήβων ηλικίας 12-17 ετών να είναι μέτρια παχύσαρκοι, ενώ ένα ποσοστό 4-12% να παρουσιάζει σοβαρή παχυσαρκία. Επιπροσθέτως, η παχυσαρκία στους εφήβους επηρεάζεται από την κακή διατροφή αλλά και την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, καθώς το 45% των εφήβων αγοριών και το 69% των εφήβων κοριτσιών ηλικίας 15-18 εκτελούν λιγότερο από μια ώρα μεσαίας έντασης άσκηση για τέσσερις φορές την εβδομάδα, που είναι και η προτεινόμενη συχνότητα άσκησης για αυτό το ηλικιακό γκρουπ. Η παχυσαρκία στην εφηβική ηλικία σχετίζεται με την ύπαρξη υπερλιπιδαιμιών, αυξημένης αρτηριακής πίεσης, αλλά και μεγαλύτερου κινδύνου εμφάνισης διαβήτη κατά την ενήλικη ζωή.

Ανησυχητικά είναι και τα ποσοστά εμφάνισης διατροφικών διαταραχών όπως η ανορεξία και η βουλιμία στους εφήβους. Η κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται για την απόκτηση 'λεπτού και καλλίγραμμου σώματος' αναγκάζουν αρκετούς εφήβους και κυρίως κορίτσια να καταφύγουν στην ασιτία αλλά και την χρήση εμετικών, καθαρτικών και της υπερεντατικής άσκησης προκειμένου να διατηρήσουν ένα βάρος

κάτω του φυσιολογικού. Σύμφωνα με την Εθνική Υπηρεσία Στατιστικής Υγείας της Μ. Βρετανίας, ένα στα 10 κορίτσια ηλικίας 12-18 ετών πάσχουν από νευρική ανορεξία που μακροπρόθεσμα σχετίζεται με νεφρική ανεπάρκεια, οστεοπόρωση, φθορά των δοντιών από την πρόκληση εμέτου αλλά και καρδιαγγειακών νοσημάτων (όπως οι αρρυθμίες).

ΣΤΟΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΙΝΑΚΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΣΕ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΩΤΕΪΝΗ:

Ημερήσιες ανάγκες, εφήβων σε ενέργεια και πρωτεΐνη

Ηλικία (έτη)	Ενέργεια (θερμίδες)	Ανάλογο ύψος (cm)	Ενέργεια (θερμίδες/cm)	Πρωτεΐνη (γρ./cm)
Αγόρια				
11-14	2500	157	15.9	0.29
15-18	3000	176	17.0	0.34
Κορίτσια				
11-14	2200	157	14.0	0.29
15-18	2200	163	13.5	0.27

(Προσαρμογή από τις Ημερήσιες Προτεινόμενες Προσλήψεις RDA).

2) Ποιότητα και ποσότητα γευμάτων

Ο σύγχρονος έφηβος, λόγω του γρήγορου ρυθμού ζωής του και του υπερβολικά φορτωμένου προγράμματος του με σχολείο, φροντιστήρια και άλλες δραστηριότητες, συχνά δεν εφαρμόζει το προτεινόμενο σχήμα των 'τριών γευμάτων την ημέρα' και των 'δύο ενδιάμεσων σνακ' που συνιστούν οι κλινικοί διαιτολόγοι.

Το 25% των εφήβων ηλικίας 12 με 19 ετών ξεκινά την μέρα του παραλείποντας το πρωινό γεύμα, κάτι το οποίο συντελεί στη μείωση των επιπέδων συγκέντρωσης και ενέργειας καθώς και στη μείωση της σχολικής απόδοσης.

Το 85% των εφήβων δεν καταναλώνουν τις 5 μικρομερίδες φρούτων και λαχανικών (400-500γρ την ημέρα) που συνιστώνται από τον Πανελλήνιο Σύλλογο Διαιτολόγων.

Το 60% των εφήβων τρώνε περισσότερα κορεσμένα λιπαρά από τη συνιστώμενη δοσολογία, κάτι το οποίο εκφράζει την αυξημένη κατανάλωση φαγητού τύπου 'φαστ φούντ' (όπως πίτσες, χάμπουργκερ κλπ.) σε συνδυασμό με την μειωμένη κατανάλωση άπαχου κρέατος, όπως το ψάρι και τα πουλερικά μαγειρεμένα με υγιεινό τρόπο (π.χ. βραστά ή στο γκριλ).

Επιπλέον, τα επίπεδα κατανάλωσης γαλακτοκομικών (όπως το γιαούρτι και το γάλα) από τους έφηβους έχουν μειωθεί κατά 36% μέσα στα τελευταία 25 χρόνια, γεγονός που σχετίζεται με μειωμένη πρόσληψη ασβεστίου, ενός απαραίτητου ιχνοστοιχείου για την ανάπτυξη της σκελετικής μάζας. Η διαπίστωση αυτή είναι ιδιαίτερα σοβαρή καθώς η ελλιπής πρόσληψη ασβεστίου μπορεί να συντελέσει στη μείωση του ρυθμού ανάπτυξης των εφήβων ή στον περιορισμό της μέγιστης σκελετικής τους ανάπτυξης.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με την Εθνική Έρευνα Διατροφής σε Νέους στη Μ. Βρετανία το 2000 παρατηρήθηκε ότι η βασικότερη πηγή ενέργειας για

τους έφηβους ήταν το ψωμί, τα μπισκότα, τα κράκερ, τα κέικ και οι πίτες που συντελούσαν στο ένα τρίτο της ενεργειακής πρόσληψης των εφήβων.

Η παρατήρηση αυτή είναι αρκετά σημαντική καθώς φανερώνει ότι οι έφηβοι προσλαμβάνουν ένα μεγάλο μέρος της ενέργειας τους από τροφές με μικρή διατροφική αξία και πολλές θερμίδες εις βάρος άλλων τροφών, πλούσιων σε ωφέλιμα θρεπτικά συστατικά, όπως τα λαχανικά και τα φρούτα.



Συμπερασματικά...

Τα προαναφερόμενα στοιχεία μας ‘κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου’ καθώς οι μελλοντικοί μας ηγέτες και τωρινοί έφηβοι σιτίζονται με άθλιο τρόπο και πρέπει απαραίτητως οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί αλλά και οι επιστήμονες υγείας και κυρίως οι κλινικοί διαιτολόγοι και οι γιατροί να λάβουν μέτρα για να βελτιωθεί η παρούσα κατάσταση. Οι έφηβοι μας χρειάζονται απαραίτητως *διατροφική εκπαίδευση, διαφορετικά κινδυνεύουμε να μεγαλώσουμε μια νέα γενιά παχύσαρκων ή υποσιτισμένων ατόμων με σοβαρά προβλήματα υγείας.*

4. Διατροφή και άσκηση στην εφηβεία



Η εφηβεία είναι μία φάση του κύκλου της ζωής που έχει προβληματίσει όχι μόνο τους γονείς αλλά και τους επαγγελματίες υγείας.

Οι διατροφικές απαιτήσεις των εφήβων επηρεάζονται αρχικά από την φυσιολογική εξέλιξη αλλά και από την ταυτόχρονη απότομη αύξηση της ανάπτυξης. Η εφηβεία είναι μία κυρίως αναβολική περίοδος, με αύξηση του ύψους και του βάρους, και αλλαγές στην σύσταση του σώματος, η οποίες καταλήγουν σε αύξηση της μυϊκής μάζας, σε αλλαγές στην ποσότητα και στην κατανομή του λίπους και στην μεγέθυνση των κυριότερων οργανικών συστημάτων. Επίσης είναι μία μοναδική περίοδος διαμόρφωσης των φυσιολογικών, ψυχοκοινωνικών και γνωστικών επιπέδων, τα οποία επηρεάζουν και τις διατροφικές επιλογές του εφήβου.

Η διατροφική του φροντίδα πρέπει να περιλαμβάνει την απότομη ανάπτυξη, την ωρίμανση και τις ψυχοκοινωνικές αλλαγές εξατομικευμένα. Σχετικά με την ανάπτυξη θα πρέπει να δοθεί έμφαση σε τρία σημεία: στην ένταση της απότομης εφηβικής ανάπτυξης, στην διάρκεια και στις διαφορές που παρουσιάζονται ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά την έναρξη της.

Ένα έφηβο κορίτσι βιώνει την πιο απότομη αύξηση της ταχύτητας ανάπτυξης μεταξύ τα 10 – 13 του χρόνια και ένα έφηβο αγόρι 2 χρόνια μετά, δηλαδή από τα 12 – 15 του χρόνια. Με αυτή την περίοδο συνήθως τελειώνει και η περίοδος της απότομης ανάπτυξης και για το ύψος αλλά και για το βάρος. Η περίοδος αυτή προσδίδει περίπου το 15% του τελικού ενήλικου ύψους και το 50% του τελικού ενήλικου βάρους.

Επειδή οι διατροφικές απαιτήσεις σχετίζονται άμεσα με την απότομη αύξηση της σωματικής μάζας, είναι απολύτως λογικό το γεγονός ότι οι μεγαλύτερες διατροφικές απαιτήσεις εμφανίζονται κατά το τελευταίο έτος της μέγιστης ανάπτυξης.

Τα άτομα, τα οποία έρχονται σε καθημερινή επαφή με τους έφηβους αθλούμενους και ασχολούνται με την εκπαίδευσή τους θα πρέπει να είναι

ευαισθητοποιημένα σχετικά με το πώς σκέφτονται οι έφηβοι, ώστε να είναι δραστικοί στην προαγωγή της σωστής διατροφής και καλής υγείας.



Κατά την περίοδο αυτή, της ανάπτυξης και της ωρίμανσης, οι έφηβοι αθλητές μπορεί να γνωρίζουν μόνο τα βασικά όσον αφορά τις απαιτήσεις του αθλήματος τους, αλλά παράλληλα είναι τρομερά ανυπόμονοι να πετύχουν. Έτσι στηρίζονται στις λιγοστές εμπειρίες τους και σε πληροφορίες από διάφορες πηγές, μερικές των οποίων μπορεί να καθοδηγούνται από άλλα συμφέροντα.

Συχνά οι έφηβοι επιστρατεύουν οτιδήποτε χρειάζεται ώστε να επιτύχουν τους στόχους τους, χωρίς να τους απασχολούν οι συνέπειες. Ο κοινός στόχος κατά γενική ομολογία των έφηβων αθλητών είναι να γίνουν «μεγαλύτεροι, γρηγορότεροι και πιο δυνατοί» και για τις έφηβες «λεπτότερες και γρηγορότερες». Για αυτούς τους λόγους, το να μάθει στον «εύπλαστο» έφηβο τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του και την αθλητική του απόδοση είναι πάρα πολύ σημαντικό.

Έρευνες έδειξαν ότι αν και οι καθηγητές και οι προπονητές είναι η πρωταρχική πηγή διατροφικών πληροφοριών για τους έφηβους, η γνώση αυτών σχετικά με διατροφικά θέματα είναι κάτω της μέσης. Η συνεχής εκπαίδευση αυτών συνίσταται και προσπαθείτε παγκοσμίως.

Τι όμως απασχολεί τον έφηβο;

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

Ας εξετάσουμε λοιπόν ένα-ένα τα θέματα αυτά :**Σωματικό Βάρος**

Η εφηβεία είναι μία περίοδος απότομης έως και απρόβλεπτης ανάπτυξης. Για να έχει μία άποψη ο έφηβος σχετικά με το κανονικό βάρος, υπάρχουν πίνακες που το καθορίζουν ανάλογα με το ύψος, το φύλο και τις διακυμάνσεις που εμφανίζονται σε κάθε στάδιο της εφηβείας.



Κατά τις αγωνιστικές περιόδους, οι έφηβοι αθλητές και κυρίως αυτοί που ασχολούνται με αθλήματα κατάταξης ανάλογα με το βάρος και με αθλήματα εμφάνισης, μπορεί να προσπαθήσουν να μειώσουν το βάρος τους. Σε έρευνες που έγιναν σε έφηβους αθλητές και αθλήτριες βρέθηκε ότι οι γνώσεις τους σε θέματα διατροφής είναι καλλίτερες από τις επιλογές τους σε τρόφιμα κατά την περίοδο διαίτης.

Σε τέτοιες περιπτώσεις ο κίνδυνος για επιπτώσεις στην υγεία είναι εμφανής. Η χρήση ήπιων καθαρτικών και θέρμανσης, μπορεί να οδηγήσει στην υψηλή απώλεια ηλεκτρολυτών και υγρών. Μόνο η ελάχιστη μείωση του συνολικού βάρους από 1%-3% λόγω απώλειας υγρών μπορεί να βοηθήσει την αθλητική απόδοση.

Από την άλλη πλευρά η αδυναμία, η αφυδάτωση, οι καρδιακές δυσλειτουργίες, η μειωμένη αθλητική απόδοση και ο αυξημένος χρόνος αποκατάστασης από τραυματισμούς είναι τα πιο συχνά συμπτώματα. Έφηβοι που χρησιμοποιούν τέτοιες πρακτικές σε ζεστά και υγρά κλίματα, όπως το δικό μας, έχουν αυξημένο κίνδυνο για καρδιακή προσβολή.

Ακόμα οι πρακτικές αυτές όταν συνδυάζονται με άλλες εφηβικές συνήθειες, όπως το να μένουν ξύπνιοι μέχρι αργά το βράδυ και να τρώνε στο «πόδι» κουράζουν και αδυνατούν το ανοσοποιητικό σύστημα.

Οι έφηβοι λοιπόν θα πρέπει να γνωρίζουν τις συνέπειες που σχετίζονται με την χρήση τέτοιων πρακτικών απώλειας βάρους. Επίσης πολύ σημαντικό είναι ο καθορισμός λογικών στόχων. Οι έφηβοι που θέτουν στόχους, χωρίς κάποια επίβλεψη,

είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν κάποια από τις τακτικές που αναφέραμε. Υποδείξεις για την δημιουργία ενός καλού σχεδίου είναι οι εξής :

- Να προτιμούνται οι ανοιχτές, αλλά ιδιωτικές συζητήσεις για θέματα που αφορούν το βάρος με άτομα που ο έφηβος αναγνωρίζει ως φίλους και υποστηρικτές του (γονείς, προπονητές, φίλους του).
- Να θέτονται ρεαλιστικοί στόχοι-βάρη, οι οποίοι να μπορούν να επιτευχθούν σε 2-3 μήνες.
- Να εκπαιδεύονται στους κανόνες υγιεινής διατροφής και στο πως θα λαμβάνουν τα απαιτούμενα θρεπτικά συστατικά.
- Να μαθαίνουν πως να χάσουν βάρος αργά (0,5-1 kg/εβδ), εφόσον είναι απαραίτητο.
- Να χρησιμοποιούν τύπους άσκησης που να προάγουν την καύση θερμίδων, εφόσον είναι απαραίτητο, λίγους μήνες πριν την αγωνιστική περίοδο.
- Να μάθουν να είναι ρεαλιστές όσον αφορά την διατήρηση και την απώλεια βάρους σε αυτή την περίοδο της ζωής τους.



Το Σώμα

Δεύτερο θέμα στο οποίο θα σταθούμε είναι η εμφάνιση του σώματος. Το ενδιαφέρον για το πως είναι η εμφάνιση των εφήβων συχνά είναι υπερβολικό, ενώ η προσπάθεια για απώλεια βάρους συχνά γίνεται έμμονη ιδέα. Λόγω αυτών, η εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, όπως η νευρική ανορεξία και η βουλιμία, στους εφήβους είναι περίπου 1%-5%. Έφηβες αθλήτριες σε ποσοστό 1%-39% εμφανίζουν διατροφικές διαταραχές ή διαταραχές στο βάρος.

Σύμφωνα με μία έρευνα, το 34% των εφήβων θεωρεί τον εαυτό του υπέρβαρο και το 40% προσπαθεί να χάσει βάρος. Έτσι σε συνδυασμό με το άγχος του ανταγωνισμού και την ψυχολογική πίεση για να φθάσει σε κάποιο συγκεκριμένο βάρος, η εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας στους έφηβους αθλητές είναι απολύτως δικαιολογημένη.

Οι διατροφικές αυτές διαταραχές μπορεί να δημιουργήσουν χρόνια κόπωση, καθυστέρηση της ανάπτυξης, υπογλυκαιμία ευπάθεια σε ιώσεις και αυξημένο κίνδυνο οστεοπόρωσης.



Για τους λόγους αυτούς, έφηβοι αθλητές και όχι μόνο, που υποπτευόμαστε ότι πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή, θα πρέπει να λαμβάνουν διατροφική και ψυχολογική βοήθεια

Σύσταση Σώματος

Οι έφηβοι αθλητές θα πρέπει να γνωρίζουν τις τυπικές τιμές της μυϊκής και λιπώδους μάζας, της διαφοροποίησης της σύστασης σώματος για το συγκεκριμένο άθλημα με το οποίο ασχολούνται ανάλογα με την ανάπτυξη, την απώλεια βάρους και το φύλο ώστε η αντίληψη τους να γίνει πιο ρεαλιστική δίνοντας έμφαση στις διατροφικές τους ανάγκες.

Κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας υπάρχουν πολύ μικρές διαφορές μεταξύ της μυϊκής και λιπώδους μάζας. Κατά την εφηβική ηλικία όμως τα κορίτσια παίρνουν 15 εκ. σε ύψος και 16 κιλά σε βάρος ενώ τα αγόρια 20 εκ. και 22 κιλά αντίστοιχα. Τα κορίτσια τείνουν να αποκτήσουν λίπος και μύες ενώ τα αγόρια να αποκτήσουν μύες και να χάσουν λίπος. Εξηγώντας αυτές τις αλλαγές μπορούμε να καθοδηγήσουμε τους έφηβους προς πιο ρεαλιστικές αντιλήψεις.

Επίσης είναι θεμιτό όταν συζητάμε με τους εφήβους για το σώμα να εστιάζουμε στη μυϊκή μάζα και στο πως να την αυξήσουμε όχι για την λιπώδη μάζα και στο πως να την μειώσουμε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΨΥΧΟ – ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ
ΠΑΙΔΙΟΥ

1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Οι σχέσεις του παιδιού με τους γονείς του

Οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί τα τελευταία τριάντα χρόνια έχουν καταδείξει δύο βασικές διαστάσεις γονικής συμπεριφοράς ως παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση παθολογικής συμπεριφοράς:

1. την σκληρή αντιμετώπιση του παιδιού (μέσα από την εχθρική ή απορριπτική συμπεριφορά των γονέων).
2. την ασταθή και ασαφή συμπεριφορά των γονέων προς το παιδί και την ελλιπή φροντίδα του.

Διαχρονικές έρευνες έχουν δείξει πως η σκληρή αντιμετώπιση και η απόρριψη του παιδιού από τους γονείς του μπορεί να σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την κατάθλιψη (Asarnow, 1994). Επίσης έχει διαπιστωθεί πως η σωματική κακοποίηση και η συναισθηματική αποστέρηση των παιδιών μπορεί να τα οδηγήσει σε προβλήματα συμπεριφοράς (Cicchetti, 2000). Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, το 90% των παιδιών με ιστορικό κακοποίησης στην παιδική ηλικία, παρουσιάζει τουλάχιστο μια διαγνώσιμη διαταραχή στην ηλικία των 17 ετών (Egeland, 1997). Επιπλέον το διαζύγιο, η προβληματική σχέση των γονέων και η βία στην οικογένεια σχετίζονται με την εκδήλωση προβλημάτων συμπεριφοράς (Amato & Keith, 1991). Ο Amato και ο Keith (1991) διαπίστωσαν πως τα παιδιά χωρισμένων γονέων αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα σε σχέση με τα παιδιά των οποίων ο ένας γονέας έχει πεθάνει. Το γεγονός αυτό φαίνεται να υποδηλώνει πως τα προβλήματα αυτά δεν σχετίζονται απλώς με την απουσία του ενός γονέα αλλά με την προβληματική σχέση και τις συγκρούσεις μεταξύ των γονέων πριν ή μετά το χωρισμό τους.

Τέλος, ένας από τους λόγους για τους οποίους το οικογενειακό περιβάλλον σχετίζεται με την εκδήλωση της ψυχοπαθολογίας είναι λόγω της επίδρασης που μπορεί να ασκεί στις σχέσεις του παιδιού με τους συνομηλίκους (Sroufe, 2000). Για παράδειγμα, η κακοποίηση του παιδιού στην οικογένεια του είναι πιθανό να οδηγήσει και σε δυσκολίες στις σχέσεις με τους συνομηλίκους (Cicchetti, 2000).

Οι σχέσεις του παιδιού με τους συνομηλίκους

Η σχέση ανάμεσα στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν ορισμένα παιδιά στις σχέσεις με τους συνομηλίκους τους και την ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας έχει διερευνηθεί εκτεταμένα από τους ειδικούς, ωστόσο πολλά ερωτήματα παραμένουν ακόμη αναπάντητα. Η σύγχρονη έρευνα στρέφεται κυρίως στη μελέτη της επίδρασης των συνομηλικών στην εκδήλωση παθολογικής συμπεριφοράς ανάλογα με το αναπτυξιακό επίπεδο και το φύλο των παιδιών. Για παράδειγμα, έχει διαπιστωθεί πως τα κορίτσια στη εφηβεία συνήθως προτιμούν τις στενές δυαδικές φιλικές σχέσεις από τα αγόρια (Parker, 1995). Τέτοιου είδους επιλογές ενδέχεται να επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο την εμφάνιση και εξέλιξη της παθολογικής συμπεριφοράς.

Η είσοδος του παιδιού σε μια ομάδα συνομηλικών σηματοδοτεί την αξιολόγηση του από τα άλλα παιδιά και καταλήγει στην αποδοχή ή την απόρριψη του

από αυτά. Έχει διαπιστωθεί πως η ενδεχόμενη απόρριψη του παιδιού από τους συνομήλικους του σχετίζεται με την εκδήλωση προβλημάτων προσαρμογής (Rudolf & Asher, 2000). Σε διαχρονικές έρευνες, έχει βρεθεί πως τα παιδιά τα οποία στον παιδικό σταθμό βιώνουν την απόρριψη από τους συνομήλικους τους, έχουν αυξημένες πιθανότητες για τη μεταγενέστερη εκδήλωση προβλημάτων συμπεριφοράς (Deater – Deckard, 2001).

Η ομάδα των συνομήλικων του παιδιού μπορεί να ασκήσει επίδραση ακόμα και στην έκβαση της διαταραχής την οποία ενδεχομένως αντιμετωπίζει.

Σχολικό περιβάλλον

Τα παιδιά και οι έφηβοι βρίσκονται για πολλά χρόνια στο ρόλο του μαθητή και το σχολικό πλαίσιο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη τους. Πολλοί όμως από τους μαθητές αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα συμπεριφοράς ή και τα δυο. Οι γνώσεις που υπάρχουν για την επίδραση του σχολείου στη συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών είναι ακόμη περιορισμένες, καθώς το ενδιαφέρον των ερευνητών συνήθως εστιάζεται στην επίδραση του σχολείου στη γνωστική ανάπτυξη.

Όστόσο είναι γνωστό πως η κακή ποιότητα διδασκαλίας εύκολα μπορεί να οδηγήσει τους μαθητές σε αποτυχία. Τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες έχουν μεγαλύτερη ανάγκη από καλούς δασκάλους, οι οποίοι μπορούν να υλοποιήσουν τα εκπαιδευτικά προγράμματα με συνέπεια. Παράλληλα, είναι γνωστό, ότι οι δάσκαλοι που μπορούν να βοηθήσουν ουσιαστικά αυτά τα παιδιά είναι αυτοί που έχουν την ικανότητα να πλησιάζουν ακόμη και τους αδύνατους και ‘δύσκολους’ μαθητές και να εγκαθιστούν σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ τους.

Πολιτισμικό περιβάλλον

Σε κάθε πολιτισμό, από το σύνολο του φάσματος των διαφορετικών μορφών συμπεριφοράς που υιοθετούν τα μέλη του, ένα μέρος θεωρείται πάντα ως κοινωνικά μη αποδεκτό και σε αυτό τοποθετείται η ετικέτα του μη φυσιολογικού. Στα πλαίσια αυτής της άποψης, η Ruth Benedict, σε ένα άρθρο της (1934) υποστήριξε την άποψη πως η ψυχική αρρώστια είναι συνυφασμένη με όρους πολιτισμικούς και πως, σε κάθε περίπτωση, σχετίζεται με αυτά που θεωρούνται φυσιολογικά ή μη φυσιολογικά σε έναν πολιτισμό.

Αργότερα η Margaret Mead (1939), προχώρησε πέρα από τη μελέτη της συμβολής του πολιτισμικού πλαισίου στην ‘ετικετοποίηση’ της συμπεριφοράς και επεκτάθηκε στη διερεύνηση της διαδικασίας που οδηγεί στην εκδήλωση της παθολογικής συμπεριφοράς μέσα στο εκάστοτε πολιτισμικό πλαίσιο όπου αναπτύσσεται το άτομο. Την ίδια περίοδο, ο Kardiner (1939) επηρεασμένος από τη ψυχαναλυτική θεωρία, υποστήριξε πως τα άτομα που ζουν σε διαφορετικές κοινωνίες, χαρακτηρίζονται από συγκεκριμένη βασική δομή προσωπικότητας, η οποία είναι το αποτέλεσμα κοινών πολιτισμικών βιωμάτων της παιδικής τους ηλικίας.

Τέτοιου είδους έρευνες οδήγησαν στην υιοθέτηση της άποψης ότι τα άτομα που μεγαλώνουν στο ίδιο πολιτισμικό περιβάλλον έχουν κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Στην συνέχεια, η συλλογιστική αυτή οδήγησε αρκετούς ειδικούς στο συμπέρασμα πως τα άτομα που μεγαλώνουν στο ίδιο πολιτισμικό περιβάλλον μπορεί να αναπτύσσουν παρόμοια ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά.

2. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Ο ρόλος του φύλου στη ψυχοπαθολογία είναι ένα θέμα που απασχολεί ευρύτατα τους ειδικούς τα τελευταία χρόνια. Έχει διαπιστωθεί πως οι περισσότερες διαταραχές συμπεριφοράς εμφανίζονται συχνότερα στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια, με εξαίρεση ορισμένες διαταραχές από τις αγχώδεις διαταραχές, τις διαταραχές της διάθεσης και τις διαταραχές διατροφής (Keenan & Shaw, 1997). Σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα, η συχνότητα εμφάνισης μιας διαταραχής μπορεί να υπερσχύει στο ένα φύλο μέχρι κάποια ηλικία και αυτή η διαφορά να ελαχιστοποιείται – ή να αντιστρέφεται – από κάποια ηλικία και μετά. Εκτός όμως από τη διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης, έχουν εντοπιστεί διαφορές ακόμα και στον τρόπο εκδήλωσης της ίδιας διαταραχής σε αγόρια και κορίτσια. Επιπλέον, φαίνεται πως η πορεία του παιδιού με κάποια διαταραχή καθώς και η έκβαση των δυσκολιών του μπορεί να διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με το φύλο.

Διάφορες ερμηνείες έχουν προταθεί σε μια προσπάθεια κατανόησης αυτών των διαφορών:

- Τα αγόρια είναι πιο ευάλωτα σε γενετικές ανωμαλίες και έτσι εμφανίζουν νευρολογικές δυσλειτουργίες οι οποίες σχετίζονται με την εμφάνιση ενός μεγάλου αριθμού διαταραχών (Eme & Kavanaugh, 1995).
- Τα προβλήματα των αγοριών εκφράζονται συνήθως με διασπαστική συμπεριφορά και έτσι αναγνωρίζονται ευκολότερα από το κοινωνικό περιβάλλον, στο οποίο προκαλούν περισσότερες δυσκολίες ενώ των κοριτσιών μπορεί συχνά να περνούν απαρατήρητες (Zahn-Waxler, 1993).
- Η διαδικασία κοινωνικοποίησης των αγοριών και των κοριτσιών είναι διαφορετική στην σύγχρονη κοινωνία, με αποτέλεσμα να διαφοροποιούνται τόσο οι παράγοντες κινδύνου όσο και οι προστατευτικοί παράγοντες για την πρόληψη της σε αγόρια και κορίτσια (Simpson & Stevenson-Hinde, 1985).

Οι ερμηνείες αυτές δεν αποκλείουν η μία την άλλη, αλλά φαίνεται μάλλον ότι αλληλοσυμπληρώνονται. Οι βιολογικές επιδράσεις, ορισμένες εγγενείς διαφορές στην προσωπικότητα και οι διαφορετικές κοινωνικές προσδοκίες από τα αγόρια και τα κορίτσια φαίνεται να αλληλεπιδρούν δυναμικά και να οδηγούν στην εμφάνιση διαφορών εκδήλωση της ψυχοπαθολογίας στα δύο φύλα.

3. Η ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Στην ψυχοπαθολογία, η συννοσηρότητα αναφέρεται ως συνύπαρξη δύο ή περισσότερων διαφορετικών διαταραχών. Τα παιδιά και οι έφηβοι με κάποια διαταραχή πολύ συχνά παρουσιάζουν και συμπτώματα μιας ακόμη ή και περισσότερων διαταραχών.

Τα τελευταία χρόνια φαίνεται πως η συννοσηρότητα των ψυχικών διαταραχών αποτελεί ένα πολύ σημαντικό πεδίο προβληματισμού και ερευνητικών αναζητήσεων στη ψυχοπαθολογία, επειδή εκτιμάται πως αποτελεί για πολλούς λόγους το κλειδί τόσο για την κατανόηση της ανάπτυξης της ψυχοπαθολογίας όσο και για τη βελτίωση της νοσολογίας και των διαγνωστικών συστημάτων.

Σε μια ανασκόπηση για τα πιθανά αίτια της συννοσηρότητας, οι Caron και Rutter (1991) αναφέρουν τα εξής :

- Δύο ή περισσότερες διαταραχές μπορεί να συνεμφανίζονται επειδή οφείλονται στους ίδιους αιτιολογικούς παράγοντες.
- Η συνεμφάνιση διαφόρων συμπτωμάτων μπορεί να αντανακλά διαφορετικούς τρόπους εκδήλωσης μιας μόνο διαταραχής.
- Η μια διαταραχή μπορεί να προκαλεί την εκδήλωση κάποιας άλλης.
- Η μια διαταραχή μπορεί να αποτελεί την πρόιμη εκδήλωση κάποιας άλλης.
- Η συννοσηρότητα μπορεί να είναι αποτέλεσμα της αλληλοεπικάλυψης των διαγνωστικών κριτηρίων.

Αυτό που είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τον ειδικό που ασχολείται με τη ψυχοπαθολογία, δεν είναι απλά η αναγνώριση ή μη της συνύπαρξης ορισμένων προβλημάτων, αλλά η κατανόηση της διαδικασίας της επιγένεσης των προβλημάτων. Για το σχεδιασμό της αποτελεσματικής θεραπευτικής παρέμβασης θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό να μπορεί ο ειδικός, μέσα από τη θεωρητική του κατάρτιση και την εμπειρία του, να διακρίνει κάθε φορά ποια συμπτώματα είναι κυρίαρχα ή πρωτογενή σε μια περίπτωση και ποια ενδέχεται να είναι δευτερογενή.

4. ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Τα μοντέλα τα οποία έχουν επινοηθεί για την ερμηνεία της διαδικασίας της ανάπτυξης αποτελούν στη βάση τους θεωρητικές προσεγγίσεις σχετικά με την επίδραση της φύσης του ατόμου και του περιβάλλοντος του στη ζωή του. Τις ίδιες σκέψεις αντανακλούν και τα μοντέλα τα οποία χρησιμοποιούνται για την κατανόηση της παθολογικής ανάπτυξης.

Ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον πλαίσιο θεωρητικής προσέγγισης της ανάπτυξης είναι αυτό το οποίο υιοθετεί ο Riegel (1978), προκειμένου να ταξινομήσει τα διάφορα θεωρητικά μοντέλα με κριτήριο το βάρος που δίνει το καθένα από αυτά στην επίδραση του περιβάλλοντος στην ανάπτυξη. Σύμφωνα με αυτό, υπάρχουν τέσσερις ομάδες μοντέλων:

- Τα μοντέλα της πρώτης ομάδας είναι αυτά στα οποία τόσο ο ρόλος του ατόμου όσο και αυτός του περιβάλλοντος είναι παθητικός στην αναπτυξιακή διαδικασία. Τα μοντέλα αυτά στηρίζονται βασικά στις απόψεις του Lock και του David Hume και δεν παρουσιάζουν σήμερα κανένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Στα μοντέλα αυτά το περιβάλλον δεν επιχειρεί να επιδράσει στην συμπεριφορά και το άτομο είναι παθητικό, 'άγραφος χάρτης' και απλά δέχεται τις πληροφορίες από το περιβάλλον του.
- Στην δεύτερη ομάδα εντάσσονται τα μοντέλα στα οποία ο ρόλος του ατόμου είναι παθητικός ενώ αυτός του περιβάλλοντος είναι ενεργητικός. Τα μοντέλα αυτά στηρίζονται στην άποψη πως το περιβάλλον ελέγχει ενεργητικά την συμπεριφορά του παιδιού μέσα από την αμοιβή ή τιμωρία.
- Η Τρίτη ομάδα περιλαμβάνει μοντέλα στα οποία ο ρόλος του ατόμου είναι ενεργητικός ενώ αυτός του περιβάλλοντος παθητικός. Στα μοντέλα αυτά το ενεργητικό άτομο κατασκευάζει τον κόσμο του μέσα από το υλικό του περιβάλλοντος του.
- Η τέταρτη ομάδα είναι η πιο οικεία στους αναπτυξιολόγους λόγω της εστίασης τους στη διαδικασία της αλληλεπίδρασης. Σύμφωνα με τα μοντέλα αυτά, τόσο ο ρόλος του ατόμου όσο και του περιβάλλοντος είναι ενεργητικός στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς.

Περιβαλλοντικό μοντέλο : θεωρεί την συμπεριφορά ως αποτέλεσμα της λειτουργίας των δυνάμεων του περιβάλλοντος οι οποίες επιδρούν στο άτομο (Lewis, 1988).

Μοντέλο του καλού συνταιριάσματος : θεωρεί πως η ψυχοπαθολογία εμφανίζεται ως αποτέλεσμα του κακού ταιριάσματος μεταξύ των χαρακτηριστικών του ατόμου από τη μια μεριά και των απαιτήσεων του περιβάλλοντος από την άλλη. Παρουσιάζεται δυσαρμονία στην περίπτωση όπου τα χαρακτηριστικά του παιδιού δεν ταιριάζουν με τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος (Thomas & Chess, 1997).

Μοντέλο της συναλλαγής : η ανάπτυξη του ατόμου θεωρείται ως προϊόν της συνεχούς δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ του παιδιού και των εμπειριών του, τόσο στο πλαίσιο της οικογένειας όσο και του ευρύτερου κοινωνικού περιγύρου (Sameroff, 1995).

5. ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Πρόλογος

Ένα αξιόπιστο σύστημα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών αποτελεί τη βασική προϋπόθεση για κάθε επιστημονική ή κλινική εργασία. Ένα σοβαρό σύστημα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών θα πρέπει :

- Να είναι έγκυρο και αξιόπιστο.
- Να καλύπτει όσο το δυνατό μεγαλύτερο εύρος των σημαντικότερων, διαταραχών.
- Να συνεκτιμά την αναπτυξιακή προοπτική.
- Να βασίζεται σε αρχές και σε κανόνες με σαφήνεια.
- Να περιέχει πληροφορίες οι οποίες είναι κλινικά σημαντικές.

Τα συστήματα ταξινόμησης, τα οποία ανταποκρίνονται στα παραπάνω κριτήρια, προσφέρουν στους ερευνητές ένα κοινό πλαίσιο που διευκολύνει τη διατύπωση θεωρητικών προσεγγίσεων για τη φύση των ψυχικών διαταραχών και εξασφαλίζουν στους ειδικούς τη δυνατότητα να επικοινωνούν μεταξύ τους αποτελεσματικά όταν αναζητούν πληροφορίες για τη διάγνωση, την αντιμετώπιση ή την πρόγνωση των ψυχικών διαταραχών. Το σύστημα που ακολουθεί, είναι σήμερα το πλέον αποδεκτό και χρησιμοποιείται παγκοσμίως.

Σύστημα DSM

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM), το οποίο αναπτύχθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες, αποτελεί ένα κατηγορικό σύστημα ταξινόμησης που χρησιμοποιείται ευρύτατα σε όλο τον κόσμο.

Το DSM ταξινομεί τα ψυχικές διαταραχές σε δεκαέξι βασικές κατηγορίες. Διατηρεί πολυαξονικό σύστημα το οποίο διευκολύνει την πλήρη και συστηματική αξιολόγηση και προσφέρει ταυτόχρονα ένα εύχρηστο σχήμα οργάνωσης και επικοινωνίας κλινικών πληροφοριών και περιγραφής της ετερογένειας ατόμων που φέρουν την ίδια διάγνωση.

Άξονας I : Κλινικές διαταραχές.

Άλλες καταστάσεις οι οποίες μπορεί να αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής.

Άξονας II : Διαταραχές προσωπικότητας.

Νοητική καθυστέρηση.

Άξονας III : Γενική σωματική κατάσταση.

Άξονας IV : Ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα.

Άξονας V : Συνολική εκτίμηση της λειτουργικότητας.

6. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Στην ψυχοπαθολογία, η αξιολόγηση αναφέρεται στην συγκέντρωση πληροφοριών οι οποίες αφορούν το ρεπερτόριο συμπεριφοράς του ατόμου. Οι γενικοί στόχοι της αξιολόγησης σχετίζονται πάντα με την αναγκαιότητα σχεδιασμού και υλοποίησης των στρατηγικών παρέμβασης για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

- Στην πρώτη φάση, οι ειδικότεροι στόχοι της αξιολόγησης περιλαμβάνουν τον προσδιορισμό της παρουσίας ή της απουσίας ορισμένων μορφών συμπεριφοράς, την έκταση στην οποία

εκδηλώνονται, τις ικανότητες και δεξιότητες του ατόμου, τη βαρύτητα των συμπτωμάτων του, καθώς επίσης και τον εντοπισμό της διαγνωστικής κατηγορίας στην οποία μπορούν να καταταγούν οι συγκεκριμένες μορφές συμπεριφοράς.

- Στη δεύτερη φάση, η αξιολόγηση πρέπει να οδηγεί στη διαμόρφωση μιας εκτίμησης για την ενδεχόμενη έκβαση των δυσκολιών του ατόμου και την επίδραση που μπορεί αυτές να έχουν στην ανάπτυξη του.

- Στην τρίτη φάση, η αξιολόγηση αξιοποιεί τα ευρήματα των προηγούμενων φάσεων και παρέχει το πλαίσιο για το σχεδιασμό του θεραπευτικού προγράμματος. Ωστόσο η αξιολόγηση δεν λαμβάνει τέλος με το σχεδιασμό θεραπευτικού προγράμματος, αλλά είναι μία συνεχής δυναμική διαδικασία καθόλη τη διάρκεια της εφαρμογής του. Η αξιολόγηση, ως συνεχής διαδικασία, στοχεύει στη διαρκή προσαρμογή του προγράμματος ανάλογα με την πρόοδο του παιδιού αλλά και στην καλύτερη κατανόηση των δυσκολιών και των δυνατοτήτων του παιδιού και της οικογένειας του ανάλογα με τον τρόπο και το βαθμό που ανταποκρίνονται στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Πριν από την επιλογή κάποιας προσέγγισης από τον ειδικό, είναι σημαντικό να συνεκτιμηθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων που θα χρησιμοποιηθούν. Οι μέθοδοι αξιολόγησης θα πρέπει επίσης να είναι ανάλογες με τις υποθέσεις τις οποίες ενδιαφέρεται να ελέγξει ο ειδικός. Η απόφαση σε ότι αφορά τα εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση θα εξαρτηθεί βασικά από τα ερωτήματα και το σχεδιασμό της μελέτης. Επίσης, για την αξιολόγηση των παιδιών και των εφήβων, θα πρέπει να συνεκτιμάται με συνέπεια στις μετρήσεις τόσο η χρονολογική τους ηλικία όσο και το αναπτυξιακό τους επίπεδο.

Πολλές φορές, ο ειδικός χρειάζεται να συγκεντρώσει περισσότερες πληροφορίες για το παιδί και για την συμπεριφορά του σε διάφορα πλαίσια. Έτσι, λοιπόν, συγκεντρώνει στοιχεία που να προέρχονται από πολλαπλές πηγές προκειμένου να περιοριστεί η πιθανότητα σφάλματος, το οποίο μερικές φορές είναι αποτέλεσμα της μονόπλευρης πληροφόρησης.

Ο Achenbach (1995), για την αξιολόγηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και οι έφηβοι, πρότεινε να συγκεντρώνονται στοιχεία από τις ακόλουθες πηγές:

- Αναφορές γονέων (σταθμισμένες κλίμακες, αναπτυξιακό ιστορικό, συνέντευξη με γονείς).
- Αναφορές παιδαγωγών (σταθμισμένες κλίμακες, σχολικές επιδόσεις, συνέντευξη με παιδαγωγό).
- Γνωστική αξιολόγηση (τεστ ικανοτήτων, τεστ επίδοσης, γλωσσικά τεστ, τεστ κινητικών και αντιληπτικών δεξιοτήτων).
- Αξιολόγηση της σωματικής κατάστασης (βάρος, ύψος, ιατρική και νευρολογική εξέταση).
- Αξιολόγηση του παιδιού ή του εφήβου (άμεση παρατήρηση, κλινική συνέντευξη, σταθμισμένες κλίμακες αυτοαξιολόγησης του παιδιού ή του εφήβου).

Η πολύπλευρη αξιολόγηση της λειτουργικότητας του παιδιού (γνωστική, εκπαιδευτική, συναισθηματική, φυσική κατάσταση) σε διάφορες καταστάσεις (σπίτι, σχολείο) αποκλείει τη χρήση της μιας και μοναδικής μεθόδου. Οι Kazdin και Kagan (1994) επισημαίνουν πως η αξιολόγηση δεν μπορεί σε καμιά περίπτωση να περιοριστεί αποκλειστικά στη διερεύνηση των χαρακτηριστικών του ατόμου αλλά θα πρέπει να επεκτείνεται και στο περιβάλλον του όπως για παράδειγμα στα χαρακτηριστικά των γονέων του, της οικογένειας του καθώς επίσης και σε αυτά του πολιτισμικού πλαισίου. Είναι πολύ σημαντικό για την αξιολόγηση να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρονται στο παιδί τα πρόσωπα τα οποία είναι πολύ σημαντικά γι' αυτό και να εξεταστεί η συμβολή που μπορεί να έχουν αυτά τα άτομα στα προβλήματα του παιδιού. Επίσης θεωρείται πολύ σημαντικό η αξιολόγηση να επαναλαμβάνεται ώστε να εκτιμηθεί κατά πόσο τα χαρακτηριστικά του ατόμου είναι σταθερά και να εντοπιστούν τα πλαίσια στα οποία εκδηλώνονται.

7. ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Η κλινική συνέντευξη είναι πλέον διαδεδομένη μέθοδος αξιολόγησης για τα προβλήματα των παιδιών και της οικογένειάς τους. Επιπλέον είναι ένα ξεχωριστό είδος συζήτησης και διαφέρει από την συνηθισμένη συνομιλία σε πολλά καίρια σημεία. Οι διαφορές αυτές είναι πολύ λεπτές και γι' αυτό η τεχνική της συνέντευξης είναι μια δεξιότητα που χρειάζεται χρόνος για την εκμάθησή της.

Ο σκοπός της δεν είναι απλά η συλλογή πληροφοριών γύρω από τον ασθενή, αλλά η 'εμπαθητική' κατανόηση του πώς νιώθει ο ασθενής. Μια τέτοια κατανόηση είναι ουσιώδης για την σωστή διάγνωση, την επιτυχία της θεραπείας και η επιτυχία της συνέντευξης βασίζεται στην ανάπτυξη αυτής ακριβώς της κατανόησης. Η ευαισθησία του ατόμου που κάνει την συνέντευξη είναι καθοριστική για την πορεία της συνέντευξης και την ευκολία με την οποία θα δώσει πληροφορίες ο ασθενής. Ευαισθησία, 'εμπάθεια', κατανόηση ανακουφίζουν τον ασθενή. Δεν είναι, λοιπόν, παράξενο αν η αρχική συνέντευξη θεωρείται ότι αποτελεί και την έναρξη της θεραπείας.

Βασικές αρχές συνέντευξης

- Χώρος : ο ιδανικός χώρος για συνέντευξη είναι αυτός όπου δεν υπάρχει κίνδυνος για διακοπή και που να διαθέτει καλή ηχητική μόνωση, έτσι που ο μεν ασθενής να αισθάνεται άνετα και ο δε ειδικός να μην αποσπάται η προσοχή του από θορύβους.
- Συνάντηση : ο ασθενής βρίσκεται σε ευάλωτη θέση όχι μόνο του προβλήματος αλλά και λόγω της ειδικής φύσης της συνάντησης. Ο ειδικός πρέπει να τον κάνει να νιώθει άνετα, να τον καθησυχάσει και να του φερθεί με ευγένεια.
- Χρόνος : συνήθως η συνέντευξη διαρκεί 45 – 50 λεπτά αλλά μπορεί να διαρκέσουν και περισσότερο.
- Καθορισμός των στόχων της συνέντευξης.

8. ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

a) Πρόλογος

Ο βασικός στόχος ενός προγράμματος θεραπευτικής αντιμετώπισης κάποιας διαταραχής είναι η μείωση των δυσκολιών που αντιμετωπίζει το άτομο και η αύξηση των δεξιοτήτων προσαρμογής ώστε να είναι όσο το δυνατό περισσότερο λειτουργικό και να ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στις απαιτήσεις του οικογενειακού, σχολικού και κοινωνικού περιβάλλοντος.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η θεραπευτική αντιμετώπιση ξεφεύγει από τον ιατρικό προσδιορισμό της, ο οποίος υπονοεί την πλήρη αποκατάσταση κάποιου οργανικού προβλήματος και αποκτά περισσότερο την έννοια της μείωσης της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς, της αποτελεσματικότερης προσαρμογής στο περιβάλλον και της αύξησης της λειτουργικότητας του ατόμου σε όλους τους τομείς της ζωής του. Αυτό συμβαίνει, διότι, αν και σε πολλές διαταραχές υπάρχουν ενδείξεις οργανικής αιτιολογίας, δεν υπάρχουν αντίστοιχα φάρμακα για την αποκατάσταση του οργανικού προβλήματος. Επομένως, η μόνη επιλογή του ειδικού είναι να επικεντρωθεί στην ορατή συμπεριφορά και να προσπαθήσει να την τροποποιήσει ώστε να βελτιώσει τις συνθήκες ζωής του.

Για την εφαρμογή ενός προγράμματος θεραπευτικής παρέμβασης, ο ειδικός θα πρέπει να έχει πρώτα πραγματοποιήσει μια λεπτομερή ψυχολογική αξιολόγηση και να έχει καταλήξει στη διάγνωση του προβλήματος. Θα πρέπει επίσης να έχει θέσει σαφείς στόχους, προκειμένου να επιλέξει την κατάλληλη θεραπευτική μέθοδο. Όλη η προσπάθεια θα πρέπει να εντάσσεται στην ευρύτερη θεωρητική φιλοσοφία του ειδικού και να διέπεται από τους κανόνες δεοντολογίας.

b) Μέθοδοι

- Ψυχοδυναμικοί μέθοδοι : θεωρούν την προβληματική συμπεριφορά ως το αποτέλεσμα ασυνείδητων συγκρούσεων και επικεντρώνονται στην επαναφορά των συγκρούσεων αυτών στην συνείδηση του ατόμου με σκοπό την ενεργή επίλυση τους.
- Συμπεριφορικές μέθοδοι : θεωρούν την προβληματική συμπεριφορά ως το αποτέλεσμα μάθησης μέσω της κλασικής και συντελεστικής υποκατάστασης. Η θεραπευτική αντιμετώπιση επικεντρώνεται στην απόσβεση των μορφών συμπεριφοράς, μέσω της θετικής και αρνητικής ενίσχυσης και η αντικατάσταση τους από νέες, επιθυμητές μορφές.
- Γνωσιακές μέθοδοι : θεωρούν την προβληματική συμπεριφορά ως το αποτέλεσμα των διαστρεβλωμένων αντιλήψεων του ατόμου και επικεντρώνονται στην αντικατάσταση τους από άλλες πιο ρεαλιστικές και πιο λειτουργικές αντιλήψεις.
- Γνωσιακές – συμπεριφορικές μέθοδοι : θεωρούν την προβληματική συμπεριφορά ως το αποτέλεσμα εν μέρει των δυσλειτουργικών αντιλήψεων και εν μέρει της μάθησης. Οι μέθοδοι αυτοί

επικεντρώνονται στην αντικατάσταση των δυσλειτουργικών αντιλήψεων, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και στην ανάπτυξη του αυτοελέγχου.

- Συστημικές μέθοδοι : θεωρούν την προβληματική συμπεριφορά ως το αποτέλεσμα των δυσλειτουργικών σχέσεων στα πλαίσια της οικογένειας και επικεντρώνονται στη βελτίωση της επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4⁰

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ
ΤΡΟΦΗΣ

1. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Εισαγωγή

Το ενδιαφέρον για τις διατροφικές διαταραχές ήρθε στην επιφάνεια πριν από 15 χρόνια. Μέχρι και τις αρχές του 1980 οι περισσότεροι άνθρωποι γνώριζαν για την ύπαρξη της νευρικής ανορεξίας, αλλά λίγοι επαγγελματίες υγείας ή διαιτολόγοι θεώρησαν απαραίτητο να αποκτήσουν παραπάνω στοιχεία. Σκοπός τους ήταν να αναγνωρίζεται η διαταραχή, έτσι ώστε να χρησιμοποιήσουν στοιχεία είτε για να φέρουν εις πέρας κάποια υπόθεση ενός ειδικού είτε για να αναφερθούν σε μια ενότητα κάποιου επιστημονικού συγγράμματος.

