

ΣΧΟΛΗ : Α.Τ.Ε.Ι. ΣΗΤΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ : ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: “Νευρική Ανορεξία κατά τη διάρκεια της Εγκυμοσύνης και οι Επιπτώσεις στην Εγκυμονούσα και το Έμβρυο”



ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: ΜΑΛΑΝΔΡΑΚΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ
ΣΥΝΑΔΙΝΟΥ ΣΤΑΜΑΤΙΑ**

Πόλη ΣΗΤΕΙΑ, 2011

**SCHOOL: HIGHEST TECHNOLOGICAL & PROFESSIONAL
INSTITUTE OF SITIA**

DEPARTMENT OF NUTRITION & DIETETICS

**DIPLOMA THESIS: “Anorexia Nervosa during pregnancy
and its consequences to the mother and the fetus”**



SUPERVISING PROFESSOR: SFAKIANAKI IRENE

**STUDENTS: MALANDRAKI CHRISTINA
SYNADINOU STAMATIA**

City SITIA, 2011

Περιεχόμενα

Περίληψη	4
ABSTRACT.....	5
Εισαγωγή	6
Κεφάλαιο 1 : Ψυχογενής Ανορεξία	9
1.1 Ιστορική αναδρομή στην έννοια της Ψυχογενούς Ανορεξίας	9
1.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός της Ψυχογενούς Ανορεξίας	10
1.3 Κλινική Εκτίμηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας	13
1.4 Επιδημιολογικά στοιχεία για την Ψυχογενή Ανορεξία.....	15
1.5 Παθολογικές εκδηλώσεις της Ψυχογενούς Ανορεξίας	18
1.6 Ψυχογενή Ανορεξία και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές	20
1.6.1 Αγχώδεις Διαταραχές.....	20
1.6.2 Διαταραχές Διάθεσης.....	22
1.6.3 Διαταραχές Προσωπικότητας	23
1.6.4 Ψυχογενής Ανορεξία και εξαρτησιογόνες ουσίες.....	24
1.7 Αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας	26
1.8 Η αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας από την οπτική των ίδιων των ασθενών, των επαγγελματιών του χώρου της ψυχικής υγείας και του απλού κόσμου	32
Κεφάλαιο 2 : Εγκυμοσύνη	34
2.1 Προετοιμασία για την εγκυμοσύνη.....	34
2.2 Τα στάδια της προγεννητικής ανάπτυξης	35
2.3 Φυσιολογικές (σωματικές) αλλαγές που χαρακτηρίζουν την εγκυμοσύνη	37
2.4 Ψυχολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στην εγκυμοσύνη	38
2.5 Σεξουαλικότητα κατά την εγκυμοσύνη	39
2.6 Αρνητικές επιδράσεις κατά την εγκυμοσύνη.....	41
2.6.1 Η στάση της μητέρας απέναντι στην εγκυμοσύνη και οι επιπτώσεις της ..	41
2.6.2 Το στρες της μητέρας στην εγκυμοσύνη	42
2.6.3 Τερατογόνες επιδράσεις.....	44
2.6.4 Διατροφικές συνήθειες στην εγκυμοσύνη και υγιεινή διατροφή	45
2.7 Διατροφή πριν την εγκυμοσύνη.....	48
2.8 Διατροφή κατά την εγκυμοσύνη.....	49

2.9 Ουσίες που πρέπει να αποφεύγονται κατά την εγκυμοσύνη	52
Κεφάλαιο 3 : Ψυχογενής Ανορεξία και Εγκυμοσύνη.....	55
3.1 Θέματα γονιμότητας στην Ψυχογενή Ανορεξία	56
3.2 Εγκυμοσύνη, Τοκετός και Ψυχογενή Ανορεξία	57
3.3 Προσαρμοστικότητα της ανορεκτικής γυναίκας στο ρόλο της μητέρας.....	60
3.4 Διατροφικές Συνήθειες και Ενδεικτικοί Χειρισμοί της Ανορεκτικής Μητέρας	62
Κεφάλαιο 4 : Αντιμετώπιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας και ειδικότερα στην	
Εγκυμοσύνη	66
4.1 Αντιμετώπιση Ψυχογενούς Ανορεξίας	66
4.2 Ψυχοεκπαίδευση στην Ψυχογενή Ανορεξία	68
4.2.1 Προγράμματα Ψυχοεκπαίδευσης για άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία.....	69
4.2.2 Προγράμματα Ψυχοεκπαίδευσης για τις Οικογένειες ατόμων που πάσχουν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής	71
4.2.3 Προληπτικά Προγράμματα Ψυχοεκπαίδευσης για Ομάδες Υψηλού Κινδύνου	72
4.3 Η σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης της Ψυχογενούς Ανορεξίας στην εγκυμοσύνη.....	73
4.4 Διατροφικές Συστάσεις για εγκύους με Ψυχογενή Ανορεξία.....	77
4.5 Ψυχοθεραπευτικοί Χειρισμοί της Ψυχογενούς Ανορεξίας κατά την Εγκυμοσύνη	78
4.6 Πως βιώνεται η αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας από την πλευρά των ασθενών, των γονέων και των απλών ανθρώπων	80
Συζήτηση.....	84
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	92
Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία	100
Παράρτημα	102