Η παχυσαρκία ωστόσο, η οποία ήταν συνηθέστερη, ήταν πιο κατανοητή και οι παχύσαρκοι άνθρωποι μπορούσαν να βασίζονται στην ιατρική παρέμβαση, που ήταν ωστόσο, αβέβαιης αποτελεσματικότητας και συχνά αμφισβητούμενης αξιοπιστίας. Πολύ λίγοι υπέρβαροι άνθρωποι θα παραδέχονταν ότι είχαν διατροφικά προβλήματα, αν πραγματικά είχαν και, διαθέσιμη βοήθεια, υπό μορφή δίαιτας μέσα από μια σειρά ινστιτούτων αδυνατίσματος, διαφόρων ποιοτικών επιπέδων στα οποία θα μπορούσαν να είχαν απευθυνθεί. Ως εναλλακτική λύση την οποία επέλεγαν άνθρωποι που παραπονούνταν για προβλήματα ελέγχου στην πρόσληψη τροφής, ήταν η προσφυγή σε ψυχιάτρους, οι οποίοι το μόνο που αποδείκνυαν ήταν ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς δεν εμφάνιζαν κλινική κατάθλιψη και ως εκ τούτου τους προτεινόταν η επαναπροσφυγή στους δικούς τους γιατρούς.

Μέχρι πρότινος, άνθρωποι που εμφάνιζαν φυσιολογικό βάρος και που αντιμετώπιζαν προβλήματα σχετικά με το φαγητό και ανησυχίες για το βάρος τους, ήταν πιθανό να απομακρυνθούν από την πρωτοβάθμια περίθαλψη, ως μη έχοντες κανένα πρόβλημα, διότι δεν ανήκαν σε καμία ήδη γνωστή κατηγορία ψυχιατρικών ή σωματικών διαταραχών.

Οι διαιτολόγοι υπήρξαν συχνά το σημείο αναφοράς για αυτές τις τρεις ομάδες ανθρώπων αλλά με υπόβαθρο κυρίως διατροφικό και ελάχιστες γνώσεις ψυχολογικών παραγόντων. Αυτοί επίσης βρίσκονταν σε σύγχυση όσον αφορά στα κίνητρα αυτών των ανθρώπων, οι οποίοι παρουσιάζονται ανίκανοι να προστατέψουν τον εαυτό τους από την κακοποίηση των ίδιων τους των σωμάτων και για αυτούς τους λόγους συχνά προσέφεραν παραπάνω σε αυτούς τους ανθρώπους, από το να τους δίνουν απλά ένα διαιτολόγιο.

Τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια και έπειτα, η βοήθεια είναι αρκετά διαθέσιμη για ανθρώπους με συγκεκριμένες διαγνώσεις νευρικής βουλιμίας και νευρικής ανορεξίας. Έγινε συνείδηση η ανάγκη για την προσάρτηση ειδικών κεφαλαίων σε συγγράμματα διαιτολογίας και αυτό σήμαινε ότι κάποιος με μια διατροφική διαταραχή ήταν πιθανότερο αυτή την περίοδο από το προηγούμενο χρονικό διάστημα, να απευθυνθεί σε ψυχίατρο ή να συμβουλευτεί για βοήθεια ή να μπορεί σε τελική ανάλυση να λάβει συμβουλή από κάποια ομάδα αυτοβοήθειας. Ταυτόχρονα, επέρχεται μια συνεχώς αυξανόμενη αποδοχή όσον αφορά στην ανάγκη για κάθε επαγγελματία στην θεραπεία και την συμβουλευτική, έτσι ώστε να κατανοούνται οι άνθρωποι με διατροφικά προβλήματα και οι διαιτολόγοι και οι γενικοί ιατροί επίσης αρχίζουν να αποδέχονται στοιχεία της ψυχολογικής προσέγγισης της αντιμετώπισης ανθρώπων με διατροφικές διαταραχές.

Οι παραπάνω, επιδεικνύουν έντονο ενδιαφέρον της ανάγκης όχι μόνο να παρέχουν θεραπεία σε ανθρώπους με σαφείς διαγνώσεις για διατροφικές διαταραχές, αλλά να αναγνωρίσουν οι ίδιοι το πρόβλημα μιας ευρείας ομάδας ανθρώπων με

διατροφικά προβλήματα και προβλήματα βάρους, συμπεριλαμβανομένων και των παχύσαρκων ανθρώπων.

Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι οι διατροφικές διαταραχές δεν κατανέμονται τυχαία στον πληθυσμό. Οι νεαρές θηλυκές αποτελούν την πιο ευπαθή ομάδα. Σε κλινικά δείγματα μόνο το 5-10% των ασθενών με μια διατροφική διαταραχή είναι γένους αρσενικού. Οι διατροφικές διαταραχές φαίνεται να είναι «Δυτική Ασθένεια». Εμφανίζονται με υπεροχή στις βιομηχανοποιημένες, ανεπτυγμένες χώρες. Οποιαδήποτε αναφορά σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές έξω από τον Δυτικό κόσμο, τείνει να είναι μυστήριο. Η νευρική ανορεξία για παράδειγμα, φαίνεται να είναι ασυνήθιστη και στις μη-Δυτικές χώρες και στις λιγότερο ανεπτυγμένες Δυτικές χώρες. Οι μετανάστες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν μια διατροφική διαταραχή από ότι οι ομοεθνείς τους στον τόπο καταγωγής τους. Από τον Δεύτερο Παγκόσμιο πόλεμο, το Ιαπωνικό Σύστημα Υγείας έχει βρεθεί αντιμέτωπο με αυξημένο αριθμό ασθενών με νευρική ανορεξία. Αυτό αποδεικνύει ότι οι κοινωνικό-πολιτιστικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην κατανομή των διατροφικών διαταραχών.

Ανθρωποι ορισμένων επαγγεμάτων φαίνεται να είναι σε ιδιαίτερο κίνδυνο. Μοντέλα και χορεύτριες μπαλέτου, για παράδειγμα, φαίνεται να βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, σε σχέση με άλλες επαγγελματικές ομάδες. Πάντως, αυτό που δεν είναι γνωστό, είναι το κατά πόσο «προ-ανορεκτικά» άτομα γρήγορα ελκύονται από τον κόσμο του μπαλέτου ή κατά πόσο το να είναι κανείς χορευτής μπαλέτου αποτελεί πηγή αυξημένου κινδύνου. Σε μερικές χώρες οι διατροφικές διαταραχές έχουν υψηλή τάση εμφάνισης ανάμεσα στις μεσαίες ή τις υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Αλλά αυτή η κοινωνική ομάδα μπορεί να συνδέεται με δομές, πρότυπα και επιρροές του τοπικού συστήματος υγείας. Σε ευρωπαϊκές χώρες όπως η Ολλανδία, που έχει ένα ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο, κρατικού συστήματος υγείας, οι ταξικές διαφορές φαίνεται να έχουν μικρότερη επίδραση στην παρουσίαση και την αναγνώριση των διατροφικών διαταραχών.

Η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία έχουν ευρέως θεωρηθεί «μοντέρνες» διαταραχές. Αλλά, οι διατροφικές διαταραχές, όμοιες με αυτές που εμφανίζονται σήμερα, υπάρχουν αιώνες τώρα. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει τέτοια αύξηση στην καταγεγραμμένη συχνότητα εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών που μερικοί άνθρωποι πιστεύουν ότι υπάρχει «επιδημία». Τα επιδημιολογικά στοιχεία δεν επαληθεύουν ότι έχει υπάρξει στην πραγματικότητα ισοδύναμη αύξηση στον αριθμό των περιπτώσεων στον γενικό πληθυσμό.

Η διατροφή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Αυτοί είναι η όρεξη, η διαθεσιμότητα της τροφής, η οικογένεια, ο πολιτισμός και επιδιώκεται ο αυτοέλεγχος. Η δίαιτα αδυνατίσματος, που φτάνει το σώμα σε σημεία βάρους κάτω από το φυσιολογικό και υγιές, προκύπτει κυρίως από τα δεδομένα των προτύπων της «μόδας», διαφημιστικές εκστρατείες για φαγητά ειδικού τύπου και από ορισμένες δραστηριότητες και επαγγέλματα.

Οι διαταραχές της διατροφής, συμπεριλαμβάνουν σοβαρές ενασχολήσεις με την διατροφική συμπεριφορά, οι οποίες μπορεί να χαρακτηριστούν από παρατραβηγμένη πρόσληψη τροφής ή αίσθημα θλίψης ή εξαιρετική ενασχόληση με το βάρος του σώματος, (το σχήμα και το μέγεθος).

Έρευνες διεξάγονται για να βρεθεί η αιτία της εκούσιας συμπεριφοράς, όπως είναι η κατανάλωση λιγότερης ή περισσότερης τροφής από ότι συνήθως. Αυτές οι συμπεριφορές αρχικά εμφανίζονται ως ένα αίσθημα ελέγχου στους ασθενείς και καταλήγουν σε διατροφική διαταραχή. Μελέτες στην βασική βιολογία του ελέγχου

της όρεξης και της εναλλαγής της σε παρατεταμένη πρόσληψη τροφής ή της συχνότητας της (λιμός) έχουν δείξει τεράστια πολυπλοκότητα αλλά μακροπρόθεσμα είναι δυνατόν να βρεθεί ακόμα και φαρμακευτική αγωγή για τις διαταραχές της διατροφής.

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, συχνά συνοδεύονται με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών και διαταραχές άγχους. Οι άνθρωποι που υποφέρουν από τις διαταραχές πρόσληψης τροφής μπορεί να βιώνουν μεγάλο αριθμό φυσικών συμπτωμάτων, όπως σωματικών-γαστρικών προβλημάτων υγείας και επίσης σοβαρές καρδιολογικές καταστάσεις που εν δυνάμει μπορεί να οδηγήσουν και στον θάνατο.

Οι γυναίκες εμφανίζουν πολύ συχνότερα διαταραχές πρόσληψης τροφής σε σχέση με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, μόνο το 5-15% των ανθρώπων με ανορεξία και βουλιμία είναι άνδρες. Οι διατροφικές διαταραχές και, συγκεκριμένα, η νευρική ανορεξία και νευρική βουλιμία, υποστηρίζεται ότι επηρεάζουν τις έφηβες και τις νεαρές ενήλικες γυναίκες. Συγκεκριμένα, γυναίκες ηλικίας μεταξύ 15-35 ετών περίπου αντιπροσωπεύουν την πλειοψηφία αυτών που παρουσιάζονται ως οι έχουσες την πάθηση και οι οποίες λαμβάνουν αγωγή για την αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών. Ωστόσο, οι διατροφικές διαταραχές είναι επίσης γνωστό ότι συμβαίνουν και στους άνδρες και σε αγόρια, σε μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες, και παιδιά στο στάδιο προ της εφηβείας.

Εν γένει, φαίνεται ότι προκύπτει διαφωνία σχετικά με το εάν τελικά οι άνδρες και οι ενήλικες γυναίκες εμφανίζονται με «πραγματικές» διατροφικές διαταραχές, δηλαδή εάν στην πραγματικότητα πληρούν αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια για νευρική ανορεξία ή βουλιμία. Η κατάσταση που αφορά στα παιδιά έχει υπάρξει λιγότερο ξεκάθαρη και παραμένει κάποια διαφωνία και σύγχυση σχετικά με την φύση των διαφορών εμπειριών στην παιδική ηλικία σε ό,τι αφορά τις διατροφικές διαταραχές. Αυτή η σύγχυση απορρέει από μια σειρά αιτιών. Αρχικά, υπάρχουν συνεχείς δυσκολίες που αφορούν στην διατροφή και την θρέψη, οι οποίες προέρχονται ακόμα και από την γέννηση. Στην πραγματικότητα τα προβλήματα που σχετίζονται με την θρέψη και τα προβλήματα που προκύπτουν μεταγενέστερα εμφανίζουν στενή σχέση μεταξύ τους. Η διατροφική παχυσαρκία ή πολύ επιλεγμένα διατροφικά πρότυπα τα οποία ενστερνίζονται τα παιδιά προσχολικής ηλικίας επίσης σχετίζονται και, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν υπάρχει συγκεκριμένος λόγος ανησυχίας. Κάποια πολύ νέα παιδιά, ασφαλώς εμφανίζονται με πολύ σοβαρότερα προβλήματα, τα οποία μπορεί να έχουν σημαντική επιρροή στο μέγεθος και την ανάπτυξη. Αυτά τα παιδιά χρειάζεται να παρακολουθούνται στενότερα και μπορεί να απαιτείται επιπρόσθετη ενασχόληση ώστε να ταυτοποιηθούν τα διατροφικά τους προβλήματα. Γενικά, τα προβλήματα θρέψης που συμβαίνουν σε παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι κοινότοπα και κατάλληλα στο στάδιο της ανάπτυξης των παιδιών, συμπεριλαμβανομένων και των πειραμάτων νέων μελετών και κειμένων καθώς επίσης και του συμπεριφορικού αντίκτυπου στην μετέπειτα καριέρα τους. Τέτοιες διατροφικές δυσκολίες τείνουν να ξεπεραστούν με την ωρίμανση του παιδιού και ορθώς χαρακτηρίζονται ως «φάσεις» τις οποίες στην πλειοψηφία των περιπτώσεων το παιδί θα ξεπεράσει.

Δυσκολίες εμφανίζονται όταν τα διατροφικά προβλήματα απασχολούν παιδιά σε μεγαλύτερη ηλικία, για παράδειγμα στην ηλικία περίπου των 8 ετών και πάνω, όπου εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται ως φάση την οποία καλείται το παιδί να ξεπεράσει ή ως αδέξια ή διαταραγμένη συμπεριφορά. Η βασική διαφορά είναι ότι η θρέψη και τα διατροφικά προβλήματα δεν εξελίσσονται φυσιολογικά στα μεγαλύτερης ηλικίας παιδιά. Σε αντίθεση, η γνωσιακή ανάπτυξη των παιδιών είναι

μέχρι τότε πιο περίπλοκη και τα διατροφικά προβλήματα είναι πιθανότερο να σχετίζονται με ψυχολογικά προβλήματα.

Δεύτερον, έχει υπάρξει πολύ μεγαλύτερη σύγχυση και ασυνέχεια στην βιβλιογραφία σχετικά με την φύση των διατροφικών διαταραχών στα παιδιά και την ορολογία που χρησιμοποιείται για να τα περιγράψει. Κάποιοι πιστεύουν ότι οι διατροφικές διαταραχές που συχνά σχετίζονται με νέες γυναίκες, απλά δεν εμφανίζονται σε παιδιά. Ως παράδειγμα αναφέρουμε την ψυχογενή ανορεξία, η οποία είναι ένα πρόβλημα που αφορά την εφηβεία και στην πραγματικότητα δεν υπάρχει ούτε μια πιθανότητα να εμφανίζεται αυτή η κατάσταση στα νεαρότερα παιδιά (1986). Θα έπρεπε να σημειωθεί ότι ο συγκεκριμένος συγγραφέας αναγνωρίζει ότι αυτή η θέση είναι ανακριβής (προσωπική επικοινωνία). Παρόλα αυτά, το βιβλίο στο οποίο υπάρχει αυτή η θέση, απευθυνόταν στο ευρύ κοινό, αφορούσε κατά κύριο λόγο δυσκολίες θρέψης νεαρών παιδιών και θα ετύγγανε ευρείας ανάγνωσης.

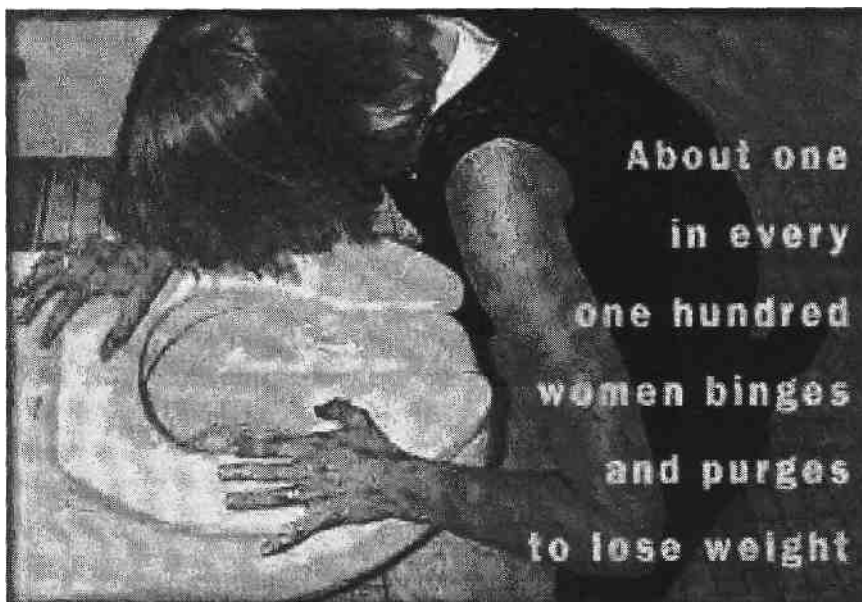
Όπου έχουν χρησιμοποιηθεί διαγνωστικά κριτήρια τα οποία απαιτούν την παρουσία της αμηνόρροιας, οι κοπέλες προ της εμμηνου ρύσεως έχουν εξαιρεθεί από την εκτίμηση. Ως αντίθεση με αυτόν τον αποκλεισμό των παιδιών, έρχεται η χρήση του όρου «παιδική νευρική ανορεξία» (π.χ. , 1987), για να περιγράψει τι φαίνεται να σημαίνει ο όρος παιδικές θρεπτικές δυσκολίες και /ή αποτυχία στην ανάπτυξη. Τα παιδιά δεν πληρούν τα πιο συνηθισμένα αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια για την νευρική ανορεξία με βάση το ICD10 και DSM-IV καθώς δεν έχουν τις απαραίτητες γνωσιακές ικανότητες.

Τρίτον, υπάρχει έλλειψη σταθερών μέσων για την εκτίμηση των διατροφικών διαταραχών στην παιδική ηλικία. Αυτό σημαίνει ότι οι δημοσιευμένες μελέτες στο συγκεκριμένο θέμα βασίζονται σε αναφορές κλινικών περιστατικών. Αυτές, περιγράφουν παιδιά από την ηλικία των 8 ετών και πάνω. Ενώ πολλά από τα παιδιά που συμπεριλαμβάνονται σε αυτές τις σειρές των υποθέσεων είχαν λάβει τυπικές διαγνώσεις διατροφικής διαταραχής, ήταν δύσκολο να εφαρμοστούν αυτά στις υποκειμενικές βάσεις, και τις αξιόπιστες αξιολογήσεις, γιατί απλά τα απαραίτητα εργαλεία δεν ήταν διαθέσιμα. Μεγάλο ενδιαφέρον από την πλευρά των μέσων μαζικής ενημέρωσης υπήρξε, όσον αφορά στην ύπαρξη διατροφικών διαταραχών στα παιδιά κατά τα τελευταία χρόνια. Το ενδιαφέρον αυτό δυστυχώς, συνέβαλε ώστε να εξαπλωθούν δύο μύθοι. Ο πρώτος είναι ότι προσφάτως εμφανίζονται ως ένα είδος «επιδημίας» και ο δεύτερος είναι ότι οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν ένα νέο φαινόμενο με τους πάσχοντες να γίνονται όλο και νεότερης ηλικίας. Κανένα από τα δύο δεν αληθεύει. Ωστόσο, υπάρχει μια πιθανή αλήθεια στο γεγονός ότι εμφανίζεται μια γενικότερη αύξηση στην ευαισθησία που αφορά στο βάρος και ακόμη στην διαιτητική συμπεριφορά. Αυτές οι ευαισθησίες όμως δεν καταλήγουν απαραίτητα σε διατροφική διαταραχή η οποία παραμένει συνδεδεμένη με την παιδική ηλικία. Ο δεύτερος μύθος, θα μπορούσε εύκολα να απορριφθεί ανατρέχοντας απλά στην ιστορική βιβλιογραφία. Από τους πιο σύγχρονους συγγραφείς που ασχολούνται με την περιγραφή περιστατικών με νευρική ανορεξία σε παιδιά ήταν ο Marshall (1894). Ο Marshall έγραψε για την ιστορία ενός περιστατικού που αφορούσε σε ένα επτάχρονο κορίτσι το οποίο ήταν σκελετωμένο και αρνιόταν να φάει. Περαιτέρω λεπτομέρειες αυτού του περιστατικού αναφέρουν ότι αυτή η περίπτωση δεν σχετιζόταν απλά με σωματική πάθηση, αλλά ότι υπήρχε και ψυχολογικός παράγοντας στην διατροφική άρνηση του κοριτσιού. Ο Marshall έγραψε σχετικά με το τι ορίζεται ως «νευρική ανορεξία» σε ένα εντεκάχρονο κορίτσι, το οποίο τελικά πέθανε από λιμοκτονία. Από τότε έχουν γίνει και άλλες αναφορές στην βιβλιογραφία. Σε πιο πρόσφατες εκδόσεις, οι μελέτες περιστατικών ήταν περισσότερο εξατομικευμένες αλλά ακόλουθα περιστατικά άρχισαν να γίνονται περιγραφικά. Έχει αποδειχτεί ότι

από την οπτική γωνία των συγγραφέων αυτών των εγγράφων, για το μεγαλύτερο μέρος των κλινικών ιατρών, το νεαρό της ηλικίας των ασθενών, δεν έχει ποτέ θεωρηθεί μεμονωμένα ως το πιθανό στοιχείο της διάγνωσης της νευρικής ανορεξίας.

Πάντως, είναι δύσκολο να επιβεβαιωθεί εάν ένα παρόμοιο μοντέλο νευρικής ανορεξίας έχει διατηρηθεί. Παρόλα αυτά, τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούμε στο τέλος του 20^{ου} αιώνα παραμένουν σε μια σταθερή κατάσταση αναθεώρησης. Τα κριτήρια που περιλαμβάνονταν στον όρο «νευρική ανορεξία» στο παρελθόν μπορεί να διαφέρουν από τα πρόσφατα. Φαίνεται πιθανό ότι ακόμα και οι πιο πρόσφατες σειρές περιστατικών, όπως του Warren (1968), περιελάμβαναν παιδιά που τώρα δεν θα πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για νευρική ανορεξία, αντιθέτως παρουσιάζονταν με «διατροφική μανία», άρνηση για διατροφή ή άλλες πιο συνηθισμένες διατροφικές δυσκολίες που συμβαίνουν κατά την παιδική ηλικία. Το γεγονός που ισχύει, πάντως, είναι ότι έχει γίνει γνωστό εδώ και πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα πως τα παιδιά υποφέρουν από εναλλαγές στα διατροφικά πρότυπα, που αναγνωρίζονται ως ένα ψυχολογικό στοιχείο και, μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρές σωματικές επιπλοκές. Αυτή η κατάσταση δεν είναι σε καμιά περίπτωση καινούργια και δεν αποτελεί πρόσφατο φαινόμενο του 20^{ου} αιώνα.

Μόνο τις τελευταίες δύο δεκαετίες, τα παιδιά με διατροφικές διαταραχές θεωρούνται υποομάδα που χρήζει ενδιαφέροντος. Η βιβλιογραφία σε όλες τις πτυχές των διατροφικών διαταραχών και ιδιαίτερα σχετικά με τον νεότερο πληθυσμό παραμένει σποραδική.



2. ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για τις ψυχιατρικές Διαταραχές της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-IV 1994), (American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ορίζει μια διατροφική διαταραχή όπως χαρακτηρίζεται από «σοβαρές διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς». Αυστηρά, ο όρος «διατροφική διαταραχή» ισχύει μόνο σε συγκεκριμένες διαγνώσεις νευρικής ανορεξίας και νευρικής βουλιμίας, όπου και οι δύο αφορούν διαταραχή του σχήματος του σώματος και του βάρους ως απαραίτητο συστατικό. Αυτός ο αυστηρός ορισμός πάντως, αναδύει το ερώτημα, του πού οι φυσιολογικές δίαιτες σταματούν και πού οι διατροφικές διαταραχές ξεκινούν. Η αναγνώριση της ευρέως διαδεδομένης φύσης των προβλημάτων σχετικά με την τροφή και την διατροφή προέρχεται από τρεις τομείς. Ο πρώτος και πιθανόν ο πιο γνωστός από αυτούς, ήταν το φεμινιστικό κίνημα. Το βιβλίο της Susie Orbach *Fat is a Feminist Issue*, (1978), σκιαγραφούσε τη μεγάλη διαπραγμάτευση του ενδιαφέροντος στην κίνηση αυτή, μέσω της συζήτησης που εξελισσόταν στην νουβέλα της η οποία ονομαζόταν «καταναγκαστική υπερφαγία» και αναφερόταν όχι τόσο στο «πάχος» το ίδιο, αλλά στον φόβο του πάχους και τον χώρο που καταλάμβανε αυτός στον πολιτισμό των γυναικών, στα πλαίσια των σχέσεων τους με τους άνδρες. Αυτό παραπέμπει στο να ανατρέξουμε στην βιβλιογραφία γύρω από τον τομέα της διαιτητικής και της εικόνας του σώματος. Το μεγαλύτερο μέρος αυτής εμπλέκει άμεσα ή έμμεσα την υπόθεση ότι η δίαιτα και η εμμονή με το σχήμα του σώματος σχετίζεται με την θέση της γυναίκας στη σεξιστική κοινωνία.

Μια άλλη πορεία αναγνώρισης ήταν η επικρατούσα τάση της ψυχιατρικής. Ο Gerald Russell, 1979, γνωστός για το έργο του με ανθρώπους που έπασχαν από νευρική ανορεξία, επέμενε στην ύπαρξη ενός ανορεξικού συνδρόμου σε γυναίκες με φυσιολογικό βάρος. Αυτές οι γυναίκες, υπήρξαν ανορεξικές και παρόλη την επαναφορά τους στο φυσιολογικό βάρος, εμφανίζονταν ακόμα να παρουσιάζουν εμμονές σχετικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος. Συχνά κατανάλωναν υπερβολική ποσότητα φαγητού αλλά εφάρμοζαν μέτρα για τον έλεγχο του βάρους τους, όπως πρόκληση εμετού, χρήση καθαρτικών ή λιμοκτονία μεταξύ των

επεισοδίων υπερφαγίας. Ο Russell, ονόμασε αυτό το σύνδρομο «Νευρική Βουλμία» ξεχωρίζοντας το έτσι από την νευρική ανορεξία.

Ο τρίτος τομέας της αναγνώρισης προήλθε από επιδημιολογικές έρευνες. Η «Bulimia», όπως αυτή επονομαζόταν στις ΗΠΑ ή η «Bulimia Nervosa» όπως αυτή επονομαζόταν στην Μεγάλη Βρετανία, έγινε αποδεκτό ότι υπάρχει σε μια ευρεία κλίμακα γυναικών οι οποίες δεν είχαν απευθυνθεί ποτέ στον γιατρό τους για βοήθεια.

Πάντως, δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι η ύπαρξη του δημοφιλούς όρου «binge» και του ίδιου του φαινομένου, είχαν τις βάσεις τους στην εμμονή για δίαιτα η οποία κυριαρχεί στον δυτικό κόσμο. Πολλοί άνδρες και γυναίκες, όλων των ηλικιών, συνηθίζουν να κάνουν δίαιτα. Με αυτά τα δεδομένα είναι μερικές φορές δύσκολο να εκτιμηθεί πόσο πολύ πραγματικά κάποιος υποφέρει από διατροφική διαταραχή. Από την μία, η εφαρμογή δίαιτας και η αρνητική συμπεριφορά προς το πάχος συνυπάρχουν και συχνά υπερεκτιμώνται από τους ανθρώπους, ως ένας τρόπος αυτοελέγχου και στους ίδιους τους εαυτούς τους και σε άλλους ανθρώπους. Ως εκ τούτου, είναι πιθανό κάποιος που υποφέρει από έντονη διατροφική διαταραχή να κρύψει το γεγονός, όχι μόνο από τον εαυτό του, αλλά και από πολλούς ανθρώπους που θα μπορούσαν να βοηθήσουν. Από την άλλη ωστόσο, η ανικανότητα για εφαρμογή δίαιτας και η τάση στην υπερφαγία ή η απροθυμία κατανάλωσης τροφής κατά την διάρκεια περιόδων άγχους, συχνά μεταφράζονται λανθασμένα ως σημάδι ότι κάποιος βρίσκεται στα πρόθυρα μιας διατροφικής διαταραχής, ενώ θα μπορούσε να αποτελεί σύμπτωμα κάποιου άλλου σοβαρού κινδύνου που συχνά ελλοχεύει.

3. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Εισαγωγικά

Στην σύγχρονη κοινωνία, όπου οι άνθρωποι καταγιγίζονται καθημερινά από ποικίλα πρότυπα αισθητικής και ομορφιάς, ο όρος « παχυσαρκία » παραπέμπει συνήθως σε υπέρβαρους ενήλικες, κυρίως γυναίκες και στην αγωνιώδη προσπάθεια τους να αδυνατίσουν ακολουθώντας εξαντλητικές δίαιτες και συμμετέχοντας σε διάφορα προγράμματα κέντρων αδυνατίσματος.

Ωστόσο η παχυσαρκία είναι κάτι περισσότερο από μια κατάσταση η οποία έρχεται σε αντίθεση με τις επιταγές της σωματικής καλαισθησίας, διότι σχετίζεται άμεσα τόσο με τη σωματική όσο με τη ψυχική υγεία του ανθρώπου. Είναι σημαντικό να τονιστεί, πως η παχυσαρκία από μόνη της δεν αποτελεί ψυχική διαταραχή, αλλά ούτε και μπορεί να αναφερθεί ως διαταραχή διατροφής. Είναι ωστόσο ένα πολύπλοκο πρόβλημα, το οποίο έχει σημαντικές επιπτώσεις, όχι μόνο οργανικές αλλά και ψυχολογικές. Γι' αυτό, πολλοί ειδικοί της ψυχικής υγείας αναφέρουν την παχυσαρκία ως διαταραχή βάρους και τη συμπεριλαμβάνουν στις διαταραχές διατροφής. Ανεξάρτητα όμως από το αν θα χαρακτηριστεί ή όχι διαταραχή την περίπτωση της παχυσαρκίας, θα πρέπει να σημειωθεί πως τα παχύσαρκα άτομα έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν διαταραχές διατροφής και πως ένα ποσοστό των ατόμων με βουλιμία είναι παχύσαρκα.

Η παχυσαρκία είναι ένα πολύπλοκο πρόβλημα το οποίο δεν γνωρίζουν ακόμη τόσο καλά όσο θα επιθυμούσαν. Η μελέτη της παχυσαρκίας φαίνεται πως παρεμποδίζεται σημαντικά από τη δυσκολία στον ορισμό της.¹ Ο συνηθέστερος όμως τρόπος προσδιορισμού της παχυσαρκίας στηρίζεται στο Δείκτη Σωματικής Μάζας. Σύμφωνα με αυτόν, τα άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών χαρακτηρίζονται ως υπέρβαρα όταν ο Δ. Σ. Μ. κυμαίνεται από 25 – 30 Kg / m² και παχύσαρκα όταν ο δείκτης αυτός κυμαίνεται πάνω από 30 Kg / m².

Η παχυσαρκία ποικίλει ανάλογα με το βαθμό και την διάρκεια της. Επομένως, ένα παιδί το οποίο είναι ιδιαίτερα παχύσαρκο για πολλά χρόνια, διαφέρει από πολλές απόψεις από το παιδί το οποίο είναι ελαφρώς και περιοδικά παχύσαρκο. Γι' αυτό οι γενικευμένες απόψεις και εκτιμήσεις οι οποίες αναφέρονται στην παχυσαρκία δεν διευκολύνουν πάντα την κατανόηση του προβλήματος.

Πιθανά αίτια παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία μπορεί να είναι αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων. Εκτιμάται πως η κληρονομικότητα ευθύνεται περίπου για το 10% της διακύμανσης του βάρους του σώματος. Στην ηλικία των 17 ετών, ένα παιδί του οποίου και οι δυο γονείς είναι παχύσαρκοι έχει τριπλάσιες πιθανότητες να είναι και το ίδιο παχύσαρκο, σε σχέση με ένα άλλο παιδί του οποίου και οι δυο γονείς έχουν φυσιολογικό βάρος. Επίσης, ένα παιδί του οποίου ο αδελφός είναι παχύσαρκος, έχει 40% πιθανότητες να είναι και το ίδιο παχύσαρκο (Garn & Clark, 1976).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η παχυσαρκία μπορεί να αποτελεί συνέπεια κάποιου συνδρόμου όπως του συνδρόμου Prader-Willi ή του συνδρόμου Klinefelter, ή να σχετίζεται με την ύπαρξη κάποιου άλλου οργανικού προβλήματος.

¹ Ο Δείκτης Σωματικής Μάζας (Body Mass Index) προκύπτει από τον τύπο: βάρος σώματος (Kg) / ύψος (m²)

Μέσα από τις έρευνες για την αναζήτηση των πιθανών αιτιών της παχυσαρκίας, έχουν εντοπιστεί μια σειρά από παράγοντες οι οποίοι άμεσα ή έμμεσα συμβάλλουν στην εκδήλωσή της. Στην Ελλάδα, ορισμένοι ειδικοί εκτιμούν πως η παιδική παχυσαρκία σχετίζεται με την υπερπροστατευτική συμπεριφορά των γονέων καθώς και με την τάση τους να ταΐζουν τα παιδιά ακόμη και όταν αυτά δεν πεινάνε (Mamalakis & Kafatos, 1996). Σε πολλές έρευνες έχει βρεθεί πως ο τρόπος ζωής που υιοθετεί η οικογένεια σχετίζεται με την εμφάνιση της παχυσαρκίας. Έτσι, στις περιπτώσεις όπου η φυσική άσκηση των παιδιών είναι περιορισμένη και ο χρόνος παρακολούθησης τηλεοπτικών προγραμμάτων αυξημένος, η πιθανότητα εκδήλωσης της παχυσαρκίας είναι σημαντικά υψηλότερη (Dietz & Gortmaker, 2001). Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί πως οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών μπορεί να σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με το πρόβλημα της παχυσαρκίας (Takahasi et al., 1999). Έχει βρεθεί επίσης πως τα παιδιά των παχύσαρκων μητέρων, καθώς επίσης και αυτών που είναι χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, έχουν πολλές πιθανότητες να είναι παχύσαρκα (Strauss & Knight, 1999).

Οι διαταραχές διατροφής που οδηγούν στην παχυσαρκία μπορεί να αρχίζουν από τις πρώτες μέρες της ζωής. Η ανασφαλής μητέρα που ερμηνεύει κάθε κλάμα του παιδιού της ως ένδειξη πείνας, άθελά της συνηθίζει το παιδί να καταφεύγει στο φαγητό κάθε φορά που έχει ανάγκη από ανακούφιση ή καθησυχασμό (Woolston & Forsyth, 1989).

Οι ειδικοί οι οποίοι υιοθετούν τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, τονίζουν το σημαντικό ρόλο τον οποίο διαδραματίζουν οι παχύσαρκοι γονείς για την εμφάνιση της παχυσαρκίας στα παιδιά. Οι γονείς αυτοί αποτελούν πρότυπα και ενθαρρύνουν την ανάλογη συμπεριφορά των παιδιών τους σε σχέση με το φαγητό. Σε έρευνα η οποία στηριζόταν στην παρατήρηση των παιδιών ηλικίας 30 μηνών κατά τη διάρκεια του φαγητού, διαπιστώθηκε πως οι οδηγίες των γονέων σχετίζονταν θετικά τόσο με τη διάρκεια του χρόνου που αφιερωνόταν στο φαγητό όσο και με το βάρος του παιδιού (Klesges, 1986).

Οι συνήθειες που σχετίζονται με το φαγητό μπορεί να επηρεάζονται από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα τη δυνατότητα πρόσβασης στο φαγητό στο σπίτι και το σχολείο, τις συνήθειες της οικογένειας και των συνομηλίκων καθώς και τις γενικότερες στάσεις και αντιλήψεις του κοινωνικού περιγύρου για θέματα τα οποία σχετίζονται με το φαγητό και τη διατροφή γενικότερα (Kakouros & Maniadaki, 2001).

Η Bruch (1973) , με βάση τις κλινικές παρατηρήσεις, διατύπωσε μια περισσότερο περιοριστική θεωρία σε ότι αφορά την αιτιολογία της παχυσαρκίας. Η Bruch, αναγνωρίζει δύο βασικά ψυχογενείς αιτίες οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν στην παχυσαρκία. Η πρώτη αναφέρεται στην αντιδραστική παχυσαρκία, όπου το παιδί καταναλώνει μεγάλες ποσότητες φαγητού μετά από κάποια τραυματική εμπειρία. Τέτοιες περιπτώσεις, παρά το γεγονός ότι σπανίζουν στην παιδική ηλικία, αποτελούν προσπάθεια προστασίας του παιδιού από τη θλίψη. Η δεύτερη ψυχογενής αιτία αναφέρεται στην περίπτωση της αναπτυξιακής παχυσαρκίας και σχετίζεται με βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του παιδιού. Στην περίπτωση αυτή, τα παιδιά έχουν μητέρες οι οποίες δεν είναι τόσο ευαίσθητες κατά τη βρεφική ηλικία να μπορούν να αναγνωρίζουν τις ανάγκες του παιδιού τους και τότε ενδέχεται κάθε κατάσταση ανησυχίας να την ερμηνεύουν ως πείνα. Κατά συνέπεια, καθώς το παιδί μεγαλώνει, μαθαίνει πως κάθε φορά που δεν νιώθει καλά πρέπει να τρώει. Έτσι λοιπόν, η συγκεχυμένη εικόνα του σώματος και του εαυτού καθώς και η αίσθηση ανικανότητας του παιδιού μπορεί να το οδηγήσουν στην αναπτυξιακή παχυσαρκία.

Συνέπειες της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία εκθέτει το παιδί σε κινδύνους για την εκδήλωση οργανικών και ψυχολογικών προβλημάτων. Είναι γνωστό πως η παχυσαρκία έχει πολλές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του ανθρώπου, όπως αυξημένη υπέρταση, καρδιακές παθήσεις κ.α. Οι ψυχολογικές όμως επιδράσεις της παχυσαρκίας φαίνεται να είναι περισσότερο σοβαρές από τις οργανικές (Stunkard & Wadden, 1992).

Στην προεφηβική περίοδο, η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την κατόπιν εκδήλωση διαταραχών διατροφής, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις των κοριτσιών. Αυτό οφείλεται, κατά ένα μεγάλο μέρος, στο γεγονός ότι οι συνομήλικοι συνήθως αδιαφορούν για τα παχύσαρκα παιδιά ή τα πειράζουν. Σε διαχρονική έρευνα, διαπίστωσαν πως τα πειράγματα των συνομήλικων, οδηγούν τα παχύσαρκα άτομα στην ανάπτυξη του συναισθήματος του ανικανοποίητου σχετικά με την εξωτερική τους εμφάνιση και το γεγονός αυτό τα ωθεί σε μια σειρά από πρακτικές για την μείωση του σωματικού τους βάρους (Thompson, 1995).

Πολλοί ερευνητές διαπιστώνουν πως τα παχύσαρκα παιδιά συχνά έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, επειδή η παχυσαρκία αποτελεί μια κατάσταση η οποία στιγματίζει και προκαλεί αρνητική ανατροφοδότηση. Ωστόσο δεν βιώνουν όλα τα παιδιά την παχυσαρκία με τον ίδιο τρόπο και γι' αυτό οι ψυχολογικές επιδράσεις δεν είναι πάντα ίδιες. Ορισμένα παιδιά δεν αντιλαμβάνονται την παχυσαρκία ως μια κατάσταση η οποία τα στιγματίζει και γι' αυτό και δεν οδηγούνται σε μειωμένη αυτοεκτίμηση.

Σε μια πρόσφατη έρευνα (Pierce & Wardle, 1997), διαπιστώθηκε πως οι ψυχολογικές επιδράσεις της παχυσαρκίας σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τα αίτια στα οποία αποδίδουν τα ίδια τα άτομα την παχυσαρκία τους καθώς και στις επιδράσεις που πιστεύουν ότι έχει η παχυσαρκία τους στον τρόπο αντιμετώπισης τους από τους άλλους. Συνήθως τα άτομα τα οποία αποδίδουν την παχυσαρκία τους σε εξωγενείς παράγοντες τείνουν να έχουν θετικότερη αυτοεκτίμηση. Αντίθετα, πιο αρνητική αυτοεκτίμηση έχουν τα άτομα τα οποία πιστεύουν πως το υπερβολικό τους βάρος είναι αποτέλεσμα της συνήθειάς τους να τρώνε πολύ φαγητό και να γυμνάζονται λίγο.

Θεραπευτική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας

Η εξωτερική εμφάνιση απασχολεί έντονα τους ανθρώπους, η παχυσαρκία εκλαμβάνεται από τους περισσότερους ως πρόβλημα το οποίο πρέπει να αντιμετωπιστεί. Γι' αυτό, τα ινστιτούτα αισθητικής και αδυνατίσματος προτείνουν διάφορους τρόπους άσκησης και κάθε είδους προγράμματα δίαιτας τα οποία υπόσχονται τη μείωση του σωματικού βάρους. Τις περισσότερες φορές όμως, τα αποτελέσματα αυτών των προσπαθειών έχουν μικρή διάρκεια, καθώς αυτά τα προγράμματα περιορίζονται στη μείωση του βάρους και δεν επικεντρώνονται στα βαθύτερα αίτια τα οποία οδηγούν το άτομο στην παχυσαρκία.

Για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της παχυσαρκίας έχουν προταθεί από ψυχολόγους διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις, οι οποίες εφαρμόζονται τόσο σε ατομική όσο και σε ομαδική βάση. Πολλά θεραπευτικά προγράμματα για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας βασίζονται στη συμπεριφορική προσέγγιση και έχουν επιδείξει σημαντικά αποτελέσματα. Επίσης έχει διαπιστωθεί πως τα συμπεριφορικά προγράμματα τα οποία συμπεριλαμβάνουν την άσκηση των γονέων έχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε σχέση με αυτά που επικεντρώνονται

αποκλειστικά στο παχύσαρκο παιδί (Israel et al., 1985). Οι προσεγγίσεις αυτές επικεντρώνονται στις συνήθειες διατροφής και άσκησης του παιδιού και με τεχνικές ενίσχυσης ενθαρρύνουν την εκδήλωση της επιθυμητής συμπεριφοράς. Οι τεχνικές αυτές εστιάζονται στην ανάπτυξη του αυτοελέγχου στο παιδί, ώστε να μπορεί αποτελεσματικά να παρακολουθεί και να ρυθμίζει τη συμπεριφορά του σχετικά με την κατανάλωση φαγητού.

Έχει διαπιστωθεί πως η λειτουργικότητα της οικογένειας δεν επηρεάζει απλώς το επίπεδο της παχυσαρκίας αλλά συντελεί ουσιαστικά τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Αποδιοργανωμένες οικογένειες, οι οποίες δεν αναγνωρίζουν τις ανάγκες του παιδιού τους, συχνά προωθούν την αίσθηση της χαμηλής αυτοεκτίμησης καθώς επίσης και την απεριόριστη κατανάλωση φαγητού (Sherman et al., 1995). Όταν το παιδί τρώει προκειμένου να ικανοποιήσει τις συναισθηματικές του ανάγκες, τότε είναι πιθανό να καταναλώνει περισσότερες θερμίδες από αυτές που χρειάζεται και έτσι να οδηγείται στην παχυσαρκία. Για το λόγο αυτόν είναι σημαντικό στις περιπτώσεις των παχύσαρκων παιδιών, η θεραπευτική αντιμετώπιση να μην επικεντρώνεται μόνο στο παιδί αλλά και στην οικογένειά του.

4. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΕΞΕΛΕΓΚΤΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ

Η «Ανεξέλεγκτη Υπερφαγία» (Binge Eating) και το «Σύνδρομο της Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας» (Binge Eating Disorder), αποτελούν τεχνικούς όρους στην κλινική και ερευνητική βιβλιογραφία των διατροφικών διαταραχών αναφέρονται σε έναν ιδιαίτερο τύπο υπερβολικής κατανάλωσης τροφής. Η φράση Binge Eating αναφέρεται συνήθως σε διατροφική λήψη που κρίνεται υπερβολική και χαρακτηρίζεται από απώλεια του ελέγχου των ποσοτήτων που τρώνε. Ο ορισμός του Συνδρόμου Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας, αναφέρεται κάθε φορά όχι μόνο στην αίσθηση απώλειας του ελέγχου αλλά και σε μία αντικειμενικά διατροφική υπερβολή. Το Ninth New Collegiate Dictionary του Webster, ορίζει την υπερβολική υπερφαγία σαν ασυγκράτητη ύφεση και, κάτω από αυτήν την γενική και συχνά αόριστη έννοια της υπερβολής, οι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτόν τον όρο ποικιλοτρόπως. Συστηματική ανάλυση του τι εννοούν οι νέες γυναίκες όταν περιγράφουν τον τρόπο διατροφή τους ως υπερφαγικό, αποκάλυψε ότι αναφέρονται κυρίως στην εμπειρία της απώλειας του ελέγχου που βιώνουν στην κατανάλωση τροφής και όχι στην καταναλισκόμενη ποσότητα, γεγονός που αποτελεί σημαντικό χαρακτηριστικό (Beglin and Fairburn, 1992).

Αυτή η διαταραχή της διατροφικής συμπεριφοράς παρουσιάζει μια σημαντική διαφορά ως προς την νευρική ανορεξία και την νευρική βουλιμία: αφορά λιγότερο τις γυναίκες και ίσως μάλιστα παρουσιάζεται με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα. Οι παχύσαρκοι, ανεξέλεγκτοι υπερφάγοι μοιάζουν να διαφοροποιούνται σε πολλά από τους παχύσαρκους με φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά. Μπορεί να βασανίζονται περισσότερο από την σκέψη για τροφή, απορροφημένοι πάντα στην προσπάθεια να περιοριστούν χωρίς ποτέ να τα καταφέρνουν. Μπορεί να είναι πιο αγχωμένοι για το βάρος τους και πιο ανικανοποίητοι από το παρουσιαστικό τους. Τέλος, έχουν ίσως περισσότερες διαταραχές προσωπικότητας, με επικρατέστερες την «Μεταιχμιακή Προσωπικότητα» (που χαρακτηρίζονται από την παρορμητικότητα, την αστάθεια συναισθημάτων και σχέσεων με τους άλλους, την ανικανότητα να ανεχθούν την μοναξιά, συναισθήματα ανίας ή κενού, αβεβαιότητα για την ίδια τους την ταυτότητα), από τις προσωπικότητες που πάσχουν από «Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας» αυτές οι προσωπικότητες αποφεύγουν κάθε στενή σχέση, είναι υπερευαίσθητες στην απόρριψη και διστάζουν να συνδεθούν με τους άλλους αν δεν είναι σίγουρες για μια επιδοκιμασία χωρίς κριτική, βρίσκονται σε αιώνια αναζήτηση επιδοκιμασίας και αγάπης, ενώ ταυτόχρονα έχουν ελάχιστη αυτοεκτίμηση).

Είναι ευνόητο, ότι το ζητούμενο είναι αν η παχυσαρκία μπορεί να οφείλεται σε αποκλίνουσες διατροφικές συμπεριφορές ή αντίθετα αν το Σύνδρομο της Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας προκύπτει από προσπάθειες περιορισμού παχύσαρκων που δεν μπορούν να αδυνατίσουν. Το θέμα δεν έχει διευκρινιστεί. Αν κάποιοι συγγραφείς παρατηρούν ότι οι διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς προηγούνται του πλεονάζοντος βάρους στα 2/3 των περιπτώσεων, άλλοι επισημαίνουν ότι το Σύνδρομο της Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας είναι συχνότερο στα άτομα που υπήρξαν παχύσαρκα στην παιδική τους ηλικία ή που έχουν παχύσαρκους γονείς.

**Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για το σύνδρομο της ανεξέλεγκτης
Υπερφαγίας**

- A.** Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας που χαρακτηρίζονται από :
- i. Κατανάλωση σε μια σύντομη χρονική περίοδο, ποσότητας τροφής η οποία είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτήν που θα καταλάωναν οι περισσότεροι άνθρωποι στην ίδια χρονική περίοδο, κάτω από τις ίδιες συνθήκες.
 - ii. Ένα αίσθημα απώλειας του ελέγχου στην κατανάλωση της τροφής κατά την διάρκεια του επεισοδίου.
- B.** Επεισόδια υπερφαγίας που σχετίζονται με τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα :
- i. Κατανάλωση τροφής με ταχύτητα πολύ μεγαλύτερη από την φυσιολογική.
 - ii. Το άτομο τρώει μέχρι την εμφάνιση δυσάρεστων αισθήσεων γαστρικής πλήρωσης.
 - iii. Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής χωρίς το οργανικό αίσθημα της πείνας.
 - iv. Μοναχικές διατροφικές λήψεις ώστε να μην γίνουν γνωστές στους άλλους οι ποσότητες που καταναλώνουν.
 - v. Αισθήσεις αποστροφής του ατόμου, κατάθλιψη ή ενοχή, μετά το επεισόδιο της ανεξέλεγκτης υπερφαγίας.
- C.** Σοβαρή κατάσταση θλίψης όσον αφορά την ακούσια υπερφαγία.
- D.** Τα επεισόδια λαμβάνουν χώρα, κατά μέσο όρο δύο ημέρες την εβδομάδα για έξι μήνες.
- E.** Η υπερφαγία δεν σχετίζεται με τη χρήση ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών.

5. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Το σύνδρομο της νυχτερινής διατροφής, όπως έχει περιγραφεί από τον Αμερικανό ψυχίατρο, Άλμπερτ Στάνκαντ, (Albert Stankand), το 1955, με την ονομασία Night Eating Syndrome, συνίσταται σε μία επιτακτική ανάγκη για φαγητό κατά την διάρκεια της νύχτας. Το άτομο ξυπνά τακτικά στην μέση της νύχτας και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί παρά μόνο αφού καταναλώσει ένα πλούσιο γεύμα, το οποίο συχνά καταπίνει μισοκοιμισμένο. Το επόμενο πρωί δεν του μένει παρά μια ακαθόριστη ανάμνηση των όσων έχει καταναλώσει κατά την διάρκεια του επεισοδίου.

Η «Λαχτάρα των Υδρογονανθράκων» έχει περιγραφεί από τους R. και J. Wurtman, το 1981. Σύμφωνα με αυτούς, ανήσυχα και αγχώδη άτομα καταλαμβάνονται τακτικά από «μεγάλες πείνες», όπως αποκαλείται αλλιώς η «Λαχτάρα για Υδρογονάνθρακες», από επιθυμία αποκλειστικά για σακχαρώδεις τροφές, οι οποίες είναι και οι μόνες που θα μπορούσαν να τα ηρεμήσουν. Αυτές οι «μεγάλες πείνες» μοιάζουν με τοξικομανία και φαίνεται ότι εξαρτώνται από τον παρακάτω μηχανισμό: η σακχαρόζη που λαμβάνεται οδηγεί σε αύξηση της σεροτονίνης. Στην πραγματικότητα, συμπληρωματικές μελέτες απέδειξαν ότι οι βουλιμικές και άλλοι ανεξέλεγκτοι υπερφάγοι πολύ σπάνια αποζητούν αποκλειστικά σάκχαρα. Στην περίπτωση τόσο των παχύσαρκων υπερφάγων όσο και των βουλιμικών με φυσιολογικό βάρος, καταναλώνονται αναλογικά περισσότερο λίπη από ότι σάκχαρα.

Οι «μεγάλες πείνες» για σάκχαρα χαρακτηρίζονται επίσης από εποχική κατάθλιψη, η οποία εκδηλώνεται σε καταθλιπτικές καταστάσεις που αρχίζουν τακτικά το φθινόπωρο και εξαφανίζονται την άνοιξη. Τα συμπτώματα είναι επιβράδυνση των ψυχικών λειτουργιών, κόπωση, υπνηλία, σακχαρώδεις «μεγάλες πείνες» και αύξηση βάρους.

Η σοκολατομανία πλήττει συχνά αθλητικούς τύπους, άτομα που έχουν ως άξονα την επαγγελματική τους ζωή, λίγο ως πολύ κοινωνικά, με τάση να εσωτερικοποιούν τις συγκρούσεις. Ο σοκολατομανής ενδίδει ιδιαίτερα σε καταστάσεις άγχους ή εσωτερικής σύγκρουσης. Και εδώ ακόμα, οι ερευνητές επικαλούνται για αυτήν την επιθυμία την επίδραση της ζάχαρης στο ποσοστό της εγκεφαλικής σεροτονίνης αλλά και την παρουσία της φαινυλεθλαμίνης, που προαναγγέλλει τη σεροτονίνη ή τα ευεργετικά αποτελέσματα του μαγνησίου, το οποίο περιέχει η σοκολάτα σε άφθονη ποσότητα.

Η διατροφή του «τσιμπολογήματος», που ονομάζεται «διατροφικό χάος» ή «διατροφική αναρχία», συνίσταται σε μερική ή ολική παραίτηση από τα γεύματα παρουσία κόσμου, τα οποία αντικαθίστανται από διατροφικές λήψεις σε μικρές ποσότητες και σε άτακτα χρονικά διαστήματα. Τα μαγειρευμένα φαγητά συνήθως αντικαθίστανται από άλλα τρόφιμα που μπορούν να καταναλωθούν χωρίς καθόλου προετοιμασία. Το άτομο δεν τρώει πια καθισμένο στο τραπέζι με μαχαιροπίρουνα, αλλά με τα χέρια, στα πιο παράξενα μέρη, όρθιο, κάποτε περπατώντας, ή και ακόμα ξαπλωμένο. Αυτός ο τύπος διατροφής έχει ως συνέπεια ενίοτε αφύσικο βάρος. Είναι χαρακτηριστικό τόσο των ανορεξικών όσο και κάποιων παχύσαρκων ή ακόμα και ατόμων με φυσιολογικό βάρος.

6. ΑΤΥΠΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Περίπου το 1/3 ή και πλέον των ασθενών που εξετάζονται για θεραπεία σε κλινικές για διατροφικές διαταραχές δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για καμία από τις δυο διαταραχές και οι τελευταίες ταξινομούνται σαν άτυπες. Οι άτυπες διαταραχές περιλαμβάνουν μεμονωμένες περιπτώσεις παρόμοιες της νευρικής ανορεξίας. Σε αυτά τα περιστατικά τα άτομα περιορίζουν σοβαρά το φαγητό, δεν είναι όμως αρκετά αδύνατα. Αντίστοιχα, σε ό,τι αφορά τη νευρική βουλιμία, εμφανίζονται παχύσαρκοι ασθενείς με ένα ξεκάθαρα διαταραγμένο πρότυπο διατροφής, παρόμοιο με εκείνο της νευρικής βουλιμίας αλλά χωρίς τις αντισταθμιστικές συμπεριφορές για τη απώλεια βάρους, χωρίς περιπτώσεις άρνησης του φαγητού, χωρίς υποθρεψία δευτερογενή της υποχονδρίασης, χωρίς στοιχεία μη φυσιολογικής συμπεριφοράς ή ψυχωτικού ιδεασμού. Αν και ποικίλουν τα κλινικά χαρακτηριστικά που αυτές οι περιπτώσεις παρουσιάζουν, εμφανίζουν πολλές ομοιότητες με τα πιο ξεκάθαρα, καθορισμένα σύνδρομα.

7. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Ιστορική αναδρομή

Η ψυχογενής βουλιμία ταξινομήθηκε ως ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία το 1980 και γι' αυτό η σχετική ερευνητική βιβλιογραφία είναι ακόμη περιορισμένη.

Οι πρώτες αναφορές σε περιπτώσεις ατόμων με συμπτώματα ανάλογα με αυτά που σήμερα θεωρούνται ως χαρακτηριστικά της βουλιμίας, γίνονται σε περιγραφές του 6^{ου} αιώνα. Μάλιστα από τις 40 περιπτώσεις που περιγράφονταν, οι περισσότερες αφορούσαν άντρες, ενδεχομένως επειδή εκείνη την εποχή η υπερφαγία ήταν ένα κοινωνικά αποδεκτό φαινόμενο στους άντρες καθώς θεωρούνταν ως ένδειξη ευμάρειας και κοινωνικής επιτυχίας, σε αντίθεση με τις αντιλήψεις που επικρατούν στην σύγχρονη εποχή.

Κλινική εικόνα

Η διαταραχή αυτή, η οποία εκδηλώνεται συνήθως στην εφηβεία, εμφανίζεται με πολύ μεγαλύτερη συχνότητα από την νευρογενή ανορεξία και το κυρίαρχο σύμπτωμά της είναι η υπερφαγία. Η υπερφαγία αναφέρεται στην κατανάλωση, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, μιας ποσότητας τροφής, η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτήν που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες συνθήκες.

Την υπερφαγία συνήθως διαδέχεται αλλαγή στη διάθεση και άγχος. Για την αντιστάθμιση της ενοχής και της δυσφορίας που προκαλεί η υπερφαγία, το άτομο καταφεύγει συνήθως στην κάθαρση με αυτοπροκαλούμενους εμετούς, με καθαρτικά, διουρητικά, νηστεία, υπερβολική σωματική άσκηση. Η κάθαρση αυτή κάνει το άτομο αμέσως να νιώσει καλύτερα και απομακρύνει το φόβο που το κυριαρχεί για την αύξηση του βάρους του.

Στο DSM-IV διακρίνονται δύο τύποι ψυχογενούς βουλιμίας :

1. *Ο καθαρτικός τύπος*, όπου κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.
2. *Ο μη καθαρτικός τύπος*, όπου κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο χρησιμοποιεί άλλες απρόσφορες, αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την ψυχογενή βουλιμία

- A.** Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο παρακάτω :
- i. Το να τρώει κανείς μέσα σε μια διακριτή χρονική περίοδο (π. χ σε μια περίοδο 2 ωρών) μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από όση θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια μιας παρόμοιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις.
 - ii. Μια αίσθηση έλλειψης ελέγχου του πόσο τρώει κανείς κάποιος κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π. χ μια αίσθηση ότι κάποιος δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι ή πόσο τρώει)
- B.** Επανελημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους όπως π. χ εμετούς ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών, νηστεία και υπερβολική άσκηση.
- C.** Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν κατά μέσο όρο δύο φορές την εβδομάδα για τρεις μήνες.
- D.** Η εκτίμηση του εαυτού αδικαιολόγητα επηρεάζεται από το σχήμα του σώματος και το βάρος.
- E.** Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Νευρογενούς Ανορεξίας.

Πιθανά αίτια της βουλιμίας

Η κατανόηση της αιτιολογίας της ψυχογενούς βουλιμίας συναντά τις ίδιες δυσκολίες όπως αυτή της ανορεξίας, αφού υπάρχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά και στις δυο αυτές διαταραχές.

Έχει βρεθεί πως σε περιπτώσεις ατόμων με βουλιμία, τα επίπεδα νορεπινεφρίνης ήταν χαμηλά αλλά δεν είναι γνωστό αν αυτό αποτελεί την αιτία ή το αποτέλεσμα της βουλιμίας. Διαπιστώθηκε, επίσης, πως τα επίπεδα της νορεπινεφρίνης επανέρχονται στα πλαίσια του φυσιολογικού όταν το άτομο ανακτήσει το βάρος του (Kaye & Weltzin, 1991). Τα περιορισμένα ευρήματα για νευροβιολογικές και ενδοκρινολογικές δυσλειτουργίες σε άτομα με διαταραχές διατροφής φαίνεται να αποτελούν μάλλον το αποτέλεσμα παρά την αιτία του υποσιτισμού και της καθαρτικής συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν τα άτομα με διαταραχές διατροφής.

Έχει βρεθεί, επίσης, πως η παιδική παχυσαρκία, τα προβλήματα στις σχέσεις παιδιού-γονέων καθώς και η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών αποτελούν παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών διατροφής στην εφηβεία (Garfinkel et al., 1995). Στο ιστορικό των ατόμων με βουλιμία συχνά αναφέρεται πως ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα τα ίδια ή οι γονείς τους και πως όσο μεγαλύτερο ήταν το πρόβλημα της παχυσαρκίας τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα για την εκδήλωση βουλιμίας (Fairburn et al., 1995).

Θεραπευτική αντιμετώπιση της βουλιμίας

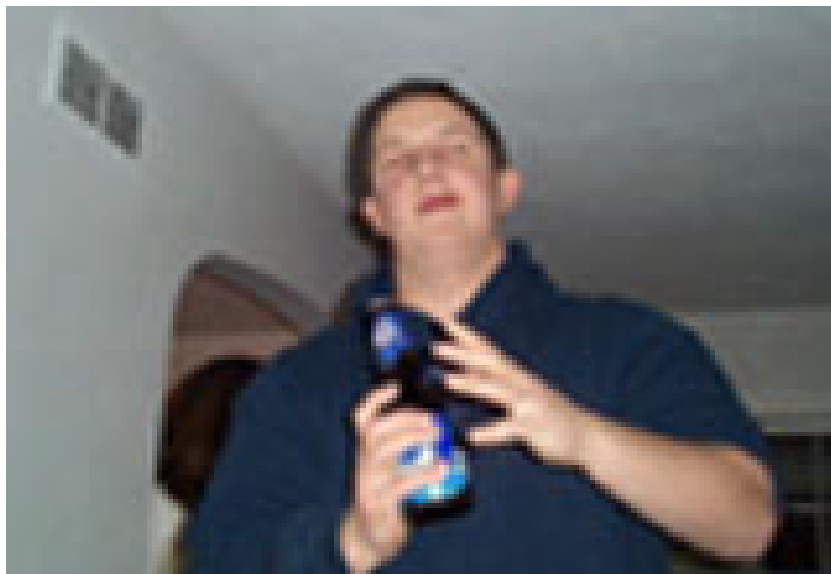
Η παρουσία των συναισθηματικών και οργανικών προβλημάτων στις περιπτώσεις διαταραχών διατροφής απαιτεί πολύπλευρη αντιμετώπιση. Η ιδανική αντιμετώπιση θα προϋπέθετε τη συνεργασία ομάδας ειδικών στην οποία να συμμετέχουν παθολόγος, διαιτολόγος και ψυχοθεραπευτής.

Στην περίπτωση που γίνει η διάγνωση κάποιας διαταραχής διατροφής και αποκλειστεί το ενδεχόμενο ύπαρξης κάποιου οργανικού προβλήματος, τότε ο ειδικός θα πρέπει να αποφασίσει για τη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση την οποία θα ακολουθήσει. Σε κάθε περίπτωση όμως, η εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία είναι ιδιαίτερης σημασίας διότι αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες επιτυχούς έκβασης της θεραπευτικής προσπάθειας (Dare & Eisler, 1997). Σε ορισμένες περιπτώσεις, η επίλυση ενδοοικογενειακών προβλημάτων, όπως για παράδειγμα προβλημάτων που αφορούν τις σχέσεις του παιδιού με τους γονείς του, τη ψυχοπαθολογία ή την απομόνωση της οικογένειας, μπορεί να είναι καθοριστικής σημασίας προκειμένου να ξεπεραστούν οι διαταραχές διατροφής.

Σήμερα, οι πιο αποτελεσματικές θεραπείες για τη ψυχογενή βουλιμία είναι αυτές οι οποίες στηρίζονται σε γνωσιακές – συμπεριφορικές προσεγγίσεις. Η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία ενθαρρύνει την εκδήλωση επιθυμητών μορφών συμπεριφοράς σε σχέση με το φαγητό, ενώ παράλληλα εστιάζεται στην τροποποίηση των διαταραγμένων και ανελαστικών αντιλήψεων που σχετίζονται με την ψυχαναγκαστική συμπεριφορά του ατόμου. Στόχος της γνωσιακής – συμπεριφορικής θεραπείας είναι η τροποποίηση των διαταραγμένων αντιλήψεων που σχετίζονται με το σχήμα και το βάρος του σώματος καθώς επίσης και η αντικατάσταση των διαιτητικών συνηθειών και των προσπαθειών κάθαρσης με πιο υγιείς διατροφικές συνήθειες και δραστηριότητες.

Αναπτυξιακή πορεία των εφήβων με ψυχογενή βουλιμία

Η βουλιμία μπορεί να είναι μια χρόνια κατάσταση ή να εμφανίζεται περιστασιακά και η αναπτυξιακή της πορεία να είναι δύσκολο να περιγραφεί. Σε μια διαχρονική έρευνα, (Collins & King, 1994), διαπιστώθηκε πως μετά από δέκα χρόνια το 52%, από τα άτομα που έλαβαν μέρος, είχαν αποκατασταθεί πλήρως ενώ μόνο το 10% εξακολουθούσε να πληρεί τα κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής. Διαπιστώθηκε επίσης πως η έκβαση ήταν καλύτερη στις περιπτώσεις όπου η διαταραχή εκδηλώθηκε νωρίς και όπου τα άτομα προέρχονταν από οικογένειες υψηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.



8. ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Ιστορική αναδρομή

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

Και οι δύο γιατροί είχαν παρατηρήσει πως η νόσο αυτή παρουσιαζόταν συχνότερα σε άτομα τα οποία προέρχονταν από τις πιο εύπορες κοινωνικές τάξεις. Το γεγονός αυτό οδήγησε τον Laseque στη διατύπωση της υπόθεσης πως η ελλιπής οικογενειακή συναισθηματική στήριξη (γεγονός το οποίο πίστευε πως είναι πιο σύνθητες στις εύπορες οικογένειες) σχετίζεται με την εκδήλωση της διαταραχής αυτής. Επικράτησε επίσης η άποψη πως οι συγκρούσεις των γονέων με τα παιδιά τους είναι πιθανό να οδηγούν μερικές φορές κάποια κορίτσια που βρίσκονται στην εφηβεία στην άρνηση της τροφής, ως μια μορφή έκφρασης του συναισθήματος της απόρριψης το οποίο βιώνουν. Γι' αυτό, στις αρχές του περασμένου αιώνα, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας προτεινόταν η απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένειά του σε συνδυασμό με την επιβολή της υποχρεωτικής σίτισης του παιδιού με οποιονδήποτε τρόπο (Epstein, 1990).

Κλινική εικόνα

Το άτομο με νευρογενή ανορεξία κυριαρχείται από διάθεση άρνησης για λήψη τροφής προκειμένου να μην πάρει βάρος, παρά το γεγονός ότι το σωματικό του βάρος κυμαίνεται κάτω από τα κατώτερα όρια του φυσιολογικού για την ηλικία, το φύλο και το ύψος (δηλαδή το βάρος του βρίσκεται κάτω από το 85% του φυσιολογικού ή ο Δείκτης Σωματικής Μάζας είναι κάτω από 17.5). Επίσης, παρά το γεγονός ότι το σωματικό του βάρος είναι κάτω από τα όρια του φυσιολογικού, το άτομο διακατέχεται από έντονο φόβο ότι θα πάρει βάρος. Έτσι, λοιπόν, βρίσκεται συνεχώς στην προσπάθεια να χάσει περισσότερο βάρος. Το άτομο έχει διαταραγμένη εικόνα για το σώμα του και δίνει υπέρμετρη έμφαση στην επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματός του στην αυτοαξιολόγηση. Επίσης, στις περιπτώσεις των γυναικών, υπάρχουν συχνά διαταραχές στον εμμηνορρυσιακό κύκλο ως αποτέλεσμα της υπερβολικής μείωσης του σωματικού τους βάρους.

Παρά το γεγονός ότι η ετυμολογία του όρου 'ανορεξία' παραπέμπει στην έλλειψη όρεξης για φαγητό, ο όρος είναι παραπλανητικός, αφού το άτομο με νευρογενή ανορεξία μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να μην έχει όρεξη για φαγητό. Συνεπώς η νευρογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνο αργά στην πορεία της νόσου. Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στην ταυτότητα και στην αυτονομία. Η απώλεια σωματικού βάρους είναι αποτέλεσμα της συνειδητής προσπάθειας του ατόμου να χάσει βάρος καταφεύγοντας σε αυστηρή δίαιτα ή άσκηση. Παρά το γεγονός ότι πολλά άτομα ακολουθούν περιστασιακά αυτές τις μεθόδους για να χάσουν βάρος, το άτομο με νευρογενή ανορεξία φοβάται έντονα ότι απειλείται από την παχυσαρκία και επιδιώκει επίμονα το αδυνάτισμα. Ορισμένα άτομα με νευρογενή ανορεξία αισθάνονται συνέχεια ότι είναι υπέρβαρα και άλλα διαπιστώνουν ότι είναι

αδύνατα, αλλά πιστεύουν πως από ορισμένα μέρη του σώματος τους θα πρέπει να χάσουν και άλλο βάρος. Μερικές φορές μπορεί να τα κυριαρχεί η εμμονή να μετρούν συνέχεια το βάρος τους για να διαπιστώσουν αν το 'λίπος' έχει περιοριστεί. Κάθε φορά που διαπιστώνουν ότι έχασαν βάρος πιστεύουν πως βελτιώθηκε η εικόνα τους και νιώθουν καλύτερα. Προκειμένου όμως να διατηρείται αυτό το συναίσθημα και να νιώθουν ασφαλείς έχουν την ανάγκη να χάνουν καθημερινά ολόένα και περισσότερο βάρος και αν κάποια μέρα αυτό δεν συμβεί, τότε κυριαρχούνται από πανικό και εντείνουν ακόμη περισσότερο τις προσπάθειες τους.

Στο DSM-IV διακρίνονται δύο τύποι νευρογενούς ανορεξίας, ανάλογα με τον τρόπο στον οποίο καταφεύγει το άτομο προκειμένου να περιορίσει τη λήψη πολλών θερμίδων :

1. *Ο περιοριστικός τύπος*, ο οποίος καταφεύγει σε δίαιτα, νηστεία ή υπερβολική άσκηση. Άτομα με περιοριστικού τύπου ανορεξία είναι συνήθως άτομα που χαρακτηρίζονται από εμμονές, ανελαστική συμπεριφορά και υπερβολικό αυτοέλεγχο.
2. *Ο καθαρτικός τύπος / υπερφαγία*, το άτομο έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή καταφεύγει σε συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή αυτοπροκαλούμενους εμετούς, ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών). Τα άτομα που παρουσιάζουν αυτό τον τύπο, τείνουν να έχουν συχνότερα οικογενειακό ιστορικό παχυσαρκίας και συναισθηματικά προβλήματα.

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την νευρογενή ανορεξία

- A.** Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία του και το ύψος του (π. χ απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση του βάρους του σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης, που οδηγεί σε βάρος του σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο).
- B.** Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα και αν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
- C.** Διαταραχή στον τρόπο που βιώνει κανείς 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 σωματικού βάρους.
- D.** Σε γυναίκες μετά την έναρξη της περιόδου, αμηνόρροια εάν οι περίοδοι της έρχονται μόνον μετά από χορήγηση ορμονών π. χ οιστρογόνων.



Συνοδά συμπτώματα / σημεία. Συνοδές διαταραχές / επιπλοκές

Η μεγάλη ελάττωση του βάρους συχνά συνοδεύεται από καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως καταθλιπτική διάθεση, κοινωνική απόσυρση, αϋπνία, ευερεθιστότητα και ελαττωμένο ενδιαφέρον για σεξ. Μπορεί, ακόμα, ν' αναπτυχθεί πλήρης Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή. Επειδή, όμως, τα καταθλιπτικά συμπτώματα παρατηρούνται και σε άτομα με ασιτία (χωρίς να έχουν νευρογενή ανορεξία) θα πρέπει να γίνει η επανεκτίμηση για κατάθλιψη όταν αποκατασταθεί το βάρος του ατόμου.

Ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα, επίσης, είναι συχνά παρόντα, τα περισσότερα συνδεδεμένα με τη λήψη της τροφής. Παράλληλα, τα άτομα αυτά, συχνά φοβούνται να φάνε δημόσια και ειδικά τα ανορεκτικά άτομα με Τύπο Υπερφαγίας / Κάθαρσης είναι πιο πιθανό να έχουν προβλήματα ελέγχου των παρορμήσεων, να κάνουν χρήση και κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, να παρουσιάζουν ευμετάβλητη διάθεση και να είναι σεξουαλικά ενεργά.

Όσο αφορά τα σωματικά συμπτώματα, τα σωματικά σημεία και σωματικές διαταραχές που συνοδεύουν τη νευρογενή ανορεξία, τα περισσότερα από αυτά οφείλονται στην ασιτία ή / και στον προκλητό εμετό. Έτσι, εκτός από την αμηνόρροια, μπορεί να υπάρχουν δυσκοιλιότητα, κοιλιακοί πόνοι, μη ανοχή του κρύου, αδυναμία, λήθαργος. Φυσικά, το πιο φανερό σημείο είναι η επίσχανση του ατόμου. Ακόμη, μπορεί να υπάρχει υπόταση, υποθερμία, ξηρότητα του δέρματος, βραδυκαρδία, περιφερικό οίδημα, κιτρίνισμα του δέρματος λόγω της υπερκαροτιναιμίας, πετέχιες, υπερτροφία των σιελογόνων αδένων και ιδιαίτερα της παρωτίδας. Άτομα που χρησιμοποιούν συχνά προκλητό εμετό μπορεί να παρουσιάζουν διαβρώσεις της αδαμαντίνης των δοντιών και ουλές ή κάλους στη ράχη των χεριών. Τέλος, η χειρότερη επιπλοκή της νευρογενούς ανορεξίας είναι ο θάνατος.

Γενικές ιατρικές καταστάσεις που μπορεί να εμφανιστούν σε άτομα με νευρογενή ανορεξία είναι :

1. Νορμόχρωμη νορμοκυτταρική αναιμία.
2. Έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας λόγω της χρόνιας αφυδάτωσης και της υποκαλιαιμίας.

3. Καρδιαγγειακά προβλήματα όπως σοβαρή υπόταση και αρρυθμίες.
4. Προβλήματα στα δόντια και οστεοπόρωση λόγω ελαττωμένης πρόσληψης και απορρόφησης ασβεστίου, ελαττωμένης έκκρισης οιστρογόνων και αυξημένης έκκρισης κορτιζόλης.

Έναρξη / Πορεία / Πρόγνωση

Η μέση ηλικία έναρξης της νευρογενούς ανορεξίας είναι τα δεκαεπτά (17). Σπάνια η διαταραχή αρχίζει μετά τα σαράντα (40). Η εκδήλωση της διαταραχής συνήθως σχετίζεται με κάποιο αγχογόνο γεγονός της ζωής, όπως για παράδειγμα το διαζύγιο των γονέων, κάποια σοβαρή αλλαγή στο σπίτι ή στο σχολείο.

Στην αρχή, το περιβάλλον του ανορεκτικού ατόμου δεν αντιλαμβάνεται τίποτα. Απλώς το άτομο αρχίζει ν' αδυνατίζει με δίαιτα. Προοδευτικά, όμως, καθώς η απώλεια του βάρους προχωρά και η πρόσληψη τροφής συνεχώς ελαττώνεται, συγγενείς και φίλοι αρχίζουν να τρομάζουν καθώς το ανορεκτικό άτομο δηλώνει ότι 'πρέπει να χάσει βάρος γιατί είναι παχύ'. Όταν, τελικά, το άτομο έρθει στο γιατρό (συνήθως με πίεση από την οικογένεια του) η απώλεια του βάρους είναι μεγάλη. Όταν γίνει ακόμη μεγαλύτερη, τότε μπορεί να εμφανιστούν υποθερμία, οίδημα των αστραγάλων, βραδυκαρδία, υπόταση, lanugo (οι τρίχες γίνονται λεπτές και μαλακές) και σοβαρές μεταβολικές διαταραχές, κώμα και θάνατο. Η ασθενής μπορεί να εμφανίσει επίσης: Καταθλιπτική διάθεση, απόσυρση, αϋπνία, ευερεθιστότητα, μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας. Τέλος, το κατεξοχήν χαρακτηριστικό που εμφανίζεται με συνέπεια σε όλες τις ασθενείς είναι η **άρνηση** να διατηρήσουν το κανονικό βάρος τους σύμφωνα με την ηλικία και το ύψος τους αλλά και η **άρνηση** να δεχτούν τους κινδύνους που συνεπάγεται το ιδιαίτερα χαμηλό βάρος.

Παρόλο που τα συμπτώματα είναι πολύ σαφή και μπορούν να προσδιοριστούν με ακρίβεια, μπορεί να διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογο με την περίπτωση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα 31 ερευνητικών εργασιών, διαπιστώθηκε πως στο 52% των περιπτώσεων ατόμων με νευρογενή ανορεξία η εξέλιξη ήταν καλή, στο 29% ήταν μέτρια και στο 19% ήταν κακή. Όσο το άτομο χάνει βάρος και υποσιτίζεται επικίνδυνα, απαιτείται η παραπομπή του στο νοσοκομείο και η υποχρεωτική σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα ή παρεντερικά για την σωτηρία του. Ως αποτέλεσμα ιατρικών επιπλοκών ή της αυτοκτονίας, το 10% των ατόμων με νευρογενή ανορεξία οδηγείται στο θάνατο (APA, 1994).

Πιθανά αίτια της νευρογενούς ανορεξίας

Οι δραματικές συνέπειες των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής, τόσο σε βιολογικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο, τροφοδότησαν το ενδιαφέρον των ειδικών για τη διατύπωση πολλών θεωρητικών μοντέλων, τα οποία επιχειρούν την ερμηνεία τους.

1. Ψυχολογική θεωρία : η νευρογενής ανορεξία είναι μια φοβική στάση του ατόμου απέναντι στην τροφή εξαιτίας της σεξουαλικής έντασης της εφηβικής ηλικίας. Ιδιαίτερα οι ψυχοδυναμικές διαμορφώσεις τονίζουν την ασυνείδητη φαντασία / φόβο της ανορεκτικής να μείνει έγκυος από το στόμα.

2. Κοινωνική θεωρία : στις ανεπτυγμένες χώρες έχει δοθεί έμφαση στα νιάτα, στην ομορφιά και στο να είναι το άτομο λεπτό και στην υπερβολική ενασχόληση των ατόμων με την εικόνα και το σχήμα του σώματος.
3. Βιολογική θεωρία : εστιάζεται στη λειτουργία του υποθάλαμου ο οποίος ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του σώματος όπως όρεξη, βάρος,

θερμοκρασία και γενικότερα την ομοιόσταση. Στη νευρογενή ανορεξία υπάρχει μια πρωτογενή δυσλειτουργία του υποθάλαμου, όπως υποδεικνύεται από διάφορα ευρήματα και παρατηρήσεις :

- i. Αύξηση του παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό.
- ii. Εμφάνιση της αμηνόρροιας πριν την εκδήλωση της απώλειας του βάρους.
- iii. Ελαττωμένη δραστηριότητα νορεπινεφρίνης.
- iv. Διαταραχές στη λειτουργία και άλλων κεντρικών νευροδιαβιβαστών.

Σε κάθε περίπτωση, η προσπάθεια διερεύνησης της αιτιολογίας των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής πρέπει να συνεκτιμά την επίδραση και των τριών παραγόντων : τους ψυχολογικούς, τους κοινωνικούς και τους βιολογικούς παράγοντες. Όλοι γνωρίζουν την πολιτισμική έμφαση που αποδίδεται στα πρότυπα που αφορούν το λεπτό σώμα, τον αυτοέλεγχο και την άσκηση. Αυτά δημιουργούν το ελκυστικό μοντέλο σε όλους τους ανθρώπους και ιδιαίτερα στις γυναίκες.

Σε έρευνες οι οποίες έγιναν, έχει βρεθεί πως οι συγγενείς ατόμων με νευρογενή ανορεξία – και ιδιαίτερα οι γυναίκες – έχουν τέσσερις με πέντε φορές περισσότερες πιθανότητες από τον υπόλοιπο πληθυσμό να παρουσιάσουν κάποια διαταραχή στην πρόσληψη της τροφής. Σε περιπτώσεις μονοζυγωτικών διδύμων όπου το ένα παρουσιάζει διαταραχές διατροφής, η πιθανότητα να παρουσιάσει και το άλλο κυμαίνεται από 30% έως 50%, ενώ στα διζυγωτικά δίδυμα η πιθανότητα αυτά δεν ξεπερνά το 10%. Ο Hsu (1990), υποστηρίζει πως ορισμένα άτομα έχουν κάποια βιολογική προδιάθεση, η οποία αλληλεπιδρά με κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες και έτσι αυξάνεται η πιθανότητα εκδήλωσης διαταραχών στην πρόσληψη τροφής.

Η αιτιολογία όμως των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής ίσως γίνει καλύτερα κατανοητή αν μπορέσουν να διερευνήσουν τα κίνητρα του ατόμου, το οποίο υποβάλλει τον εαυτό του σε μια οδυνηρή και επικίνδυνη διαδικασία ανατρέποντας τους ρυθμούς του οργανισμού του προκειμένου να καταφέρει να έχει το 'ιδανικό' βάρος με διάφορους τρόπους. Έχει διαπιστωθεί πως οι επιθυμητές αναλογίες σώματος, όπως αυτές που διαθέτουν τα μοντέλα, είναι πολλές φορές πολύ κατώτερο από φυσιολογικό. Γι' αυτό εάν οι έφηβοι έχουν ως πρότυπα αυτά τα μοντέλα, τότε είναι πιθανό να βιώνουν το αίσθημα του ανικανοποίητου σχετικά με τη δική τους σωματική εικόνα και να προσπαθούν με κάθε τρόπο να την αλλάξουν για να πλησιάσουν αυτά των προτύπων τους.

Η Hilda Bruch (1973) διατύπωσε την υπόθεση πως η νευρογενούς ανορεξία σχετίζεται με την προσπάθεια του ατόμου για τη διεκδίκηση της αυτονομίας του. Η Bruch συσχέτισε αυτή την προσπάθεια με την αποτυχία του γονέα να αναγνωρίσει την ανάγκη του παιδιού του για αυτονομία και να ενθαρρύνει την εκδήλωση της.

Ο Arthur Crisp (1997) εκτιμά πως η νευρογενής ανορεξία αποτελεί μία από τις μορφές της αποτρεπτικής φοβικής διαταραχής, όπου το αντικείμενο της φοβίας είναι το κανονικό σώμα του ενήλικα με το ανάλογο βάρος και σχήμα. Γι' αυτό

λοιπόν, το άτομο το οποίο διαπιστώνει πως το σώμα του μοιάζει όλο και περισσότερο με αυτό του ενήλικα, στην προσπάθειά του να αποτρέψει την ανάπτυξη επιχειρεί να διατηρήσει το σώμα του όπως ήταν νωρίτερα. Τόσο αυτό το θεωρητικό μοντέλο όσο και αυτό της Hilda Bruch έχουν επηρεάσει σημαντικά τις θεραπευτικές προσεγγίσεις της νευρογενούς ανορεξίας.

Θεραπευτική αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας

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

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

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

Η θεραπευτική προσέγγιση βασικά είναι ένας συνδυασμός θεραπείας συμπεριφοράς και υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας. Ο στόχος της *θεραπείας συμπεριφοράς* είναι να αποκατασταθεί ο φυσιολογικός τρόπος λήψης τροφής. Στο νοσοκομείο, αυτό σημαίνει την εφαρμογή αυστηρού πρωτοκόλλου, ώστε τα ανορεκτικά άτομα να κερδίζουν καθημερινά συγκεκριμένο βάρος και να ενισχύονται θετικά από τους συγγενείς τους. Έτσι, οι ασθενείς ζυγίζονται καθημερινά, η πρόσληψη και η απέκκριση των υγρών μετριέται, υπάρχει στενή παρακολούθηση (ακόμη και στη τουαλέτα) μέχρι και δύο ώρες μετά τα γεύματα για να αποτραπεί ο προκλητός εμετός. Γενικά, αρχίζει με δίαιτα που παρέχει περίπου 500 θερμίδες περισσότερες από αυτές που απαιτούνται για να διατηρηθεί το τωρινό βάρος και αυξάνονται οι θερμίδες σιγά – σιγά μοιράζοντας το γεύμα σε πολλά μικρά γεύματα (π. χ έξι την ημέρα). Σε άτομα με μεγάλη ελάττωση βάρους μπορεί να χρειασθεί σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα, όπως και προσεκτική διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών.

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

Στη συνέχεια, η *γνωστική ψυχοθεραπεία* μπορεί να βοηθήσει διορθώνοντας λαθεμένες αντιλήψεις των ασθενών για τα αισθήματα, τις ανάγκες τους και την ικανότητα να ελέγξουν τη ζωή τους και η ψυχοδυναμική (αποκαλυπτική) ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να λύσει διαπροσωπικά προβλήματα

και συγκρούσεις και να διορθώσει στοιχεία της προσωπικότητάς του, που μπορεί να συνδέονται με τη διαταραχή στην πρόσληψη τροφής.

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

Επιδημιολογία της νευρογενούς ανορεξίας

Παρά το γεγονός της έλλειψης επαρκών στοιχείων από επιδημιολογικές έρευνες για τη νευρογενή ανορεξία, φαίνεται πως η διαταραχή εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα τις τελευταίες δεκαετίες (Fairburn et al., 1993).

Η συχνότητα εμφάνισης της νευρογενούς ανορεξίας στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 0,2 έως 0,8% (Hoek, 1993). Τα ποσοστά αυτά όμως φαίνεται να διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με το συγκεκριμένο πληθυσμό στον οποίο αναφέρονται. Σε μια μελέτη, (Crisp, 1976), η οποία έγινε στην Αγγλία σε εννιά σχολεία θηλέων διαπιστώθηκε πως το 0,5% των κοριτσιών ηλικίας κάτω από δεκαέξι ετών παρουσίαζαν σοβαρής μορφής νευρογενή ανορεξία, ενώ το ποσοστό αυτό έφτανε στο 1% στα κορίτσια άνω των δεκαέξι ετών. Στην περίπτωση που μελετάται πληθυσμός υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, τότε τα ποσοστά αυτά είναι υψηλά. Μπορεί δε να πλησιάσουν το 5% έως 7% στον πληθυσμό των εφήβων οι οποίοι ασχολούνται με το χορό ή το modeling και φιλοδοξούν να σταδιοδρομήσουν σ' αυτά τα επαγγέλματα (Garner & Garfinkel, 1980).

Οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής είναι μία από τις λίγες περιπτώσεις προβλημάτων ψυχικής υγείας που εκδηλώνονται με μεγαλύτερη συχνότητα στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια. Παρόλο που στον ανδρικό πληθυσμό οι διαταραχές διατροφής εκδηλώνονται με τα ίδια κλινικά συμπτώματα, οι άνδρες δεν έχουν τόσο έντονη ενασχόληση με το φαγητό ούτε τόσο έντονο κίνητρο να διατηρούν λεπτή σιλουέτα αλλά δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην αθλητική τους παρουσία και την αρρενωπότητα.



9. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Η αύξηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής και τα μη ικανοποιητικά αποτελέσματα των σύγχρονων θεραπευτικών παρεμβάσεων, καθιστά επιτακτική την ανάγκη για βαθύτερη κατανόηση των εμπλεκόμενων μηχανισμών στην πρόκληση τους. Αρχικά, θα εξεταστούν οι διάφορες προσεγγίσεις -βιολογικές και ψυχολογικές- και έπειτα θα γίνει προσπάθεια ώστε να κρατήσουμε τα κύρια σημεία με την μορφή μιας πρωτότυπης φαινομενολογικής προσέγγισης.

Μήπως, θεωρούμε ότι οι έσχατες αιτίες των διατροφικών συμπεριφορών έχουν πολυπαραγοντική προέλευση επειδή απλά είναι ελάχιστα γνωστές; Σήμερα, απαιτείται μια προσέγγιση υπό διάφορες οπτικές γωνίες, βιολογική, κοινωνική, πολιτιστική, οικογενειακή, ψυχαναλυτική, γνωστικό-συμπεριφορική. Στην πραγματικότητα, οι θεωρίες σήμερα βρίθουν και δεν φαίνεται να προκύπτει κανενός είδους συναίνεση.

ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Καθώς, στην περίπτωση των ασθενών με νευρική ανορεξία πολλές φορές συναντώνται διαταραχές των ενδοκρινών αδένων και του μεταβολισμού, για πολύ καιρό επικρατούσε η άποψη ότι αυτές αποτελούσαν την ίδια την αιτία της πάθησης. Η ακόμα επειδή λόγω της διαπίστωσης ότι κάποιες οικογένειες πλήττονται πιο συχνά και επειδή η νευρική ανορεξία συγκρίνεται με μία άλλη ενδοκρινική διαταραχή, το σύνδρομο Turner, του οποίου η γενετική προέλευση έχει αποδειχτεί, αναζητούνταν μια κληρονομική ανωμαλία. Αν και ακόμα δεν έχει εκτονωθεί η διαμάχη μεταξύ των υποστηρικτών της σωματικής και εκείνων της ψυχικής προέλευσης της ασθένειας, στις μέρες μας μοιάζει να θριαμβεύει το ψυχολογικό ρεύμα. Έτσι, η πλειονότητα τάσσεται υπέρ της ιδέας ότι το σημείο αφετηρίας των διαταραχών πρόσληψης τροφής πρέπει να αναζητηθεί στον ψυχισμό. Τα ανώτερα νευρικά κέντρα επιδρούν στον υποθάλαμο και έπειτα, διαδοχικά, στην υπόφυση και τους άλλους ενδοκρινείς αδένες. Ο υποσιτισμός που έπεται θα έχει με την σειρά του επιπτώσεις στην νευροορμονική μηχανική.

Οι διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς, στο έλεος των οποίων βρίσκονται κάποιοι παχύσαρκοι, μέχρι τώρα έχουν παραμεληθεί, καθώς το ^διαφέρον του ιατρικού κόσμου εστιάζεται στις μεταβολικές, γενετικές και θρεπτικές πλευρές του πλεονάζοντος βάρους και, επομένως οι αφύσικες διατροφικές συμπεριφορές φαίνεται να οφείλονται σε δυσλειτουργίες των νευρικών και των νευροορμονικών εντολών της διατροφικής λήψης. Υπό αυτό το πρίσμα, σήμερα, διεξάγονται πολλές μελέτες, οι οποίες αφορούν στα διάφορα νευρικά κέντρα και το ήθος ορμονών και νευροορμονών που παρεμβαίνουν σε αυτή την ρύθμιση.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ

Στις σύγχρονες κοινωνίες του δυτικού πολιτισμού η ομορφιά και γενικότερα η ωραία εξωτερική εμφάνιση ταυτίζονται με την αυτό-αξία και το μέτρο «του καλού

και του ωραίου», ως μέσα για κοινωνική αποδοχή. Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα το πλεονάζον βάρος ταυτίζεται σαφώς με την ασχήμια. Έχει αποδειχτεί ότι οι ωραίες και λεπτές γυναίκες κρίνονται ως θηλυκές σε αντίθεση με εκείνες οι οποίες είναι παχύσαρκες και τρώνε ασυγκράτητα και θεωρούνται πιο αρρενωπές. Έτσι, συμβαίνει η ομορφιά κατά κύριο λόγο να θεωρείται αδιαμφισβήτητη πλευρά της θηλυκότητας. Η θηλυκότητα και άρα η λεπτή σιλουέτα αποδεικνύονται όχι μόνο πολύτιμα πλεονεκτήματα για την γυναίκα, τόσο στις επαγγελματικές όσο και τις ιδιωτικές της σχέσεις, αλλά και ένα ουσιαστικό στοιχείο της ταυτότητας της και της εικόνας της, την οποία κατασκευάζει για τον ίδιο της τον εαυτό.

Με αυτόν τον τρόπο, η επιδίωξη της λεπτής σιλουέτας φαίνεται να είναι για την γυναίκα ένα μέσο επιβεβαίωσης. Τα περισσότερα άτομα δεν διατηρούνται στο ποθητό βάρος παρά μόνο με το τίμημα ενός μόνιμου διατροφικού περιορισμού, διότι το βάρος αυτό το οποίο επιβάλλεται από τους κανόνες ομορφιάς, για την πλειονότητα, είναι πολύ κατώτερο από το βάρος το οποίο, λαμβάνοντας υπόψη τον τρόπο ζωής μας, θα ήταν το «φυσικό» και στο οποίο το σώμα τείνει αυθόρμητα να σταθεροποιηθεί. Αυτός ο διατροφικός περιορισμός, κυρίως στα άτομα τα οποία για γενετικούς ή μεταβολικούς λόγους έχουν προδιάθεση στο πάχος, είναι ακόμα πιο επίπονος και αγχωτικός.

Η επιβεβλημένη στην γυναίκα κοινωνική υποχρέωση να είναι τεχνητά λεπτή κατακρίθηκε από το Αμερικανικό φεμινιστικό κίνημα, ως η αιτία των διαταραχών της διατροφικής συμπεριφοράς. Άλλοι πηγαίνουν ακόμα μακρύτερα στη κοινωνική κριτική και χρεώνουν την σημερινή αύξηση των διατροφικών διαταραχών στο πολιτιστικό μοντέλο που εξυμνεί η Δύση. Ο πολιτισμός μας, επικεντρωμένος στο άτομο το αναγκάζει να δίνει προτεραιότητα στις δραστηριότητες που του επιτρέπουν να συγκεντρωθεί στον εαυτό του και στις ίδιες του τις αισθήσεις και όλα αυτά για να ενισχύσει το συναίσθημα της ύπαρξης του. Μία αλλοτριωμένη σχέση με το σώμα το οποίο δεν είναι πια πηγή απόλαυσης, αλλά ένα μέσο ισχύος, φαίνεται να είναι η κατάληξη μίας ακραίας επιβεβαίωσης των ατομικών αξιών. Από αυτήν την οπτική γωνία, το σώμα οφείλει να είναι γραμμωμένο, πειθαρχημένο και ελεγχόμενο. Η εξάπλωση των ατομικών φυσικών δραστηριοτήτων (τζόκιν, γυμναστική, body-building, σκι και πατινάζ, αερόβια αθλήματα), οι οποίες θέτουν ξεκάθαρα ως στόχο τους τον αυτοέλεγχο, μαρτυρά αυτήν την εξέλιξη. Εκείνο που ευνοεί αυτόν τον ανταγωνισμό και συντηρεί την επιθυμία κοινωνικής ανόδου και επιτυχίας -και έτσι μπορεί να δημιουργηθεί πρόσφορο έδαφος για την νευρική ανορεξία- είναι ο «πολιτισμός του self». Το αποτέλεσμα αυτό γίνεται ιδιαίτερα αισθητό στις μεγαλοαστικές και μεσοαστικές τάξεις όπου η νευρική ανορεξία είναι και συχνότερη. Η αύξηση των περιπτώσεων νευρικής ανορεξίας στον λευκό και στον ασιατικό πολιτισμό μπορεί να εξεταστεί θαυμάσια παράλληλα με την σχεδόν απόλυτη απουσία της νόσου στον μαύρο, αφρικάνικο ή αμερικάνικο πληθυσμό, γεγονός το οποίο μπορεί να εξηγηθεί από τους υποστηρικτές αυτής της θέσης με έναν τρόπο ζωής λιγότερο επικεντρωμένο στον ατομικό ανταγωνισμό, ένα ιδιαίτερα αναπτυγμένο κοινοτικό πνεύμα και με το γεγονός ότι οι πληθυσμοί αυτοί έχουν στενότερους συναισθηματικούς δεσμούς.

ΒΙΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ

Στην ενότητα αυτή γεννάται το ερώτημα «πώς περνάμε από την ξέφρενη κούρσα για την λεπτή σιλουέτα σε οργανωμένες διαταραχές, όπως η νευρική

ανορεξία, βουλιμία, ή η υπερφαγική παχυσαρκία;». Τα πράγματα περιπλέκονται όταν ανακαλύπτεται πως στο σημείο αυτό δεν υπάρχει καμία ομοφωνία.

Η επιθυμία για το αδύνατο σώμα οδηγεί σε μακροχρόνιο διαιτητικό περιορισμό ο οποίος προκαλεί συγκινησιακή αστάθεια, έντονη έλξη για υπερθερμιδικές τροφές, βουλιμία και άλλες υπερφαγικές συμπεριφορές. Τα άτομα τα οποία θα είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στην κοινωνική πίεση για μια λεπτή σιλουέτα και ίσως επιχειρούν να αυτοεπιβεβαιωθούν με την πρακτική της δίαιτας είναι τα εύθραυστα και καταθλιπτικά άτομα που έχουν σε μικρή εκτίμηση τον εαυτό τους.

Για πολλούς συγγραφείς υπερφαγίες και βουλιμίες αποτελούν, αντιθέτως, τα μέσα τα οποία χρησιμοποιούν κάποια άτομα για να αναδιοργανωθούν σε φυσικό επίπεδο όταν διαισθανθούν ότι η αγωνία απειλεί να τα διαλύσει ή όταν πρέπει να αντιμετωπίσουν ένα οδυνηρό καταθλιπτικό βίωμα. Άρα, στην περίπτωση αυτή, οι υπερφαγίες δεν θα ήταν τίποτα περισσότερο και τίποτα λιγότερο από έναν τρόπο διαχείρισης του στρες που επιτρέπει κυρίως την αναβολή δυσκολιών τις οποίες εκτιμούμε ως ανυπέρβλητες.

Τέλος, η άποψη των Αμερικανών ψυχολόγων Todd Heatherton και Roy Baumeister (1991), οι οποίοι θεωρούν ότι το στοιχείο που υποκινεί την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών μπορεί να βρίσκεται σε μια απόπειρα διαφυγής από την συνειδητοποίηση του εαυτού μας, από τους υψηλούς στόχους τους οποίους επιβάλλουμε στον εαυτό μας, χωρίς να καταφέρνουμε ποτέ να τους πλησιάσουμε, από τις κρίσεις των άλλων τις οποίες προδικάζουμε ως αρνητικές, από το καταθλιπτικό βίωμα που προκύπτει από αυτές, και όλα αυτά βιώνονται με ιδιαίτερα οδυνηρό τρόπο. Το αποτέλεσμα που προκύπτει όταν ένα άτομο βιώνει επώδυνα την ζωή μπορεί να είναι η προσωρινή επιχείρηση διαφυγής του, εστιάζοντας την προσοχή του στο παρόν. Αυτή η επιστροφή του σε έναν τρόπο διανοητικής λειτουργίας χαμηλότερου συνειδησιακού επιπέδου, μπορεί να καταλήξει σε μια άρση των αναστολών και στην εμφάνιση παράλογων τρόπων σκέψης και πεποιθήσεων.

ΒΟΗΘΩΝΤΑΣ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η θεραπεία μπορεί να σώσει την ζωή κάποιου με διατροφική διαταραχή. Φίλοι, σχέσεις, δάσκαλοι και γιατροί, όλοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην βοήθεια αυτών των άρρωστων ατόμων, τα οποία ξεκινούν και παραμένουν σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα. Η ενθάρρυνση, η φροντίδα και η επιμονή καθώς και η σωστή πληροφόρηση σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές και τους κινδύνους τους, μπορεί να αποτελέσουν τα στοιχεία-πειστήρια, έτσι ώστε ένα πάσχον άτομο να ζητήσει βοήθεια, να παραμείνει στο θεραπευτικό πρόγραμμα ή να δοκιμάσει ξανά.

Τα μέλη της οικογένειας ή οι φίλοι μπορούν να καλέσουν στα κατά τόπους νοσοκομεία ή πανεπιστημιακά ιατρικά κέντρα για να πληροφορηθούν για τις κλινικές και τους κλινικούς γιατρούς των διατροφικών διαταραχών, οι οποίοι εξειδικεύονται στην αντιμετώπιση αυτών των παθήσεων.

Τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι θα πρέπει να μελετήσουν όσο το δυνατόν περισσότερο θέματα που αφορούν τις διατροφικές διαταραχές, έτσι ώστε να είναι σε θέση να βοηθήσουν το άτομο με την συγκεκριμένη πάθηση και να κατανοήσουν το πρόβλημα του. Από την στιγμή που ο πάσχων από διατροφικές διαταραχές θα λάβει βοήθεια εξακολουθεί να έχει την ανάγκη της κατανόησης και της ενθάρρυνσης με σκοπό να παραμείνει στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Το NIMH (National Institute of Mental Health) συνεχίζει τις έρευνες του σχετικά με την καινούργια και καλύτερη αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών. Το κογκρέσο έχει αναγνωρίσει την δεκαετία του 90' ως την δεκαετία του εγκεφάλου

κάνοντας την πρόληψη, τις διαγνώσεις και την θεραπεία όλων των εγκεφαλικών και ψυχιατρικών διαταραχών, εθνική ερευνητική προτεραιότητα. Αυτή η έρευνα υπόσχεται να γεννήσει ακόμα περισσότερη ελπίδα για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους παρέχοντας μεγαλύτερη κατανόηση των αιτιών και των περιπλοκών των διατροφικών διαταραχών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

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

Και οι δύο γιατροί είχαν παρατηρήσει πως η νόσο αυτή παρουσιαζόταν συχνότερα σε άτομα τα οποία προέρχονταν από τις πιο εύπορες κοινωνικές τάξεις. Το γεγονός αυτό οδήγησε τον Laseque στη διατύπωση της υπόθεσης πως η ελλιπής οικογενειακή συναισθηματική στήριξη (γεγονός το οποίο πίστευε πως είναι πιο σύνηθες στις εύπορες οικογένειες) σχετίζεται με την εκδήλωση της διαταραχής αυτής. Επικράτησε επίσης η άποψη πως οι συγκρούσεις των γονέων με τα παιδιά τους είναι πιθανό να οδηγούν μερικές φορές κάποια κορίτσια που βρίσκονται στην εφηβεία στην άρνηση της τροφής, ως μια μορφή έκφρασης του συναισθήματος της απόρριψης το οποίο βιώνουν. Γι' αυτό, στις αρχές του περασμένου αιώνα, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας προτεινόταν η απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένειά του σε συνδυασμό με την επιβολή της υποχρεωτικής σίτισης του παιδιού με οποιονδήποτε τρόπο (Epstein, 1990).

Ο 17^{ος} ΑΙΩΝΑΣ

Το 1689, ένα βιβλίο ιατρικής δημοσιεύτηκε στο Λονδίνο με τίτλο *Phthisiologia, seu Exercitationes de Phthisi*. Ο συγγραφέας του ήταν ο Richard Morton, απόφοιτος του College of Physicians. Το έργο μεταφράστηκε στα αγγλικά 5 χρόνια αργότερα με τίτλο *A Treatise of Consumptions*, ο Μόρτον υπογράμμισε τις πολλές ασθένειες που προκαλούν την απώλεια του σωματικού βάρους. Όλα τα δεδομένα ήταν βασισμένα στη δική του κλινική παρατήρηση.

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

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

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

Ο 18^{ος} ΑΙΩΝΑΣ

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

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



The eighteenth century pre-occupation With social images fatness and sexuality Reproduced by courtesy of the Trustee* of the Bi

Ο 19^{ος} ΑΙΩΝΑΣ

Σχεδόν 100 έτη θα παρέρχονταν προτού να εμφανισθεί ένας άλλος αληθινά σημαντικός απολογισμός των διατροφικών διαταραχών στην τότε υπάρχουσα βιβλιογραφία. Όταν το 1860, απέτυχε να λάβει την προσοχή που άξιζε, παρά τη σημασία της. Το θέμα ξεχάστηκε γρήγορα και δεν εμφανίστηκε πάλι για περισσότερο από έναν αιώνα. Αυτό το έγγραφο, ίσως η δημιουργική έκθεση του 19^{ου} αιώνα, γράφτηκε από τον Dr. Louis-Victor Marse από το Παρίσι και τιτλοφορήθηκε *Note sure une Forme de Delire Hypochondiaque Cosecutive aux Caracterisse Principalementpar le Refuse d'Aliments*.

Ο Marce έγραψε τα εξής :

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

Βλέπουμε παραδείγματος χάριν ότι τα νέα κορίτσια στην περίοδο της εφηβείας και μετά από μια πρόωγη φυσική ανάπτυξη έγιναν υποκείμενο της κατάστασης της ανορεξίας, η διάρκεια της οποίας ξεπέρασε τα όρια. Πρέπει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της αποχής τους, βίωναν αποστροφή για τα τρόφιμα. Αυτό που προκαλεί μεγάλη εντύπωση είναι η απουσία της όρεξης από την ανησυχία που προκαλείται από την πέψη, αυτοί οι ασθενείς φτάνουν σε μια ξέφρενη πεποίθηση ότι δεν μπορούν ή οφείλουν να μην φάνε. Με μια λέξη η γαστρική αναταραχή γίνεται νευροεγκεφαλική αναταραχή.

Σχολιάζει περαιτέρω:

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

Το επόμενο γεγονός στην ιστορία των διατροφικών διαταραχών εμφανίστηκε στις 8 Αυγούστου 1868, κατά τη διάρκεια του «Address in Medicine» που παραδόθηκε ενώπιον της Βρετανικής Ιατρικής Ένωσης. Ο ομιλητής Dr. William W. Gull of Guy's Hospital, περιέγραψε τη γενική κατάσταση της ιατρικής και την πρόοδο που σημειώθηκε στην επιστήμη και την φιλοσοφία. Στην έκθεση του ο Gull δήλωσε: «αυτή τη στιγμή η διάγνωση μας είναι μια συνήθης οργανική διάγνωση η οποία προκύπτει από τη γνώση μας της ευθύνης των διάφορων οργάνων σε ιδιαίτερα σημεία του σώματος. Ως εκ τούτου, αποφεύγουμε το λάθος να υποθέσουμε την παρουσία μεσεντερικής ασθένειας στις νέες γυναίκες οι οποίες είναι ισχνές στον τελευταίο βαθμό λόγω της υστερικής απεψίας, εξαιτίας πιθανότητας παρουσίας κατάθλιψης έχοντας αποκλείσει προηγουμένως και την παρουσία φυματικών ασθενειών. Αυτή η συνοπτική δήλωση, φαινομενικά ανεξάρτητη από οτιδήποτε άλλο στην ομιλία του Gull, ενσωματώθηκε βαθιά στην κοινή κλινική συνείδηση ενώ παραμελήθηκε για τα τουλάχιστον 5 επόμενα έτη.

Τον Απρίλιο του 1873, ο Charles Lasegue του Παρισιού δημοσίευσε ένα χειρόγραφο που τιτλοφορήθηκε *De Vanorexie Hysterique*, στο οποίο περιέγραψε 8 ασθενείς ηλικίας μεταξύ 18-32 ετών. Στην έκθεση του υπογράμμισε την συναισθηματική αιτιολογία της ασθένειας. Ο Lasegue μεταβίβασε μια αίσθηση του πνεύματος και των συναισθημάτων αυτών των ασθενών, τις αποχρώσεις των διαταραγμένων σχέσεων τους, και τις οξύνειες της ενδοψυχικής διαταραχής τους. Θεώρησε την ασθένεια μια «υστερία η οποία συνδέθηκε με την υποχονδρίαση».

Έγραψε ως εξής:

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

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

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

Ο 20^{ος} ΑΙΩΝΑΣ

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

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

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

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

Έτσι, μόνο κατά τον 20^ο αιώνα αποκτήσαμε κάποια ιδέα για την πραγματική ψυχοπαθολογία των ασθενών αυτών. Κατά τα προηγούμενα 300 χρόνια, αυτή η ασθένεια η οποία είχε γίνει ελάχιστα κατανοητή είχε περιγραφεί με διάφορους τρόπους ως «νευρική κατανάλωση» (Morton), «νευρική ατροφία» (Whytt), «υποχονδριακό ντελίριο» (Marce), «μορφή υστερίας που συνδέεται με την υποχονδρίαση» (Lasegue), «διαστροφή του εγώ» (Gull).

2. ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η νευρογενής ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης αστίας στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύσαρκο.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι 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.

Άτομα με τη διαταραχή αυτή μαρτυρούν ότι «νιώθουν παχιά» όταν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ακόμα και όταν έχουν απισχανθεί και αυτό γιατί η απώλεια του βάρους δεν τα καθησυχάζει και διατηρείται ο φόβος της παχυσαρκίας. Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη για όλο τους το σώμα και την εξωτερική τους εικόνα - δεν μπορούν να αναγνωρίσουν σωματικές αισθήσεις συμπεριλαμβανόμενου του αισθήματος της πείνας, πιστεύουν ότι το σώμα τους ή τα διάφορα μέλη είναι πολύ παχιά ακόμα και όταν είναι κάτω από το φυσιολογικό βάρος.

Βέβαια η λέξη «ανορεξία» είναι αποπροσανατολιστική. Η νευρογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης, γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνο αργά στη πορεία της νόσου. Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στη ταυτότητα και την αυτονομία, για λόγους που ακόμα δεν γνωρίζουμε. Η μείωση του βάρους συνήθως κατορθώνεται με μείωση της συνολικής ποσότητας της τροφής, με δυσανάλογη ελάττωση σε τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπος, με προκλητό εμετό, με χρήση καθαρτικών ή διουρητικών μαζί με εξαντλητική άσκηση.

Κατά κανόνα πρωτοεμφανίζεται μεταξύ δεκατριών και είκοσι ετών, είτε χωρίς εμφανή αιτία είτε μετά από κάποιο συναισθηματικό τραύμα, σε μια έφηβη χωρίς προβλήματα μέχρι εκείνη τη στιγμή. Μερικές φορές προηγείται περίοδος βουλιμίας γαστραλγιών και διαταραχών της εμμηνορρυσίας.

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

Η χαρακτηριστική κλινική τριάδα συμπτωμάτων εγκαθίσταται με ύπουλο τρόπο σε διάστημα μερικών μηνών: πρόκειται για την τριάδα των τριών «Α»:

Η ανορεξία. Είναι μια συμπεριφορά, συχνά εναρκτήρια της νόσου, που εκδηλώνεται με περιορισμό της τροφής και που έχει λίγο πολύ ταχεία και σφαιρική εξέλιξη. Πρόκειται περισσότερο για μια διαστρεβλωμένη στάση απέναντι στη τροφή και τη διατροφή, παρά για ανορεξία με τη στενή έννοια της λέξης, αφού είναι εκούσια και θεληματική. Η σημαντική αυτή τροφική αποδιοργάνωση, αντικείμενο πολλαπλών εκλογικεύσεων και προσποιήσεων, εκδηλώνεται με μια ελάττωση των θερμίδων που λαμβάνονται, γεγονός που αποτελεί το χαρακτηριστικό κλινικό

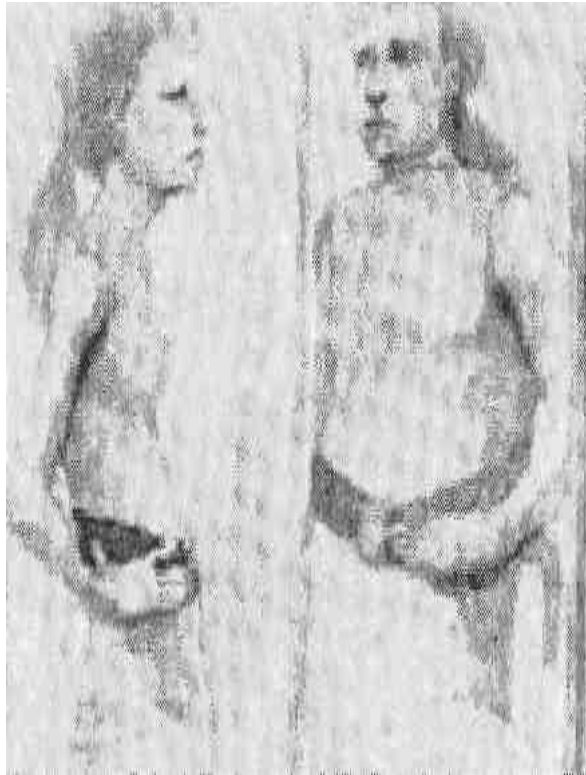
σύμπτωμα της ψυχογενούς ανορεξίας (η ημερήσια ποσότητα θερμίδων για τις γυναίκες κυμαίνεται κανονικά ανάμεσα σε 1800-2500 θερμίδες, ενώ, συχνά, είναι χαμηλότερη από 300 θερμίδες στις ανόρεκτες). Ο περιορισμός αυτός αφορά κυρίως τα γλυκίδια και τα λίπη παρά τις πρωτεΐνες.

Η αμηνόρροια, μπορεί και αυτή να είναι εναρκτήριο σύμπτωμα της κλινικής εικόνας, με μια συχνότητα που ποικίλει σημαντικά, ανάλογα με τους συγγραφείς. Όταν είναι αρχικό σύμπτωμα, εντάσσεται πολύ καλά στο φάσμα των ενδοκρινολογικών διαταραχών της ωοθήκης (δυσωορηξία), που είναι γενετικής προέλευσης: δυσμηνόρροιες, σπανιομηνόρροιες, αμηνόρροιες που σίγουρα στο ψυχοπαθολογικό επίπεδο αντιπροσωπεύουν ένα από τα οριακά σημεία των ψυχογενών ανορεξιών. Στη αντίθετη περίπτωση, εκδηλώνεται συνήθως μερικούς μήνες μετά την εμφάνιση των άλλων δυο στοιχείων της τριάδας. Ανάλογα με το πόσο προχωρημένη είναι η εφηβική ανάπτυξη (και η ηλικία της άρρωστης), πρόκειται για πρωτογενή ή δευτερογενή αμηνόρροια (που είναι και η συχνότερη περίπτωση).

Η απίσχνανση. Εμφανίζεται πάντα ως δευτερογενές αποτέλεσμα της ανορεξίας. Εξελίσσεται εξαρτημένη ως προς την κλινική της έκφραση από της συνηθισμένες ιδιομορφίες του διαιτολογίου αυτών των άρρωστων που διατηρούν για παρά πολύ καιρό τη λήψη πρωτεϊνών, δικαιολογώντας έτσι την τάση να μιλάμε για αδυνάτισμα παρά για απώλεια βάρους.

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

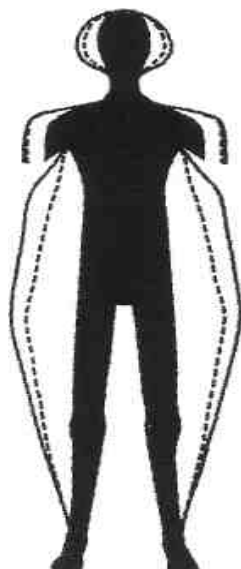
Ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό της νευρογενούς ανορεξίας είναι η βαριά διαταραχή της εικόνας που σχηματίζει ο ασθενής για το σώμα του από αδιάκοπη αναζήτηση της ισχύτητας, μέχρι σημείου λιμοκτονίας. Η διαταραχή αναγνωρίζεται εδώ και πολλές δεκαετίες και μάλιστα είναι αξιοσημείωτη η ομοιότητα που παρουσιάζει η περιγραφή της από διαφορετικά άτομα. Η διαταραχή εμφανίζεται πολύ συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες και συνήθως κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Οι υποθέσεις για την υποκείμενη ψυχολογική ανωμαλία στις νέες γυναίκες που παρουσιάζουν αυτή τη διαταραχή σχετίζονται με τις συγκρούσεις που σημαδεύουν τη μετάβαση του κοριτσιού στη κατάσταση της γυναίκας. Σύμφωνα με ποικίλες επιστημονικές θεωρίες, στην ανάπτυξη της διαταραχής παίζουν ρόλο και κάποιοι ακόμη ψυχολογικοί παράγοντες, που αφορούν την αίσθηση ενός ατόμου ότι είναι αβοήθητο και ανίκανο να αυτονομηθεί.



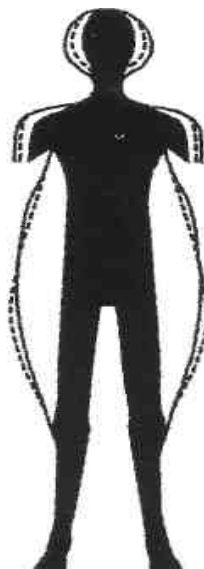
3. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΡΕΚΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Μέσα από την απόρριψη του σώματος και των αναγκών του, εκφράζονται η ανικανότητα απαρτίωσης και αποδοχής των σωματικών και συναισθηματικών μεταβολών της εφηβείας και η άρνηση της γενετικής σεξουαλικότητας. Ο ασκητισμός και η διανοητικοποίηση, κοινότυπα φαινόμενα της εφηβείας, εμφανίζονται στην ακραία τους μορφή. Το σώμα που η νέα κοπέλα φαντασιώνει και θα επιθυμούσε να έχει, είναι ένα κορμί ισχνό, σαγηνευτικό και πάντοτε ευθύγραμμο και ευθυτενές, πάντα «εν στύση» ενώ η «φαλλική διάσταση του, παραμένει, ωστόσο, φανερά απωθημένη» (Ε. Και J. Kestrmberg και S. Decobert).

NORMAL
CARBOHYDRATE



LOW
CARBOHYDRATE



Το πραγματικό σώμα βιώνεται ως μη ικανοποιητικό και δεν γίνεται αντιληπτό έτσι όπως αντικειμενικά είναι. Η ανορεκτική άρρωστη αρρνεύεται την ισχύτητα της και παρόλη την καχεξία της συνεχίζει να θεωρεί τον εαυτό της πολύ χοντρό, πολύ βαρύ, παραβλέποντας ολότελα τον κίνδυνο για τη επιβίωση της. Παλεύοντας κατά της πεινάς και αποτρέποντας την ικανοποίηση των βασικών της ορμών, η ανορεκτική βιώνει ένα αίσθημα ισχύος, το οποίο συνδυάζει ταυτόχρονα την κυριαρχία πάνω στον ίδιο της τον εαυτό και τη χειραγώγηση των άλλων γύρω της. των οποίων αποδοκιμάζει τα ενδιαφέροντα, επειδή τα θεωρεί υλιστικά και χυδαία. Η έντονη ικανοποίηση την οποία προσπορίζεται με αυτόν τον τρόπο ανήκει στη κατηγορία της διατροφικής ηδονής. Αυτός ο καταστρεπτικός αυτοερωτισμός θα αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στη θεραπευτική αγωγή.

Τα γονικά μορφοειδωλα παραμένουνε στην ανορεκτική ασθενή ασαφή και αδιαφοροποίητα, αν και υπερισχύει μια παντοδύναμη και χωρίς φύλο μητρική εικόνα. Η επαναδραστηριοποίηση του άγχους εννουχισμού κατά την εφηβεία προκαλεί, μέσα από μια γενική παλινδρόμηση, την απόσυρση των αντικειμενοτρόπων επενδύσεων (λιβιδινική αποξήρανση και υπερεπένδυση σε διανοητικές και κινητικές, βιούμενες ως επανασαρκώμενες, δραστηριότητες) και την επάνοδο σε αρχαϊκές στάσεις, όπου τα πάντα αντιμετωπίζονται ως σχέσεις εξάρτησης και ανεξαρτησίας, στα πλαίσια ενός μεγαλομανιακού ναρκισσιστικού πληθωρισμού. Για την ανορεκτική, το να μπορεί να αρνεύεται τη διατροφή, σημαίνει ότι αισθάνεται αυτόνομη και ότι μπορεί να λειτουργεί, χωρίς καμία εξωτερική βοήθεια (η φαντασίωση του στιδήποτε ενσωματώνει, της είναι ανυπόφορη), σύμφωνα με μια ιδανική άποψη για τον εαυτό της. Το σώμα διαχωρισμένο από την επονείδιστη υλικότητα του, φαντασιωμένου ως άψυχο και αθάνατο, βρίσκεται σε συνεχή έλεγχο. Με τη συμπεριφορά της η ανορεκτική ελέγχει και προκαλεί μόνιμα το περιβάλλον της και ιδιαίτερα τη μητέρα. Ωστόσο, αν και η πραγματικότητα του σώματος αυτού καθαυτού απορρίπτεται, η

σχάση του Εγώ επιτρέπει τη διατήρηση της επαφής με την εξωτερική πραγματικότητα. Έτσι δεν εμφανίζεται παραλήρημα.

Εκτός από αυτή τη τυπική οργάνωση της νευρογενούς ανορεξίας, υπάρχουν και άλλες μορφές ανορεξίας που εμφανίζονται σε άτομα με ποικίλες ψυχικές δομές και εκφράζουν άνιση βαρύτητα παλινδρομήσεις, στα πλαίσια των οποίων η στόματο - διατροφική αποδιοργάνωση εμφανίζεται ως :

- Αντιδραστική ανορεξία μετά από κάποιο πένθος ή αποτυχία.
Η έλλειψη όρεξης είναι σε αυτή τη περίπτωση πρωτογενής (δεν πρόκειται για πάλη εναντίον της πείνας) και εντάσσεται σε ένα εμφανές πλαίσιο κατάθλιψης.
- Υστερική ανορεξία.
Η οιδιπόδεια φαντασιωσική δραστηριότητα είναι ιδιαίτερα έντονη. Η ασθενής επιδεικνύει την ισχύνητα της και τη χρησιμοποιεί, για να εγκαταστήσει σχέσεις σαγήνης και κυριάρχησης του περιβάλλοντος της, συμπεριλαμβανόμενου και του ιατρού. Οι ανορεκτικές άρρωστες χειρίζονται αυτές τις σχέσεις με εκπληκτική επιδεξιότητα (τεχνάσματα, μυθομανία).
- Ιδεοψυχαναγκαστική ανορεξία με τελετουργίες διατροφής και θερμιδικούς έλεγχους, πολύ δυσπρόσιτη στην ανάμιξη άλλων ατόμων και στη θεραπευτική σχέση.
- Ανορεξία σε περιπτώσεις μεθοριακών καταστάσεων ή ανερχόμενης σχιζοφρένειας.

Στο DSM-IV διακρίνονται δύο τύποι νευρογενούς ανορεξίας, ανάλογα με τον τρόπο στον οποίο καταφεύγει το άτομο προκειμένου να περιορίσει τη λήψη πολλών θερμίδων :

3. Ο περιοριστικός τύπος, ο οποίος καταφεύγει σε δίαιτα, νηστεία ή υπερβολική άσκηση. Άτομα με περιοριστικού τύπου ανορεξία είναι συνήθως άτομα που χαρακτηρίζονται από εμμονές, ανελαστική συμπεριφορά και υπερβολικό αυτοέλεγχο.
4. Ο καθαρτικός τύπος / υπερφαγία, το άτομο έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή καταφεύγει σε συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή αυτοπροκαλούμενους εμετούς, ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών). Τα άτομα που παρουσιάζουν αυτό τον τύπο, τείνουν να έχουν συχνότερα οικογενειακό ιστορικό παχυσαρκίας και συναισθηματικά προβλήματα.

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την νευρογενή ανορεξία

- A.** Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία του και το ύψος του (π. χ απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση του βάρους του σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης, που οδηγεί σε βάρος του σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο).
- B.** Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα και αν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
- C.** Διαταραχή στον τρόπο που βιώνει κανείς 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 σωματικού βάρους.
- D.** Σε γυναίκες μετά την έναρξη της περιόδου, αμηνόρροια εάν οι περίοδοι της έρχονται μόνον μετά από χορήγηση ορμονών π. χ οιστρογόνων.

Έναρξη / Πορεία / Πρόγνωση

Η μέση ηλικία έναρξης της νευρογενούς ανορεξίας είναι τα δεκαεπτά (17). Σπάνια η διαταραχή αρχίζει μετά τα σαράντα (40). Η εκδήλωση της διαταραχής συνήθως σχετίζεται με κάποιο αγχογόνο γεγονός της ζωής, όπως για παράδειγμα το διαζύγιο των γονέων, κάποια σοβαρή αλλαγή στο σπίτι ή στο σχολείο.

Στην αρχή, το περιβάλλον του ανορεκτικού ατόμου δεν αντιλαμβάνεται τίποτα. Απλώς το άτομο αρχίζει ν' αδυνατίζει με δίαιτα. Προοδευτικά, όμως, καθώς η απώλεια του βάρους προχωρά και η πρόσληψη τροφής συνεχώς ελαττώνεται, συγγενείς και φίλοι αρχίζουν να τρομάζουν καθώς το ανορεκτικό άτομο δηλώνει ότι 'πρέπει να χάσει βάρος γιατί είναι παχύ '. Όταν, τελικά, το άτομο έρθει στο γιατρό (συνήθως με πίεση από την οικογένεια του) η απώλεια του βάρους είναι μεγάλη. Όταν γίνει ακόμη μεγαλύτερη, τότε μπορεί να εμφανιστούν υποθερμία, οίδημα των αστραγάλων, βραδυκαρδία, υπόταση, lanugo (οι τρίχες γίνονται λεπτές και μαλακές) και σοβαρές μεταβολικές διαταραχές, κόμα και θάνατο. Η ασθενής μπορεί να εμφανίσει επίσης: Καταθλιπτική διάθεση, απόσυρση, αϋπνία, ευερεθιστότητα, μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας. Τέλος, το κατεξοχήν χαρακτηριστικό που εμφανίζεται με συνέπεια σε όλες τις ασθενείς είναι η **άρνηση** να διατηρήσουν το κανονικό βάρος τους σύμφωνα με την ηλικία και το ύψος τους αλλά και η **άρνηση** να δεχτούν τους κινδύνους που συνεπάγεται το ιδιαίτερα χαμηλό βάρος.

Παρόλο που τα συμπτώματα είναι πολύ σαφή και μπορούν να προσδιοριστούν με ακρίβεια, μπορεί να διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογο με την περίπτωση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα 31 ερευνητικών εργασιών, διαπιστώθηκε πως στο 52% των περιπτώσεων ατόμων με νευρογενή ανορεξία η εξέλιξη ήταν καλή, στο 29% ήταν μέτρια και στο 19% ήταν κακή. Όσο το άτομο χάνει βάρος και υποσιτίζεται επικίνδυνα, απαιτείται η παραπομπή του στο νοσοκομείο και η υποχρεωτική σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα ή παρεντερικά για την σωτηρία του. Ως αποτέλεσμα ιατρικών επιπλοκών ή της αυτοκτονίας, το 10% των ατόμων με νευρογενή ανορεξία οδηγείται στο θάνατο (APA, 1994).

4. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

1 Ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων.

I. **Οι ελάσσονες μορφές.** Είναι σίγουρα πολυάριθμες και ξεφεύγουν συχνότατα από τις στατιστικές, αφού σπάνια αποτελούν αντικείμενο εξειδικευμένων εξετάσεων και ακόμα λιγότερο νοσοκομειακών νοσηλειών. Στην πραγματικότητα θέτουν το ερώτημα των ορίων της παθολογίας σε αυτόν τον τομέα, ιδίως αν λάβει κανείς υπόψη την κοινωνικοπολιτιστική πίεση που ευνοεί τη διατήρηση ενός λεπτού σώματος στις δυτικές κοινωνίες. Σε διάφορες πρόσφατες μελέτες καταβάλλεται προσπάθεια να διευκρινισθούν τα δεδομένα αυτά, που ορισμένοι συγγραφείς τα έχουν επισημάνει εδώ και παραπάνω από είκοσι χρόνια (ιδιαίτερα ο Russell 1972). Διάφοροι ερευνητές εφαρμόζοντας ένα τεστ διατροφικών συμπεριφορών (EAT) συμπέραναν ότι η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και σημαντικές ανησυχίες σχετικά με το βάρος αποτελούν συχνότατα έναν τρόπο αντίδρασης απέναντι στις υπαρξιακές ανησυχίες της εφηβείας. Αυτές οι ελάσσονες μορφές χαρακτηρίζονται συνήθως, κλινικά, από την περιορισμένη ανορεκτική αποφασιστικότητα των ασθενών, από κάποια απόχρωση δυσθυμίας, ακόμα και από μίαν έκδηλη καταθλιπτική τάση, η οποία δεν εμφανίζεται σαν κλινική μορφή.

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

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

Το γεγονός αυτό, σύμφωνα με τους συγγραφείς, μάλλον αντιστοιχεί σε δυο περιόδους της εφηβείας κατά τις οποίες η εξάρτηση από την οικογένεια αλλάζει βαθύτατα. Από τη μελέτη των δυο υποομάδων προκύπτει ότι οι νεότερες ανόρεκτες παρουσιάζουν τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου και υποβάλλονται

γρήγορα σε παρακολούθηση και θεραπεία, ενώ οι μεγαλύτερες, που εισάγονται στο νοσοκομείο αργότερα, παρουσιάζουν συνήθως συμπτώματα κατάθλιψης, τα οποία χρονολογούνται από παλιά, αλλά σε μικρό βαθμό. Οι ιδιαιτερότητες όμως αυτές δεν επιτρέπουν τους παραπάνω συγγραφείς, να μιλούν για ιδιαίτερες κλινικές μορφές, όπως γίνεται για το παιδί ή την ενήλικη γυναίκα.

- a. Στην περίπτωση του παιδιού περιγράφεται συνήθως με τη προεφηβική μορφή που διαφέρει ελάχιστα από την κλασική μορφή. Με φοβική μορφή για ορισμένους συγγραφείς, με ψυχαναγκαστική μορφή για άλλους, η πρόγνωση της παιδικής ηλικίας είναι μάλλον απαισιόδοξη, κυρίως λόγω της ανάσχεσης της εφηβικής ανάπτυξης.
- b. Η ανορεξία του βρέφους: είναι η ενεργητική άρνηση του παιδιού να δεχθεί την τροφή που του προσφέρει η μητέρα του. Συχνότατα η άρνηση είναι επιλεκτική και αφορά αποκλειστικά στο πρόσωπο της μητέρας του. Διακρίνεται στην σπανιότατη πρώιμη βασική ανορεξία, που εκδηλώνεται από τις πρώτες εβδομάδες της ζωής, μερικές φορές και από την πρώτη μέρα, και στη συνήθη μορφή που είναι η ανορεξία του δεύτερου εξάμηνου.
- c. Η ανορεξία στον ηλικιωμένο: οι ανορεκτικές συμπεριφορές δεν είναι σπάνιες. Συχνά μαρτυρούν μια υπονοούμενη επιθυμία «για να ξεφλήσουν», σε άτομα που χωρίς να εμφανίσουν κατάθλιψη, με τη στενή έννοια του όρου, εξαιτίας της απομόνωσης τους, της απώλειας της ταυτότητας τους και μερικές φορές λόγω πολλών σωματικών κακουχιών, χάνουν κάθε ελπίδα για το μέλλον τους.
- d. Η ψυχογενής ανορεξία της ενήλικης γυναίκας αξίζει να αποτελέσει ξεχωριστή κατηγορία. Πρέπει να γίνει διαχωρισμός ανάμεσα στις εφηβικές μορφές που παρατείνονται, με την ενηλικίωση, και στις πραγματικές μορφές ανορεξίας της ενήλικης γυναίκας που εμφανίζονται σε γυναίκες χωρίς προηγούμενο ιστορικό ανορεξίας, παντρεμένες με παιδιά. Η ανορεξία της ενήλικης παντρεμένης γυναίκας αντιστοιχεί σε μια στιγμή ιδιαίτερα έντονης παλινδρόμησης συχνά σαν αντίδραση σε ένα συναισθηματικό ή υπαρξιακό κλονισμό (θάνατος κάποιου συγγενή, εγκυμοσύνη). Η ανορεξία αυτή επισημαίνει τη βίαιη αποδιοργάνωση μιας προσαρμοσμένης, μέχρι τότε, προσωπικότητας, έστω και αν αυτή ήταν εύθραυστη και ελαττωματικά δομημένη.
- e. Διαχωρισμός ανάλογα με τη δομή της υποκείμενης προσωπικότητας. Συνήθως οι κλινικές μορφές περιγράφονται ανάλογα με την υποκείμενη προσωπικότητα, σύμφωνα με την γενικά αποδεκτή αντίληψη ότι η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι παρά ένα σύνδρομο που δεν προδικάζει τη δομή της προσωπικότητας στην οποία ριζώνει. Έτσι, η υστερική προσωπικότητα θεωρείται ως η συχνότερη και χαρακτηρίζεται, από κλινική άποψη, από την τάση για αυτάρεσκη επίδειξη της ισχύος. Αντίθετα, οι ψυχαναγκαστικές μορφές θα χαρακτηρίζονταν από τη τάση προς την αμφιβολία, προς την αγχώδη ανάκληση των ίδιων σκέψεων και προς την ένοχη, ιδιαίτερα όσον αφορά τις βουλιμικές κρίσεις. Οι φοβικές μορφές που συναντώνται συχνά σε οριακές ηλικίες, οδηγούν σε μια μάλλον απαισιόδοξη πρόγνωση. Τέλος, ορισμένες εξαιρετικά βαριές μορφές που θα μπορούσαν να εξελιχθούν σε αυθεντικές σχιζοφρένιες, θα ονομάζονταν ψυχωσικές ή προ-ψυχωσικές.

5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Το να ψάχνει κανείς μια και μοναδική αιτία για την πρόκληση της νευρικής ανορεξίας είναι ανούσια διαδικασία. Αν εξετάζαμε το φαινόμενο της νευρικής ανορεξίας μόνο σε σχέση με την έφηβη, η οποία δοκιμάζεται για εναπόθεση παραπανίσιου βάρους, τότε γιατί οι υπόλοιπες έφηβες οι οποίες εμφανίζουν επίσης τάση (υποθετική ή πραγματική) για εναπόθεση βάρους δεν βρίσκονται στην ίδια κατάσταση που οδηγεί στα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας. Και γιατί πολλά αγόρια ή ενήλικες εμφανίζουν ψυχογενή ανορεξία; Για παράδειγμα πιστεύεται ότι οι έφηβες κοπέλες οι οποίες προέρχονται από εγωκεντρικές, παθολογικής δομής, οικογένειες, βιώνουν την ψυχογενή ανορεξία ως αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης. Παρόλα αυτά όμως πολλοί νέοι που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία δεν προέρχονται από οικογένειες που χαρακτηρίζονται από τις διαταραχές που προαναφέρθηκαν και οι οποίες θεωρούνται αιτία πρόκλησης της πάθησης. Είναι φανερό πως οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι πολυπαραγοντικές με ένα πλούσιο εύρος αιτιών πρόκλησης. Γενετικοί, βιολογικοί, τύποι προσωπικότητας, ψυχολογικοί, οικογενειακοί, κοινωνικό-πολιτισμικοί παράγοντες είναι όλοι πιθανά αίτια πρόκλησης της ψυχογενούς ανορεξίας.

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

Ως εκ τούτου, είναι φανερό ότι θα πρέπει να διαχωρίσουμε τα αίτια α) σε εκείνα τα οποία προηγούνται του γεγονότος και αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την εμφάνιση της νόσου (predisposing factors), β) σε εκείνα που είναι πιο επείγοντα (precipitating factors) καθώς πυροδοτούν την εμφάνιση της νόσου και, γ) αυτά τα οποία εξυπηρετούν τη διατήρηση της νόσου (perpetuating factors).

Πιθανά αίτια της νευρογενούς ανορεξίας

Οι δραματικές συνέπειες των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής, τόσο σε βιολογικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο, τροφοδότησαν το ενδιαφέρον των ειδικών για τη διατύπωση πολλών θεωρητικών μοντέλων, τα οποία επιχειρούν την ερμηνεία τους.

1. Ψυχολογική θεωρία : η νευρογενής ανορεξία είναι μια φοβική στάση του ατόμου απέναντι στην τροφή εξαιτίας της σεξουαλικής έντασης της εφηβικής ηλικίας. Ιδιαίτερα οι ψυχοδυναμικές διαμορφώσεις τονίζουν την ασυνείδητη φαντασία / φόβο της ανορεκτικής να μείνει έγκυος από το στόμα.
2. Κοινωνική θεωρία : στις ανεπτυγμένες χώρες έχει δοθεί έμφαση στα νιάτα, στην ομορφιά και στο να είναι το άτομο λεπτό και στην υπερβολική ενασχόληση των ατόμων με την εικόνα και το σχήμα του σώματος
3. Βιολογική θεωρία : εστιάζεται στη λειτουργία του υποθάλαμου ο οποίος ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του σώματος όπως όρεξη,

βάρος, θερμοκρασία και γενικότερα την ομοιόσταση. Στη νευρογενή ανορεξία υπάρχει μια πρωτογενή δυσλειτουργία του υποθάλαμου, όπως υποδεικνύεται από διάφορα ευρήματα και παρατηρήσεις :

- i.* Αύξηση του παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό.
- ii.* Εμφάνιση της αμηνόρροιας πριν την εκδήλωση της απώλειας του βάρους.
- iii.* Ελαττωμένη δραστηριότητα νορεπινεφρίνης.
- iv.* Διαταραχές στη λειτουργία και άλλων κεντρικών νευροδιαβιβαστών.

Σε κάθε περίπτωση, η προσπάθεια διερεύνησης της αιτιολογίας των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής πρέπει να συνεκτιμά την επίδραση και των τριών παραγόντων : τους ψυχολογικούς, τους κοινωνικούς και τους βιολογικούς παράγοντες. Όλοι γνωρίζουν την πολιτισμική έμφαση που αποδίδεται στα πρότυπα που αφορούν το λεπτό σώμα, τον αυτοέλεγχο και την άσκηση. Αυτά δημιουργούν το ελκυστικό μοντέλο σε όλους τους ανθρώπους και ιδιαίτερα στις γυναίκες.

Σε έρευνες οι οποίες έγιναν, έχει βρεθεί πως οι συγγενείς ατόμων με νευρογενή ανορεξία – και ιδιαίτερα οι γυναίκες – έχουν τέσσερις με πέντε φορές περισσότερες πιθανότητες από τον υπόλοιπο πληθυσμό να παρουσιάσουν κάποια διαταραχή στην πρόσληψη της τροφής. Σε περιπτώσεις μονοζυγωτικών διδύμων όπου το ένα παρουσιάζει διαταραχές διατροφής, η πιθανότητα να παρουσιάσει και το άλλο κυμαίνεται από 30% έως 50%, ενώ στα διζυγωτικά δίδυμα η πιθανότητα αυτά δεν ξεπερνά το 10%. Ο Hsu (1990), υποστηρίζει πως ορισμένα άτομα έχουν κάποια βιολογική προδιάθεση, η οποία αλληλεπιδρά με κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες και έτσι αυξάνεται η πιθανότητα εκδήλωσης διαταραχών στην πρόσληψη τροφής.

Η αιτιολογία όμως των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής ίσως γίνει καλύτερα κατανοητή αν μπορέσουν να διερευνήσουν τα κίνητρα του ατόμου, το οποίο υποβάλλει τον εαυτό του σε μια οδυνηρή και επικίνδυνη διαδικασία ανατρέποντας τους ρυθμούς του οργανισμού του προκειμένου να καταφέρει να έχει το 'ιδανικό' βάρος με διάφορους τρόπους. Έχει διαπιστωθεί πως οι επιθυμητές αναλογίες σώματος, όπως αυτές που διαθέτουν τα μοντέλα, είναι πολλές φορές πολύ κατώτερο από φυσιολογικό. Γι' αυτό εάν οι έφηβοι έχουν ως πρότυπα αυτά τα μοντέλα, τότε είναι πιθανό να βιώνουν το αίσθημα του ανικανοποίητου σχετικά με τη δική τους σωματική εικόνα και να προσπαθούν με κάθε τρόπο να την αλλάξουν για να πλησιάσουν αυτά των προτύπων τους.

Η Hilda Bruch (1973) διατύπωσε την υπόθεση πως η νευρογενούς ανορεξία σχετίζεται με την προσπάθεια του ατόμου για τη διεκδίκηση της αυτονομίας του. Η Bruch συσχέτισε αυτή την προσπάθεια με την αποτυχία του γονέα να αναγνωρίσει την ανάγκη του παιδιού του για αυτονομία και να ενθαρρύνει την εκδήλωση της.

Ο Arthur Crisp (1997) εκτιμά πως η νευρογενής ανορεξία αποτελεί μία από τις μορφές της αποτρεπτικής φοβικής διαταραχής, όπου το αντικείμενο της φοβίας είναι το κανονικό σώμα του ενήλικα με το ανάλογο βάρος και σχήμα. Γι' αυτό λοιπόν, το άτομο το οποίο διαπιστώνει πως το σώμα του μοιάζει όλο και περισσότερο με αυτό του ενήλικα, στην προσπάθειά του να αποτρέψει την ανάπτυξη επιχειρεί να διατηρήσει το σώμα του όπως ήταν νωρίτερα. Τόσο αυτό το θεωρητικό μοντέλο όσο και αυτό της Hilda Bruch έχουν επηρεάσει σημαντικά τις θεραπευτικές προσεγγίσεις της νευρογενούς ανορεξίας.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τα ενδογενή οπιούχα μπορεί να συμβάλουν σε άρνηση της πείνας εκ μέρους «σθενών με ψυχογενή ανορεξία. Προκαταρτικές μελέτες δείχνουν ότι η χορήγηση ουσιών ανταγωνιστικών προς τα οπιούχα επιφέρει δραματική αύξηση στο βάρος ορισμένων ασθενών. Η λιμοκτονία προκαλεί πολλές βιοχημικές μεταβολές, μερικές από τις οποίες είναι επίσης παρούσες στη κατάθλιψη, όπως η υπερκορτιζολαιμία και η μη καταστολή με φεξαμεθαζονη. Η θυρεοειδική λειτουργία επίσης καταστέλλεται. Οι ανωμαλίες αυτές αναστρέφονται με την επαναδιατροφή. Η λιμοκτονία προκαλεί επίσης αμηνόρροια που αντανακλά χαμηλά επίπεδα ορμονών (προγεστερονικών, θυλακιοτρόπων και γοναδοτρόπων). Ωστόσο, μερικές γυναίκες οι οποίες πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία παρουσιάζουν αμηνόρροια πριν ακόμη σημειωθεί σημαντική απώλεια βάρους. Μερικές μελέτες με αξονική τομογραφία (CT) δείχνουν αυξημένους χώρους ENY (διογκωμένοι αύλακες και κοιλίες) κατά τη διάρκεια της λιμοκτονίας, ένα εύρημα που αναστρέφεται με την αύξηση του βάρους. Σε μια τομογραφική μελέτη εκπομπής ποζιτρονίων (PET), ο μεταβολισμός στον ουραίο πυρήνα ήταν υψηλότερος κατά την ανορεκτική φάση από ότι κατά τη φάση της επαναδιατροφής.

ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

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

Μια σειρά από πολύ καλά σχεδιασμένες μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει σημαντικός συσχετισμός του γενεαλογικού δένδρου με τις διατροφικές διαταραχές. Η ανορεξία και η βουλιμία διαφαίνεται να συμβαίνουν πολύ πιο συχνά σε συγγενείς πρώτου βαθμού εκείνων που πάσχουν από τέτοιου είδους διαταραχές συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Η εμφάνιση είναι μέχρι και 8 φορές μεγαλύτερη σε σύγκριση με τον μεγαλύτερο αριθμό εμφάνισης τέτοιων περιστατικών σε πληθυσμιακές μελέτες. Μελέτες που αφορούν δίδυμα έχουν μεγαλύτερη σημασία από ότι μελέτες που αφορούν οικογένειες καθώς εστιάζουν αποκλειστικά στο γενετικό στοιχείο ενώ μελέτες που αφορούν το γενεαλογικό δέντρο δεν μπορούν να διαχωρίσουν τόσο καλά το περιβαλλοντικό στοιχείο. Μελέτες που αφορούν δίδυμα εστιάζουν στη διαφορά σε συσχετισμό μεταξύ των μονοζυγωτικών και δυζυγωτικών δίδυμων. Ο συσχετισμός για την νευρική ανορεξία στα μονοζυγωτικά δίδυμα είναι περί τις 10 φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με τα δυζυγωτικά δίδυμα.

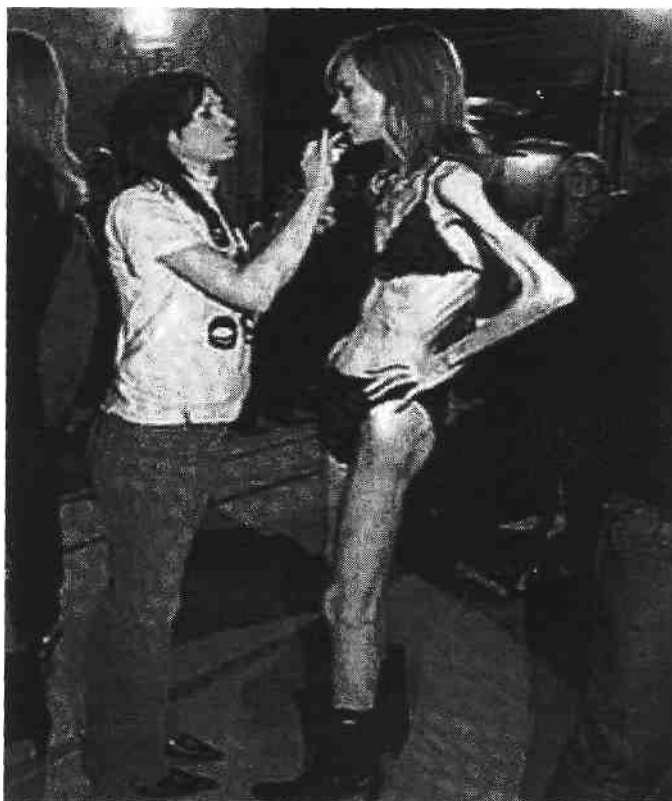
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η νευρογενής ανορεξία δείχνει να αποτελεί αντίδραση κάποιων εφήβων στις απαιτήσεις που προβάλλει επάνω τους η κοινωνία, απαιτήσεις που αφορούν περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα οι ασθενείς με τη διαταραχή υποκαθιστούν τις άλλες φυσιολογικές εφηβικές

επιδιώξεις με την ενασχόληση με θέματα διατροφής και βάρους. Η ενασχόληση τους αυτή παίρνει τη μορφή ιδεοληψίας.

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

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



6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ

Κάποια καλύτερη κατανόηση των διατροφικών διαταραχών προκύπτει αν μελετήσουμε το ταμπεραμέντο, την προσωπικότητα καθώς και τον τρόπο με τον οποίο αυτά κάνουν ένα νεαρό άτομο προσεγγίσιμο σε εν δυνάμει πιέσεις. Αυτή η φιλολογία είναι γεμάτη από αναφορές στο γεγονός ότι η νευρική ανορεξία είναι γεμάτη από ασυνήθιστες ευαισθησίες και *ακραίες* προσωπικότητες. Οι γονείς των ανορεξικών παιδιών και εφήβων τείνουν να περιγράφουν αυτά τα παιδιά ως παιδιά με «τέλεια» προηγούμενη συμπεριφορά. Αναφέρεται ότι αυτά τα παιδιά πάντα είχαν καλή συμπεριφορά, ήταν δημοφιλή και πολύ επιτυχημένα. Ο Silverman, ένας Αμερικανός παιδίατρος, περιέγραψε αυτά τα παιδιά ως «παθολογικά συμβατά». Υπάρχει μια υπολογίσιμη λεπτομέρεια σε αυτά τα παιδιά η οποία περιγράφεται ως «high achieving» (Lask, 1985) το οποίο αναπτύσσει ανεξήγητα φυσικά συμπτώματα σε στρεσογόνο περίοδο. Αυτό που αυτές οι δυο ομάδες έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό είναι η ικανότητα να εκφράζουν αρνητικά συναισθήματα όπως θυμό, μελαγχολία ή άγχος. Είναι σαν να μην πρέπει να δείξουν αδυναμία ή ότι δεν είναι τέλειοι και ότι σε στρεσογόνες καταστάσεις δεν νιώθουν καλά. Πάντως αυτή η τελειομανής προσωπικότητα των ανθρώπων με νευρική ανορεξία θα μπορούσε να θεωρηθεί ένας σημαντικός παράγοντας επεξήγησης της μανίας τους με το να διατηρούν πολύ χαμηλό το σωματικό τους βάρος.

Ένα αρκετά κοινό χαρακτηριστικό είναι εκείνο του χαμηλού επιπέδου αυτοσεβασμού (Button, Sonuga, Barke, Davies & Thompson, 1996, Lilienfeld και συν., 1998). Πραγματικά τα παιδιά με νευρική ανορεξία τα οποία έχουμε παρατηρήσει ότι εμφανίζονται έχοντας μια πολύ φτωχή αυτοεκτίμηση, θεωρούν τον εαυτό τους αποτυχημένο, κακό, και ανάξιο. Μια τέτοια αντίληψη μπορεί εν μέρει να εκβιάζεται από την τάση τελειομανίας που έχουν, το οποίο θέτει τόσα υψηλά στάνταρ όπου η αποτυχία να είναι απαγορευτική. Τα χαρακτηριστικά αυτά στην νευρική βουλιμία είναι τελείως διαφορετικά.

7. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ - ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

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

Ο πολιτιστικός ιστορικός Brumberg (1988) έχει σημειώσει παράλληλα με την παραπάνω ερμηνεία: «η δίαιτα της γυναίκας και η ενασχόληση της με το βάρος ήταν κάποτε άνευ σημασίας ή λειτουργούσε ως μάσκα για να κρύψει ένα άλλο πολύ σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα και άρα αποτελούσε επικάλυψη μιας άλλης προβληματικής συμπεριφοράς». Οι περισσότερες έφηβες κοπέλες και οι περισσότερες γυναίκες ζουν με μια αίσθηση ανασφάλειας για το σώμα τους, αλλά χωρίς αυτό να σημαίνει ότι φτάνουν πάντα σε καταστροφικές λιμοκτονίες. Το γεγονός ότι οι διατροφικές διαταραχές παρατηρούνται σε κοινωνίες στις οποίες η λεπτότητα αποτελεί αξία ενώ είναι πολύ αραιό φαινόμενο στις κοινωνίες όπου η παχυσαρκία αποτελεί αξία, προσθέτει την παρατήρηση ότι η κοινωνία παίζει έναν σημαντικό ρόλο στην γένεση της διαταραχής. Αυτή η παρατήρηση ενισχύεται από την παρατήρηση ότι οι μετανάστες σε δυτικές κοινωνίες δεν αναπτύσσουν οι ίδιοι διατροφικές διαταραχές, οι κόρες τους όμως φαίνεται να εμφανίζουν τα ίδια συμπτώματα και στην ίδια ένταση που τα εμφανίζουν άτομα του ενδογενή πληθυσμού. Εν κατακλείδι, αναφέρεται η πραγματικότητα ότι «στο πέρασμα της ιστορίας οι γυναίκες ασχολούνταν με το να ταΐζουν τους άλλους ενώ παράλληλα απαρνιόντουσαν τον εαυτό τους» (Orbach, 1986) Κάποτε ήταν μια οικονομική αναγκαιότητα, τώρα αποτελεί κοινωνική απαίτηση. Το φαινόμενο των διατροφικών διαταραχών σταδιακά αυξάνεται. Η υπόθεση είναι ότι η γυναίκα η οποία υποβάλλεται σε αυστηρές δίαιτες στην πραγματικότητα επιδιώκει σκληρά να μετατρέψει το σώμα της σε μια προσπάθεια να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του ρόλου της όπως αυτός διαμορφώνεται τον 20 αιώνα.

8. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι διαφόρων τύπων διαταραχές πρόσληψης τροφής που έχουν αναφερθεί αφορούν έφηβους και νεαρής ηλικίας σπουδαστές σε ποσοστό μέχρι 4 %. Η ψυχογενής ανορεξία αναφέρεται πιο συχνά τις τελευταίες δεκαετίες από ότι στο παρελθόν, με αυξανόμενες διαφορές της διαταραχής σε κορίτσια και σε άνδρες ευρισκόμενα σε πριν την ήβη ηλικία. Η συχνότερα εμφανιζόμενη ηλικία έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας είναι το μέσο της εφηβείας, αλλά για ένα ποσοστό ανορεκτικών ασθενών που (το οποίο φτάνει μέχρι και το 5%) τοποθετείται στα πρώτα χρόνια της 3^{ης} δεκαετίας (από τα 20 έως τα 25 έτη). Υπολογίζεται ότι η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται στο 0,5 με 1% των εφήβων θήλεων. Εμφανίζεται 10-20 φορές συχνότερα στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες. Εκτιμήσεις αναφέρουν ότι η συχνότητα νεαρών γυναικών με κάποια συμπτώματα ψυχογενούς ανορεξίας τα οποία όμως δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια προσεγγίζει το 5%. Αν και αρχικά είχε αναφερθεί ότι η διαταραχή είναι συχνότερη στις ανώτερες τάξεις, πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες δεν δείχνουν μια τέτοια διασπορά. Φαίνεται ότι είναι πιο συχνή στις αναπτυγμένες χώρες και μπορεί να απαντά πιο συχνά μεταξύ νέων γυναικών οι οποίες ασκούν επαγγέλματα που απαιτούν ισχύτητα, όπως, για παράδειγμα, μόντελινγκ και μπαλέτο.



9. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας επιπλέκεται λόγω της άρνησης των συμπτωμάτων από τον άρρωστο, τη μυστικοπάθεια με την οποία περιβάλλει τις παράξενες «τελετουργίες» πρόσληψης τροφής και της αντίστασης του στην αναζήτηση βοήθειας. Έτσι ίσως αποδειχθεί δύσκολο να σημειωθεί ο μηχανισμός της απώλειας βάρους και ο συνοδός μηρυκασμός σκέψεων του άρρωστου σχετικά με την εικόνα του σώματος του.

Ο κλινικός ιατρός πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο άρρωστος δεν πάσχει από κάποια σωματική νόσο που μπορεί να είναι υπεύθυνη για την απώλεια βάρους (π.χ. όγκο του εγκεφάλου ή καρκίνο). Απώλεια βάρους, περίεργες συμπεριφορές στην πρόσληψη τροφής και εμετοί μπορεί να παρουσιαστούν σε διάφορες ψυχικές διαταραχές. Οι καταθλιπτικές διαταραχές και η νευρογενής ανορεξία έχουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά, όπως καταθλιπτική διάθεση, κλάματα, διαταραχές ύπνου, ιδεοληπτικούς μηρυκασμούς και μερικές φορές αυτοκτονικό ιδεασμό. Ωστόσο και οι δυο διαταραχές έχουν και αρκετά χαρακτηριστικά που τις διακρίνουν. Γενικά, ένας ασθενής με καταθλιπτική διαταραχή έχει μειωμένη όρεξη, ενώ ένας ασθενής με ψυχογενή ανορεξία ισχυρίζεται ότι έχει κανονική όρεξη και αισθάνεται πείνα. Μόνο σε προχωρημένα στάδια της νευρογενούς ανορεξίας ο ασθενής παρουσιάζει πραγματικά μειωμένη όρεξη. Σε αντίθεση με την ανησυχία της κατάθλιψης, η υπερκινητικότητα που εμφανίζεται στην ψυχογενή ανορεξία είναι σχεδιασμένη και τελετουργική. Η υπερβολική ενασχόληση με το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφών και τις συνταγές καθώς και η παρασκευή επιτηδευμένων συμποσίων αποτελούν τυπική συμπεριφορά ανορεξικού ατόμου και δεν ανευρίσκεται σε πάσχοντες από καταθλιπτική διαταραχή. Σε περιπτώσεις καταθλιπτικών διαταραχών άλλωστε οι ασθενείς δεν παρουσιάζουν ούτε έντονο φόβο της παχυσαρκίας ούτε αφύσικη αντίληψη της εικόνας του σώματος τους, όπως συμβαίνει στους ανορεξικούς.

Διακυμάνσεις του βάρους, εμετοί και περίεργη συμπεριφορά έναντι της τροφής μπορεί να παρουσιαστούν και στη σωματοποιητική διαταραχή. Σπάνιες είναι οι περιπτώσεις στις οποίες ένας άρρωστος πληρεί τα διαγνωστικά κριτήρια τόσο για σωματοποιητική διαταραχή όσο και για ψυχογενή ανορεξία. Σε μια τέτοια περίπτωση πρέπει να διαγνωστούν και οι δυο διαταραχές. Γενικά, η απώλεια βάρους στη σωματοποιητική διαταραχή δεν είναι τόσο σοβαρή όσο στη νευρογενή ανορεξία, ούτε ο πάσχων από αυτή εκφράζει νοσηρό φόβο ότι θα γίνει υπέρβαρος, όπως συνήθως συμβαίνει στον ασθενή με νευρογενή ανορεξία. Αμηνόρροια για τρεις ή παραπάνω μήνες είναι ασυνήθης στη σωματοποιητική διαταραχή.

Παραληρητικές ιδέες γύρω από τη τροφή στη σχιζοφρένια σπάνια περιλαμβάνουν το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφών. Άρρωστος με σχιζοφρένια σπάνια υπερασχολείται με το φόβο μήπως γίνει παχύσαρκος και δεν έχει την υπερκινητικότητα που παρουσιάζει άρρωστος με ψυχογενή ανορεξία. Σχιζοφρενικοί άρρωστοι έχουν παράξενες συνήθειες πρόσληψης τροφής και όχι το πλήρες σύνδρομο της νευρογενούς ανορεξίας.

Η νευρογενής ανορεξία πρέπει να διακρίνεται από τη ψυχογενή βουλιμία, μια διαταραχή στην οποία εμφανίζονται επεισόδια υπερφαγίας - ακολουθούμενα από καταθλιπτική διάθεση, ιδέες αναξιότητας και προκλητούς εμετούς - ενώ οι άρρωστοι διατηρούν το βάρος τους σε φυσιολογικά επίπεδα. Επιπλέον, στην νευρογενή βουλιμία ο άρρωστος σπάνια έχει 15% απώλεια βάρους. Οι δύο καταστάσεις συνήθως συνυπάρχουν.

10.Θεραπευτική αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας

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

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

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

Η θεραπευτική προσέγγιση βασικά είναι ένας συνδυασμός θεραπείας συμπεριφοράς και υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας. Ο στόχος της *θεραπείας συμπεριφοράς* είναι να αποκατασταθεί ο φυσιολογικός τρόπος λήψης τροφής. Στο νοσοκομείο, αυτό σημαίνει την εφαρμογή αυστηρού πρωτοκόλλου, ώστε τα ανορεκτικά άτομα να κερδίζουν καθημερινά συγκεκριμένο βάρος και να ενισχύονται θετικά από τους συγγενείς τους. Έτσι, οι ασθενείς ζυγίζονται καθημερινά, η πρόσληψη και η απέκκριση των υγρών μετριέται, υπάρχει στενή παρακολούθηση (ακόμη και στη τουαλέτα) μέχρι και δύο ώρες μετά τα γεύματα για να αποτραπεί ο προκλητός εμετός. Γενικά, αρχίζει με δίαιτα που παρέχει περίπου 500 θερμίδες περισσότερες από αυτές που απαιτούνται για να διατηρηθεί το τωρινό βάρος και αυξάνονται οι θερμίδες σιγά – σιγά μοιράζοντας το γεύμα σε πολλά μικρά γεύματα (π. χ έξι την ημέρα). Σε άτομα με μεγάλη ελάττωση βάρους μπορεί να χρειασθεί σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα, όπως και προσεκτική διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών.

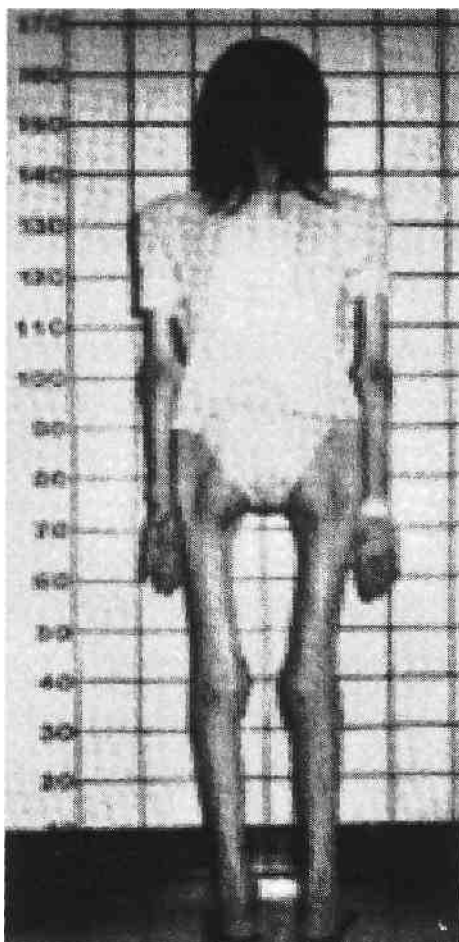
Όσον αφορά τη *φαρμακευτική αγωγή*, έχει δειχθεί ότι τα καταθλιπτικά μπορούν να ελαττώσουν τη συμπεριφορά της πρόκλησης εμετού. Ακόμα η κυπροεπταδίνη έχει βοηθήσει ορισμένα άτομα να πάρουν βάρος. Κατά την οξεία φάση, λοιπόν, η θεραπεία συμπεριφοράς και η υποστήριξη του ασθενή είναι η προσέγγιση επιλογής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

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

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

Μοντέλο του ψυχοσωματικού συμπτώματος για ορισμένους, η νευρογενής ανορεξία εμπλέκει τον θεραπεύοντα με τις ενγενείς δυσκολίες της αντιμετώπισης αυτού του είδους της ψυχικής παθολογίας, της οποίας η ιδιαιτερότητα είναι ότι εκφράζεται, πρωτίστως, σε σωματικό επίπεδο. Η διάσταση που παίρνει η μη αναγνώριση της νόσου από τον ασθενή, κατά τη διάρκεια των κρίσεων προστίθεται στις παραπάνω δυσκολίες. Ο Laxenaire αναφέρεται στον γιατρό που συνήθως έχει να αντιμετωπίσει μια «νεαρή κοπέλα η οποία μόλις έφθασε στην εφηβεία, είναι ενοχλητικά αδύνατη γιατί δεν έχει πια όρεξη, αρνείται να παραδεχθεί την οφθαλμοφανή κατάσταση της και, καταφεύγει σε μια διακριτικά αυθάδη σιωπή, τη στιγμή που οι άνθρωποι γύρω της αγχώνονται και, της μιλούν για την κατάσταση αυτή». Ο G. Besancon περιγράφει την ανόρεκτη που ταλαντεύεται ανάμεσα σε δυο στάσεις απάρνησης, αντίθετες αλλά κατοπτρικές, και, που αναφέρονται στη ψυχική διάσταση της ασθένειας και άλλοτε στη σωματική πραγματικότητα, στάση του παθολόγου και του ψυχαναλυτή. Πραγματικά, είναι σίγουρα το ίδιο απατηλό το να θέλει κανείς να θεραπεύσει μια νεαρή κοπέλα που ζυγίζει καμία τριανταριά κιλά, μόνο ακούγοντας την ψυχοθεραπευτικά, με το να περιμένει ένα πραγματικό και διαρκές αποτέλεσμα μόνο από την ανάληψη του βάρους.

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



11.ΝΟΣΗΛΕΙΑ

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

Τα προγράμματα ψυχιατρικής νοσηλείας για ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία χρησιμοποιούν γενικά ένα συνδυασμό συμπεριφεριολογικής θεραπευτικής προσέγγισης, ατομικής ψυχοθεραπείας, εκπαίδευσης και θεραπείας οικογένειας και, σε μερικές περιπτώσεις, ψυχοτρόπων σκευασμάτων. Η επιτυχής θεραπεία εξαρτάται από την ικανότητα των μελών του προσωπικού να διατηρήσουν με τον ασθενή μια σταθερή αλλά υποστηρικτική προσέγγιση, συχνά μέσα από συνδυασμό θετικών (έπαινος) και αρνητικών (περιορισμός της άσκησης και της χρήσης υπακτικών) ενισχυτών. Ωστόσο, απαιτείται κάποια ευελιξία στο πρόγραμμα ώστε η θεραπεία να εξατομικεύεται και να ταιριάζει με τις ανάγκες και τις γνωσιακές ικανότητες του άρρωστου. Τελικά, για να πετύχει η θεραπεία μακροπρόθεσμα θα πρέπει ο άρρωστος να συμμετέχει σε αυτήν εκούσια.

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

Η γενική αντιμετώπιση των άρρωστων με νευρογενή ανορεξία στη διάρκεια ενός προγράμματος νοσηλείας πρέπει να συνεκτιμά τα ακόλουθα: οι άρρωστοι πρέπει να ζυγίζονται κάθε πρωί, αφού προηγουμένως έχει αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Επίσης, θα πρέπει να καταγράφεται η ημερήσια πρόσληψη υγρών όπως και η αποβολή των ούρων. Εάν παρουσιαστούν εμετοί, θα πρέπει να εκτιμώνται οι ηλεκτρολύτες και να παρακολουθείται η τυχών εμφάνιση της υπογλυκαιμίας. Επειδή παρατηρείται συχνά αναγωγή τροφής μετά τα γεύματα, το ιατρικό ιστορικό θα πρέπει να είναι σε θέση να ελέγξει τον εμετό με το να μην επιτρέπει τη χρήση τουαλέτας για τουλάχιστον 2 ώρες μετά τα γεύματα ή με το να υπάρχει συνοδός στο μπάνιο που δεν θα επιτρέψει τον εμετό. Η δυσκοιλιότητα υποχωρεί στους ανθρώπους με νευρογενή ανορεξία όταν αρχίζουν να τρέφονται κανονικά. Χορηγούνται σποραδικά μαλακτικά

των κοπράνων, αλλά ποτέ υπακτικά. Εάν εμφανιστεί διάρροια υποδηλώνει συνήθως ότι ο άρρωστος παίρνει υπακτικά κρυφά. Λόγω της σπάνιας επιπλοκής της διάτασης του στόμαχου και τις πιθανότητες κυκλοφοριακής υπερφόρτωσης, εάν ο άρρωστος αρχίσει απότομα να λαμβάνει μεγάλες ποσότητες θερμίδων, το προσωπικό θα πρέπει να ξεκινάει με χορήγηση περίπου 500 θερμίδων πάνω από το απαιτούμενο για τη συντήρηση του υπάρχοντος βάρους (συνήθως 1500-2000 θερμίδες την ημέρα). Αυτές οι θερμίδες καλό είναι να δίνονται σε 6 ισόποσα γεύματα ημερησίως έτσι ώστε να μην χρειάζεται να παίρνουν οι άρρωστοι μεγάλες ποσότητες σε κάθε γεύμα. Συνιστάται η χορήγηση υγρών συμπληρωμάτων τροφής επειδή οι ασθενείς μπορεί να γίνονται λιγότερο αγχώδεις μήπως αποκτήσουν σιγά βάρος με την αγωγή παρά με το να τρώνε φαγητό.

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



12. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

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

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

13. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Όλο και περισσότεροι ασθενείς θεραπεύονται στα εξωτερικά ιατρικά ή με ραντεβού σε οποιαδήποτε θεραπευτήρια. Οι αρχές της θρεπτικής διαχείρισης είναι παρόμοιες, ανεξάρτητα από τη ρύθμιση.

Η θρεπτική αποκατάσταση συνεπάγεται την αποκατάσταση ενός κανονικού βάρους σώματος. Για τους ενηλίκους αυτό μπορεί να οριστεί ως το βάρος στο οποίο κάποιος είναι οργανικά υγιής και που κάποιος μπορεί να διατηρήσει με την κατανάλωση μιας κανονικής, υγιεινής διατροφής χωρίς περιορισμούς. Αυτό το βάρος πρέπει να διατηρείται στα όρια του δείκτη μάζας σώματος (BMI = βάρος σε χιλιόγραμμα δια ύψος στο τετράγωνο) μεταξύ 20 και 25. Για τα παιδιά ή τους νεότερους εφήβους, το βάρος στόχος είναι αυτό το οποίο οι ασθενείς θα συνεχίσουν να αναπτύσσονται με φυσιολογικούς ρυθμούς. Μια καθορισμένη αξία BMI δεν είναι κατάλληλη για τα παιδιά άντ' αυτού οι παιδιατρικοί πίνακες ανάπτυξης πρέπει να ελεγχθούν. Εντούτοις, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι η ανάπτυξη του ασθενή μπορεί ήδη να είχε σταματήσει από την ασθένεια, έτσι ο νοσοκομειακός γιατρός δεν πρέπει να δεχτεί ένα βάρος στόχο που απεικονίζει μόνο την κατάσταση αυτή (της ασθένειας).

Ένα πρόγραμμα κατανάλωσης για να επέλθει το απαραίτητο κέρδος βάρους συντάσσεται από το διαιτολόγο, αλλά η ευθύνη για την εφαρμογή του βαραίνει τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Ειδικά τρόφιμα δεν απαιτούνται: μάλλον, κανονικά γεύματα πρέπει να προγραμματιστούν. Ο στόχος είναι να κερδίσουμε βάρος 1 έως 1,5 χιλιόγραμμα εβδομαδιαίως. Αρχικά, ορίζεται μια καθημερινή εισαγωγή λίγων θερμίδων όπως π.χ. 1.500 kilocalories (6000 kilojoules) επειδή τα μεγαλύτερα ποσά μπορούν να προκαλέσουν ταλαιπωρία μετά από τον παρατεταμένο περιορισμό τον οποίο αυτοί οι ασθενείς έχει υποστεί. Οι ποσότητες τροφίμων αυξάνονται μόνο όταν κατορθώνει να ολοκληρώσει ο ασθενής κάθε γεύμα. Η λήψη ενέργειας που απαιτείται για να επιφέρει την πλήρη αποκατάσταση βάρους μπορεί τελικά να φτάσει τις 3.500 kilocalories ανά ημέρα, ανάλογα με το πόσο ενεργός είναι ο ασθενής. Σε αυτά τα υψηλά επίπεδα, κάποια ενέργεια μπορεί να παρασχεθεί υπό μορφή συγκέντρωσης, υπερθερμιδικών προϊόντων, αλλά η έμφαση είναι πάντα στην επανάληψη της κανονικής κατανάλωσης φαγητού. Τα διαιτητικά συμπληρώματα απαιτούνται σπάνια και η σίτιση σωλήνων ή η παρεντερική διατροφή πρέπει να αποφευχθούν εκτός αν είναι απολύτως απαραίτητη. Τέτοιες διαδικασίες θεωρούνται εισβολή, ενέχουν φυσικό κίνδυνο, και δεν βοηθούν τους ασθενείς να αναλάβουν την ευθύνη για την υγεία τους. Παρόμοιες κριτικές αφορούν και τις, υψηλής ενέργειας, υδαρείς δίαιτες.

Πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στην διαιτητική συμπεριφορά. Η προηγούμενη πρακτική της απομόνωσης των ασθενών με νευρική ανορεξία κατά τη διάρκεια των γευμάτων τους ήταν ανεπαρκής, δεδομένου ότι ενίσχυσε μόνο τις ανωμαλίες της συμπεριφοράς κατανάλωσης τους. Είναι πολύ καλύτερο οι ασθενείς να τρώνε σε μια ομάδα έτσι ώστε άλλοι ασθενείς και προσωπικό να μπορούν να παρέχουν σε αυτούς τα κατάλληλα πρότυπα. Η πραγματική διαιτητική συμπεριφορά τους πρέπει να παρακολουθηθεί προσεκτικά και η κλίμακα εκτίμησης συμπεριφοράς κατανάλωσης μας παρέχει με αυτόν τον τρόπο αρκετά αντικειμενικά μέσα. Είναι σημαντικό να παρέχεται ενθάρρυνση και η παροχή συμβουλών για να διορθωθούν οι ανώμαλες πρακτικές κατανάλωσης ενός ασθενή, παρά να επαναληφθούν οι συγκρούσεις που μπορεί να είχαν υπάρξει μεταξύ του ασθενή και της οικογένειας του πριν από την παραδοχή. Η αντιμετώπιση του θυμού πρέπει να αποφευχθεί κατά τη διάρκεια των γευμάτων και οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρυνθούν για να αλληλεπιδράσουν κοινωνικά με έναν κατάλληλο τρόπο. Οι συγκεκριμένες δυσκολίες

κατανάλωσης εξετάζονται αργότερα στις μεμονωμένες συνόδους παροχής συμβουλών με μια νοσοκόμα ή έναν διαιτολόγο. Σε μερικές περιπτώσεις, είναι χρήσιμο να βιντεοσκοποούνται οι ασθενείς κατά τη διάρκεια των γευμάτων και να χρησιμοποιηθεί έπειτα η ταινία στις εκπαιδευτικές συνεδρίες. Εάν οι λόγοι για την χρήση τέτοιων ταινιών εξηγούνται προσεκτικά στον ασθενή, η διαδικασία είναι συνήθως αρκετά αποδεκτή.

Η διαχείριση της νευρικής ανορεξίας δεν είναι πλήρης μόνο από την επίτευξη ενός υγιούς βάρους. Οι νοσηλεύόμενοι ασθενείς και οι εξωτερικοί ασθενείς χρειάζονται τη διαρκή διαιτητική καθοδήγηση για να τους βοηθήσει στην προσαρμογή σε μια κατάλληλη λήψη ενέργειας για τη σταθεροποίηση του βάρους τους, διατηρώντας την φυσιολογική συμπεριφορά κατανάλωσης τροφής. Η περίοδος συντήρησης είναι συχνά ένας συνταρακτικός χρόνος, δεδομένου ότι η ασφάλεια ενός δομημένου προγράμματος κέρδους βάρους δεν είναι πλέον σε ισχύ και μια αναβίωση των ανορεξικών συμπεριφορών κατανάλωσης δεν είναι αυτή τη στιγμή ασυνήθιστη. Είναι σημαντικό ότι οι ασθενείς ενισχύονται για να αναπτύξουν έναν αυθόρμητο, χαλαρό τρόπο διατροφής, έτσι ώστε η συντήρηση βάρους να μην εξαρτάται από την εμμονή σε μια αυστηρή "θεραπευτική" δίαιτα που οποιαδήποτε επιστροφή στις περιοριστικές πρακτικές πρέπει να αποφευχθεί, δεδομένου ότι ο ασθενής θα ξανακυλήσει. Όλα τα τρόφιμα, όπως τα τεχνητά γλυκά, ποτά ή τα υπερθερμιδικά τρόφιμα, πρέπει να αποφευχθούν. Είναι περιττά εάν ο ασθενής τρώει φυσιολογικά, καθώς επίσης ενθαρρύνουν την επιστροφή μιας ανορεξικής στάσης απέναντι στα τρόφιμα.

Είναι συχνά ευεργετικό για τους ασθενείς να εισάγονται στο νοσοκομείο για 2-3 εβδομάδες στην φάση συντήρησης, κατά τη διάρκεια της οποίας τους δίνονται μικρές χρονικές περιόδους άδειας να επισκέπτονται το σπίτι τους. Αυτό τους παρέχει την ευκαιρία να κάνουν μια πρακτική στο σπίτι τους πριν από την απαλλαγή. Τα περιστασιακά γεύματα στα εστιατόρια είναι επίσης χρήσιμα στην άδεια των ασθενών για να προσαρμοστούν στην κατανάλωση φαγητού έξω από το προστατευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου.

14.ΥΠΝΟΣ ΣΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η έρευνα που αφορά στον ύπνο και τις διατροφικές διαταραχές όπως είναι η ψυχογενής ανορεξία διαμορφώνει δυο ερωτήματα. Η πρώτη ερώτηση αφορά τις επιδράσεις της χρόνιας λιμοκτονίας και την υπόθεση του βάρους σώματος κάτω από τα φυσιολογικά όρια.

Το δεύτερο θέμα στο οποίο είχε δοθεί μεγαλύτερη σημασία, έχει να κάνει με την προτεινόμενη νευροβιολογική σχέση μεταξύ διατροφικών διαταραχών και παρορμητικών ασθενειών.

Οι μελέτες ύπνου σε ανθρώπους και ζώα έχουν δείξει ότι η εισαγωγή τροφής και οι πειραματική αίτηση των εντερικών πεπτιδίων CCK και ένα τετραδεκαπεπτίδιο που απομονώνεται από το δέρμα του βατράχου, όπως από τη λεπτίνη η οποία πιστεύεται ότι δρα ως ενδογενές σήμα κορεσμού, επιταχύνει τον ύπνο βραδέων κυμάτων.

Από την άλλη μεριά, παρατεταμένη διατροφική στέρηση και η διαχείριση της ορεξίνης, ένα πεπτίδιο το οποίο φυσιολογικά επαναρυθμίζεται με την νηστεία έχει ως αποτέλεσμα ένα αυξημένο χρόνο αφύπνισης και έναν μειωμένο ύπνο βραδέων κυμάτων..

Η γνώση μας στην υπερδραστηριότητα απέναντι στη διατροφή, ο ενεργειακός μεταβολισμός και οι διαδικασίες ρύθμισης ύπνου είναι ακόμα περιορισμένες και χρειάζεται περαιτέρω επιστημονικές εκτιμήσεις. Σύμφωνα με τα στοιχεία που μόλις αναφέρθηκαν κάποιος θα πρότεινε ένα πρότυπο διαταραχής ύπνου στους ασθενείς με διατροφική διαταραχή. Ωστόσο, τα παράπονα που αφορούν στην αϋπνία είναι αραιά σε αυτόν τον κλινικό πληθυσμό. Οι polysomnographic έρευνες που έχουν διεκπεραιωθεί μέχρι τώρα, όπως και να έχει σκιαγραφούν μια αρκετά ασυνεπή εικόνα.

Ορισμένες μελέτες αναφέρονται στη μεταβολή ύπνου οι οποίες ταιριάζουν με τις περιγραφόμενες συνέπειες της παρατεταμένης διατροφικής στέρησης στον ύπνο. Επιπρόσθετα, αυτά τα ευρήματα επεκτείνονται με την παρατήρηση μιας μειωμένης REM (παράδοξος ύπνος) διάρκειας ύπνου.

Παρόλα αυτά, άλλες μελέτες απέτυχαν να παρατηρήσουν οποιαδήποτε προφανή διαφορά στο σχέδιο ύπνου των ασθενών με διατροφικές διαταραχές και των υγιών με φυσιολογικό βάρος των πρωταρχικών παθόντων.

Επιπλέον συνηθισμένες αναφορές δηλώνουν μια στενή σχέση μεταξύ ύπνου και ενδοκρινικού και εγκεφαλομορφολογικές αλλαγές τα οποία σχετίζονται με την λιμοκτονία (αυξημένη συγκέντρωση κορτιζόλης του πλάσματος, μειωμένη συγκέντρωση τριδοθυρονίνης του πλάσματος κα)

Μια πιο ξεκάθαρη εικόνα αναδύθηκε όταν οι δυο κύριες υποομάδες της νευρογενούς ανορεξίας θεωρήθηκαν ως οι επονομαζόμενοι «περιοριστές» που διατηρούν το χαμηλό βάρος σώματος τους με αυστηρή δίαιτα.

Μεγάλης διάρκειας μελέτες, που ερευνούσαν τον ύπνο στη νευρική ανορεξία, είναι παράλληλες με την αύξηση βάρους και βελτίωση της ψυχοπαθολογίας ανακαλύπτοντας το βάθος του ύπνου σε μεμονωμένες αποδόσεις βάρους. Στενή σχέση μεταξύ φυσιολογικού ύπνου και του βαθμού βάρους δεν θα μπορούσε να υπάρχει. Κάποιος θα μπορούσε να θεωρήσει ότι οι αλλαγές τύπου "u" οι οποίες παρατηρούνται στον ύπνο βραδέων κυμάτων είναι απευθείας συνδεδεμένες με την αυξημένη συγκέντρωση λεπτίνης κατά τη διάρκεια της αρχικής φάσης εναπόθεσης βάρους. Επιπλέον, κάποιος θα μπορούσε να παρατηρήσει μια εντυπωσιακή εμπλοκή

της ορεξίνης. Πάντως αυτές οι θεωρίες δεν ανταποκρίνονται ακόμα σε καμία πειραματική απόδειξη.

Το δεύτερο σημαντικό θέμα στην έρευνα του ύπνου στις διατροφικές διαταραχές ήταν να επιλεγεί η υπόθεση ενός συγκεκριμένου νευροβιολογικού δεσμού μεταξύ αυτών των διαταραχών και των παρορμητικών ασθενειών. Παράδειγμα αποτελεί η κατάθλιψη, μια διαταραχή για την οποία κάποια ειδική αλλαγή στον ύπνο είχε γίνει αποδεκτή ως βιολογική. Οι περισσότερες polysomnographic μελέτες απέτυχαν να παρατηρήσουν διαφορές μεταξύ ψυχιατρικών διαταραχών και αυτά τα ευρήματα αντιμετωπίστηκαν ως καλές αποδείξεις για μια νευρολογική σχέση μεταξύ διατροφικών διαταραχών και κατάθλιψης. Πάντως δεν υπάρχει καμία προφανής διαφορά στον ύπνο μεταξύ των δυο αυτών ομάδων των ψυχιατρικά ασθενών και εκείνων που βρέθηκαν υγιείς μετά τον έλεγχο.

Αυτή η ανησυχία πρέπει να συνδεθεί με τους νέους της υπόθεσης, διότι οι αλλαγές ύπνου στην κατάθλιψη παρατηρούνται τυπικά στους μεσήλικες ασθενείς ενώ σχεδόν δεν υπάρχουν στους νεαρούς καταθλιπτικούς ασθενείς.

Μια υπεροχή ή μια επιβεβαίωση ενός νευροβιολογικού συνδέσμου μεταξύ των δυο διαταραχών δεν μπορεί να αναμένονται από τις polysomnographic μελέτες οι οποίες πραγματοποιούνται σε συνθήκες κάτω από το όριο της βίας.

Η θεωρία ότι οι διατροφικές διαταραχές και οι παρορμητικές ασθένειες είναι ξεχωριστές, σαφείς ενότητες, υποστηρίζεται σημαντικά από παρατηρήσεις ότι η REM διάρκεια, στους νεαρούς, καταθλιπτικούς ασθενείς, είναι περισσότερο μειωμένη μετά από χολινεργική διέγερση (όπως στους μεσήλικους ασθενείς) από ότι στους ασθενείς με νευρική ανορεξία και νευρική βουλιμία και τους υγιείς πρωταρχικούς παθόντες. Επιπλέον, προκαταρκτικά αποτελέσματα από μελέτες ονείρων επίσης συμφωνούν με αυτή τη θεωρία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΕΡΕΥΝΑ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην εργασία μας αυτή, αναφερόμαστε στην νευρογενή ανορεξία που σχετίζονται με την διατροφή των εφήβων. Η μελέτη μας έγινε στα γενικά λύκεια των πόλεων Ηρακλείου, Σητείας και Χανίων, σε άτομα ηλικίας από 15 έως 18 ετών. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε πρώτον : στο ερωτηματολόγιο Eating Attitude Test που χρησιμοποιείται για τη διάγνωση της νευρικής ανορεξίας και το οποίο διαμορφώθηκε σύμφωνα με τις δικές μας ανάγκες και δεύτερον : σε ένα δημογραφικό ερωτηματολόγιο.

Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι η μελέτη και η τεκμηρίωση της σχέσης μεταξύ της διατροφής και της ψυχολογίας. Συχνά οι ψυχολογικές διαταραχές επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες του ανθρώπου, με αποκορύφωμα σε κάποιες περιπτώσεις τη δημιουργία ψυχοπαθολογικών διαταραχών, όπως είναι η νευρογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία.

Μέσα από αυτή την εργασία, κύριος σκοπός μας είναι να δώσουμε ένα μήνυμα και να ευαισθητοποιήσουμε τον πληθυσμό, ώστε να περιοριστούν οι περιπτώσεις της νευρογενούς ανορεξίας, κυρίως στην εφηβική ηλικία.

2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

A.T.E.I ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΕΦΗΒΩΝ

ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Δημογραφικά στοιχεία

- 1) Φύλο 2) Ηλικία 3) Τάξη
- 4) Κιλά 5) Μόνιμη κατοικία

Ερωτήσεις

- 1) Παίρνεται πρωινό; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, τι περιλαμβάνει;

- Γάλα
- Καφές
- Χυμός
- Δημητριακά
- Τοστ

(Κυκλώστε παραπάνω από ένα)

- 2) Τι περιλαμβάνει η διατροφή σας;
(Σημειώστε με ένα)

	Καθημερινά	3 φορές την βδομάδα	1 φορά την βδομάδα	Καθόλου
Όσπρια				
Λαχανικά				
Ψάρι				
Κρέας				
Ζυμαρικά				
Γαλακτοκομικά				
Ψωμί				
Φρούτα				
Γλυκά				

3) Πόσα γεύματα τρώτε την ημέρα;

- Πρωινό
- Δεκατιανό (ενδιάμεσο πρωινού με μεσημεριανού)
- Μεσημεριανό
- Απογευματινό
- Βραδινό

4) Από πόσα κιλά νοιώθετε παχύσαρκοι;

- 35 κιλά
- 40 κιλά
- 50 κιλά
- Άλλο

5) Φάγατε ποτέ κάτι που δεν έπρεπε να φάτε, γιατί:

- Θέλατε να το φάτε
- Βρεθήκατε σε παρέα
- Δεν είχατε άλλη επιλογή

6) Προτιμάτε τις περισσότερες φορές να τρώτε από το:

- Σπίτι
- Κυλικείο
- Fast-food
- Από κάπου αλλού
- Δεν τρώτε τίποτα

7) Πόσο συχνά τρώτε έτοιμα φαγητά;

- Καθημερινά
- Συχνά
- Σπάνια
- Καθόλου

8) Πώς κρίνετε την δικιά σας διατροφή;

- Καλή
- Πολύ καλή
- Μέτρια
- Κακή
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

9) Επιλέγετε την διατροφή σας με βάση:

- Τις θερμίδες
- Θρεπτικά συστατικά (πρωτεΐνες, βιταμίνες, υδατάνθρακες κ.α.)
- Άλλο (όψη, γεύση, χρώμα)

10) Τρώγοντας ένα παχυντικό φαγητό, νοιώθετε:

- Καλά
- Ενοχές
- Δεν με νοιάζει

11) Μετράτε τις θερμίδες που πήρατε, μετά το τέλος της ημέρας;

NAI OXI

12) Έχετε κάνει ποτέ δίαιτα;

NAI OXI

13) Αν ναι, ποιος σας συμβούλεψε;

- Διαιτολόγος
- Φίλος/ η
- Μόνος/ η

14) Αρχίσατε την δίαιτα γιατί:

- Δεν μου άρεσε το σώμα μου, παρότι είχα φυσιολογικό βάρος
- Είχα περιττά κιλά
- Με πίεσαν οι γονείς μου
- Δεν άρεσα στους φίλους μου

15) Πόσα κιλά το μήνα, χάσατε περίπου από την διαίτα;

- 2 kgr
- 3 kgr
- 5 kgr
- 10 kgr
- Άλλο

16) Αν είχατε/ έχετε περιττά κιλά, θα επιλέγατε για να τα χάσετε με:

- Δίαιτα
- Γυμναστήριο
- Άθλημα
- Κέντρα αδυνατίσματος

17) Πιστεύετε πως οι εξαντλητικές δίαιτες, βλάπτουν την υγεία;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

18) Έχετε κάνει ή έχετε σκεφτεί να κάνετε χρήση χαπιών διαίτης, για την απώλεια κιλών;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

19) Κοιτάζοντας στο καθρέφτη, τι γνώμη έχετε για το σώμα σας;

- Πολύ καλή
- Σχετικά καλή
- Άσχημη

20) Τι γνώμη πιστεύετε ότι έχουν οι άλλοι για το σώμα σας;

- Καλή
- Μέτρια
- Κακή
- Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
- Αδιαφορώ

21) Παραδειγματίζεστε από κάποια πρόσωπα της Τ.Υ. ή μοντέλα από το σώμα τους;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

22) Τι άποψη έχετε όταν βλέπετε ένα πολύ αδύνατο πρόσωπο/ μοντέλο στη Τ.Υ;

- Πολύ καλή
- Σχετικά καλή
- Μέτρια
- Αδιαφορώ

23) Γνωρίζετε τι είναι η νευρογενής/ νευρική ανορεξία;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

24) Γνωρίζετε ποιες είναι οι επιπτώσεις της νευρογενής ανορεξίας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

25) Έχετε φτάσει ποτέ σε σημείο νευρογενής ανορεξίας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

26) Αν ναι, πότε το αντιληφθήκατε;

- Μετά από 10 μέρες
- Μετά από 1 μήνα
- Μετά από 2 μήνες

27) Φτάσατε ποτέ σε σημείο να μην έχετε φάει τίποτα για:

- 2 ημέρες
- 5 ημέρες
- 10 ημέρες

28) Χρειάζεται θάρρος να αντιληφθεί κανείς ότι έχει νευρογενής ανορεξία;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

29) Έχετε φτάσει ποτέ σε σημείο να προκαλέσετε εμετό ώστε να χάσετε τις θερμίδες που πήρατε από τα γεύματα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

30) Πώς θα θέλατε να είναι το πρότυπό σας, στην σχέση σας;

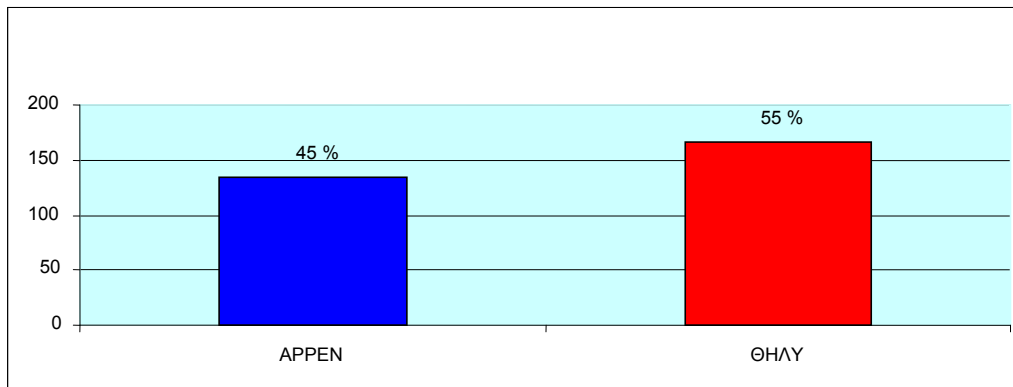
- Παχύ
- Μέτριο
- Αδύνατο
- Πολύ αδύνατο

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ!!!

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

1. ΦΥΛΟ

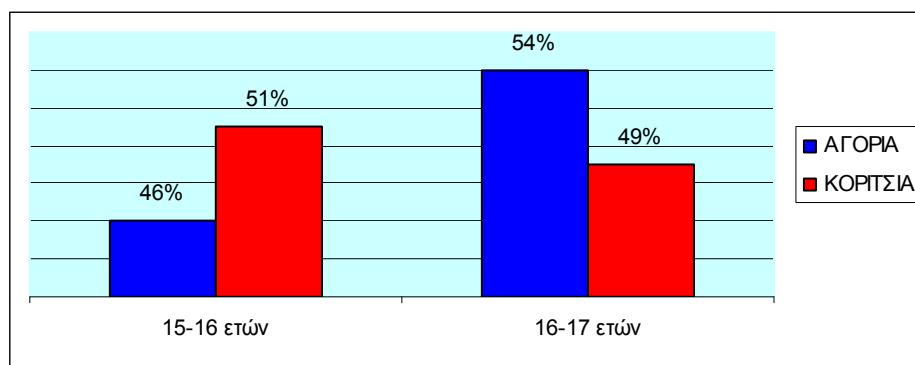
ΑΡΡΕΝ	134	45%
ΘΗΛΥ	166	55%
ΣΥΝΟΛΟ	300	



Στο δείγμα μας πήραν μέρος συνολικά 300 άτομα. Το 45 % είναι αγόρια και το 55 % κορίτσια.

2. ΗΛΙΚΙΑ

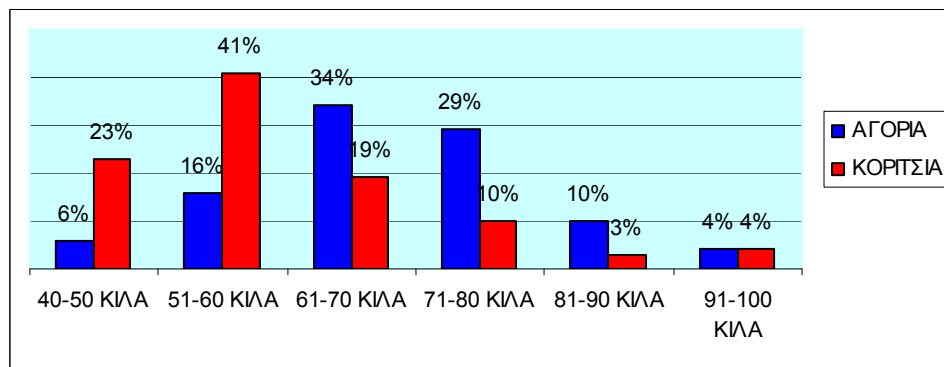
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
15-16 ετών	62	84	46%	51%
16-17 ετών	72	82	54%	49%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Το 46% των αγοριών είναι ηλικίας 15 – 16 ετών ενώ το 54% είναι ηλικίας 16 – 17 ετών. Το 51% των κοριτσιών είναι ηλικίας 15 – 16 ετών ενώ το 49% είναι ηλικίας 16 – 17 ετών.

3. ΚΙΛΑ

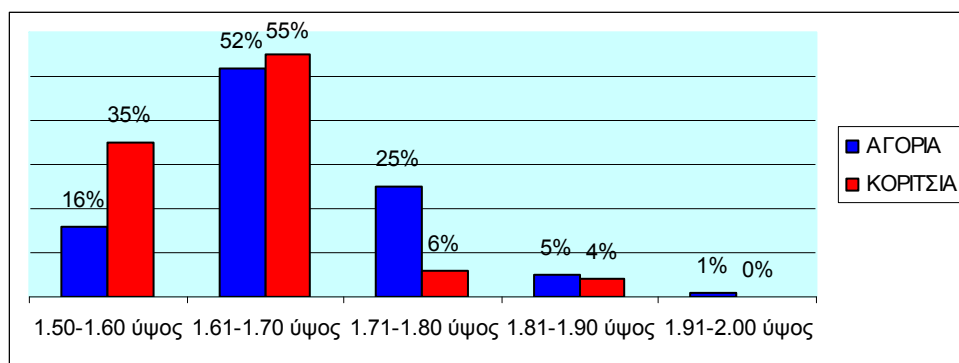
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
40-50 ΚΙΛΑ	8	38	6%	23%
51-60 ΚΙΛΑ	22	68	16%	41%
61-70 ΚΙΛΑ	46	31	34%	19%
71-80 ΚΙΛΑ	39	17	29%	10%
81-90 ΚΙΛΑ	13	5	10%	3%
91-100 ΚΙΛΑ	6	7	4%	4%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Εδώ παρατηρούμε ότι ένα αξιοσημείωτο ποσοστό κοριτσιών, 23%, ζυγίζουν μόλις 50 κιλά ενώ το 41% ζυγίζουν μέχρι και 60 κιλά. Αντίθετα με τα κορίτσια, το 6% των αγοριών ζυγίζουν μόλις 50 κιλά ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό 34% ζυγίζουν μέχρι και 70 κιλά.

4. ΎΨΟΣ

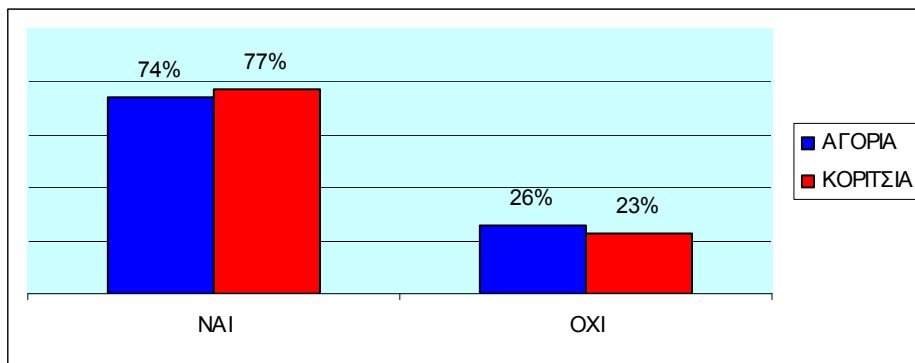
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
1.50-1.60 ύψος	21	57	16%	35%
1.61-1.70 ύψος	70	91	52%	55%
1.71-1.80 ύψος	34	10	25%	6%
1.81-1.90 ύψος	7	6	5%	4%
1.91-2.00 ύψος	2	0	1%	0%
ΣΥΝΟΛΟ	134	164		



Το μεγαλύτερο ποσοστό αγοριών 52% έχει ύψος μέχρι και 1.70 μ. και 25% με ύψος μέχρι και 1.80 μ. ενώ τα κορίτσια 55% μέχρι και 1.70 μ και 35% μέχρι 1.60 μ. . Ενώ παρατηρείται μόλις 1% των αγοριών με ύψος μέχρι 2.00 μ.

5. Παίρνετε πρωινό?

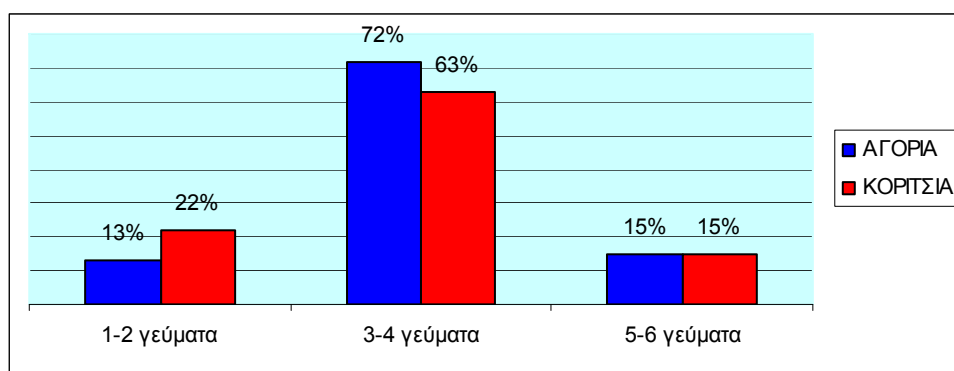
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΝΑΙ	99	127	74%	77%
ΟΧΙ	35	39	26%	23%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Το 74% των αγοριών και το 77% το κοριτσιών παίρνουν πρωινό ενώ μόλις το 26% και το 23% αντίστοιχα δεν παίρνουν.