Περίληψη

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια προσπάθεια ανασκόπησης της πρόσφατης ερευνητικής βιβλιογραφίας για την ψυχογενή ανορεξία, για τη φύση της διαταραχής, τα χαρακτηριστικά της γνώρισμα, την πορεία της, τις επιπτώσεις και τις μεθόδους αντιμετώπισής της. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στη συνύπαρξη της ψυχογενούς ανορεξίας με την εγκυμοσύνη, γεγονός που δεν συμβαίνει συχνά, αλλά αν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως με κατάλληλο τρόπο από τους ειδικούς ελλοχεύουν μεγάλοι κίνδυνοι για τη μητέρα αλλά και το έμβryo. Τα ερευνητικά δεδομένα αποκαλύπτουν ότι οι γυναίκες που εγκυμονούν και βρίσκονται στην οξεία φάση της διαταραχής, αλλά και αυτές που έχουν θεραπευτεί από τη διαταραχή και κυοφορούν παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για περιγεννητικές επιπλοκές ή για παθολογικές συμπεριφορές σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Η έλλειψη μεγάλου όγκου δεδομένων στη συγκεκριμένη θεματική περιοχή τονίζει την ανάγκη εκπόνησης περισσότερων ερευνών που θα ξεπεράσουν τις μεθοδολογικές αδυναμίες των προηγούμενων προσπαθειών και θα προσφέρουν καλύτερη κατανόηση του φαινομένου. Προτάσεις για μια ολοκληρωμένη παρέμβαση σε σχέση με την ψυχογενή ανορεξία και την εγκυμοσύνη αναλύονται στο τελευταίο μέρος της εργασίας.

ABSTRACT

The current study is a literature review of the recent research projects on anorexia nervosa. In specific, is an attempt to lead to a better understanding of its nature, core symptoms, progress, consequences and to analyse the most effective interventions. This study will give emphasis on the co-existence of anorexia nervosa and pregnancy, which is a rare phenomenon. However, if the eating disorder is not identified there are serious consequences both for the mother and the fetus. Research data reveal that anorectic pregnant women, who are either in acute phase, or they have recovered from it, they exhibit increased number of perinatal problems or pathological behaviours in relation to the general population. There is an increased need for more research studies on this topic, due to their limited number, which they overcome the methodological limitations of the previous ones. Suggestions for an effective intervention in relation to anorexia nervosa and pregnancy are being made in the last section of this study.

Εισαγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι ένα θέμα που κινητοποίησε όχι μόνο την επιστημονική κοινότητα αλλά και την κοινή γνώμη. Η αιτία γι' αυτήν την ενασχόληση με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής υπήρξε η διαπίστωση της ανησυχητικής αύξησης των περιπτώσεων ατόμων που έπασχαν από τις συγκεκριμένες διαταραχές, ιδιαίτερα στις δυτικού τύπου ανεπτυγμένες κοινωνίες¹. Πιο συγκεκριμένα, τα ερευνητικά δεδομένα σε παγκόσμια κλίμακα υπογραμμίζουν ότι η συχνότητα των διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι μεγαλύτερη από τις αρχικές εκτιμήσεις, ότι υπάρχει μια συνεχής αυξητική τάση και ο ρυθμός αύξησής τους σχετίζεται σημαντικά με την τάση του κοινωνικού περιβάλλοντος να υιοθετήσει τα δυτικά πρότυπα και αξίες ζωής². Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι το 3% του γυναικείου πληθυσμού εμφανίζει κάποια μορφή διαταραχών πρόσληψης τροφής³. Στην Ελλάδα, αντίστοιχα εκτιμήθηκε ότι 24.8 % του γυναικείου και το 7.8% του έφηβου αντρικού πληθυσμού παρουσιάζει παθολογικές συμπεριφορές αναφορικά στην πρόσληψη τροφής⁴.

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής σχετίζονται με προβλήματα αναφορικά στις συμπεριφορές φαγητού και σύμφωνα με τα επίσημα εργαλεία ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών (DSM-IV, ICD- 10), αναγνωρίζονται τρεις κατηγορίες τέτοιων διαταραχών: (i) η ψυχογενής βουλιμία, (ii) ψυχογενής ανορεξία, και (iii) διαταραχές πρόσληψης τροφής μη προσδιοριζόμενες αλλιώς, οι οποίες δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια των προηγούμενων κατηγοριών (**βλ. παράρτημα**). Μάλιστα, φαίνεται ότι η κατηγορία των διαταραχών πρόσληψης τροφής μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, είναι πολύ πιο συχνή από τις άλλες δύο κατηγορίες, ιδιαίτερα στα έφηβα κορίτσια⁵. Η **ψυχογενής βουλιμία** σχετίζεται με την κατανάλωση μεγάλων

¹ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία: Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα

Kim, J.H, and Lennon, S.J. (2007). Mass Media and Self-Esteem, Body Image, and Eating Disorder Tendencies. *Clothing and Textiles Research Journal*, 25(1): 3- 23

² Fairburn, C. (2007). *Βουλιμία: Ξανακερδίστε τον Έλεγχο*. Αθήνα: Πατάκης.

³ Mussell, M.P., Binford, R.B., and Fulkerson, J.A. (2000). Eating Disorders: Summary of Risk Factors, Prevention Programming, and Prevention Research. *The Counselling Psychologist*, 28(6): 746-796.

⁴ Σίμος, Γ. (2007). Πρόλογος στον C. Fairburn, *Βουλιμία: Ξανακερδίστε τον Έλεγχο*. Αθήνα: Πατάκης.

⁵ Mussell, M.P., Binford, R.B., and Fulkerson, J.A. (2000). Eating Disorders: Summary of Risk Factors, Prevention Programming, and Prevention Research. *The Counselling Psychologist*, 28(6): 746-796

ποσοτήτων φαγητού που συνοδεύεται από απώλεια ελέγχου της ποσότητας προς κατανάλωση, χρήση τεχνικών μέσων (π.χ. καθαρτικά, εμετός, υπερβολική σωματική άσκηση) με σκοπό να περιοριστούν οι συνέπειες της υπερφαγίας και υπερβολικός φόβος για παχυσαρκία⁶. Τα βουλιμικά άτομα χαρακτηρίζονται από μια διαστρεβλωμένη εικόνα του εαυτού τους σε σχέση με το σωματικό τους βάρος, όπου η αυτοεκτίμησή τους καθορίζεται σε απόλυτο σχεδόν βαθμό από το σωματικό τους βάρος⁷. Η **ψυχογενής ανορεξία** είναι μια πιο επικίνδυνη μορφή αυτών των διαταραχών δεδομένου ότι σχετίζεται με την άρνηση λήψης τροφής κάτι που μπορεί να αποβεί θανάσιμη απειλή για την ίδια τη ζωή του πάσχοντα. Διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος υπάρχει και στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας⁸. Στην κατηγορία της **διαταραχής πρόσληψης τροφής μη προσδιοριζόμενης αλλιώς** μπορεί να περιλαμβάνονται περιπτώσεις ατόμων που πληρούν τα κριτήρια για ψυχογενή ανορεξία εκτός από τη σημαντική απώλεια βάρους ή την αμηνόρροια, ή όπου πληρούνται τα κριτήρια τη ψυχογενή βουλιμία εκτός από το ότι τα επεισόδια υπερφαγίας ή η χρήση των τεχνικών μέσων είναι λιγότερο συχνή από ότι προσδιορίζεται από τα διαγνωστικά εργαλεία (π.χ. λιγότερο από δύο φορές την εβδομάδα⁹.

Οι ερευνητικές μελέτες επικεντρώθηκαν αρχικά στην ψυχογενή ανορεξία λόγω της έκτασης και της σοβαρότητας των επιπτώσεων στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργία του ατόμου. Η ψυχογενής ανορεξία μπορεί να συνυπάρχει με άλλες ιατρικές και ψυχολογικές διαταραχές, όπως δυσθυμίες ή αγχώδεις διαταραχές, καρδιολογικά προβλήματα, εγκυμοσύνη, κ.α.¹⁰. Ιδιαίτερα, η σχέση μεταξύ εγκυμοσύνης και ψυχογενής ανορεξίας άρχισε να κερδίζει το ενδιαφέρον των ερευνητών λόγω των κινδύνων που μπορεί να προκύψουν τόσο για την υγεία του

⁶ Σφηκάκη, Μ. (2007). Ανορεξία- Βουλιμία; Εξαρτητική Συμπεριφορά ή Τρόπος Ζωής;. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 98: 116-118.