6. Πόσα γεύματα τρώτε την ημέρα?

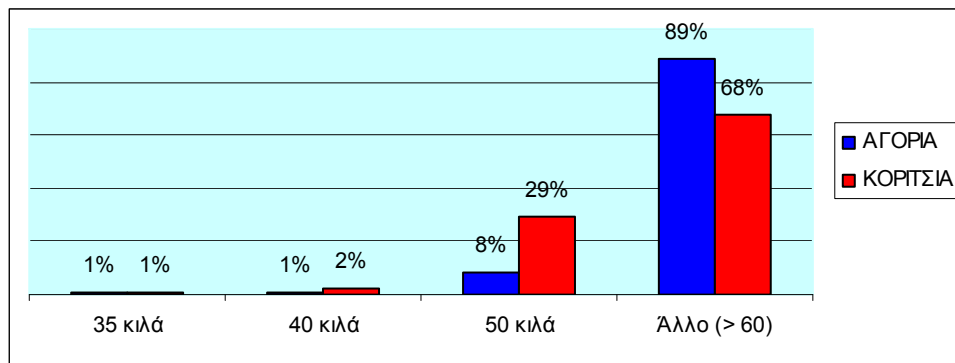
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
1-2 γεύματα	18	37	13%	22%
3-4 γεύματα	96	104	72%	63%
5-6 γεύματα	20	25	15%	15%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Το 72% των αγοριών και το 63% το κοριτσιών τρώνε 3 – 4 γεύματα την ημέρα ενώ το 13% και 22% αντίστοιχα τρώνε 1 - 2 γεύματα το οποίο είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα κορίτσια αφού 1 στα 4 κορίτσια λαμβάνει μόνο 2 γεύματα την ημέρα.

7. Από πόσα κιλά νοιώθετε παχύσαρκοι?

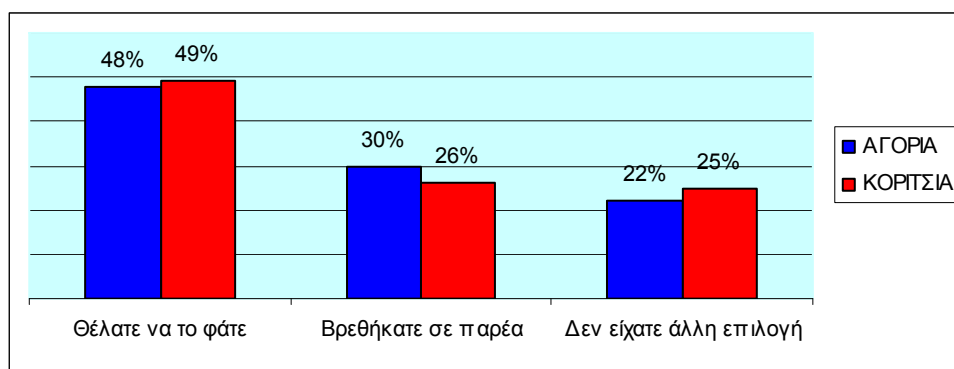
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
35 κιλά	2	2	1%	1%
40 κιλά	2	3	1%	2%
50 κιλά	11	48	8%	29%
Άλλο (> 60)	119	113	89%	68%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Εδώ παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αγοριών και κοριτσιών, 89% και 68% αντίστοιχα νιώθουν παχύσαρκοι πάνω από άλλη τιμή από αυτές που δόθηκαν ενώ αξιοσημείωτο είναι ότι το 32% των κοριτσιών, 1 στα 3 κορίτσια, νιώθουν παχύσαρκα από 35 – 50 κιλά και 10% των αγοριών αντίστοιχα.

8. Φάγατε ποτέ κάτι που δεν έπρεπε να φάτε, γιατί:

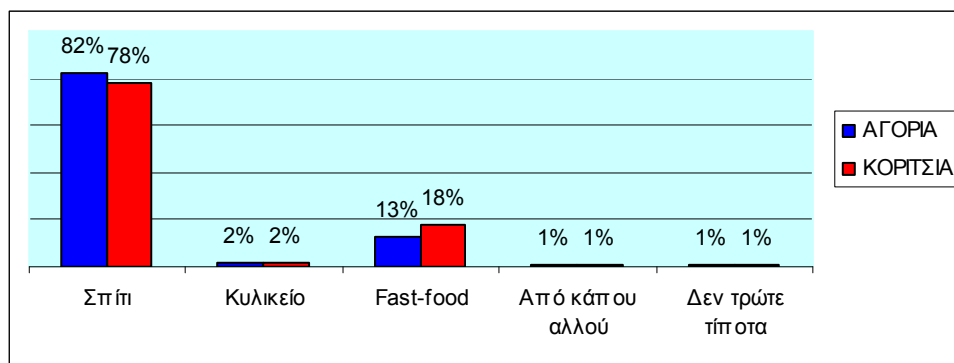
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Θέλατε να το φάτε	64	81	48%	49%
Βρεθήκατε σε παρέα	40	43	30%	26%
Δεν είχατε άλλη επιλογή	30	42	22%	25%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Σ' αυτήν την ερώτηση παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει αξιόλογη διαφορά μεταξύ των ερωτηθέντων, καθώς βλέπουμε ότι το 49% από τα κορίτσια έφαγαν κάτι γιατί ήθελαν να το φάνε, καθώς και το 48% από τα αγόρια. Επίσης βλέπουμε και ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό και στα δύο φύλα, 25% και 22% αντίστοιχα, έφαγαν κάτι γιατί δεν είχαν άλλη επιλογή.

9. Προτιμάτε τις περισσότερες φορές να τρώτε από το:

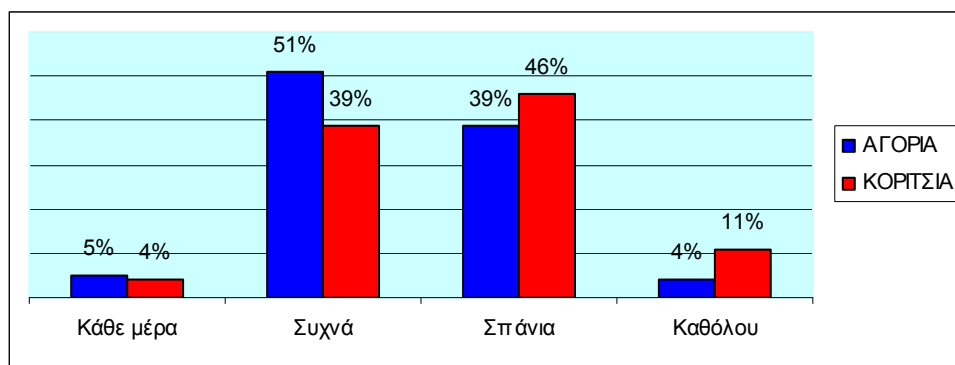
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Σπίτι	110	130	82%	78%
Κυλικείο	3	3	2%	2%
Fast-food	18	30	13%	18%
Από κάπου αλλού	2	1	1%	1%
Δεν τρώτε τίποτα	1	2	1%	1%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Παρατηρούμε σ' αυτή την ερώτηση ότι το μεγαλύτερο ποσοστό από τα ερωτηθέντα άτομα, προτιμάνε να τρώνε από το σπίτι τους, 82% των αγοριών και 78% των κοριτσιών ενώ 18% κοριτσιών και 13% των αγοριών επέλεξαν το fast/food, ενώ παρατηρούμε ότι υπάρχει ένα μικρό ποσοστό που προτιμά κάτι άλλο.

10.Πόσο συχνά τρώτε έτοιμα φαγητά?

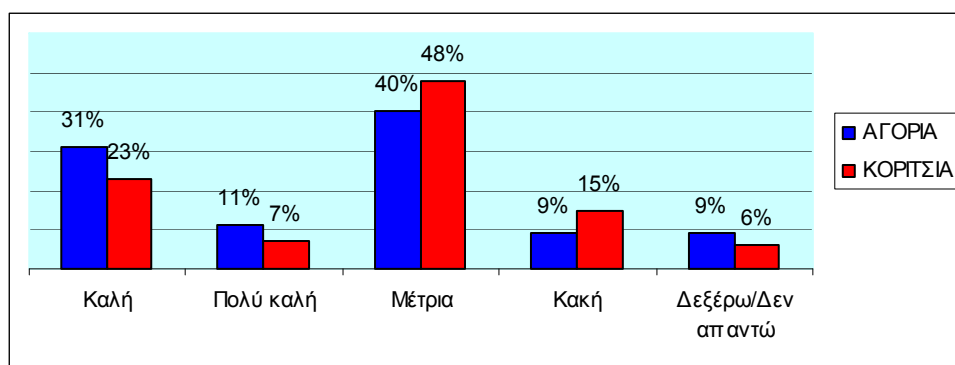
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Κάθε μέρα	7	7	5%	4%
Συχνά	69	65	51%	39%
Σπάνια	52	76	39%	46%
Καθόλου	6	18	4%	11%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Σ' αυτή την ερώτηση, βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό το έχουν τα κορίτσια, 46%, όπου απαντούν ότι τρώνε "σπάνια" έτοιμα φαγητά καθώς και 39% απαντά ότι τρώει "συχνά", σε αντίθεση με τα αγόρια που βλέπουμε ότι 51% απαντά ότι τρώει "συχνά" έτοιμα φαγητά και 39% "σπάνια".

11. Πώς κρίνετε την διατροφή σας?

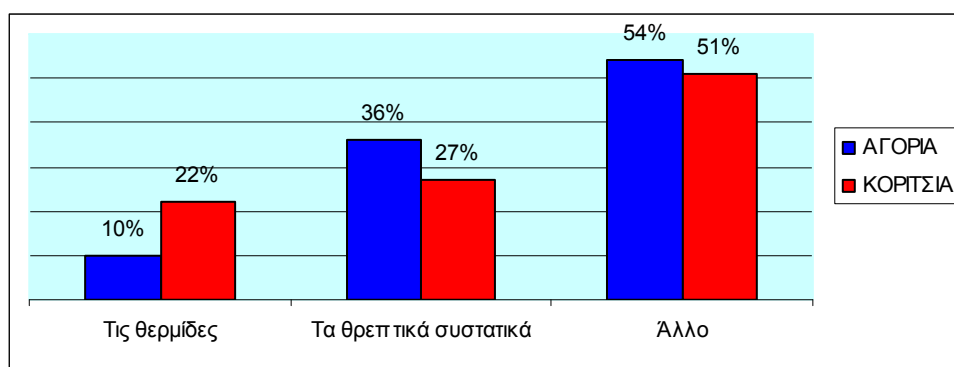
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Καλή	41	39	31%	23%
Πολύ καλή	15	12	11%	7%
Μέτρια	54	80	40%	48%
Κακή	12	25	9%	15%
Δεξέρω/Δεν απαντώ	12	10	9%	6%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Από το παραπάνω διάγραμμα βλέπουμε ότι οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες, αγόρια και κορίτσια, απαντούν "μέτρια", 48% για τα κορίτσια και 40% για τα αγόρια. Παρατηρούμε επίσης από τα παραπάνω, ότι το 31% για τα αγόρια και 23% για τα κορίτσια απαντούν ότι κρίνουν την διατροφή τους "καλή".

12.Επιλέγετε την διατροφή σας με βάση:

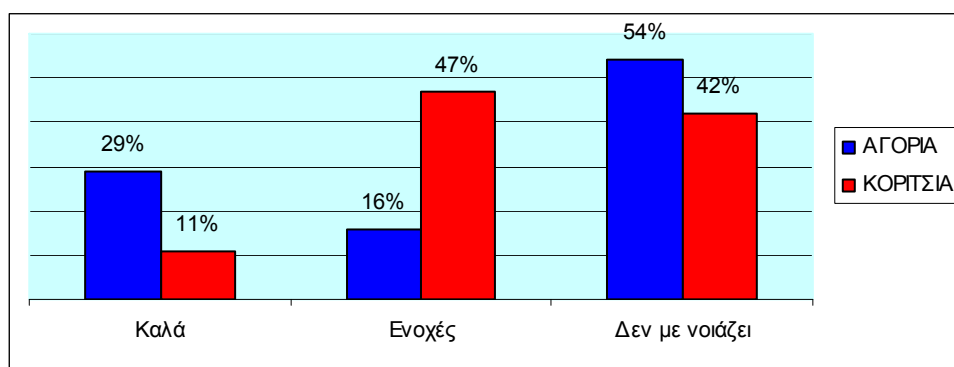
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Τις θερμίδες	14	36	10%	22%
Τα θρεπτικά συστατικά	48	45	36%	27%
Άλλο	72	85	54%	51%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι το 51% για τα κορίτσια απαντούν ότι επιλέγουν την διατροφή τους βάση άλλων χαρακτηριστικών εκτός τις θερμίδες και τα θρεπτικά συστατικά, και από τα αγόρια απαντούν το 54%. 36% για τα αγόρια και 27% για τα κορίτσια απαντούν ότι επιλέγουν την διατροφή τους με βάση τα θρεπτικά συστατικά, ενώ αξιοσημείωτο είναι το 22% για τα κορίτσια που επιλέγουν τη διατροφή σύμφωνα με τις θερμίδες.

13. Τρώγοντας ένα παχυντικό φαγητό, νοιώθετε:

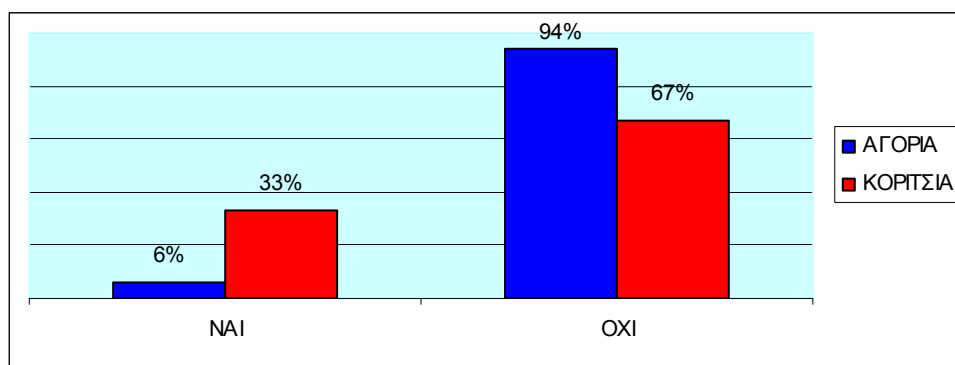
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Καλά	39	18	29%	11%
Ενοχές	22	78	16%	47%
Δεν με νοιάζει	73	70	54%	42%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Εδώ παρατηρούμε ότι ενώ το 29% των αγοριών νιώθουν καλά ή το 54% δεν του νοιάζει τρώγοντας ένα παχυντικό φαγητό, εμφανίζεται το 47% των κοριτσιών που νιώθει ενοχές τρώγοντας ένα παχυντικό φαγητό δηλαδή σχεδόν 1 στα 2 κορίτσια.

14.Μετράτε τις θερμίδες που πήρατε, μετά το τέλος της ημέρας?

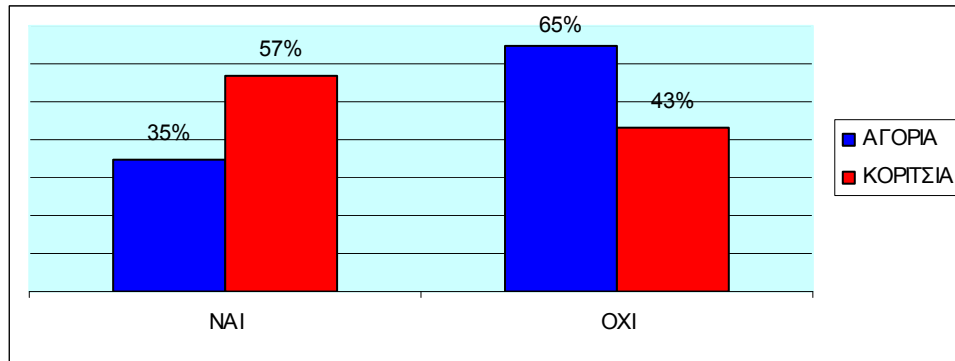
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΝΑΙ	8	54	6%	33%
ΟΧΙ	126	112	94%	67%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Σ' αυτήν την ερώτηση, οι ερωτηθέντες στην πλειοψηφία τους απαντούν ότι δεν μετράνε τις θερμίδες που πήρανε μετά το τέλος της ημέρας. Το 94% για τα αγόρια και το 67% για τα κορίτσια. Ενώ παρατήρητο δεν περνά το 33% των κοριτσιών που μετρά τις θερμίδες που λαμβάνει.

15. Έχετε κάνει ποτέ δίαιτα?

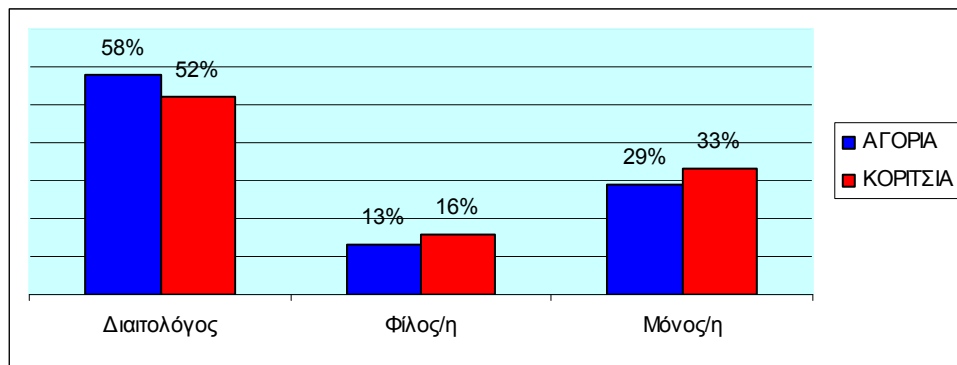
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΝΑΙ	47	94	35%	57%
ΟΧΙ	87	72	65%	43%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Παρατηρούμε από το παραπάνω διάγραμμα ότι το 65% για τα αγόρια απαντούν ότι δεν έχουν κάνει δίαιτα και το 35% από το ίδιο δείγμα ότι έχουν κάνει. Η αντίθεση με τα κορίτσια είναι εμφανής, καθώς 57% απαντούν ότι έχουν κάνει δίαιτα και 43% ότι δεν έχουν κάνει.

16. Αν ναι, ποιος σας συμβούλεψε?

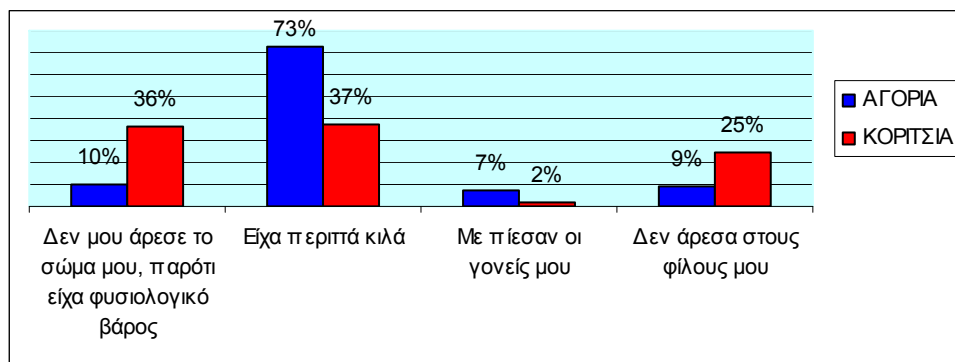
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Διαιτολόγος	78	86	58%	52%
Φίλος/η	17	26	13%	16%
Μόνος/η	39	54	29%	33%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Στην πλειοψηφία τους, το 58% για τα αγόρια και το 52% για τα κορίτσια έχουν συμβουλευτεί διαιτολόγο ενώ σημαντικό ποσοστό, 29% και 33% αντίστοιχα, δεν συμβουλευτήκαν κανέναν.

17. Αρχίσατε την δίαιτα γιατί:

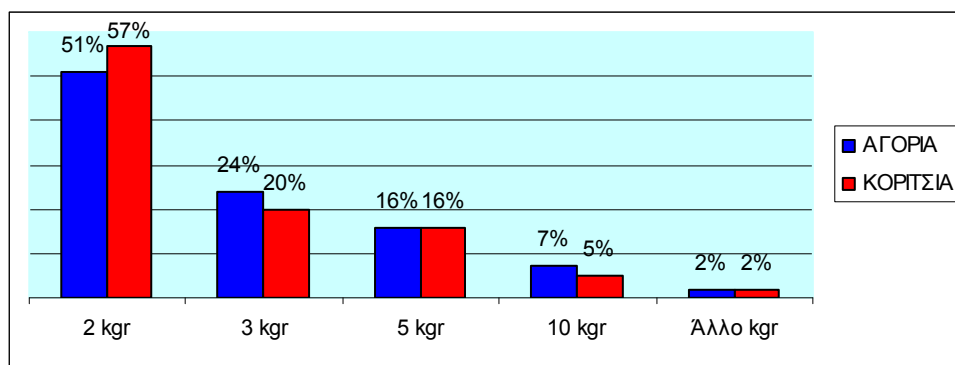
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Δεν μου άρεσε το σώμα μου, παρότι είχα φυσιολογικό βάρος	14	60	10%	36%
Είχα περιττά κιλά	98	62	73%	37%
Με πίεσαν οι γονείς μου	10	3	7%	2%
Δεν άρεσα στους φίλους μου	12	41	9%	25%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Τα άτομα που έκαναν δίαιτα, την άρχισαν γιατί κυρίως "είχαν περιττά κιλά" αλλά και γιατί δεν τους άρεσε το σώμα τους. Από το παραπάνω δείγμα βλέπουμε ότι το 37% για τα κορίτσια απάντησαν ότι είχαν περιττά κιλά, ενώ το 73% για τα αγόρια. Το 36% για τα κορίτσια απάντησαν ότι δεν τους άρεσε το σώμα τους και το 10% για αγόρια. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 25% για τα κορίτσια άρχισαν την δίαιτα γιατί δεν άρεσαν στους φίλους τους.

18.Πόσα κιλά το μήνα χάσατε περίπου από την δίαιτα?

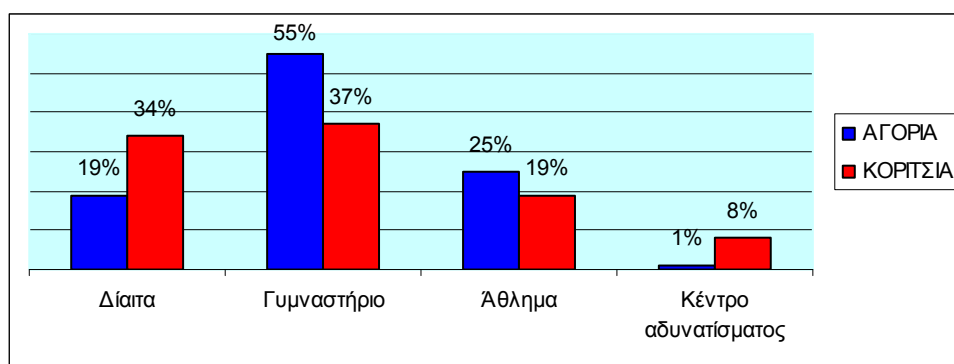
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
2 kgr	68	94	51%	57%
3 kgr	32	34	24%	20%
5 kgr	21	26	16%	16%
10 kgr	10	8	7%	5%
Άλλο kgr	3	4	2%	2%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Το 57% από τα κορίτσια που έκαναν δίαιτα έχασαν περίπου 3 κιλά τον μήνα και το 16% του ίδιου δείγματος έχασαν 5 κιλά. Από το δείγμα των αγοριών, 24% έχασαν 3 κιλά και 16% 5 κιλά.

19. Αν έχετε περιττά κιλά, θα επιλέγατε να τα χάσετε με:

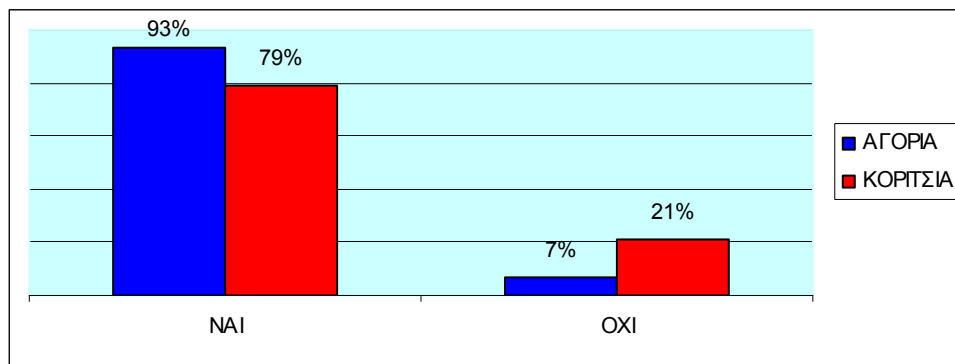
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Δίαιτα	25	57	19%	34%
Γυμναστήριο	74	62	55%	37%
Άθλημα	33	32	25%	19%
Κέντρο αδυνατίσματος	1	13	1%	8%
Άλλο	1	2		
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Από το παραπάνω διάγραμμα παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας, επιλέγει το γυμναστήριο για να χάσει κιλά, συγκεκριμένα 55% για τα αγόρια και 37% για τα κορίτσια. Με δίαιτα απαντούν το 34% για τα κορίτσια με διαφορά από τα αγόρια που απαντούν μόλις το 19%, ενώ 25% για τα αγόρια και 19% για τα κορίτσια επιλέγουν το άθλημα. Μικρό ποσοστό επιλέγει τα κέντρα αδυνατίσματος ή κάτι άλλο.

20. Πιστεύετε πως οι εξαντλητικές δίαιτες βλάπτουν την υγεία?

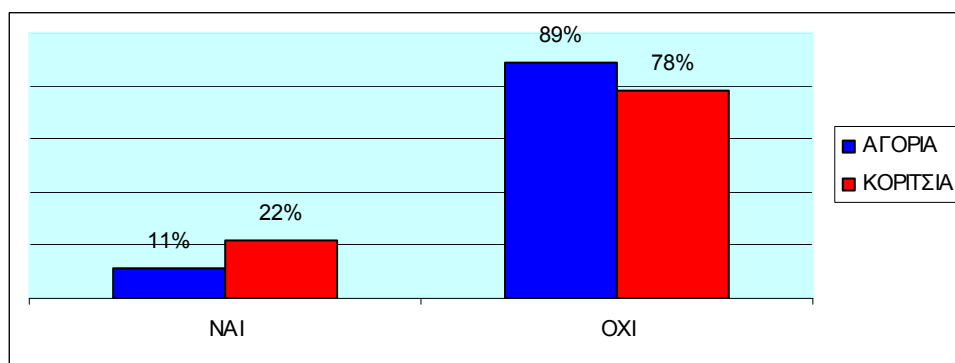
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΝΑΙ	125	131	93%	79%
ΟΧΙ	9	35	7%	21%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Το δείγμα συμφωνεί στην πλειοψηφία του, ότι οι εξαντλητικές δίαιτες βλάπτουν την υγεία απαντώντας 93% για τα αγόρια και 79% για τα κορίτσια. Ενώ το 21% των κοριτσιών θεωρούν πως οι εξαντλητικές δίαιτες δεν βλάπτουν.

21. Έχετε κάνει ή έχετε σκεφτεί να κάνετε χρήση χαπιών διαίτης, για την απώλεια κιλών?

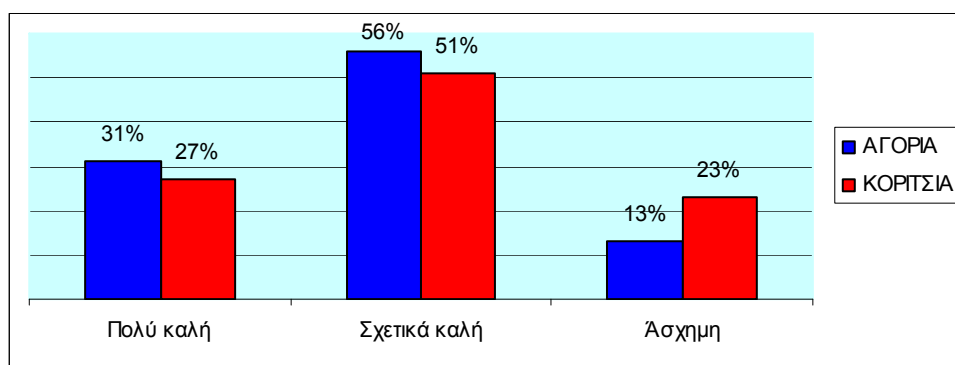
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΝΑΙ	15	36	11%	22%
ΟΧΙ	119	130	89%	78%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Συντριπτική πλειοψηφία παρουσιάζετε στην ερώτηση εάν έχουν κάνει χρήση χαπιών διαίτης, όπου το 89% για τα αγόρια και 78% για τα κορίτσια απάντησαν "όχι" ενώ παράλληλα παρουσιάζεται ένα ιδιαίτερο ποσοστό κοριτσιών, 22%, που έχει κάνει χρήση χαπιών.

22.Κοιτάζοντας στο καθρέπτη, τι γνώμη έχετε για το σώμα σας?

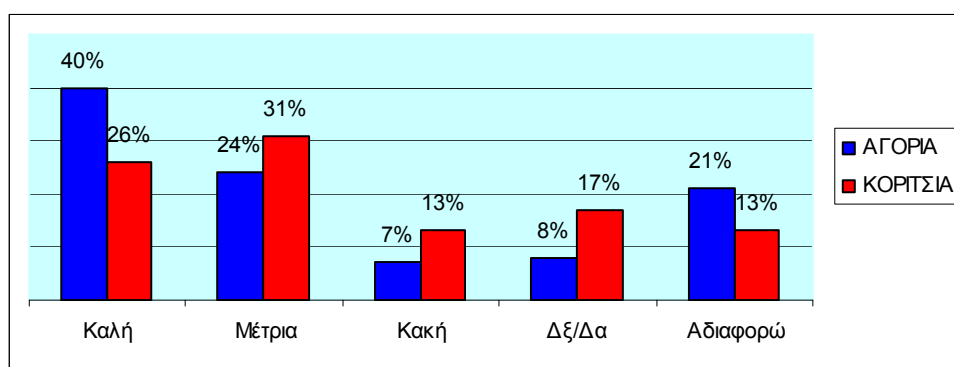
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Πολύ καλή	41	44	31%	27%
Σχετικά καλή	75	84	56%	51%
Άσχημη	18	38	13%	23%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Από τα παραπάνω βλέπουμε ότι το 56% για τα αγόρια και το 51% για τα κορίτσια έχουν σχετικά καλή γνώμη για το σώμα τους, 31% για τα αγόρια και 27% για τα κορίτσια έχουν πολύ καλή γνώμη για το σώμα τους, ενώ το 23% των κοριτσιών έχουν άσχημη γνώμη για το σώμα τους.

23. Τι γνώμη πιστεύετε ότι έχουν οι άλλοι για το σώμα σας?

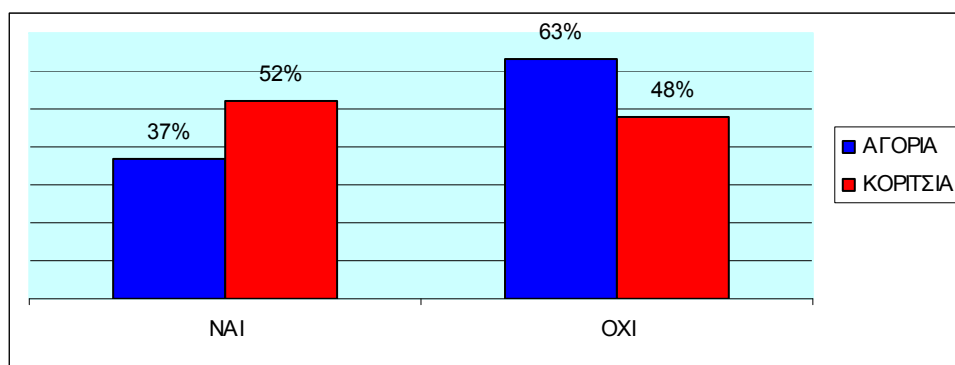
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Καλή	54	43	40%	26%
Μέτρια	32	51	24%	31%
Κακή	9	21	7%	13%
Δξ/Δα	11	29	8%	17%
Αδιαφορώ	28	22	21%	13%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Στην ερώτηση "τι γνώμη έχουν οι άλλοι για το σώμα σας" παρατηρούμε ότι 40% για τα αγόρια και μόλις 26% για τα κορίτσια απάντησαν "καλή", ενώ "μέτρια" απαντούν 31% τα κορίτσια και 24% τα αγόρια. Αξιόλογο είναι το ποσοστό των κοριτσιών, 13%, που απαντούν "κακή".

24. Παραδειγματίζεστε από κάποια πρόσωπα της TV ή μοντέλα από το σώμα τους?

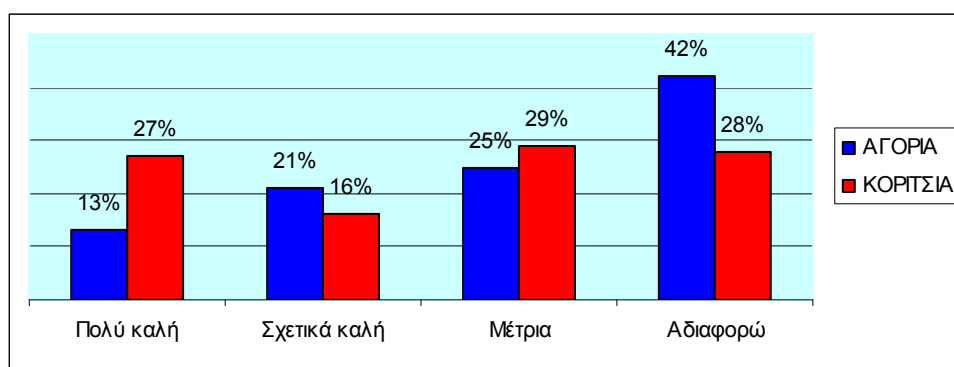
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΝΑΙ	49	86	37%	52%
ΟΧΙ	85	80	63%	48%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Στην ερώτηση αυτή, αξιόλογη είναι διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, καθώς 52% για τα κορίτσια παραδειγματίζονται από τα πρόσωπα της TV αντίθετα με τα αγόρια που απαντούν μόνο 37%, ενώ στην αρνητική επιλογή τα αγόρια είναι 63% αντιθέτως με τα κορίτσια που είναι 48%.

25. Τι άποψη έχετε όταν βλέπετε ένα πολύ αδύνατο πρόσωπο-μοντέλο στην TV?

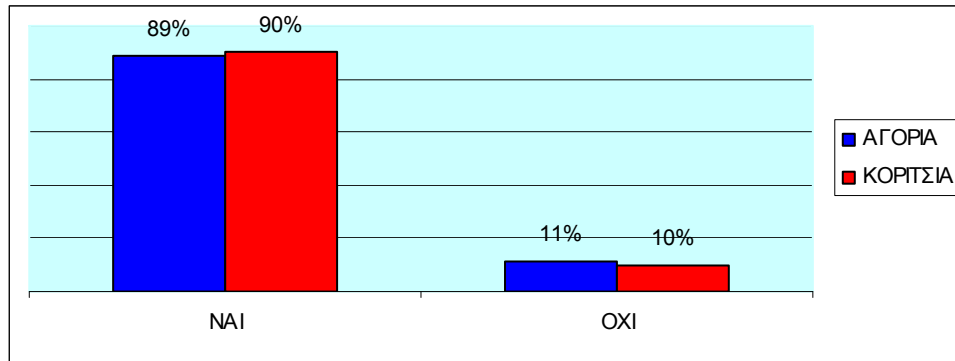
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Πολύ καλή	17	45	13%	27%
Σχετικά καλή	28	26	21%	16%
Μέτρια	33	48	25%	29%
Αδιαφορώ	56	47	42%	28%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Στην πλειοψηφία των αγοριών, 42%, αδιαφορούν όταν βλέπουν αδύνατο πρόσωπο / μοντέλο στην T.V ενώ το 27% και το 16% των κοριτσιών έχουν πολύ καλή ή σχετικά καλή άποψη όταν βλέπουν αδύνατο πρόσωπο / μοντέλο στην T.V.

26.Γνωρίζετε τι είναι η νευρογενής ανορεξία?

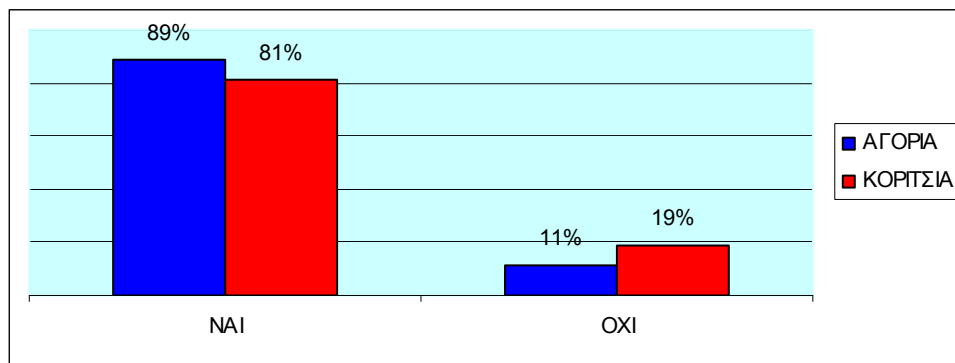
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΝΑΙ	119	149	89%	90%
ΟΧΙ	15	17	11%	10%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Εμφανής είναι η πλειοψηφία σε αυτή την ερώτηση, καθώς τα ερωτηθέντα άτομα γνωρίζουν τι είναι η νευρογενής ανορεξία, με 89 % των αγοριών και 90% των κοριτσιών.

27. Γνωρίζετε ποιες είναι οι επιπτώσεις της νευρογενούς ανορεξίας?

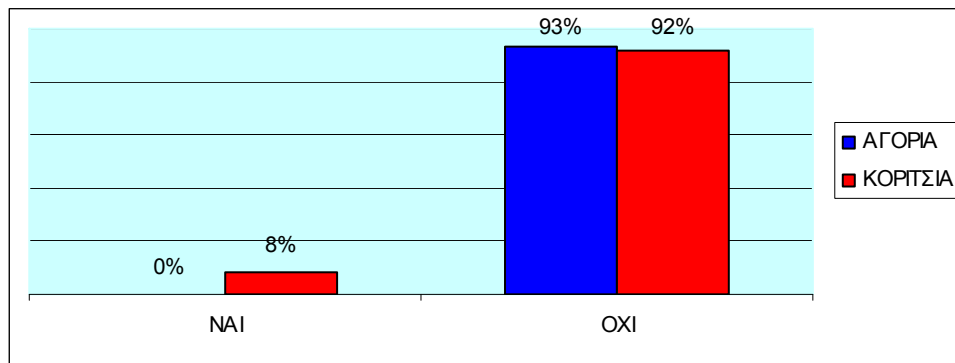
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΝΑΙ	119	134	89%	81%
ΟΧΙ	15	32	11%	19%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Στο διάγραμμα αυτό βλέπουμε ότι η πλειοψηφία του δείγματος "γνωρίζουν" τις επιπτώσεις της νευρογενούς ανορεξίας, καθώς το 81% για τα κορίτσια και το 89% για τα αγόρια απάντησαν "ναι".

28. Έχετε φτάσει σε σημείο νευρογενούς ανορεξίας?

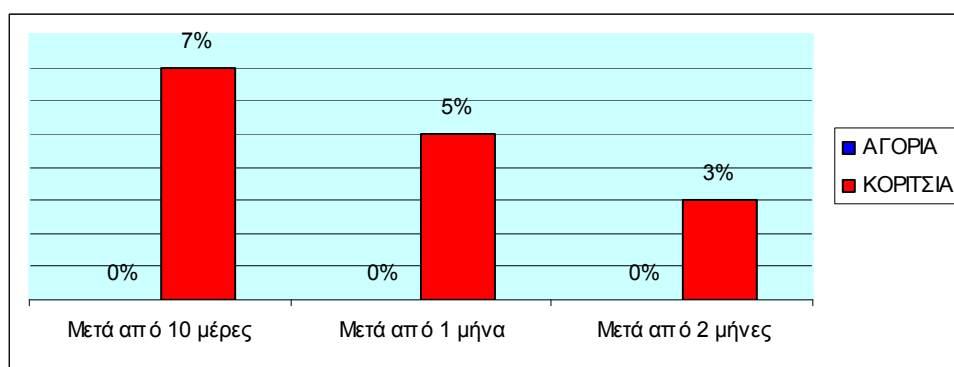
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΝΑΙ	0	14	0%	8%
ΟΧΙ	134	152	93%	92%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Στο παραπάνω ερώτημα, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό στα αγόρια και στα κορίτσια “ δεν έχουν φτάσει ποτέ σε σημείο νευρογενούς ανορεξίας” ενώ το 8% των κοριτσιών έχουν φτάσει.

29. Αν ναι, πότε το αντιληφθήκατε?

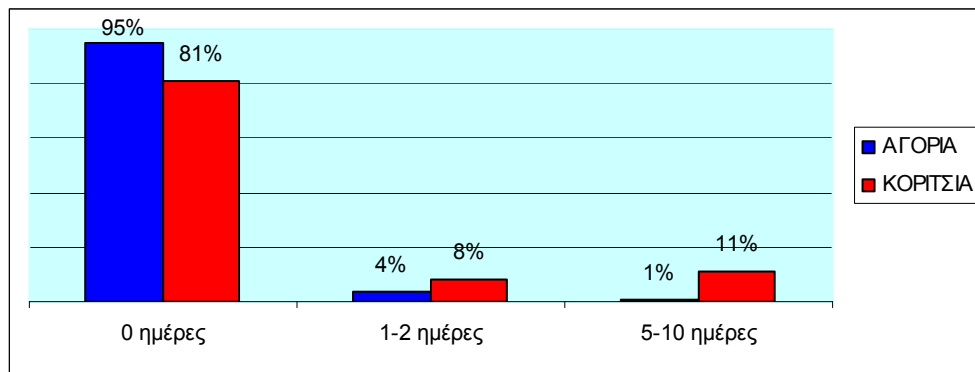
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Μετά από 10 μέρες	0	12	0%	7%
Μετά από 1 μήνα	0	8	0%	5%
Μετά από 2 μήνες	0	5	0%	3%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Στο διάγραμμα αυτό, παρατηρούμε ότι από το μέρος του δείγματος που απάντησε "ναι", το 7% για τα κορίτσια το αντιλήφθηκαν μετά από 10 μέρες, το 5% μετά από 1 μήνα και το 3% μετά από 2 μήνες.

30. Φτάσατε ποτέ σε σημείο να μην έχετε φάει τίποτα για:

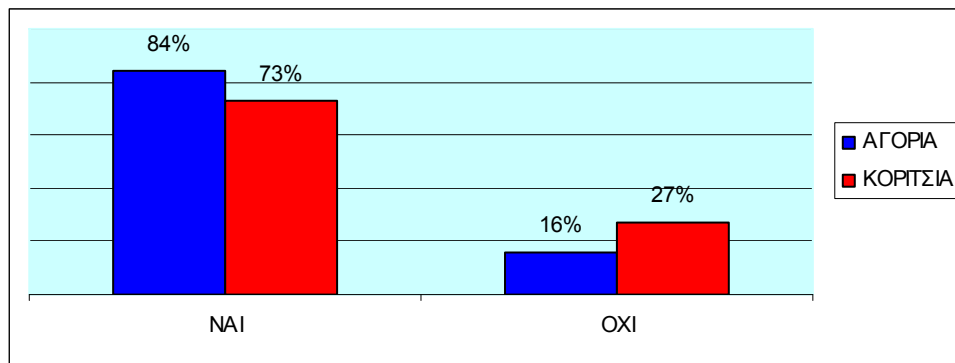
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
0 ημέρες	127	134	95%	81%
1-2 ημέρες	5	14	4%	8%
5-10 ημέρες	2	18	1%	11%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Στην ερώτηση αυτή παρατηρούμε ότι ένα μικρό ποσοστό απαντά ότι δεν έχει φάει, 1% για τα αγόρια και 11% για τα κορίτσια, για 1-10 ημέρες, ενώ η πλειοψηφία επιλέγει 0 ημέρες.

31.Χρειάζεται θάρρος να αντιληφθεί κανείς ότι έχει νευρογενής ανορεξία ?

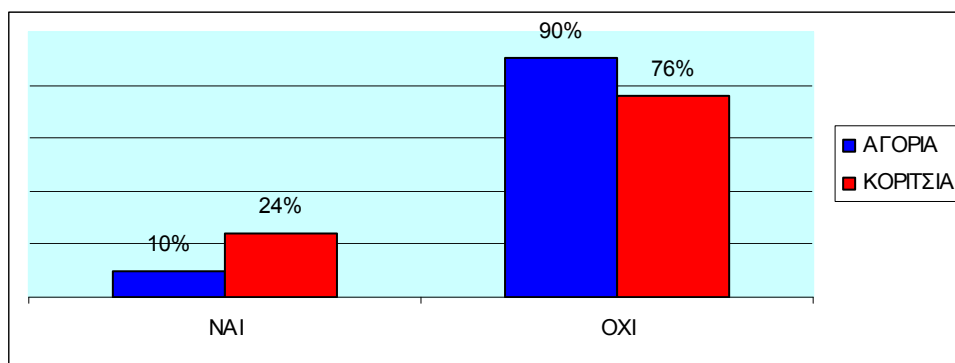
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΝΑΙ	113	121	84%	73%
ΟΧΙ	21	45	16%	27%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Στο διάγραμμα αυτό βλέπουμε ότι η πλειοψηφία του δείγματος πιστεύει ότι χρειάζεται θάρρος να αντιληφθεί κανείς ότι έχει νευρογενής ανορεξία. Συγκεκριμένα απαντούν "ναι" το 73% για τα κορίτσια και 84 % για τα αγόρια.

**32. Έχετε φτάσει ποτέ σε σημείο να προκαλέσετε εμετό
ώστε να χάσετε τις θερμίδες που πήρατε από τα γεύματα
?**

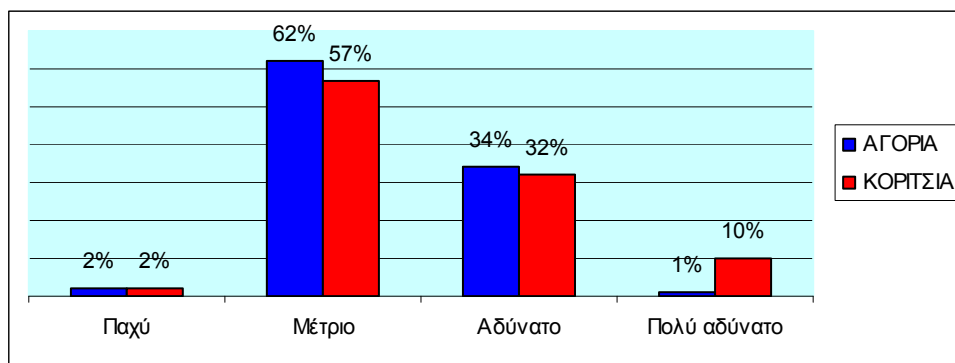
	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
ΝΑΙ	13	39	10%	24%
ΟΧΙ	121	123	90%	76%
ΣΥΝΟΛΟ	134	162		



Στην παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε όχι στο ερώτημα εάν έχουν προκαλέσει εμετό. Μεγάλο είναι όμως και το ποσοστό των κοριτσιών που απαντά θετικά σε αυτή την ερώτηση, 24%.

33. Πως θα θέλατε να είναι το πρότυπό σας, στην σχέση σας ?

	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ
Παχύ	3	3	2%	2%
Μέτριο	83	94	62%	57%
Αδύνατο	46	53	34%	32%
Πολύ αδύνατο	2	16	1%	10%
ΣΥΝΟΛΟ	134	166		



Σ' αυτή την ερώτηση παρατηρούμε ότι στην συντριπτική πλειοψηφία του δείγματός μας το πρότυπο στη σχέση είναι μέτριο, με 62% για τα αγόρια και 57% για τα κορίτσια. Ενώ το 34% των αγοριών και 32% των κοριτσιών επιλέγουν το αδύνατο πρότυπο. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το 10% των κοριτσιών που επιλέγουν το πολύ αδύνατο πρότυπο.

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα μας, το δείγμα μας πάρθηκε από τρεις νομούς της Κρήτης : Χανιά, Ηράκλειο και Σητεία. Σκοπός μας είναι να ευαισθητοποιηθούν τα άτομα και να κατανοήσουν τους κινδύνους που κρύβει η διατροφική διαταραχή.