Κουρκουτάς, Η.Ε. (2001). *Η Ψυχολογία του Εφήβου: Θεωρητικά Ζητήματα και Κλινικές Περιπτώσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

⁷Mussell, M.P., Binford, R.B., and Fulkerson, J.A. (2000). Eating Disorders: Summary of Risk Factors, Prevention Programming, and Prevention Research. *The Counselling Psychologist*, 28(6): 746-796.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

⁸ Σφηκάκη, Μ. (2007). Ανορεξία- Βουλιμία; Εξαρτητική Συμπεριφορά ή Τρόπος Ζωής;. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 98: 116-118.

⁹ Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

¹⁰ Μοσχάκου, Γ. και Ντζοΐδου, Ε. (2010). Η Σύνδεση μεταξύ Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής και Εξάρτησης από Ψυχοδραστικές Ουσίες- Βιβλιογραφική Ανασκόπηση. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 110: 114-124.

εμβρύου, όσο και της μητέρας του¹¹. Οι γυναίκες που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία διακατέχονται από έναν υπερβολικό φόβο αύξησης του σωματικού βάρους τους και η εγκυμοσύνη είναι ένα γεγονός που τις φέρνει αντιμέτωπες με αυτό το φόβο. Επομένως, οι τρόποι χειρισμού της κατάστασης αυτής από την εγκυμονούσα ανορεκτική γυναίκα θα καθορίσει το μέγεθος του κινδύνου για την ίδια και το έμβρυο¹².

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση της πρόσφατης ερευνητικής αρθρογραφίας για τη σχέση μεταξύ ψυχογενούς ανορεξίας και εγκυμοσύνης με μια ταυτόχρονη διερεύνηση των επιμέρους θεμάτων που σχετίζονται με αυτή σε επίπεδο αιτιολογίας, επιπτώσεων και παρεμβάσεων. Αναλυτικότερα, η συγκεκριμένη εργασία θα αποτελείται από πέντε θεματικές ενότητες που θα παρουσιάζουν τα σύγχρονα θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα. Στο πρώτο κεφάλαιο, θα επιχειρηθεί μια λεπτομερής παρουσίαση του φαινομένου της ψυχογενούς ανορεξίας με έμφαση στην αιτιολογία της, στην κλινική της εικόνα και τις συνέπειες της σε ιατρικό και ψυχολογικό επίπεδο. Στο δεύτερο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά στην εγκυμοσύνη και στο σύνολο των αλλαγών που επιφέρει στη ζωή μια εγκύου, καθώς και ο ρόλος της διατροφής για την ομαλή έκβασή της. Στο επόμενο κεφάλαιο, θα συζητηθεί η συνύπαρξη ψυχογενούς ανορεξίας και εγκυμοσύνης και οι πιθανές επιπτώσεις για τη γυναίκα και το έμβρυο. Το τέταρτο κεφάλαιο θα επικεντρωθεί στις παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν σε διατροφικό, ιατρικό και ψυχολογικό επίπεδο προκειμένου να εξασφαλιστεί μια καλύτερη ποιότητα ζωής για τη μητέρα και το έμβρυο. Στο τελευταίο κομμάτι της μελέτης, θα παρουσιαστούν προτάσεις για τον αποτελεσματικό χειρισμό ψυχογενούς ανορεξίας και ειδικότερα στα πλαίσια της συνύπαρξης ψυχογενούς ανορεξίας και εγκυμοσύνης, σε επίπεδο προληπτικών και αποτελεσματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων. Επιπρόσθετα, θα συζητηθούν οι υπάρχουσες ερευνητικές αδυναμίες που περιορίζουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων των μέχρι τώρα δεδομένων και θα προταθούν κάποιες θεματικές περιοχές για την μελλοντική έρευνα σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές και την εγκυμοσύνη.