Ακολουθούν τα αποτελέσματα της έρευνας :

- ↪ Το 45% του δείγματος ήταν αγόρια ενώ το 55% κορίτσια.
- ↪ Το 23% των κοριτσιών ζυγίζουν μέχρι 50 κιλά ενώ το 41% ζυγίζουν μέχρι 60 κιλά. Ενώ παράλληλα το ύψος τους δεν ξεπερνά το 1.70 με ποσοστό 55%.
- ↪ Το 74% των αγοριών και 77% το κοριτσιών λένε πως παίρνουν πρωινό.
- ↪ Το 22% των κοριτσιών, 1 στα 4 κορίτσια, λαμβάνει μόνο 2 γεύματα την ημέρα ενώ 1 στα 7 αγόρια λαμβάνει μόνο 2 γεύματα την ημέρα. Ενώ παράλληλα το 22% των κοριτσιών επιλέγουν την διατροφή σύμφωνα με τις θερμίδες και 1 στα 2 κορίτσια νιώθει ενοχές τρώγοντας παχυντικό φαγητό.
- ↪ Αξιοσημείωτη είναι η παρατήρηση πως το 32% των κοριτσιών, 1 στα 3, νιώθουν παχύσαρκες από 35 με 50 κιλά ενώ για τα αγόρια μόνο το 10%. Ενώ ταυτόχρονα το 57% των κοριτσιών και μόλις το 35% των αγοριών έχουν κάνουν δίαιτα και 1 στα 3 κορίτσια, 33%, την έκαναν μόνα τους. Το 36% των κοριτσιών επέλεξαν να κάνουν δίαιτα διότι δεν τους άρεσε το σώμα τους παρότι είχαν φυσιολογικό βάρος ενώ το 25% των κοριτσιών επειδή δεν άρεσαν στους φίλους τους. Ιδιαίτερο σημείο είναι το ποσοστό των κοριτσιών, 21%, που απαντούν πως οι εξαντλητικές δίαιτες δεν βλάπτουν ενώ το 22% των κοριτσιών έχουν κάνει χρήση χαπιών.
- ↪ Το 23% των κοριτσιών όταν κοιτάζονται στον καθρέπτη έχουν άσχημη άποψη για το σώμα τους ενώ το 13% απαντούν στην ερώτηση "τι γνώμη έχουν οι άλλοι για το σώμα σας", "κακή".
- ↪ 1 στα 2 κορίτσια παραδειγματίζονται από τα πρόσωπα της Τ.Β και η άποψη τους για τα αδύνατα μοντέλα/ πρόσωπα είναι πολύ καλή ή σχετικά καλή.

- ↪ Το 11% των κοριτσιών έκανε πέντε με δέκα μέρες να φάει κάτι ενώ το 24% έχει προκαλέσει εμετό. Σημαντική παρατήρηση είναι πως το 8% των κοριτσιών απαντά πως έχει φτάσει σε σημείο νευρικής ανορεξίας.

5. ΠΙΘΑΝΑ ΑΙΤΙΑ

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, υπάρχει η άποψη πως τα νεαρά άτομα δεν μπορούν 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».

Η σκέψη των ατόμων μπορεί να χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση κι από μια διαρκή ανάγκη για έλεγχο των καταστάσεων και του εαυτού τους. Όσο πιο πολύ συνειδητοποιούν ότι είναι δύσκολο να ελέγξουν τις καταστάσεις γύρω τους τόσο πιο πολύ θέλουν να ελέγξουν το σώμα τους μέσα από τη δίαιτα και την άσκηση. Πέφτουν σε παγίδες του τύπου «άσπρο-μαύρο» δηλαδή θεωρούν ότι κάποιος είτε θα είναι αδύνατος και όμορφος, είτε χοντρός και άσχημος χωρίς κανένα ενδιάμεσο στάδιο. Επίσης τείνουν σε μεγάλο βαθμό να θεωρούν πως η ελκυστικότητα και η ομορφιά κάποιου εξαρτάται αποκλειστικά από το ποσοστό λίπους που έχει επάνω του.

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

δηλώνουν ευχαριστημένες με το σώμα τους ενώ μόλις 11% των λευκών γυναικών της Αμερικής δηλώνουν το ίδιο. Συνολικά πολύ λίγες έγχρωμες Αμερικάνες έχουν νευρική ανορεξία σε σχέση με τις λευκές Αμερικάνες και οι έγχρωμοι Αμερικανοί 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 νέγρων της Αμερικής «θωρακίζει» τις γυναίκες τους από τα δυτικά πρότυπα ομορφιάς και κατ' επέκταση και από τις διαταραχές διατροφής.

ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

Όσο πιο έγκαιρα αντιληφθείτε τα συμπτώματα της διατροφικής διαταραχής και αναζητήσετε βοήθεια, τόσο πιο αποτελεσματικά θα βοηθήσετε το παιδί σας.

Για να αποφύγετε τις παγίδες που στήνει το σύμπτωμα στο παιδί σας αποφύγετε τις παρακάτω συμπεριφορές:

1. Μη βοηθάτε το παιδί σας να κάνει δίαιτα.
2. Μη προσπαθείτε να το βοηθήσετε να αποφύγει το βουλιμικό επεισόδιο.
3. Μην ενισχύετε στο παιδί σας συμπεριφορές όπως να του αγοράζετε διαιτητικά τρόφιμα ή να είστε δίπλα του όταν ζυγίζεται.
4. Μη μιλάτε για φαγητό και κιλά. Αν κάνετε δίαιτα εσείς οι ίδιοι σταματήστε την.
5. Μη προτείνετε διαιτολόγους που δεν γνωρίζουν την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών.
6. Μη ζυγίζετε τροφές, πετάξτε τους θερμοδομετρητές.
7. Μην αγοράζετε χάπια διαίτης, καθαρτικά, διουρητικά ή σκευάσματα που προκαλούν εμετό για λογαριασμό του παιδιού σας.
8. Αποφύγετε να είστε στον ίδιο χώρο όταν το παιδί σας ξεσπάει στο φαγητό.
9. Μη σχολιάζετε αρνητικά τη συμπεριφορά του μετά από την οποιαδήποτε κατανάλωση τροφής.
10. Μη κρύβετε φαγητά που θεωρείτε ότι είναι στόχος βουλιμικού επεισοδίου, καλύτερα να μη τα μαγειρέψετε.
11. Εμπλουτίστε το εβδομαδιαίο μενού της οικογένειας, μην επαναλαμβάνετε τροφές με τις οποίες αισθάνεται ασφαλές το σύμπτωμα.

12. Αποφύγετε εκφράσεις όπως «φάε» ή «μη τρως» και μη σχολιάζετε τα βάρους του παιδιού σας.
13. Μη κατηγορείτε το παιδί σας για το πρόβλημά του, κανένα παιδί δεν θέλει να πάθει διατροφική διαταραχή.
14. Μη το χρεώνετε στο παιδί σας ότι σας κάνει δυστυχισμένους, το σύμπτωμα το προκαλεί.
15. Μην ισχυροποιείτε συμπεριφορές τελειομανίας όπως υψηλές επιδόσεις στο σχολείο ή στο πανεπιστήμιο.
16. Μην μένετε μακριά από το παιδί σας, φροντίστε να είστε κοντά του και να το παρατηρείτε.
17. Μη το σπρώχνετε να επιστρέψει στη σχολή του που είναι στην επαρχία ή το εξωτερικό αν τα συμπτώματα είναι σε μεγάλη έξαρση.
18. Μη του λέτε μόνο αυτό να πάρει βοήθεια από ειδικό. Η διατροφική διαταραχή του παιδιού σας, σας αφορά. Χωρίς τη δική σας συμμαχία η άρση του συμπτώματος γίνεται ανέφικτη.
19. Αν το παιδί σας προκαλεί εμετούς ή παίρνει καθαρτικά αναζητείστε άμεσα βοήθεια.
20. Μην του λέτε να μη προκαλέσει εμετό, είναι ανώφελο αφού έτσι και αλλιώς θα το κάνει. Δώστε του μπανάνα και ισοτονικά υγρά για την αποκατάσταση των ηλεκτρολυτών του.
21. Αγνοήστε το θυμό που σας εκφράζει, είναι το σύμπτωμα που είναι θυμωμένο μαζί σας γιατί δεν συντονίζεστε πλέον μαζί του.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΑΡΘΡΑ ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΕΣ



Παιδιά «ΑΙΧΜΑΛΩΤΑ» του καθρέφτη

Είναι κατά κανόνα υπάκουα, επιμελή, νομοταγή... Παιδιά-πρότυπα. Δεν επαναστατούν, νομίζουν ότι θέτουν εαυτόν στην υπηρεσία του ιερού καθήκοντος να τελειοποιήσουν την εικόνα τους. Αυτή την εικόνα που λανσάρεται ως τέλεια στις πασαρέλες... Και φθάνουν στο σημείο να χάνουν τον εαυτό τους - καμιά φορά κυριολεκτικά



Ίσως οι περισσότεροι από εμάς να έχουμε συνδέσει την νευρική ανορεξία με τα μοντέλα-κρεμάστρες-ακτινογραφίες που βλέπουμε στις πασαρέλες. Ή ακόμη να θεωρούμε ότι τα λιπόσαρκα μοντέλα, λειτουργώντας ως πρότυπα ομορφιάς, ωθούν τις κοπέλες σε εξουθενωτικές δίαιτες που βάζουν τη ζωή τους σε κίνδυνο. Θα ήταν όμως υπεραπλουστευμένες γενικεύσεις να θεωρήσουμε ότι η νευρική ανορεξία «προτιμά» τα μοντέλα ή πως μόνο τα μοντέλα ευθύνονται για την έξαρσή της. Στην πραγματικότητα το πρόβλημα είναι πιο περίπλοκο: η νόσος χτυπά την έφηβη της διπλανής πόρτας (ενίοτε και της δικής μας πόρτας!) και τα χαμόγελα των μοντέλων στις ιλουστρασιόν σελίδες των περιοδικών δεν είναι ικανή και αναγκαία συνθήκη για την εμφάνιση της νόσου. Τι κάνει λοιπόν ένα κατά τα άλλα υγιές παιδί να παύει να τρώει σε τέτοιο βαθμό ώστε να απειλείται η ζωή του;

Παραπλανητική η «ανορεξία»

Για τα «πώς» και τα «γιατί» αυτής της σύγχρονης μαστιγας μίλησε στο «Βήμα» η παιδοψυχίατρος κυρία Μαρία Μπελιβανάκη επιμελήτρια Β' του ΕΣΥ στην Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική του Νοσοκομείου Παιδών «Αγία Σοφία». «Σαφώς η αιτία άρνησης της τροφής δεν είναι η ανορεξία» τονίζει η κυρία Μπελιβανάκη και εξηγεί: «*Η ονομασία της νόσου είναι παραπλανητική, ή τουλάχιστον δεν περιγράφει αυτό που συμβαίνει στα παιδιά στα πρώτα στάδιά της. Τα παιδιά πεινάνε και μάλιστα πολύ! Δεν αρνούνται το φαγητό επειδή δεν έχουν όρεξη, το αρνούνται επειδή θέλουν να χάσουν βάρος. Ελέγχουν λοιπόν πλήρως την τροφή που προσλαμβάνουν και συχνά καταφεύγουν σε δραστηκότερα μέτρα, όπως η έντονη άσκηση και η λήψη καθαρτικών, προκειμένου να επισπεύσουν την απώλεια βάρους. Φυσικά,*

σε προχωρημένο στάδιο παύει πια να υπάρχει και η όρεξη καθώς η ασιτία έχει επηρεάσει τα αντίστοιχα κέντρα του εγκεφάλου και όχι μόνο».

Τι είναι λοιπόν η νευρική ανορεξία και γιατί τα παιδιά ξαφνικά αποφασίζουν πως είναι ώρα να χάσουν πολύ βάρος; *«Πρόκειται για διαταραχή της διατροφής, η οποία είναι έκφραση της πολύ κακής εικόνας που έχουν τα παιδιά για τον εαυτό τους και η οποία ενέχει πολλές συνιστώσες. Το ανορεξικό παιδί αρνείται να παραδεχθεί την πραγματικότητα, η οποία διογκώνεται σε τεράστιες διαστάσεις. Μερικά παραπάνω γραμμάρια βάρους ισοδυναμούν με παραμόρφωση. Ας μην ξεχνούμε ότι και η σωματική ανάπτυξή τους είναι μια πραγματικότητα η οποία μπορεί να αποτελέσει παράγοντα στρες και έτσι επιχειρούν να την ελέγξουν και ει δυνατόν να τη σταματήσουν διακόπτοντας το φαγητό. Επίσης, η ασιτία στην οποία υποβάλλονται τα ανορεξικά παιδιά αποτελεί έμμεσο τρόπο να κάνουν κακό στον εαυτό τους. Αρκετά από τα ανορεξικά παιδιά έχουν έντονες τάσεις θανάτου»* σημειώνει η κυρία Μπελιβανάκη.

Ως προς την επίδραση των εικόνων που βομβαρδίζουν τα παιδιά μέσα από την τηλεόραση και τα περιοδικά, η ελληνίδα ψυχίατρος είναι κατηγορηματική: *«Δεν αρκεί η απλή μίμηση για να οδηγηθεί ένα παιδί στη νευρική ανορεξία. Πρέπει να υπάρχει το κατάλληλο έδαφος στον ψυχισμό των παιδιών για να μπορέσουν οι εικόνες των πολύ λεπτών γυναικών-προτύπων να δράσουν καταλυτικά στην εμφάνιση της νόσου».*

Εσωτερική τρικυμία

Ποιος είναι λοιπόν ο πρόσφορος ψυχισμός για την εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας; Ποιο είναι το προφίλ ενός παιδιού σε κίνδυνο; Μπορούν οι γονείς και οι δάσκαλοι να διαγνώσουν πρώιμα σημάδια; Μπορεί να προληφθεί το επικείμενο κακό; *«Δυστυχώς, ένα από τα χαρακτηριστικά της νευρικής ανορεξίας είναι ότι εμφανίζεται σε παιδιά που δεν προκαλούν προβλήματα στους γονείς τους. Πρόκειται για απολύτως προσαρμοσμένα παιδιά, υπάκουα, επιμελή, χωρίς επαναστατικές τάσεις. Μπορεί να είναι λίγο εσωστρεφή και να μην έχουν πολλές παρέες, αλλά για κάποιους γονείς αυτό δεν είναι ανησυχητικό φαινόμενο. Παρά την επιφανειακή ηρεμία, όμως, τα ανορεξικά παιδιά βιώνουν μια εσωτερική τρικυμία την οποία εξωτερικεύουν, κάνοντας κακό στον εαυτό τους και πληγώνοντας ταυτοχρόνως τους οικείους τους»* εξηγεί η κυρία Μπελιβανάκη και προσθέτει: *«Εμείς στη μονάδα νοσηλείας αρχίζουμε να ελπίζουμε ότι η αγωγή είναι αποτελεσματική όταν πετύχουμε να εξωθήσουμε το παιδί σε μια έκρηξη θυμού, όταν το κάνουμε να εξωτερικεύσει τον συσσωρευμένο θυμό που κρύβει βαθιά μέσα του».*

Το κύριο πρόσωπο προς το οποίο στρέφεται ο θυμός είναι συνήθως η μητέρα για την οποία συνυπάρχουν στο παιδί αισθήματα αγάπης, εξάρτησης, και έντονου ανταγωνισμού. Προκειμένου να αντιληφθεί κανείς πόσο κακό μπορεί να κάνει αυτός ο συσσωρευμένος θυμός, αρκεί να υπογραμμίσουμε πως κάποια από τα παιδιά που εισάγονται για νοσηλεία έχουν ήδη χάσει τόσο βάρος ώστε μαζί του έχουν απολέσει και τη διάθεσή τους για ζωή. Και δεν είναι μόνο η ψυχολογική υγεία που διαταράσσεται: η ασιτία επιδρά σε όλα τα συστήματα, το ενδοκρινικό, το γαστρεντερικό, το αναπνευστικό, το καρδιαγγειακό, το σκελετικό. Οσο για τη συχνότητα των περιπτώσεων που οδηγούνται σε αυτό το σημείο, σας διαβεβαιούμε πως δεν πρόκειται για εξαιρέσεις! Βλέπετε, ένα άλλο "χαρακτηριστικό" της νευρικής ανορεξίας είναι η άρνηση των γονέων να δεχθούν ότι το παιδί τους βιώνει ένα σοβαρό πρόβλημα καθώς κάτι τέτοιο τους εξαναγκάζει να έρθουν αντιμέτωποι με τη

δική τους πιθανή αποτυχία ως γονέων. Αν στα παραπάνω προστεθεί και η άρνηση των εφήβων κυρίως ασθενών να συνεργαστούν και να οδηγηθούν στον γιατρό, η κατάσταση της υγείας των παιδιών που εισάγονται για νοσηλεία είναι ιδιαίτερα κλονισμένη.

Πρώτα το σώμα...

Το πρώτο πράγμα που γίνεται στη μονάδα νοσηλείας είναι να θεραπευτεί το σώμα των παιδιών και αυτό δεν είναι τυχαίο: *«Αφενός πρέπει τα παιδιά να βγουν από τον θανάσιμο κίνδυνο τον οποίο διατρέχουν και αφετέρου πολλές από τις ψυχικές διαταραχές, π.χ. κατάθλιψη ή τάσεις αυτοκτονίας, που εμφανίζονται στην αστία. Έτσι, το πρώτο μέλημά μας είναι η αποκατάσταση της οργανικής σταθερότητας των παιδιών ενώ παράλληλα ασχολούμαστε με τον ψυχισμό τους»* αναφέρει η κυρία Μπελιβανάκη.

Η αγωγή στην οποία υποβάλλονται τα παιδιά δεν είναι κατά βάση φαρμακευτική. Ομάδα ειδικών παιδοψυχιάτρων και παιδοψυχολόγων αναπτύσσει σχέση εμπιστοσύνης και ουσιαστικής επικοινωνίας με τα παιδιά, καθοδηγώντας τα να βρουν την έξοδο από τον λαβύρινθο στον οποίον έχουν εγκλωβιστεί. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ταυτόχρονη αγωγή για την οικογένεια (από άλλους ειδικούς, καθώς το παιδί πρέπει να γνωρίζει ότι η δική του σχέση με τον γιατρό δεν θα έχει παρεμβολές από το περιβάλλον του) βοηθά στην ταχύτερη βελτίωση της υγείας του παιδιού. Αν οι αριθμοί έχουν κάποια αξία, αρκεί να αναφέρουμε ότι υπήρξαν παιδιά που στη διάρκεια της πεντάμηνης θεραπείας τους ψήλωσαν πάνω από 10 πόντους! Με άλλα λόγια, αν και η θεραπεία είναι μακροχρόνια και πολλές φορές παρατηρούνται υποτροπές, το μήνυμα είναι αισιόδοξο: το παραμύθι της φανταστικής Άννας της εισαγωγής μας αλλά και κάθε αληθινής καθημερινής Άννας μπορεί να έχει αίσιο τέλος.

⇒ Πεθαίνει το 10% των ατόμων που νοσηλεύονται λόγω νευρικής ανορεξίας

16-02-2007

Πρόκειται για μια ψυχική νόσο η οποία αφορά το 1% του γενικού πληθυσμού και μπορεί να αποβεί θανατηφόρα. Χαρακτηριστικά της είναι η αδυναμία του ατόμου να διατηρήσει το σωστό βάρος, η εντύπωση ότι είναι παχύ, η απώλεια βάρους που ξεπερνά το 15% του θεωρούμενου ως φυσιολογικού και η συνεχής ενασχόληση με δίαιτες. Το άτομο αρχικά εμφανίζεται εξαιρετικά αδύνατο, τρώει ελάχιστα ενώ φαίνεται πως ο φόβος μήπως παχύνει το απασχολεί περισσότερο από το φόβο μήπως λιμοκτονήσει ή πεθάνει. Συχνά παρατηρείται απώλεια της εμμηνου ρύσης στα κορίτσια που τα αφορά περισσότερο αυτή τη διαταραχή, αφού την παρουσιάζει το 4-8% του γενικού γυναικείου πληθυσμού. Σε περίπτωση έγκαιρης διάγνωσης μπορεί να θεραπευτεί με τη βοήθεια γιατρού και ψυχολόγου ενώ σε προχωρημένο στάδιο απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο. Το 10% των ατόμων που νοσηλεύονται καταλήγει σε θάνατο.

Αυτά επισήμανε ο παιδοψυχίατρος και υπεύθυνος της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Παίδων και Εφήβων του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Βάιος Νταφούλης με αφορμή εκδήλωση του Κέντρου Πρόληψης Πυξίδα για την ενημέρωση μαθητών του 4ου γυμνασίου Συκεών.

Όπως ανέφερε ο κ. Νταφούλης οι μαθητές συνήθως κρύβουν το πρόβλημα που τους απασχολεί και κυρίως ρωτούν για τη βουλιμία και για την παχυσαρκία. Ο λόγος που η νευρική ανορεξία πλήττει κυρίως τα κορίτσια είναι βιολογικός και ψυχολογικός είτε ο κ. Νταφούλης και εξήγησε ότι τα κορίτσια επηρεάζονται περισσότερο από τα αγόρια, γιατί θέλουν να μοιάζουν με τα πρότυπα ομορφιάς που προβάλλονται στο χώρο του μόντελιγκ. Οι γονείς, πρόσθεσε, θα πρέπει να αρχίσουν να ανησυχούν αν δουν το παιδί τους να απομονώνεται, να αρχίσει να μετράει τις θερμίδες, να κάνει δίαιτες να αρχίσει να χάνει βάρος και θα πρέπει να απευθύνονται σε γιατρό και ψυχολόγο. Για την πρόληψη της νευρικής ανορεξίας θα πρέπει οικογένεια, φίλοι και σχολείο να βοηθήσουν τον έφηβο ή την έφηβη που παρουσιάζει ροπή, ενώ για τη θεραπεία της χρειάζεται πολύμηνη προσπάθεια και σε προχωρημένο στάδιο νοσηλεία σε παιδοψυχιατρική κλινική.

⇒ **Θανατηφόρος κίνδυνος από τη νευρική ανορεξία...**

Της Άννας Κωνσταντουλάκη

Απειλή τόσο για την ψυχική όσο και για την σωματική υγεία θέτοντας σε κίνδυνο ακόμη και τη ζωή ενός ανθρώπου αποτελούν οι ψυχογενείς διαταραχές της διατροφής όπως είναι η νευρική ανορεξία. Πρόσφατα, ένα μοντέλο από τη Βραζιλία βρήκε το θάνατο από αυτό το λόγο...

“Αρκετά νέα κορίτσια και στο Ηράκλειο αντιμετωπίζουν αυτό το πρόβλημα”, είπε στην “Π” ο διευθυντής της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, αναπληρ. καθηγητής Νίκος Παρίτσης ο οποίος μας μίλησε για περιπτώσεις νέων γυναικών που έχει παρακολουθήσει στην Κλινική του.

“Η νευρική ανορεξία συναντάται κυρίως στο γυναικείο φύλο και συγκεκριμένα σε κορίτσια στην εφηβεία από 14-18 ετών χωρίς να αποκλείονται οι μεγαλύτερες ηλικίες αλλά και οι άνδρες.

Έχουν κατά καιρούς έρθει στο νοσοκομείο κοπέλες με νευρική ανορεξία οι οποίες έχουν φτάσει να ζυγίσουν 35 και 40 κιλά με σοβαρά ψυχολογικά και οργανικά προβλήματα.

Για παράδειγμα, σταματά η περίοδός τους, έχουν φτάσει στο σημείο να τρέφονται όλη την ημέρα με ένα φρούτο ή ένα ποτήρι γάλα.

Δεν έχουν αίσθηση της εικόνας τους, νιώθουν ότι είναι παχιές και πιστεύουν ότι δεν πρέπει να τρώνε. Έχουν απόλυτη άρνηση για το φαγητό.

Ασφαλώς αυτά τα άτομα χρειάζονται την βοήθεια ειδικών για να μπορέσουν να θεραπευτούν γιατί η νευρική ανορεξία μπορεί να τους στοιχίσει ακόμη και την ζωή τους”.

Ο κ. Παρίτσης είπε ότι συνήθως οι άνθρωποι αυτοί έχουν κατάθλιψη, υπερβολικό άγχος, διάφορες φοβίες ή ψυχώσεις και επεσήμανε ότι με την υποστήριξη των ειδικών μπορούν να ξεπεράσουν το πρόβλημα των διαταραχών στην διατροφή τους σε ποσοστό 70-80% μέσα σε 5 - 6 μήνες.

Ο ψυχίατρος υπογράμμισε ότι τέτοιες καταστάσεις πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα και οι οικογένειες να ζητούν την βοήθεια των ειδικών πριν είναι πολύ αργά.

Σύμφωνα με τις επιστημονικές μελέτες που υπάρχουν, οι διαταραχές αυτές πλήττουν τις γυναίκες σε ποσοστό 90% και υπολογίζεται ότι το 0,5-3,7% θα αντιμετωπίσουν αυτό το πρόβλημα στην διάρκεια της ζωής τους. Σε όλες τις περιπτώσεις τα άτομα αυτά έχουν μια προκατάληψη για το φαγητό, διαταραγμένη άποψη και εικόνα για το σώμα τους, αλλά και ανεξέλεγκτη διατροφική συμπεριφορά. Κυριολεκτικά καταδικάζουν τον εαυτό τους σε ασιτία για να πετύχουν χαμηλό σωματικό βάρος.

Ακόμη και αν έχουν διάθεση για φαγητό, δεν τρώνε λόγω του παθολογικού φόβου τους ότι θα πάρουν κιλά. Συνήθως υποφέρουν από κατάθλιψη, απομονώνονται κοινωνικά και δεν εκφράζουν τα συναισθήματά τους. Συχνά μάλιστα αρνούνται να φάνε παρουσία άλλων ανθρώπων.

Όσοι πάσχουν από νευρική ανορεξία, χάνουν υπερβολικά πολλά κιλά και ακολουθούν πολλά προβλήματα υγείας. Αμηνόρροια στις γυναίκες, γαστρεντερικά, ενδοκρινολογικά και καρδιολογικά προβλήματα, αδυναμία διατήρησης της θερμοκρασίας του σώματος.

Σύμφωνα με τους ειδικούς, η ψυχοθεραπεία και συχνά η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, αποτελούν τις ενδεδειγμένες λύσεις για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της νευρικής ανορεξίας.

Η κλινική εικόνα της νευρικής ανορεξίας

- Μεγάλη απώλεια βάρους, πάνω από το 10-15% του αρχικού
- Διαστρεβλωμένη εικόνα για το σώμα και το βάρος τους
- Αμηνόρροια

Στατιστικά Άρθρου **Αρθογράφος: Πατρίς**
Ημερομηνία δημοσίευσης:
 20/11/2006

⇒ Το "φάντασμα" της Εύας Χερτζίγκοβα



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

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



Η ίδια, σύμφωνα με διεθνή ειδησεογραφικά πρακτορεία, επιμένει να διαβεβαιώνει ότι είναι πολύ καλά στην υγεία της... Καλά μας έπεισες!

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

Οι φωτογραφίες της, που κυκλοφόρησαν στο διαδίκτυο προκαλούν σοκ. Δείχνουν την Τσέχα καλλονή αγνώριστη. Αποστεωμένη, με μαύρους κύκλους κάτω από τα μάτια και χωρίς την παλιά της λάμψη. Όσοι τις βλέπουν μένουν άφωνοι, αλλά όχι εξαιτίας των τέλει αναλογιών της. Η ίδια επιμένει να διαψεύδει ότι είναι ανορεξική, αλλά η εικόνα είναι αδιάψευστος μάρτυρας.



**Τώρα και πριν. Η ίδια επιμένει να διαψεύδει ότι είναι ανορεξική, αλλά η εικόνα είναι αδιάψευστος μάρτυρας.
Χιλιάδες τα θύματα**

Η κατάληξή της, όμως, μόνο παράδειγμα προς αποφυγή μπορεί να αποτελέσει. Το προσωπικό δράμα του σούπερ-μόντελ απ την Τσεχοσλοβακία που ζυγίζει πλέον μόλις 30 κιλά, φέρνει στην επιφάνεια το σοβαρότατο πρόβλημα της νευρικής ανορεξίας που απειλεί σε μεγάλο βαθμό τα νεαρά κορίτσια, όταν εκείνες υποβάλλουν τους εαυτούς τους σε εξαντλητικές δίαιτες, προκειμένου να αποκτήσουν ένα καλλίγραμμα σώμα.

Δυστυχώς, η Εύα Χερτζίγκοβα δεν είναι η μοναδική, που πέφτει θύμα της ασθένειας. Στην ίδια παγίδα αναζήτησης του "τέλειου" έχουν πέσει δεκάδες άλλα διάσημα μοντέλα, όπως η Κεϊτ Μοζ αλλά και η Κάρεν Μούλντερ και ακολουθώντας το παράδειμά τους χιλιάδες μικρά κορίτσια, που καταλήγουν να καταστρέφουν τον εαυτό τους.



Η "ατέλειωτη κορμάρα" δεν υπάρχει πια. Ευτυχώς για τους φαν υπάρχουν ...οι φωτογραφίες.

Ημερομηνία Sunday, June 26 @ 15:06:20 CEST

Θέμα ΜΟΔΑ



ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η μάστιγα της αφθονίας

Στο Νοσοκομείο Παιδών τα κρεβάτια δεν επαρκούν για να νοσηλεύσουν τα παιδιά που αποφάσισαν να «το ράψουν» για να αδυνατίσουν και έκτοτε κινδυνεύει η ζωή τους... Η νευρική ανορεξία εξελίσσεται σε επιδημία του ανεπτυγμένου κόσμου και η Ελλάδα δεν αποτελεί εξαίρεση.

ΙΩΑΝΝΑ ΣΟΥΦΛΕΡΗ

«Μια φορά κι έναν καιρό, ήταν ένα όμορφο 14χρονο κορίτσι που το έλεγαν Άννα. Η Άννα ήταν ψηλή, λεπτή, επιμελής μαθήτρια, αγαπούσε τη μουσική και τη λογοτεχνία. Οι γονείς της Άννας δεν είχαν κανένα λόγο να ανησυχούν για αυτήν - το αντίθετο, είχαν κάθε λόγο να είναι υπερήφανοι: το μοναχοπαίδι τους ήταν το καμάρι των δασκάλων της και οι ίδιοι δεν μπορούσαν να θυμηθούν ποια ήταν η τελευταία φορά που χρειάστηκε να την επιπλήξουν για κάτι. Και ξαφνικά η Άννα άρχισε να χάνει βάρος...». Το παραπάνω «παραμύθι» αφορά όλο και περισσότερα παιδιά (στην πλειονότητά τους κορίτσια) προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας: σύμφωνα με τις στατιστικές, ο αριθμός των κρουσμάτων νευρικής ανορεξίας τείνει αυξανόμενος στις δυτικές κοινωνίες και φέρνει στο προσκήνιο μια μάχη για τη ζωή που δίνεται σε επίπεδο οικογένειας και συστημάτων υγείας.

⇒ Και παιδιά δημοτικού χτυπά η νευρική ανορεξία

Η επτάχρονη Μαργαρίτα Οτεν ήταν ένα υγιές κορίτσι που αγαπούσε το τένις και το θέατρο. Τρία χρόνια αργότερα, η νευρική ανορεξία της «χτύπησε την πόρτα». Από τότε, καθημερινά τρέφεται με πέντε νιφάδες δημητριακών, το δέρμα της είναι κάτωχο και με δυσκολία σηκώνεται από την καρέκλα, λέει με παράπονο η μητέρα της, που δυσκολεύεται να πιστέψει ότι η ζωή της μονάκριβης κόρης της κρέμεται από μία κλωστή...

Η περίπτωση της μικρής Μαργαρίτας δεν είναι η μοναδική. Σύμφωνα με έρευνα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Στάνφορντ, που δημοσιεύτηκε στη βρετανική Ιατρική Επιθεώρηση, η νευρική ανορεξία είναι μία πάθηση - αποκαλείται ασθένεια των μοντέλων!- που προσβάλλει κυρίως κορίτσια και νεαρές γυναίκες και προκαλεί το μεγαλύτερο αριθμό θανάτων από όλες τις ψυχιατρικές παθήσεις. Μπορεί, μάλιστα, να απειλήσει τη ζωή ακόμα και μαθητών του Δημοτικού! Σύμφωνα με τους ειδικούς, το 18% των ατόμων που προσβάλλονται από την πάθηση πεθαίνουν, καθώς παρατηρείται δυσλειτουργία σε ζωτικά όργανα.

Η νευρική ανορεξία είναι μία μορφή διαταραχής της διατροφής, κατά την οποία το άτομο που υποφέρει, διακατέχεται από έναν έντονο φόβο πρόσληψης βάρους. Επιπλέον, αποφεύγει τις κοινωνικές σχέσεις και συχνά η συμπεριφορά του χαρακτηρίζεται από αλλαγές της διάθεσης και κατάθλιψη.

Τα αίτια της πάθησης δεν είναι γνωστά. Οι ειδικοί εκτιμούν ότι ένας συνδυασμός γενετικών, νευρολογικών και ψυχολογικών παραγόντων, όπως προβλήματα στην οικογένεια, κοινωνική πίεση και μίμηση με τα πρότυπα ομορφιάς, ευνοεί την εμφάνισή της.

Η νευρική ανορεξία που απειλεί την υγεία πολλών μοντέλων το τελευταίο διάστημα -η Βραζιλιάννα Άννα Καρολίνα Ρέστον πέθανε στις 14 Νοεμβρίου σε ηλικία 21 ετών και ζύγιζε μόλις 40 κιλά- οδήγησε, πρόσφατα, πολλούς οίκους μόδας στη Μαδρίτη και αργότερα σε άλλες πόλεις της Ευρώπης να επιτρέπουν μόνο σε κανονικού πάχους μοντέλα να μετέχουν σε επιδείξεις, στέλνοντας το μήνυμα ότι η ομορφιά είναι συνώνυμο της ζωής και όχι του θανάτου.

MINA ΑΓΓΕΛΙΝΗ

Δημοσιεύθηκε: Τρίτη Δεκ 05, 2006 9:48

⇒ Υψηλή η θνησιμότητα των γυναικών με νευρογενή ανορεξία



Νέα Υόρκη: Η πλήρη ανάρρωση από νευρογενή ανορεξία είναι αργή και οι γυναίκες που πάσχουν από την εν λόγω διαταραχή της όρεξης έχουν σχεδόν εννεαπλάσιο κίνδυνο θανάτου, σύμφωνα με νέα γερμανική μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο International Journal of Eating Disorders. Ερευνητική ομάδα του Νοσοκομείου Klinik Roseneck με επικεφαλής τον Δρ Μανφρεντ Φισερ

έθεσε υπό ιατρική παρακολούθηση 103 γυναίκες, οι οποίες είχαν νοσηλευτεί για νευρογενή ανορεξία σε ηλικία κατά μέσο όρο 25 ετών.

Οι επιστήμονες επισημαίνουν ότι οι πάσχοντες από νευρογενή ανορεξία που υποβάλλονται σε θεραπεία κατά τη διάρκεια της εφηβείας, τα καταφέρνουν καλύτερα από ασθενείς που υποβάλλονται σε αγωγή ως ενήλικοι, όπως οι γυναίκες της παρούσας μελέτης. Οι ασθενείς αυτές είχαν ασυνήθιστα σοβαρή ανορεξία και μερική αντίσταση στη θεραπεία, ενώ οι περισσότερες είχαν προσπαθεί να θεραπευτούν και παλαιότερα.

Γενικά, οι συμμετέχουσες ήταν χειρότερα τα δυο χρόνια μετά τη θεραπεία, μετά παρουσίασαν βαθμιαία βελτίωση σε ορίζοντα 10ετίας. Δώδεκα χρόνια μετά τη νοσηλεία, σχεδόν το 30% των συμμετεχόντων εξακολουθούσαν να έχουν νευρογενή ανορεξία. Πάνω από τις μισές δεν είχαν καμιά μείζονα διαταραχή της όρεξης. Το τελικό αποτέλεσμα ήταν καλό για το 27,5% των ασθενών, ενδιάμεσο για το 25,3% και πτωχό για το 39,6%. Επτά ασθενείς είχαν αποβιώσει, όλες από αίτια σχετικά με την πάθηση.

Οι επιστήμονες διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες με το χειρότερο αποτέλεσμα είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν και σεξουαλικά προβλήματα. Επίσης υπέφεραν από διατροφική διαταραχή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα πριν την υποβολή σε θεραπεία για πρώτη φορά. Η συνολική θνησιμότητα ήταν 8,8%, σχεδόν εννέα φορές υψηλότερη απ' αυτή που αναμενόταν στον γενικό πληθυσμό των γυναικών ίδιας ηλικίας και για ίδια χρονική περίοδο.

HEALTH.IN.GR

9 Μαρ. 06

⇒ Πτωχή η οστική υγεία των ανορεξικών κοριτσιών με κατάθλιψη



Νέα Υόρκη: Η κατάθλιψη φαίνεται να αυξάνει περαιτέρω την πιθανότητα τα κορίτσια που υποφέρουν από νευρογενή ανορεξία να εκδηλώσουν οστεοπόρωση, σύμφωνα με νέα αυστραλιανή μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. Ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου της Μελβούρνης με επικεφαλής τον Δρ Τζερζι Κονσταντιβιτς εκτίμησε την οστική πυκνότητα 45 κοριτσιών με νευρογενή ανορεξία, περιλαμβανομένων και 14 που επίσης έπασχαν από κατάθλιψη. Συνακόλουθα με προηγούμενες μελέτες, η οστική πυκνότητα και στις δυο ομάδες ήταν μειωμένη εν συγκρίσει με αυτή του γενικού πληθυσμού. Επιπλέον, τα άτομα με κατάθλιψη είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με τα κορίτσια χωρίς κατάθλιψη. Περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι η σοβαρότητα της κατάθλιψης ήταν ανεξάρτητα συνδεδεμένη με την οστική πυκνότητα. Πρόκειται για την πρώτη απόδειξη μιας ποσοτικής σχέσης μεταξύ οστικής πυκνότητας και κατάθλιψης στις ανορεξικές

έφηβες. Περαιτέρω μελέτες θα δείξουν αν τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να καταπραΰνουν το έλλειμμα στην οστική πυκνότητα.

HEALTH.IN.GR

4 Οκτ. 05

⇒ Η ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΧΤΥΠΑΕΙ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ...

Η νευρική ανορεξία (ή αλλιώς η ασθένεια των μοντέλων) απασχολούσε μέχρι τώρα κυρίως γυναίκες, ειδικοί όμως εκφράζουν διαφορετική άποψη, καθώς διαπιστώνεται πως όλο και περισσότεροι άνδρες πέφτουν θύματα της ασθένειας.

Στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, τα κρούσματα νευρικής ανορεξίας στους άνδρες έχουν ανέβει κατακόρυφα. Εκτιμάται ότι το 16% των περιπτώσεων που αντιμετωπίζουν πρόβλημα με το φαγητό είναι γένους αρσενικού, από 10% που ήταν πριν από δέκα χρόνια.

Το δυστύχημα είναι ότι επειδή η συγκεκριμένη ασθένεια φαίνεται να απασχολεί περισσότερο τις γυναίκες, η διάγνωση της στους άνδρες δεν είναι έγκαιρη, με αποτέλεσμα να χάνεται πολύτιμος χρόνος για τη θεραπεία της. Ακόμα όμως κι αν οι άνδρες διαπιστώσουν ότι πάσχουν από νευρική ανορεξία δεν αναζητούν εύκολα βοήθεια, καθώς νιώθουν άβολα έχοντας μια ασθένεια που θεωρείται -λανθασμένα- «γυναικείο θέμα».

Οι πιέσεις που δέχεται ο σύγχρονος άνδρας για την εξωτερική του εμφάνιση είναι εξίσου ασφυκτικές με αυτές που δέχεται η γυναίκα. Η μόδα «διατάζει» σήμερα τον άνδρα να διατηρεί ένα καλογυμνασμένο μυώδες σώμα. Δεν είναι άλλωστε τυχαίο που στις διαφημίσεις και τα εξώφυλλα ανδρικών περιοδικών κυριαρχούν άνδρες που μοιάζουν να είναι κλώνοι του Baywatch.

Σύμφωνα με έρευνες, όπως οι γυναίκες έτσι και άνδρες -σχεδόν το 80%- έχουν πρόβλημα με το σώμα τους και με το βάρος τους, ενώ το 95% των ανδρών που αναγκάζονται να διακόψουν για οποιοδήποτε λόγο μία δίαιτα πέφτουν ψυχολογικά. Αμέσως σχηματίζουν αρνητική εικόνα για το σώμα τους, αποκτούν χαμηλή αυτοεκτίμηση και σε ακραίες περιπτώσεις επηρεάζεται η σεξουαλική τους διάθεση.

Μόλις τα τελευταία χρόνια οι κλινικές και οι γιατροί διαπίστωσαν πως οι άνδρες απειλούνται από τη νευρική ανορεξία όπως ακριβώς και οι γυναίκες. Οι διαφορές στα δυο φύλα εντοπίζονται κυρίως στη θεραπεία της ασθένειας. Οι ειδικοί σημειώνουν πως ο άνδρας λειτουργεί καλύτερα μέσα από προγράμματα γυμναστικής και άσκησης, όπως επίσης και με επιμορφωτικά σεμινάρια για τη διατροφή.

Αν και υπάρχουν εκατοντάδες βιβλία που αναφέρονται στις διατροφικές δυσλειτουργίες, μόλις ελάχιστα αναφέρονται στα διατροφικά προβλήματα των ανδρών. Ο καθηγητής Άρνολντ Άντερσεν ήταν από τους πρώτους που έγραψε βιβλίο για το θέμα. Ο καθηγητής τονίζει πως ο τρόπος αντιμετώπισης θα πρέπει να είναι διαφορετικός από αυτόν των γυναικών. Το θέμα της νευρικής ανορεξίας στους άνδρες ήρθε στην επιφάνεια όταν ο Αμερικανός διάσημος ηθοποιός Μπίλι Μπομπ Θόρτον παραδέχτηκε το πρόβλημα του.



Της Χριστίνας Λιακοπούλου

Τετάρτη, 21 Μαρτίου 2007

⇒ Θάνατος 20χρονης από νευρική ανορεξία

Σοκ έχει προκαλέσει στην πανεπιστημιακή κοινότητα των Ιωαννίνων ο θάνατος 20χρονης φοιτήτριας της Ιατρικής από τη Λάρισα. Όπως δήλωσε ο ιατροδικαστής Θεόδωρος Βουγιουκλάκης, ο θάνατος της φοιτήτριας επήλθε από ασιτία, έχοντας χρόνια πρόβλημα ανορεξίας.

Η ψυχολογική αυτή ασθένεια ονομάζεται ψυχογενής ή νευρική ανορεξία (anorexia nervosa), που οδηγεί σε συνεχή αποχή από τροφή και εμφανίζεται κυρίως στα κορίτσια νεαρής και εφηβικής ηλικίας.

Είναι χαρακτηριστικό ότι το σωματικό βάρος της άτυχης φοιτήτριας δεν έφθανε τα 25 κιλά.

Ο θάνατός της δημιούργησε πολλά ερωτηματικά στα οποία έδωσε απαντήσεις ο ιατροδικαστής. Η 20χρονη είχε το πρόβλημα από χρόνια και οπωσδήποτε η κατάστασή της επιδεινώθηκε όταν έφυγε από το σπίτι της για να σπουδάσει στην Ιατρική Σχολή των Ιωαννίνων.

Το περασμένο Σάββατο, μαζί με τη μητέρα της ξεκίνησαν από τα Γιάννινα με το λεωφορείο του ΚΤΕΛ για το σπίτι τους στη Λάρισα. Στον "Αυχένα" Κατάρας έχασε τις αισθήσεις της. Ο οδηγός και οι συνεπιβάτες της προσπάθησαν να την συνεφέρουν χωρίς αποτέλεσμα. Μεταφέρθηκε στο Κέντρο Υγείας Μετσόβου όπου οι γιατροί διέγνωσαν ότι ήταν ήδη νεκρή.

Στη συνέχεια ο ιατροδικαστής που έκανε νεκροψία διαπίστωσε ότι ο θάνατος επήλθε από ανακοπή, συνεπεία συστηματικής αποχής από τροφή.

Athens News Agency: News in Greek
04/02/2003 13:49:02

⇒ Απαγορεύτηκε εικόνα του Τοσκάνι κατά της νευρικής ανορεξίας



Η διαφημιστική εκστρατεία κατά της νευρικής ανορεξίας με την εικόνα μιας αποστεωμένης γυμνής νέας γυναίκας, έργο του Ιταλού φωτογράφου Ολιβιέρο Τοσκάνι για λογαριασμό ιταλικής εταιρίας ένδυσης, απαγορεύτηκε στην Ιταλία από την επιτροπή του Ινστιτούτου ελέγχου των διαφημίσεων (IAP).

Η επιτροπή αναφέρει στην ανακοίνωσή της ότι το μήνυμα της εν λόγω διαφήμισης δεν είναι σύμφωνο με τα άρθρα 1 και 10 του κώδικα ελέγχου της διαφήμισης και ζητεί την απαγόρευσή της. Το άρθρο 1 του κώδικα αυτού επιβάλλει κάθε διαφήμιση να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα και να αποφεύγει κάθε τι που εξευτελίζει. Επίσης, το άρθρο 10 επιβάλλει η διαφήμιση να μην προσβάλλει τα ήθη, τις πολιτικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις των πολιτών, να σέβεται την αξιοπρέπεια της ανθρώπινης ύπαρξης σε όλες τις μορφές και εκφράσεις της.

Οι αποφάσεις της επιτροπής έχουν δεσμευτικό χαρακτήρα για όλα τα πρακτορεία διαφημίσεων, όπως συμβαίνει και με την περίπτωση αυτής της

καμπάνιας-σοκ κατά της ανορεξίας για την εταιρία ιταλικών ενδυμάτων "No-Ita".

Οι λόγοι για την έκδοση της απόφασης της επιτροπής δεν έχουν ακόμη δημοσιοποιηθεί. "Η φωτογραφία μας σοκάρει όλους, πόσον μάλλον όσους είναι ασθενείς και μάλιστα ο σκοπός της είναι εμπορικός", δήλωσε ο πρόεδρος του ΙΑΡ Τζόρτζιο Φλορίντια. Ο Ιταλός φωτογράφος κατήγγειλε "λογοκρισία" και δήλωσε ότι θα καταφύγει στη δικαιοσύνη ζητώντας ηθική και οικονομική αποζημίωση. "Τα μέλη της επιτροπής είναι πρόσωπα αναχρονιστικά", δήλωσε στην εφημερίδα Corriere della Serra.

Στην Γαλλία η αντίστοιχη αρχή για τον έλεγχο των διαφημίσεων (BVP) "αποτρέπει" τους Γάλλους διαφημιστές να κάνουν χρήση της φωτογραφίας που δείχνει την ανορεξική ηθοποιό, Γαλλίδα Ιζαμπέλ Καρό, μοντέλο της επίμαχης φωτογραφίας που δηλώνει ότι πάσχει από ανορεξία.

14:58 19/10

e-go.gr

⇒ ΔΡΑΜΑΤΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η ανεπάρκεια υπηρεσιών στο μεγαλείο της

- Όλα τα άτομα άνω των 16 ετών που πάσχουν από νευρική ανορεξία καταλήγουν στις ψυχιατρικές πτέρυγες λόγω έλλειψης των εξειδικευμένων δομών από πλευράς του κράτους
- 20 περιστατικά καταγεγραμμένα στο δημόσιο τομέα, μόνο τους 10 πρώτους μήνες του 2007. Το 2005 ο αριθμός ήταν μόλις 6.



Τη γύμνια των υπηρεσιών που το κράτος παρέχει σε άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία και άλλες διατροφικές διαταραχές αποκάλυψε η χθεσινή συνεδρίαση της Επιτροπής Υγείας της Βουλής. Όπως διαπιστώθηκε κατά τη συζήτηση, ενώ τα περιστατικά νευρικής ανορεξίας παρουσιάζουν τα τελευταία τρία χρόνια δραματική αύξηση, οι υπηρεσίες για την αντιμετώπισή τους είναι ελάχιστες έως ανύπαρκτες, αφού ακόμα και αυτές που υπάρχουν αφορούν έφηβους μέχρι 15 ετών, ενώ το πρόβλημα εντοπίζεται και σε έφηβους άνω των 16 καθώς και σε ενήλικες των ηλικιών 20-26 ετών.

Τα στοιχεία που έδωσε ο υπουργός Υγείας, Κώστας Καδής, προκάλεσαν έντονο προβληματισμό, αφού τα τελευταία τρία χρόνια ο αριθμός των περιστατικών

που καταγράφονται σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα παρουσιάζει σημαντική αύξηση. Συγκεκριμένα, ενώ το 2004 είχαν καταγραφεί στο δημόσιο τομέα μόλις 7 περιστατικά και το 2005, 6, το 2006 ο αριθμός των περιστατικών νευρικής ανορεξίας έφθασε τα 14 και το 2007 μέχρι σήμερα (τους δέκα μήνες του χρόνου δηλαδή) έχουν ήδη καταγραφεί 20 περιστατικά εκ των οποίων τα 8 ήταν σοβαρά και τα υπόλοιπα 12 ήπια). Όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα και όπως ανέφερε η πρόεδρος του Συνδέσμου Διαιτολόγων Έλενα Ανδρέου, έχουν καταγραφεί για το έτος 2007 (μέχρι σήμερα) 33 περιστατικά νευρικής ανορεξίας. Ωστόσο, όπως εξήγησε η κ. Ανδρέου, «ο αριθμός αυτός αφορά μόνο τα περιστατικά που έχουν αναφερθεί στο σύνδεσμο και όχι το σύνολο των περιστατικών νευρικής ανορεξίας που αντιμετωπίζονται στον ιδιωτικό τομέα». Η πρόεδρος των διαιτολόγων υποστήριξε ότι οι έφηβοι μέχρι 15-16 ετών μπορούν να απευθύνονται στο Μακάρειο Νοσοκομείο αλλά για τα άτομα άνω των 16 και για τους ενήλικες δεν υπάρχει καμιά απολύτως δομή για να παρέχει την απαραίτητη βοήθεια.

Το γεγονός ότι στο δημόσιο τομέα υπάρχουν υπηρεσίες μόνο για τα παιδιά και τους έφηβους επιβεβαίωσε η διευθύντρια του Παιδοψυχιατρικού Τμήματος του Μακάρειου Νοσοκομείου, Άννα Παραδεισιώτου, η οποία ανέφερε ότι τώρα μόλις προχωρούν οι διαδικασίες για τη δημιουργία παιδοψυχιατρικής κλινικής στο Μακάρειο, η οποία θα εξυπηρετεί και αυτού του είδους τα περιστατικά που αφορούν παιδιά μέχρι και 15 ετών. Η κλινική, όπως είπε, αναμένεται ότι θα είναι έτοιμη για να λειτουργήσει μέχρι το τέλος του 2008.