¹¹ National Eating Disorders Association (2005). Eating Disorders and Pregnancy: Some Facts about the Risks., retrieved from www.neds.org

¹² Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Κεφάλαιο 1 : Ψυχογενής Ανορεξία

1.1 Ιστορική αναδρομή στην έννοια της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Η περιγραφή της έννοιας της ψυχογενούς ανορεξίας δόθηκε για πρώτη φορά από τον Richard Morton (1689), ο οποίος περιέγραφε δύο ασθενείς του που ενώ δεν είχαν κανένα οργανικό υπόβαθρο απέρριπταν την πρόσληψη τροφής με αποτέλεσμα να αδυνατίζουν συνεχώς¹³. Ωστόσο, περιγραφές περιστατικών που σχετίζονταν με σημαντικά προβλήματα στη λήψη τροφής εντοπίζονται καθ' όλη την πορεία της ιστορίας από την αρχαιότητα ως το 17^ο αιώνα. Ιδιαίτερα, στο Μεσαίωνα υπήρχε έντονη αποδοκιμασία της υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού και παράλληλα θεοποίηση των ατόμων που κατόρθωναν να στερηθούν αυτή, ως μέσο για να προσεγγίσουν την θεϊκή υπόσταση. Η κατάσταση τροποποιείται σημαντικά στα χρόνια της Αναγέννησης, όπου η στέρηση τροφής συνδέεται με ψυχικές ασθένειες (π.χ. μανία ή υστερία) και παύει να αποτελεί το μέσο για την εξύψωση της ψυχής¹⁴.

Όμως, το 1873 δίνεται η κλινική εικόνα της ψυχογενούς ανορεξίας με τη σημερινή της μορφή από δύο ανθρώπους που δραστηριοποιούνταν σε διαφορετικές χώρες, τον Γάλλο Jean Lasegue και τον Άγγλο William Gull¹⁵. Ο Lasegue περιέγραψε μια κατάσταση που χαρακτηρίζονταν από σημαντική απώλεια βάρους που δεν αποδίδονταν σε οργανική παθολογία και θεωρούσε ότι αυτή η πάθηση σχετίζονταν με την υστερία. Ως μέθοδο θεραπείας συνιστούσε την απομόνωση από το οικογενειακό περιβάλλον¹⁶. Μεγαλύτερο ενδιαφέρον όμως παρουσίασε το άρθρο του Gull για τη ψυχογενή ανορεξία στα πλαίσια του οποίου δίνει τις δικές του διαπιστώσεις για τη φύση και την πορεία της διαταραχής. Αναλυτικότερα, ο Gull περιγράφει τη ψυχογενή ανορεξία εστιάζοντας στα σωματικά συμπτώματα (π.χ. μεγάλη απώλεια βάρους και αμηνόρροια) αλλά ταυτόχρονα επισημαίνει τη ψυχογενή φύση της διαταραχής. Εντοπίζει ότι η συγκεκριμένη διαταραχή πλήττει κυρίως το γυναικείο φύλο και

¹³ Madden, S. (2004). Anorexia Nervosa-Still Relevant in the Twenty-first Century? A Review of William Gull's Anorexia Nervosa. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1): 1359- 1045.

¹⁴ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

¹⁵ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

¹⁶ Κούρος, Ι. (1993). *Ψυχολογικά Θέματα Παιδιών και Εφήβων*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

ιδιαίτερα την ηλικιακή ομάδα μεταξύ 16 - 23 ετών. Σε αντίθεση με άλλους θεωρητικούς της εποχής του δεν πιστεύει ότι η ανορεξία οφείλεται στο γαστρεντερικό σύστημα ή ότι είναι μια μορφή φυματίωσης. Επισημάνει τις αρνητικές σχέσεις μεταξύ του πάσχοντα και της οικογένειάς του, υποστήριξε ότι μακροπρόθεσμα η πλειονότητα των ασθενών ξεπερνάει αυτή τη διαταραχή και θεώρησε ότι η ενδεδειγμένη θεραπευτική παρέμβαση είναι τα πολλά γεύματα σε μικρές ποσότητες, ώστε να αντιμετωπιστεί η απίσχναση¹⁷.

Τον 20^ο αιώνα παρατηρήθηκε μια στροφή ως προς τα αίτια της ψυχογενούς ανορεξίας, τα οποία πλέον θεωρούνταν οργανικά μετά τις διαπιστώσεις του Morris Simmons ότι υπάρχουν ανωμαλίες στην υπόφυση των πασχόντων από ψυχογενή ανορεξία. Η συγκεκριμένη διαπίστωση αποτέλεσε την αφορμή για να θεωρηθεί η διαταραχή αυτή ενδοκρινολογικής φύσεως. Η αιτιολογία αυτή απορρίφθηκε το 1930 όταν φάνηκε ότι η ανωμαλία στην υπόφυση ήταν συνέπεια του υποσιτισμού και όχι το γενεσιουργό αίτιο. Μετά την οργανική αιτιολογία, εμφανίστηκε η ψυχαναλυτική ερμηνεία της διαταραχής σύμφωνα με την οποία, η ανορεκτική ασθενής έχει διαστρεβλωμένες αντιλήψεις για τη σεξουαλικότητα και διακατέχεται από φόβο γονιμοποίησης από το στόμα. Το 1960 τα ερευνητικά δεδομένα συμπληρώνουν τις γνώσεις της επιστημονικής κοινότητας για τη ψυχογενή ανορεξία αναδεικνύοντας το ρόλο της χαμηλής αυτοεκτίμησης, τη διαταραγμένη αντίληψη για το σώμα και τις προβληματικές σχέσεις μεταξύ ανορεκτικών κοριτσιών και των μητέρων τους¹⁸. Πλέον, στις μέρες μας υπάρχουν περισσότερα δεδομένα για τη φύση, τα χαρακτηριστικά και τα είδη των διαταραχών πρόσληψης τροφής και ειδικότερα της ψυχογενούς ανορεξίας.

1.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Η κατάσταση της ψυχογενούς ανορεξίας δεν είναι απόλυτα κατανοητή για το μέσο άνθρωπο με αποτέλεσμα συχνά να εμφανίζονται παρανοήσεις για τη συγκεκριμένη διαταραχή. Οι πιο συνηθισμένες παρανοήσεις για τη ψυχογενή ανορεξία είναι ότι

¹⁷ Madden, S. (2004). Anorexia Nervosa-Still Relevant in the Twenty-first Century? A Review of William Gull's Anorexia Nervosa. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1): 1359- 1045.

¹⁸ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

αποτελεί μια προσπάθεια απώλειας βάρους με απώτερο στόχο της βελτίωση της σωματικής εικόνας του ατόμου καθώς επίσης, ότι χαρακτηρίζεται από απώλεια όρεξης. Ουσιαστικά, όμως ούτε για μια συνηθισμένη απώλεια βάρους πρόκειται διότι το άτομο επιθυμεί να χάσει περισσότερο βάρος ακόμη και όταν έχει απισχνανθεί, αλλά ούτε η όρεξή του έχει περιοριστεί και γι αυτό το λόγο κάποια στιγμή κάμπτεται ο έλεγχος στην πρόσληψη τροφής με αποτέλεσμα να προκύπτουν επεισόδια υπερφαγίας¹⁹.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τον προσδιορισμό της ψυχογενούς ανορεξίας έχουν διατυπωθεί από τα δύο σημαντικότερα ταξινομικά σύστημα το ICD-10 και το DSM-IV, όπου παρατηρείται μια συμφωνία ως προς τα κριτήρια και το μοναδικό σημείο διαφοροποίησης είναι ότι στο DSM-IV είναι η αναγνώριση δύο ειδών ψυχογενούς ανορεξίας: (i) τον περιοριστικό τύπο και (ii) τύπο υπερφαγίας/ κάθαρσης. Στον περιοριστικό τύπο η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται με τη δίαιτα ή την υπερβολική άσκηση, ενώ στον τύπο υπερφαγίας/κάθαρσης η απώλεια βάρους επέρχεται της χρήσης βοηθητικών μέσων, όπως διουρητικών, καθαρτικών ή προκλητού εμετού²⁰. Αναλυτικότερα, τα διαγνωστικά κριτήρια αφορούν σωματικές συμπεριφορικές και ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, δηλαδή:

- Πολύ χαμηλό σωματικό βάρος, κάτω του 85% από αυτό που θεωρείται ενδεδειγμένο σε σχέση με την ηλικία και το ύψος του ατόμου (συμπεριφορική εκδήλωση),
- Έντονος φόβος ότι θα πάρει βάρος, ακόμα και όταν το βάρος του είναι κάτω του κανονικού (ψυχοπαθολογική εκδήλωση)
- Διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος, σε σχέση με το μέγεθος, το βάρος ή το σχήμα (ψυχοπαθολογική εκδήλωση)
- Αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τριών τουλάχιστον διαδοχικών εμμηνορρυσιών (σωματική εκδήλωση)²¹.