Συγκλονιστική ήταν η μαρτυρία γονιών, οι οποίοι είδαν τα παιδιά τους να ταλαιπωρούνται από τη νευρική ανορεξία αλλά όταν αποτάθηκαν στο Μακάρειο Νοσοκομείο έζησαν από κοντά την ανεπάρκεια των υπηρεσιών. Όπως ανέφερε ο πρόεδρος του Συνδέσμου Στήριξης Ατόμων με Διατροφικές Διαταραχές «ένα παιδί επί δύο μήνες βρισκόταν πάνω σε ένα κρεβάτι με ένα μόνο ορρό στο χέρι χωρίς να δέχεται άλλου είδους βοήθεια, κάτι το οποίο βεβαίως δεν το βοήθησε καθόλου». Όσοι έχουν την οικονομική άνεση, είπε, «παίρνουν τα παιδιά τους και πάνε στο εξωτερικό, τώρα άρχισε και το υπουργείο Υγείας να παραπέμπει στο εξωτερικό αλλά το κόστος είναι τεράστιο και δεν μπορούν όλοι να το καλύψουν». Όπως είπε χαρακτηριστικά «για κάθε ημέρα παραμονής στα εξειδικευμένα αυτά κέντρα καταβάλλονται 355 ημέρες και το ελάχιστο διάστημα της θεραπείας είναι 12 εβδομάδες, άρα εύκολα μπορεί να διαπιστώσει κάποιος ότι δεν μπορούν όλοι οι πολίτες να διαθέσουν αυτά τα λεφτά».

Στην ψυχιατρική οι άνω των 16

Σοκ προκάλεσε στην Επιτροπή Υγείας η παραδοχή τόσο του υπουργού Υγείας, Κώστα Καδή όσο και των αρμόδιων λειτουργών του υπουργείου του ότι ελλείπει εξειδικευμένης δομής, όλα τα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία και χρειάζονται νοσηλεία, παραπέμπονται στις ψυχιατρικές πτέρυγες των κρατικών νοσοκομείων, οι οποίες δεν είναι βεβαίως και οι πιο κατάλληλοι χώροι για την παρακολούθηση τέτοιων περιστατικών.

Χτυπά περισσότερο τα κορίτσια

Από τις διάφορες έρευνες προκύπτει ότι:

Τα κορίτσια σε όλες τις ηλικιακές ομάδες έχουν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τα αγόρια. Στα αγόρια παρατηρείται πτωτική τάση της βαθμολογίας με την αύξηση της ηλικίας, κάτι που δεν συμβαίνει στα κορίτσια.

Παρατηρείται αυξημένος κίνδυνος για εμφάνιση διατροφικών διαταραχών στην ομάδα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Παρατηρείται αυξημένος κίνδυνος για εμφάνιση διατροφικών διαταραχών στα παιδιά αγροτικών περιοχών.

Ένα στα δύο κορίτσια και ένα στα πέντε αγόρια

Το μέγεθος του προβλήματος που υπάρχει στην Κύπρο επιβεβαιώνει και η τελευταία έρευνα που διενεργήθηκε από το Ερευνητικό και Εκπαιδευτικό Ίδρυμα «Υγεία του Παιδιού» και αφορά τα έτη 2206 - 2007.

Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 200 παιδιά που φοιτούν σε γυμνάσια και λύκεια της χώρας και σύμφωνα με τα αποτελέσματα ένα στα δύο κορίτσια και ένα στα πέντε αγόρια παρουσιάζουν ψηλή βαθμολογία στα ερωτηματολόγια, δηλαδή, έχουν αυξημένη τάση για να αναπτύξουν αυτή τη διατροφική διαταραχή. Το παρήγορο είναι ότι από τα παιδιά αυτά, μόνο ένα μικρό ποσοστό εμφανίζει πιο σοβαρά συμπτώματα ή μπαίνει στο φαύλο κύκλο των διατροφικών διαταραχών και πολλά από αυτά καταφέρνουν να ξεφύγουν, χωρίς να φτάσουν σε ακραίες περιπτώσεις. Ανησυχητικό είναι και το γεγονός ότι πάρα πολλά κορίτσια και αγόρια έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, χαμηλή αυτοεικόνα, θέλουν να χάσουν βάρος ακόμα κι αν είναι λεπτοί και εμφανίζουν έντονες δυσκολίες στην είσοδό τους από την παιδική στην εφηβική ηλικία και μετά στην ενήλικη ζωή. Επίσης, σε ένα αριθμό παιδιών που επανελέχθησαν, βρέθηκε ότι με την πάροδο της ηλικίας μειώνονται τα ποσοστά της ανορεξίας και υπάρχει μια αυξητική τάση των παιδιών που έχουν τάση για βουλιμία. Να αναφέρουμε ότι παλαιότερη έρευνα, η οποία διενεργήθηκε το 2005, διαπίστωσε ότι:

Το 42% των κοριτσιών δεν είναι ικανοποιημένα με το σωματικό τους βάρος και θέλουν να χάσουν κιλά. Στα αγόρια το αντίστοιχο ποσοστό είναι 18%. Επίσης, ποσοστό 41% των κοριτσιών δηλώνουν ότι δεν είναι ικανοποιημένα με κάποιο μέρος του σώματός τους, κυρίως την κοιλιά τους, την περιφέρεια τους ή το μέγεθος και το σχήμα των ποδιών τους. Στα αγόρια το αντίστοιχο ποσοστό είναι 18%. Πολύ ψηλά είναι και τα ποσοστά των παιδιών που εκδηλώνουν προβλήματα και φοβίες που προκαλεί το πέρασμα από την παιδική στην εφηβική ηλικία και δυσπιστία προς τους άλλους. Αυτό δείχνει τη δυσκολία των νέων να ανταποκριθούν στις αυξημένες απαιτήσεις της εφηβείας. Τα ποσοστά είναι 84% και 48% στα αγόρια και 80% και 45% στα κορίτσια αντίστοιχα. Η τελειομανής συμπεριφορά είναι συχνή και στα δύο φύλα. 68% στα αγόρια και 62% στα κορίτσια και είναι ενδεικτική των πολύ ψηλών στόχων που βάζουν οι μαθητές, γεγονός που τους προκαλεί πίεση και άγχος. Τα περιστατικών ψυχογενούς πιθανά ποσοστά ανορεξίας είναι 0,78% στα κορίτσια και 0,14% στα αγόρια.

Ποσοστό 26,6% των κοριτσιών και 13% των αγοριών έχει βαθμολογία που είναι ενδεικτική διαταραχής διατροφικής συμπεριφοράς και αυτά τα παιδιά ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου ανάπτυξης σοβαρότερης ψυχοπαθολογίας. Τα ποσοστά αυτά έχουν ήδη φθάσει στα επίπεδα άλλων χωρών της περιοχής, όπως η Ελλάδα και το Ισραήλ και δείχνουν την ύπαρξη του προβλήματος και στην Κύπρο, καθώς και στην ανάγκη πρόληψης των σοβαρών αυτών νοσημάτων.



Της Μαριλένας Παναγή



⇒ Ο θανατηφόρος «ιός» των μοντέλων :

Άλλη μία θυσία στον βωμό της βιομηχανίας μόδας. Η νευρική ανορεξία οδήγησε στον θάνατο την μόλις 21 ετών Βραζιλιάνα καλλονή του Τζόρτζιο Αρμάνι, Άννα Καρολίνα Ρέστον, αφυπνίζοντας τους εκπροσώπους μόδας και αναδεικνύοντας τη ματαιοδοξία των σημερινών προτύπων ομορφιάς. Η Άννα, τοπ μόντελ από τη Βραζιλία που στο παρελθόν εργάστηκε με τον διάσημο Ιταλό μόδιστρο Τζόρτζιο Αρμάνι, είχε ύψος 1,74 και ζύγιζε μόλις και μετά βίας 40 κιλά. Την παραμονή μιας φωτογράφισης στο Παρίσι η νεαρή καλλονή άφησε την τελευταία της πνοή στο νοσοκομείο του Σάο Πάολο μετά από τρεις εβδομάδες. Η Ρέστον έκανε διεθνή καριέρα με φωτογραφήσεις και επιδείξεις σε Κίνα, Τουρκία, Μεξικό και Ιαπωνία.

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

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

Ορισμένοι εκπρόσωποι μόδας έκαναν έκκληση στους αρμοδίους να σταματήσουν να χρησιμοποιούν μοντέλα «μεγέθους 0», όχι μόνο στο όνομα της υγείας των επαγγελματιών μοντέλων, αλλά και κάθε γυναίκας που τα μιμείται. Τα προβεβλημένα μέσα από το λαμπερό χώρο του μόντελινγκ πρότυπα ομορφιάς αποτελούν παράδειγμα για εκατομμύρια κορίτσια σε όλο τον κόσμο που επιδίδονται σε επικίνδυνες δίαιτες για να γίνουν όλο και πιο αδύνατες, όλο και ομορφότερες. «Ποτέ δεν μου άρεσαν τα αδύνατα μοντέλα και δεν τα έχω βγάλει ποτέ στην πασαρέλα», ισχυρίζεται ο Ιταλός μόδιστρος υψηλής ραπτικής Τζόρτζιο Αρμάνι. Ήρθε, άραγε, το τέλος για τις σκελετωμένες καλλονές;

Γράφει η ΕΡΗ ΠΑΝΣΕΛΗΝΑ («Ε» 17/11/2006)



⇒ Πασαρέλα θανάτου για όμορφα μοντέλα

Συναγερμό έχουν σημάνει στον λαμπερό κόσμο της μόδας οι αλληπάλληλοι θάνατοι μοντέλων από νευρική ανορεξία, που υποχρεώνουν πλέον τις κυβερνήσεις και τη βιομηχανία της μόδας να θέσουν... περιοριστικούς όρους για τα καχεκτικά μοντέλα.

Τον Αύγουστο, η 22χρονη Λουίζελ Ράμος από την Ουρουγουάη πέθανε από καρδιακή ανεπάρκεια κατά τη διάρκεια επίδειξης μόδας στο Μοντεβιδέο. Ο πατέρας της είπε ότι είχε να φάει αρκετές μέρες... Τρεις μήνες μετά, ο θάνατος της Ανα Καρολίνα Ρέστον από νευρική ανορεξία σοκάρει τη Βραζιλία. Το 21χρονο μοντέλο, το οποίο είχε ύψος 1,72 μέτρα, ζύγιζε... 40 κιλά όταν πέθανε. Ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) της Ρέστον ήταν μόλις 13,5, όταν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί οποιονδήποτε άνθρωπο με δείκτη μάζας σώματος κάτω του 18,5 «ελλιποβαρή», ενώ ο δείκτης που πλησιάζει το 15 αποτελεί ένδειξη λιμοκτονίας...

Μάστιγα

Πίσω από τους προβολείς της μόδας, μια τραγική αλήθεια σκοτώνει... Η νευρική ανορεξία εξελίσσεται σε μάστιγα όχι μόνο για τον κόσμο της υψηλής ραπτικής αλλά για εκατομμύρια γυναίκες νεαρής ηλικίας που λιμοκτονούν στην απέλπιδα προσπάθεια να μιμηθούν κίβδηλα πρότυπα... Όπως για παράδειγμα η 23χρονη καθηγήτρια πιάνου Μπεατρίς Λόπεζ Μπάστος ή η 21χρονη φοιτήτρια Κάρλα Σομπράντο Κάζελε που πέθαναν από ανορεξία.

Μία στις 100 γυναίκες, στη συντριπτική πλειοψηφία νεαρής ηλικίας, πάσχουν από νευρική ανορεξία και το 10% εξ αυτών πεθαίνει. Η ανορεξία είναι η 3η πιο συχνή χρόνια ασθένεια που πλήττει τους εφήβους, ενώ το ποσοστό θνησιμότητας από αιτίες που σχετίζονται με την ανορεξία είναι 12 φορές υψηλότερο από το ποσοστό θανάτων οποιασδήποτε αιτίας για νεαρές ηλικίας 15-24 ετών. Μία ασθένεια με βιολογικές αλλά και ψυχολογικές ρίζες, μία ασθένεια φονική που ποτέ, ωστόσο, δεν έλαβε της ανάλογης προσοχής. Τουλάχιστον μέχρι τώρα που η νευρική ανορεξία δονεί τον λαμπερό κόσμο της μόδας...

Επιτέλους,

δράση

«Η δικτατορία των κοκαλιάρικων γυναικών σκοτώνει ένα μοντέλο», ανέφεραν έντυπα στη Βραζιλία, μετά τον θάνατο της Ρέστον. Και οι κυβερνήσεις -με την υποστήριξη μεγάλων οίκων υψηλής ραπτικής- αναλαμβάνουν, επιτέλους, δράση.

Η ιταλική κυβέρνηση και η Εθνική Ένωση Μόδας υπέγραψαν έναν «κώδικα ηθικής» ο οποίος θέτει εκτός πασαρέλας τα ανήλικα και τα υπερβολικά αδύνατα μοντέλα, σε μια προσπάθεια καταπολέμησης της ανορεξίας.

Το μανιφέστο απαγορεύει σε μοντέλα ηλικίας κάτω των 16 ετών να λαμβάνουν μέρος σε επιδείξεις μόδας, απαιτεί από τα μοντέλα ιατρικά έγγραφα που να αποδεικνύουν ότι δεν υποφέρουν από διατροφικές διαταραχές, ενώ ζητά από τους σχεδιαστές μόδας να δεσμευτούν ότι θα προσθέσουν μεγαλύτερα μεγέθη στις κολεξιόν τους.

Ο Μάριο Μποσέλι, επικεφαλής της Εθνικής Ένωσης Μόδας (όπου υπάγονται οίκοι όπως Versace, Prada και Missoni) σχεδιάζει να συναντηθεί εντός των επομένων ημερών με τον επικεφαλής της βιομηχανίας μόδας προκειμένου το μανιφέστο κατά της ανορεξίας να αποκτήσει παγκόσμια ισχύ.

Απαγορεύτηκαν

Τον Σεπτέμβριο, τα μοντέλα με δείκτη μάζας σώματος κάτω του 18 απαγορεύτηκαν από την Εβδομάδα Μόδας της Μαδρίτης, οι διοργανωτές της Εβδομάδας Μόδας του Σάο Πάολο έθεσαν μίνιμουμ στο όριο ηλικίας και απαιτούν από τα πρακτορεία να καταθέτουν πιστοποιητικά υγείας για τα μοντέλα τους, ενώ στη Νέα Υόρκη οι διοργανωτές επιδείξεων μόδας εξέδωσαν οδηγίες για την αντιμετώπιση του

προβλήματος της νευρικής ανορεξίας, απέφυγαν ωστόσο να αποκλείσουν τα υπερβολικά αδύνατα μοντέλα από τις πασαρέλες.

Ειδικοί κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου, σχεδιαστές επιμένουν ότι «ομορφιά σημαίνει υγεία όχι λιμοκτονία», πολλές φιλόδοξες έφηβες όμως δεν πείθονται και συνεχίζουν να διεκδικούν το όνειρο στην ομορφιά, θέτοντας σε κίνδυνο την ίδια τους τη ζωή. Όπως η 14χρονη Μαϊάρα Γκαλβάρντο Βιεϊρά, επίδοξο μοντέλο. Η Μαϊάρα ζύγιζε μόλις 38 κιλά όταν πέθανε τον προηγούμενο μήνα, η πέμπτη γυναίκα που πεθαίνει σε τρεις μήνες στη Βραζιλία από νευρική ανορεξία...

«Εκτός» ανήλικα και υπερβολικά αδύνατα μοντέλα

ΙΤΑΛΙΑ: Μανιφέστο

Η κυβέρνηση Πρόντι και η Ένωση Μόδας υιοθέτησαν μανιφέστο κατά της νευρικής ανορεξίας: Απαιτούν ιατρικά έγγραφα που να πιστοποιούν ότι το μοντέλο δεν πάσχει από διατροφικές διαταραχές, αποκλείουν από την πασαρέλα μοντέλα κάτω των 16 ετών και ζητούν από τους οίκους μόδας να δεσμευτούν ότι θα συμπεριλάβουν μεγαλύτερα μεγέθη στις κολεξιόν τους.

ΙΣΠΑΝΙΑ: Απαγόρευση

Τον Σεπτέμβριο, οι διοργανωτές της Εβδομάδας Μόδας απαγόρευσαν σε οποιοδήποτε μοντέλο με δείκτη μάζας σώματος χαμηλότερο του 18 (το 18,5 χαρακτηρίζει τον ελλιποβαρή) να συμμετάσχει στις επιδείξεις, βάσει ενός περιφερειακού νόμου που αποσκοπεί στην καταπολέμηση της ανορεξίας. Και αυτή ήταν μόνο η αρχή, καθώς η Ισπανία σχεδιάζει εκστρατεία κατά της ανορεξίας.

ΒΡΑΖΙΛΙΑ: Όριο ηλικίας

Εθνική εκστρατεία για την καταπολέμηση της νευρικής ανορεξίας ξεκίνησε η Βραζιλία: Οι διοργανωτές της Εβδομάδας Μόδας στο Σάο Πάολο απαίτησαν από τα πρακτορεία να παρουσιάσουν πιστοποιητικά υγείας των μοντέλων, ενώ έθεσαν μίνιμουμ όριο ηλικίας. Τα πρακτορεία ζητούν πλέον από όλα τα μοντέλα να υποβάλλονται σε εξετάσεις αίματος.

ΗΠΑ: Οδηγίες

Το Συμβούλιο Σχεδιαστών Μόδας στην Αμερική (CFDA) εξέδωσε οδηγίες για τα μοντέλα: Συνιστάται θεραπεία για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών, λιγότερες ώρες εργασίας, τη διάθεση υγιεινής τροφής στα παρασκήνια και την απαγόρευση του αλκοόλ και του καπνίσματος. Αποφεύγει ωστόσο να αποκλείσει τα καχεκτικά μοντέλα από τις πασαρέλες.

⇒ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ



Λευκωσία: Κενά στην πρόληψη και αντιμετώπιση των περιστατικών ανορεξίας, διαπιστώνει ο Υπουργός Υγείας Κώστας Καδής, ο οποίος δήλωσε στη Βουλή ότι τα περιστατικά νευρικής ανορεξίας στην παιδική και εφηβική ηλικία παρουσιάζουν αυξητική τάση, φθάνοντας τα 20 το 2007 σε σύγκριση με 6 μόνο περιστατικά το 2005. Σε δηλώσεις μετά τη συζήτηση που διεξήχθη ενώπιον της Κοινοβουλευτικής Επιτροπής Υγείας για την νευρική ανορεξία και

βουλιμία στην παιδική και εφηβική ηλικία στην Κύπρο, ο κ. Καδής είπε πως κατά τη συνεδρία παρουσιάστηκαν στοιχεία που καταδεικνύουν αυξητική τάση των περιστατικών που αναγνωρίζονται. Παραθέτοντας στοιχεία, ο Υπουργός Υγείας είπε πως τα κρατικά νοσηλευτήρια κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν 6 περιστατικά το 2005, το 2006 τα περιστατικά ανήλθαν στα 12 για να φθάσουν το 2007 στα 20 περιστατικά μέχρι στιγμής.

Ο Υπουργός εξήγησε πως τα περιστατικά εάν είναι ήπιας μορφής αντιμετωπίζονται στα εξωτερικά ιατρεία ή στα νοσοκομεία και ανέφερε πως οι περιπτώσεις που χρειάζονται εξειδικευμένη φροντίδα και δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν στην Κύπρο, αποστέλλονται σε εξειδικευμένα κέντρα του εξωτερικού.

Απαντώντας σε ερώτηση, είπε πως την τελευταία χρονιά στάλθηκαν στο εξωτερικό πέντε περιστατικά, τρία αντιμετωπίστηκαν στα δημόσια νοσηλευτήρια και τα υπόλοιπα παρακολουθούνται από τα εξωτερικά ιατρεία.

Ο κ. Καδής ανέφερε περαιτέρω ότι διαπιστώθηκαν κενά ως προς το επίπεδο ενημέρωσης που έχουν οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα και κυρίως οι γονείς, ανακοινώνοντας δέσμευση του Υπουργείου Υγείας να εξετάσει την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών παροχής πληροφόρησης και ενημέρωσης προς τον Κύπριο πολίτη.

Ο Υπουργός Υγείας επεσήμανε πως χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση του προβλήματος με επιδημιολογικές έρευνες, αναφέροντας πως το Υπουργείο προωθεί περαιτέρω έρευνα με στόχο να καταδειχθεί η έκταση του προβλήματος και οι παράγοντες που το επηρεάζουν ώστε να κτυπηθεί το πρόβλημα στη ρίζα του, με εξειδικευμένες δράσεις.

Η ολοκλήρωση μέχρι το τέλος του 2008 της παιδοψυχιατρικής μονάδας του Μακαρείου Νοσοκομείου, θα συμβάλει στην αντιμετώπιση των περιστατικών παρά το γεγονός ότι δεν θεωρείται ιδανική λύση για αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών καθώς η καλύτερη λύση είναι η δημιουργία ειδικής μονάδας, είπε ο Υπουργός Υγείας.

Πρόσθεσε πως ενόψει της τεράστιας έλλειψης που παρατηρείται σε ψυχιάτρους και παιδοψυχιάτρους, η εναλλακτική λύση είναι η αντιμετώπιση και αυτών των περιστατικών από την παιδοψυχιατρική μονάδα του Μακαρείου, η οποία αναμένεται να λειτουργήσει μέχρι το τέλος του 2008 και τα δύσκολα περιστατικά που δεν θα μπορούν να αντιμετωπισθούν από τη μονάδα θα αποστέλλονται στο εξωτερικό σε εξειδικευμένα κέντρα.

Η βουλευτής του ΔΗΣΥ Στέλλα Κυριακίδου, που προήδρευσε της σημερινής συνεδρίας της Επιτροπής, ανέφερε πως σύμφωνα με έρευνα του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού ένα σημαντικό ποσοστό εφήβων ηλικίας Γυμνασίου - Λυκείου έχουν χαρακτηριστικά που θα οδηγήσουν σε διαταραχές διατροφής εάν δεν αντιμετωπισθούν έγκαιρα.

Διαπιστώσαμε ότι με την ολοκλήρωση της παιδοψυχιατρικής του Μακάρειου το 2008 δεν θα λυθεί το πρόβλημα, καθώς το Μακάρειο νοσηλεύει παιδιά ηλικίας μέχρι 15 ετών και έτσι η νοσηλεία παιδιών με διατροφικές διαταραχές σε αυτή την κλινική θα σταματά στην ηλικία των 15 ετών.

Εξήγησε πως η πλειοψηφία των εφήβων που παρουσιάζει διαταραχές είναι ηλικίας 14 με 17 ετών, αριθμός εφήβων δεν θα έχει που να νοσηλευτεί και επεσήμανε πως 1 στα 5 κορίτσια μπορεί να παρουσιάσουν διαταραχές στη διατροφή.

Αναφερόμενη στην έλλειψη παιδοψυχιάτρων (6 παιδοψυχίατροι παγκύπρια), η κ. Κυριακίδου είπε ότι αίτημα των γονέων είναι να στελεχωθούν οι υπηρεσίες με κλινικούς ψυχολόγους που υπάρχουν στην Κύπρο, ώστε να λειτουργούν συμβουλευτικά κέντρα και κέντρα που θα παρέχουν φροντίδα πριν και μετά τη νοσηλεία.

Διατύπωσε δε την εκτίμηση πως επί του θέματος βλέπουμε τη μύτη του παγόβουνου. Ο βουλευτής του ΑΚΕΛ Πανίκκος Σταυριανός είπε πως ο σημαντικότερος παράγοντας της ανορεξίας - βουλιμίας είναι ο δυτικός τρόπος ζωής και κατανάλωσης, όπως αυτός παρέχεται ανεξέλεγκτα και χωρίς παιδεία. Αποτελεί τη νόσο της υπερκατανάλωσης, πρόσθεσε, παρακινώντας τους γονείς να περιορίσουν τις απαιτήσεις των παιδιών τους και να τα θωρακίσουν με μαθήματα ηθικής.

Η βουλευτής του ΔΗΚΟ Αθηνά Κυριακίδου είπε ότι η ανορεξία είναι γένους θηλυκού και πηγάζει από τα λανθασμένα πρότυπα που προβάλλονται διεθνώς για την ομορφιά και πρόσθεσε πως στην Κύπρο δεν υπάρχει πουθενά χώρος στον οποίο να παρέχεται στήριξη και θεραπεία στα άτομα που υποτροπιάζουν και εξέφρασε την εκτίμηση πως κατά τη συζήτηση δεν εξετάστηκε επαρκώς η άλλη όψη του νομίσματος, η βουλιμία.

Ο βουλευτής του Κινήματος Οικολόγων Γιώργος Πεрдίκης, που ζήτησε την εγγραφή του θέματος, ανέφερε πως παρατηρείται σημαντικό έλλειμμα για την πολιτεία, καθώς το θέμα ενεγράφη πριν δύο χρόνια και σήμερα διαπιστώθηκε πως στα δύο αυτά χρόνια παρά τις δεσμεύσεις δεν έγινε τίποτε.

Σημείωσε πως πρέπει να υπάρξει γενική πολιτική πρόληψης και είπε πως οι εξαγγελθείσες προτάσεις από τον Υπουργό Υγείας, δεν είναι ικανοποιητικές, παρουσιάζουν ελλείψεις και προβλήματα.

Ο κ. Πεрдίκης είπε πως εισηγήθηκε όπως κατά τη διαφήμιση προϊόντων δίαιτας να υπάρχει προειδοποίηση για τον κίνδυνο χρήσης χωρίς τη συμβουλή ειδικού επιστήμονα και ανέφερε ότι εάν δεν προωθηθεί η εισήγηση θα καταθέσει πρόταση νόμου για ρύθμιση του ζητήματος με νόμο.

Πηγή: ΚΥΠΕ

Νευρική ανορεξία με εικόνες

Εδώ έχουμε κοπέλες με νευρική ανορεξία. Αυτές απλά πίστεψαν ότι είναι χοντρές, ενώ δεν είχαν ουσιαστικό πρόβλημα. Το πρόβλημα ήταν στο μυαλό τους.



Προειδοποίηση: Οι εικόνες είναι σκληρές και μπορεί να ενοχλήσουν ορισμένους.











Το πρότυπο των ανορεξικών μοντέλων σίγουρα δεν αρκεί για την εκδήλωση της ασθένειας. Είναι όμως μια καλή αφορμή...

⇒ Μιλούν οι αριθμοί

- * Από το 1986 ως το 2004 στην Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική του Νοσοκομείου Παίδων «Αγία Σοφία» νοσηλεύτηκαν περίπου 50 παιδιά με νευρική ανορεξία.
- * Η κλινική δεν μπορεί να νοσηλεύσει πάνω από 10 παιδιά με νευρική ανορεξία και η λίστα αναμονής είναι τεράστια. Υπολογίζεται ότι η νόσος αφορά το 10% ως 15% των παιδιών, εφηβικής και προεφηβικής ηλικίας που νοσηλεύονται στην κλινική.
- * Ο ελάχιστος χρόνος νοσηλείας είναι τρεις μήνες, κατά μέσο όρο όμως τα παιδιά νοσηλεύονται για πέντε μήνες.
- * Το 86% των παιδιών που έχει νοσηλευθεί ήταν κορίτσια.
- * Κανένα από τα παιδιά που έχουν νοσηλευθεί δεν έχει πεθάνει. (Ναι! Πρόκειται για νόσο που σκοτώνει.)



Και τρία μπιζέλια να φας, μπορεί να νιώσεις τύψεις. Λες και η αυτοκαταστροφή είναι σκοπός ιερός...

Το γράμμα της Μαριλένας

Φαγητό. Τι άραγε να σημαίνει; Και τι σχέση έχουμε εμείς με αυτό; Πώς το αντιμετωπίζουμε και πώς το χρησιμοποιούμε; Μεγάλη απορία που μόνο η καρδιά και το στομάχι μπορούν να λύσουν.

Εμένα προσωπικά το όνομά μου είναι Μαριλένα και θέλω να σας πω να μην κάνετε δίαιτα, όπως εγώ που έφτασα 30 κιλά. Δηλαδή, ζυγίζομουν και ήμουν 42 κιλά και έλεγα τότε «θα είμαι καλά στα 38» και μετά στα 36, στα 32 και... ούτω καθ' εξής.

- Συμφωνώ απόλυτα μαζί σου!

- Μα ποιος είσαι εσύ;

- Το καλό σου και υπερβολικά ταλαιπωρημένο στομαχάκι. Θυμάσαι που...

- Ας' το! Μην το πεις. Θυμάμαι τι έπαθες. Σιγά σιγά έφτασα να τρέφομαι μία φορά την ημέρα κι όλο και πιο λίγο.

Παλιά όλο μου έλεγαν «έχεις παχύνει και σταμάτα να τρως γλυκά». Και όλο πιο πολύ πληγωνόμουν και ύστερα άρχισα να πληγώνω εμένα. Μέσα και έξω. Πάλι καλά. Και για να είμαι ειλικρινής εμένα με πρόλαβαν. Άλλες μια ντομάτα τρώνε και αν..!

- Άσε που είχες γίνει... φάντασμα!

- Ποιος είσαι πάλι εσύ;

- Ο κρυστάλλινος καθρέφτης σου. Που με ρωτούσες, όπως η μητριά της Χιονάτης, «είμαι η ομορφότερη;» και εγώ απαντούσα «όχι». Αλλά δεν εννοούσα «χάσε κιλά» αλλά «πάρε».

- Αχ, ναι... θυμάμαι. Μου πέταγε ο θώρακας. Και οι ώμοι μου. Και κάτι πόδια σαν κλαράκια. Με το που έτρωγα (με το ζόρι) και ένιωθα τύψεις, ερχόμουν μετά και κοιταζόμουν σε εσένα μπας και είχα παχύνει... Άκου τώρα. Στο μεταξύ μου είχαν πεταχτεί τα μάτια κι όποιος με έβλεπε στον δρόμο γυρνούσε από την άλλη μήπως τον ρωτήσω πόσα κιλά είναι.

- Είχε πιαστεί η μέση μου.

- Ποιος είσαι πάλι εσύ;

- Το κρεβάτι σου. Που επειδή δεν είχες ενέργεια ξάπλωνες όλη μέρα πάνω μου.

- Ναι. Και αυτό το θυμάμαι. Σερνόμουν από τηλεόραση σε τηλεόραση. Και από καλοριφέρ σε καλοριφέρ γιατί κρύωνα πολύ. Τα ενδιαφέροντα μου μού είχαν πει αντί.

- Μας είχες παραμελήσει... αρκετά.

- Α... θα τρελαθώ. Εσύ ποιος είσαι;

- Η γιαγιά σου που χθες με υποδέχθηκες τόσο γλυκά που ήρθα σπίτι. Καιρό είχα να νιώσω τόση χαρά!

- Ναι, γιαγιούλα μου. Το μόνο που με ένοιαζε ήταν οι θερμίδες... Σε αγαπώ πολύ. Αυτό να το θυμάσαι.

Όποιες λοιπόν έχετε τέτοια συμπτώματα... κατευθείαν στη μαμά. Πιστέψτε με, είναι η μόνη που μπορεί να βοηθήσει...

Μαριλένα

Στ' τάξη, Αρσάκειο Ψυχικού

⇒ Η ιστορία της Κικής

Οι 1642 ημέρες της Κικής

(7.15π.μ. Δευτέρα) Χτυπάει το ξυπνητήρι. Η Κική ξυπνάει γεμάτη άγχος κι αμέσως ελέγχει το στομάχι της για να ελέγξει να δει εάν είναι επίπεδο η έχει μεγαλώσει. Θεωρεί πως μάλλον έχει μεγαλώσει από εχτές. Γνωρίζει αμέσως ότι η μέρα της δεν θα κυλήσει και τόσο ευχάριστα.. Καθώς μπαίνει στο μπάνιο, πιάνει το στομάχι της και τους μηρούς της. Αισθάνεται ότι πάχυνε. Καθώς προσπαθεί να βάλει τη 47 νούμερο φούστα της, κοιτιέται στον καθρέφτη και μονολογεί «πάλι πάχυνα, είμαι κακάσχημη, μισώ τον εαυτό μου».

(8.00π.μ.) Στο δρόμο για το σχολείο αγοράζει από τον φούρνο 1 τυρόπιτα, 1 σπανακόπιτα, 1 λουκανόπιτα και 1 κρουασάν. Τα βάζει κάτω από την μπλούζα της και ένα ένα τα καταβροχθίζει μέχρι να φτάσει στο σχολείο της.

(8.15π.μ.) Μπαίνει τρέχοντας στο σχολείο και κατευθύνεται στις τουαλέτες. Χώνει βαθιά μέσα τα δάχτυλά της και ξερνάει όλα αυτά που είχε καταβροχθίσει πριν 15 λεπτά. Οι τροφές βγαίνουν ολόκληρες καθώς τις κατάπινε αμάσητες από την μανία της. Η τροφή βγαίνει με φόρα και μία αμάσητη μπουκιά της κάθεται στο λαιμό. Πιέζει λίγο την κοιλιά της και τεντώνει τον οισοφάγο της. Η μπουκιά βγαίνει και η Κική γλιτώνει άλλη μια μέρα τον πνιγμό. Συνεχίζει να ξερνάει μέχρι να βγουν μόνο σάλια.

(8.30π.μ.) Μπαίνει στην αίθουσα αργοπορημένη και σιωπηλή. Τα πόδια της τρέμουν, τα μάτια της κόκκινα, τα δάχτυλά της μυρίζουν απαίσια από τον εμετό. Σκουπίζει διακριτικά το αίμα από τα σκισμένα από τα οξέα χείλη της και ξαπλώνει πάνω στο θρανίο όπου πέφτει σε λήθαργο για 3 ώρες. Έχει χαθεί, έχει μουδιάξει το κεφάλι της από τη ζάλη, ακούει φωνές αλλά είναι τόσο βυθισμένη που δεν μπορεί να αντιδράσει.

(11.30π.μ.) Την ξυπνάει η καθηγήτρια της φιλολογίας. "Σήκω Κικίτσα μου, πρέπει να πας στο ραντεβού σου με τον ψυχολόγο". Παίρνει το σάκο της και ξεκινάει για το κέντρο ψυχικής υγιεινής. Στο δρόμο μπαίνει σε ένα γυράδικο και αγοράζει 2 σάντουιτς. Τα τρώει με μανία και νιώθει ένα βήμα πριν από την τρέλα! Καταπίνει την τελευταία μπουκιά και σε ένα λεπτό βρίσκεται σε ένα εγκαταλελειμμένο σπίτι. Μπαίνει μέσα και αρχίζει να ξερνάει, να ξερνάει, να ξερνάει. Τέλειος συγχρονισμός! Ήξερε πάντα τι θα φάει και που θα το ξεράσει! Ένα έγκλημα πάντα καλά μελετημένο.

(12.30π.μ.) Μπαίνει στον ψυχολόγο. Νεύρα πολλά. Θέλει να φύγει! Δεν τον χωνεύει! Κοιτάει το ρολόι της συνέχεια μέχρι να περάσουν αυτά τα 20 λεπτά! Τι ειρωνεία! Σε 20 λεπτά θα ξεπερνούσε κάτι τέτοιο? Τόσος ήταν όμως ο χρόνος που μπορούσε να έχει και να αγοράσει!

(13.30π.μ.) Φτάνει σπίτι. Είναι μόνη της! Όλοι λείπουν και θα αργήσουν να γυρίσουν! Κατευθύνεται προς την κουζίνα και παθαίνει σοκ! Το ψυγείο είχε λουκέτο! Τι θα κάνω? Χρήματα άλλα δεν έχω για να αγοράσω τη δόση μου. Τα νεύρα και η ταραχή πιάνουν κόκκινο. Τραβάει της αλυσίδες με λύσσα με μανία. Τις τραβάει, τις τραβάει, τις τραβάει. Τα χέρια μάτωσαν. Βρίσκει μια τανάλια μεγάλη στα εργαλεία του πατέρα της και καταφέρνει και το ανοίγει! Ορμάει στο ψυγείο, τα πετάει όλα στο πάτωμα και αρχίζει να τα τρώει και να τα αλείφει από ικανοποίηση πάνω της! Τρώει

και ξερνάει , τρώει και ξερνάει, τρώει και ξερνάει. Αλμυρά , γλυκά, κατεψυγμένα, χαλασμένα! Τα πάντα!

(17.30πμ.) Μπαίνει στη τουαλέτα για να ξεράσει για 8 φορές και εκεί τρελαίνεται. Δεν μπορεί να ξεράσει! Με τίποτα! Πίνει αλατόνερα αλλά τίποτα. Πιέζει την κοιλιά της αλλά η τροφή μένει ακόμα μέσα της - Τι θα κάνω? Τρελαίνομαι! Βγες καταραμένο φαγητό από μέσα μου, βγες που να σε πάρει ο διάολος, βγες- Τότε παίρνει την πιο αηδιαστική απόφαση. Χώνει το χέρι της μέσα στις ακαθαρσίες τις τουαλέτας, πιάνει μια μεγάλη χούφτα και την βάζει στο στόμα της. Επιτέλους ξέρασε, ηρέμισε και λιποθύμησε πάνω στην λεκάνη

(18.30πμ.) Ξυπνάει πάνω στους εμετούς με τα κορμί της μουδιασμένο. Σηκώνεται αργά αργά και πάει πάλι στη κουζίνα. Δεν είχε μείνει όμως τίποτε άλλο να φάει. Το μόνο που βρίσκει είναι ένα τάπερ με λαρδί κατεψυγμένο. Δεν χάνει χρόνο και αρχίζει να το καταβροχθίζει. Τρέχει για την τουαλέτα και εκεί, ω θεέ μου. Μπαίνει η αδερφή της στο σπίτι. Ήρθε νωρίτερα! Γιατί ήρθε νωρίτερα? Δεν την αφήνει να πάει στην τουαλέτα γιατί ξέρει τι θα κάνει! Η Κική τρελαίνεται! Άσε με, φωνάζει! Ο χρόνος περνάει και το φαγητό είναι μέσα μου, άσε με- Η αδερφή της την εμποδίζει Και τότε η Κική την πιάνει με τα 2 της χέρια τον λαιμό και την σφίγγει με λύσσα και μανία. Το πρόσωπο της αδερφής της αρχίζει και μελανιάζει. Η Κική έχει τα μάτια της κλειστά για να μη βλέπει Και τότε μπαίνει στη μέση μια φίλη της αδερφής της και ως εκ θαύματος σώζει την κατάσταση.

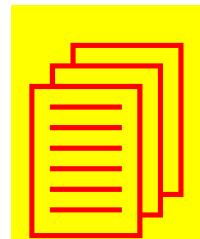
(19.00πμ.) Η Κική κλείνεται στην αποθήκη όπου ξερνάει πάνω της και αρχίζει να τα σπάει όλα από την ταραχή της και μένει εκεί περίπου 1 ώρα στους εμετούς , στα γυαλιά και τα δάκρυα. Ακούει φωνές από έξω ,αλλά δε δίνει σημασία! Είναι πλέον χαμένη στο δικό της κόσμο, στη δική της πικρή αλήθεια.

(20.00πμ.) Πάω να κάνω μπάνιο. Θα αφήσεις την πόρτα ανοιχτή να σε βλέπουμε, της λέει ο πατέρας της. -Μα αυτό δεν γίνεται! Είμαι 18 χρονών δεν μπορείς να με βλέπεις. Τελικά κάνει μπάνιο με την πόρτα ανοιχτή και οι θεατές ψυχροί καθισμένοι σε καρέκλες να την παρακολουθούν. Συναισθήματα απαίσια , εμπειρίες τραυματικές.

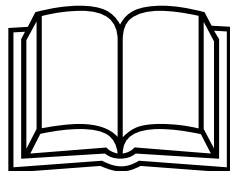
(20.30πμ.) Βγαίνει από το μπάνιο , πάει στο δωμάτιο της. Ζυγίζεται και χαίρεται για το 1/2 κιλό που έχασε και σήμερα! Χαμογελάει για τα 35 της κιλά που ζυγίζει και λέει - Ωραία πάμε για τα 34! Το κεφάλι της είναι μουδιασμένο, η καρδιά της χτυπάει σας τρελή. Ζαλίζεται. Ξαπλώνει και νιώθει σαν να αιωρείται σε ένα μαύρο κενό. Νιώθει το σώμα της σαν να παραλύει, σας να μην μπορεί να το ελέγξει. Κρυνώνει, τρέμει και σιγά σιγά βυθίζεται και χάνεται σε εκείνο το μαύρο κενό μέχρι το επόμενο πρωί που θα βιώσει και πάλι τα ίδια.

Υποστήριξη από το
Eatingdisorders.gr

**Β
Ι
Β
Λ
Ι
Ο
Γ
Ρ
Α
Φ
Ι
Α**

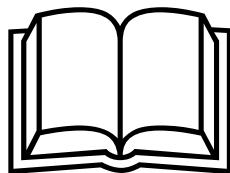


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



1. Βάρβογλη Λίζα, (2005). «Τι συμβαίνει στο παιδί;» Νευροεξελικτικές διαταραχές της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας, εκδόσεις Καστανιώτη.
2. Ελληνική εταιρία ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας παιδιού και εφήβου, (2004). Παιδί και έφηβος, ψυχική υγεία και ψυχοπαθολογία, εκδόσεις Καστανιώτη τόμος 70ς, τεύχος 1^ο.
3. Ελληνική εταιρία ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας παιδιού και εφήβου, (2004). Παιδί και έφηβος, ψυχική υγεία και ψυχοπαθολογία, εκδόσεις Καστανιώτη, τόμος 2ος, τεύχος 2^ο.
4. Κιτσίκη-Σμιντ Έλσα, (2005). Εισαγωγή στην κλινική ψυχολογία «Δοκίμιο πάνω στη μεταβίβαση της θεωρίας και της πρακτικής, εκδόσεις Καστανιώτη.
5. Κλεφταράς Γιώργος, (1998). Η κατάθλιψη σήμερα Περιγραφή, Διάγνωση, Θεωρίες και Ερευνητικά Δεδομένα, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
6. Κρίστεβα Τζούλια, (1996). «Μαύρος ήλιος» Κατάθλιψη και μελαγχολία, εκδόσεις Καστανιώτη.
7. Μαδιανός Μιχάλης, (2005). Ψυχιατρική και Αποκατάσταση, εκδόσεις Καστανιώτη.
8. Μάνου Νίκος, (1997). Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University Studio Press.
9. Μανωλόπουλος Σ. & Τσιαντή Γ., Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, εκδόσεις Καστανιώτη.
10. Ματσανιώτης Ν.-Καρπάθιος, (1999). Παιδιατρική, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Β' τόμος.
11. Μπάλλης Θεόδωρος, (2000). Σύνοψη Κλινικής Ψυχιατρικής, University studio press.
12. Σαραντόγλου Γιώργος-Venice Jean-Luc-Chupin Maurice, (1987). Η ψυχογενής ανορεξία, εκδόσεις Χατζηνικολή.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



1. Brownele Kelly D., Fairburn Christopher G., (1995). Eating Disorders and Obesity A Comprehensive Handbook, Guilford Press.
2. Cassin Stephanie E. and von Ranson Kristin M., (November 2005) Personality and eating disorders: A decade in review Clinical Psychology Review, Volume 25, Issue 7, pages 895-916.
3. Cotrufo Paolo, & Gnisci Augusto, & Caputo Immacolata (2005, February). Brief report: Psychological characteristics of less severe forms of eating disorders: an epidemiological study among 259 female adolescents, «/owrna/ of Adolescence, Volume 28, Issue 1, 2005, Pages 147-154.
4. Dolto Fr & Dolto-Tolits C, Έφηβοι. Προβλήματα και ανησυχίες, Πατάκης.
5. Emanuelli Francesca, Ostuzzi Robert, Cuzzolaro Massimo, Watkins Beth, Lask Bryan and Waller Glen, (2002).Family Functioning in Anorexia Nervosa: British and Italian Mothers Perceptions, Elsevier Science ltd.
6. Emanuelli Francesca, Ostuzzi Roberto, Cuzzolaro Massimo, Watkins Beth, Lask Bryan and Waller Glenn, (2003, March). Family functioning in anorexia nervosa: British and Italian mothers' perceptions Eating Behaviors, Volume 4, Issue 1, pages 27-39.
7. Fairburn Christopher and Wilson G. Terence (eds.), Binge Eating «Nature, Assessment, and Treatment» Guilford Press.
8. Fairburn Christopher, (2005). Βουλιμία «Ξανά κερδίστε τον έλεγχο», εκδόσεις Πατάκη.
9. Fornari Victor, Wlodarczyk-Bisaga Katarzyna, Matthews Michael, Sandberg David, Mandel Francine and S. Katz Jack L 1999 (November-December) Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa Comprehensive Psychiatry, Volume 40, Issue 6, pages 434-441.

10. Gilbert Sara, (2000). Counseling for Eating, editor Windy Dryden.
11. Gilbert Paul, (1999). Ξεπερνώντας την Κατάθλιψη.
12. Gomez Joan Dr. How to Cope with Bulimia, Press Sheldon.
13. Kaplan Harold I. - Sadock Benjamin J.- Grebb Jack A., (2000)."KAPLAN AND SADOCK'S" Ψυχιατρική, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
14. Kiefer Ingrid, Rathmanner Theres and Kunze Michael, (2005, June). Eating and dieting differences in men and women The Journal of Men's Health & Gender, Volume 2, Issue 2, pages 194-201
15. Kjelsas Einar, Bjornstrom Christian, Gotestam K Gunnar, (2004). "Prevalence of Eating Disorders in Female and Male Eating Behaviours " Eating Behaviour, p. 13-25.
16. Kotler L. A. and Walsh B. T., (2000)."Eating disorders in Children and Adolescents: Pharmacological Therapies", 9 European Child & Adolescent Psychiatry: 1/108-1/116.
17. Lask Bryan and Bryant-Waugh Rachel, (2000). Anorexia Nervosa and Related eating Disorders in Childhood and Adolescence
18. Lauer Christoph J., Krieg Jurgen- Christian, (2004). Sleep in eating disorders Sleep Medicine Reviews.
19. Lemperiere T. - Feline A. et al., (1995). Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων εκδόσεις Παπαζήση, Α' Τόμος.
20. Levenkron Steven, (2000). Anatomy of Anorexia. In Levenkron Steven, (2000). Treating and overcoming Anorexia Nervosa .
21. Mehler Philip S., (2002). Osteoporosis in Anorexia Nervosa: Prevention and Treatment, Department of Internal Medicine, Denver Health and the University of Colorado Health Sciences Center, Denver, Colorado.
22. Mela David J. and Rogers Peter J., (1998). Food, Eating and Obesity, Chapman & Hall Pub.
23. Meunier Vanessa & Dr Alain, (2003). Στο Λαβύρινθο της Ανορεξίας, Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής, εκδόσεις Θυμάρι.
24. Miller, D., Ενδιάμεση ηλικία. Εφηβεία και Θεραπεία, εκδόσεις Καστανιώτη.
25. Monro Fiona J. and Huon Gail. F., (2006, January) Media-portrayed idealized images, self-objectification, and eating behaviour, Journal of Adolescent Health, Volume 38, Issue 1.
26. Μπρακονιέ Αλαιν, Μαρτσέλι Ντανιέλ, (1999). Τα χίλια πρόσωπα της εφηβείας,

εκδόσεις Καστανιώτη.

27. Nestle Marion, (1987). Διατροφή στην Κλινική Πράξη, Αθήνα, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισίανος. (NIMH), National Institute of Mental Health (2001). Expert Assistance provided by Hyman Steven E., and Cuthbert Bruce N., Dolan-Sewell Regina, Vitiello Benedetto, Wittenberg Clarissa and Burr Constance. NIHM Publication No. 01-4901, updated August 06 2002.
28. (NIMH) National Institute of Mental Health (1993, January). Decade of the Brain. NIH Publication, No. 93-3477.
29. Palmer Bob, (2000). Helping People with Eating Disorders, Willey Publications.
30. Ramon-Rivie, B., Η κοινωνική ανάταυξη του εφήβου, εκδόσεις Καστανιώτη, том. II.
31. Sokol Mae S., Kaufman Jessica R., Hall Mel and Stoural Joyce M., (2006. February) Anorexia Nervosa: Weekly weight gain in hospitalized children and adolescents, Journal of Adolescent Health, Volume 38, Issue 2, p. 16.
32. Spring Bonnie, Chiodo June, and Bowen Deborah J., (1987). Carbohydrates, Tryptophan, and Behaviour: A Methodological Review, Texas Tech University.
33. Vansteelandt Kristof, Pieters Guido, Vandereycken Walter, Claes Laurence, Probst Michel and Van Mechelen Iven, (2004, January). Hyperactivity in anorexia nervosa: A case study using experience sampling methodology Eating Behaviors, Volume 5, Issue 1, pages 67-74.
34. Wurtman Ritchard J. and Wurtman Judith J., (1989, January). "Carbohydrates and Depression ", Scientific American.
35. Zmukler G. S., Dare C. and Treasure J. (eds.), (1995). Handbook of eating disorders Theory, Treatment and Research

ΗΛΕΚΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



1. www.palcotton.gr
2. www.health.in.gr
3. www.iatronet.gr
4. www.medlook.net
5. www.neodynamiko.gr
6. www.ana.gr
7. www.ftou.gr
8. www.e-go.gr
9. www.Eatingdisorders.gr
10. www.alithia.com
11. www.paso.gr
12. www.noikokyra.gr
13. www.hcfed.gr
14. www.ethnos.gr