¹⁹ Σίμος, Γ. (2007). Πρόλογος στον C. Fairburn, *Βουλιμία: Ξανακερδίστε τον Έλεγχο*. Αθήνα: Πατάκης.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Κουρκουτάς, Η.Ε. (2001). *Η Ψυχολογία του Εφήβου: Θεωρητικά Ζητήματα και Κλινικές Περιπτώσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

²⁰ Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

²¹ Honey, A., and Halse, C. (2006). The Specifics of Coping: Parents of Daughters with Anorexia Nervosa. *Qualitative Health Research*, 16(5): 611- 629.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Ωστόσο, έχουν διατυπωθεί πολλοί προβληματισμοί για τα συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια δεδομένου, ότι η πλειονότητα των ανορεκτικών περιπτώσεων εντάσσεται στην άτυπη μορφή της ψυχογενούς ανορεξίας, καθώς δεν πληρείται το σύνολο των κριτηρίων²². Η ίδια εικόνα διατηρείται και στην περίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας, όπου τα περισσότερα περιστατικά εντάσσονται στην άτυπη μορφή της διαταραχής. Μια άλλη προσπάθεια για να ξεπεραστούν αυτοί οι περιορισμοί και να αναγνωριστούν οι διαφορετικοί τύποι των διατροφικών διαταραχών έγινε μέσα από την παρατήρηση και ομαδοποίηση των συμπτωμάτων που παρουσιάζουν οι πάσχοντες των συγκεκριμένων διαταραχών. Χαρακτηριστική είναι η ταξινόμηση που προέκυψε από τη μελέτη των Keel, et. al.,²³, σύμφωνα με την οποία αναγνωρίστηκαν τέσσερις τύποι διατροφικών διαταραχών:

- **Ψυχογενής ανορεξία περιοριστικού τύπου:** αυτή η κατηγορία είναι η πολυπληθέστερη, η οποία χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα, τελειομανίας, ψυχαναγκασμών και ακαμψίας.
- **Ψυχογενής ανορεξία υπερφαγικού/καθαρτικού τύπου και ψυχογενή βουλιμία:** εδώ, τα άτομα παρουσίαζαν τη μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση συγκριτικά με τις υπόλοιπες κατηγορίες πασχόντων. Τα άτομα αυτά είχαν και υψηλά επίπεδα ανάγκης για καινοτομία αλλά και συμπεριφορών αποφυγής βλαβών, και χαμηλά επίπεδα αυτό- καθοδήγησης, επιμονής και αυτό-συνειδητότητας, κάτι που εξηγεί τα επεισόδια υπερφαγίας.
- **Ψυχογενή ανορεξία χωρίς ψυχαναγκαστικά στοιχεία:** η συγκεκριμένη κατηγορία ήταν η μικρότερη σε σχέση με τον αριθμό των ατόμων που την παρουσίαζε και είχε τη μικρότερη ψυχολογική επιβάρυνση συγκριτικά με τις υπόλοιπες τρεις κατηγορίες. Χαρακτηριστικά στοιχεία των ατόμων αυτών ήταν τα υψηλά επίπεδα ανάγκης για καινοτομία, τα χαμηλά επίπεδα συμπεριφορών αποφυγής βλαβών και η έλλειψη ψυχαναγκαστικών στοιχείων που σχετίζεται με κακή πρόβλεψη και χρονιότητα.

²² Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Mussell, M.P., Binford, R.B., and Fulkerson, J.A. (2000). Eating Disorders: Summary of Risk Factors, Prevention Programming, and Prevention Research. *The Counseling Psychologist*, 28(6): 746- 796.

Fairburn, C. (2007). *Βουλιμία: Ξανακερδίστε τον Έλεγχο*. Αθήνα: Πατάκης.

²³ Keel, P.K., Fichter, M., Qualdfleg, N., Bulik, C.M., Baxter, M.G., et. al., (2004). Application of a Latent Class Analysis to Empirically Define Eating Disorders Phenotypes. *Archives of General Psychiatry*, 61: 192- 200.

- **Ψυχογενή βουλιμία, όπου η πρόκληση εμετού πραγματώνεται αποκλειστικά μέσω της πρόκλησης εμετού:** τα άτομα σε αυτή την κατηγορία ήταν λιγότερο πιθανό να έχουν χαμηλό σωματικό βάρος και έτειναν να μην εφαρμόζουν ακραίες μεθόδους περιορισμού των προσληφθέντων θερμίδων ή υιοθέτηση μεθόδων περιορισμού των ‘επικίνδυνων’ φαγητών. Ωστόσο, ο στόχος της απόκτησης ή διατήρησης του χαμηλού σωματικού βάρους επιδιώκονταν μέσα από την πρόκληση εμετού.

Είναι εύλογο ότι η συνέχιση των ερευνητικών προσπαθειών με σκοπό τον προσδιορισμό πιο αξιόπιστων κριτηρίων διάγνωσης, βασιζόμενες σε μεγάλα δείγματα πληθυσμού (κλινικά και μη) θα συμβάλλει ενεργητικά στην πιο άμεση και ορθότερη αναγνώριση των περιστατικών, στο σχεδιασμό πιο αποτελεσματικών μεθόδων παρέμβασης καθώς και στην υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης.

1.3 Κλινική Εκτίμηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Από τη στιγμή που διαπιστωθούν ενδείξεις για την ύπαρξη ψυχογενούς ανορεξίας, απαιτούνται μια σειρά ιατρικών και ψυχολογικών εκτιμήσεων με σκοπό να εκτιμηθεί το εύρος των επιπτώσεων στον οργανισμό και η λειτουργικότητα του πάσχοντα. Πιο συγκεκριμένα, σε ιατρικό επίπεδο είναι βαρύνουσας σημασίας να αξιολογηθούν οι συνέπειες στον οργανισμό από τις διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες, καθώς και η έκταση της χρήσης τεχνικών μέσων για τη μείωση του βάρους. Οι γιατροί αξιολογούν τον πάσχοντα ως προς τέσσερις διαστάσεις: (α) αλλαγές στο σωματικό βάρος, (β) διατροφικά πρότυπα, (γ) σοβαρότητα και συχνότητα χρήσης τεχνικών μέσων (π.χ. διουρητικά, κλύσματα, χρήση καφεΐνης και άλλων διεγερτικών ουσιών, κ.α.) και (δ) υπερβολική/ακραία σωματική άσκηση²⁴.

Το ιδανικό βάρος του πάσχοντα εκτιμάται συνυπολογίζοντας παραμέτρους, όπως το φύλο, η ηλικία, το ύψος, και το δείκτη μάζας σώματος. Στα πλαίσια της σωματικής εξέτασης, οι ειδικοί αναζητούν συμπτώματα που σχετίζονται άμεσα με το υπερβολικά

²⁴ Becker, A.E., Grinspoon, S.K., and Herzog, D.B. (1999). Eating Disorders. *The New England Journal of Medicine*, 8: 1092- 1098.

χαμηλό σωματικό βάρος, όπως είναι η υπόταση, η βραδυκαρδία, η υποθερμία, η διόγκωση της παρωτίτιδας, το φαινόμενο lanugo (οι τρίχες γίνονται λεπτές και εύθραυστες), ατροφία των μαστών, πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδας και εντερική διόγκωση λόγω της χρόνιας δυσκοιλιότητας. Οι εργαστηριακές εξετάσεις που πρέπει να πραγματοποιηθούν έχουν ως στόχο τον έλεγχο των ηλεκτρολυτών και του επιπέδου της γλυκόζης στο αίμα. Ευρήματα όπως υποκαλιαιμία, υπογλυκαιμία, λευκοπενία, υψηλά επίπεδα κορτιζόλης σχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με τις διατροφικές διαταραχές. Η αμηνόρροια είναι χαρακτηριστικό εύρημα στις περιπτώσεις των ατόμων που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία, η οποία είναι αποτέλεσμα της μείωσης της έκκρισης των γονοδοτρόπων ορμονών (οιστρογόνα, προγεστερόνη, τεστοστερόνη). Τέλος, αποτέλεσμα της αμηνόρροιας και της κακής διατροφής είναι η μείωση της πυκνότητας των οστών, που είναι πολύ χαμηλότερη από τα κατώτερα φυσιολογικά επίπεδα, τουλάχιστον για το 50% των γυναικών που έχουν τη χρόνια μορφή της ψυχογενούς ανορεξίας²⁵. Σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνητικών προσπαθειών για τη διαπίστωση των μακροχρονίων συνεπειών της ψυχογενούς ανορεξίας, επιβεβαιώθηκαν τα παραπάνω ευρήματα²⁶. Αναλυτικότερα, η χαμηλή πυκνότητα των οστών ήταν έντονη στα άτομα με ψυχογενή ανορεξία και σχετίζονταν με τη διάρκεια της αμηνόρροιας. Η οστεοπενία παρέμεινε ως κατάσταση ακόμα και μετά την έναρξη σωστών διατροφικών συνηθειών, από μερικούς μήνες έως και χρόνια. Ως αποτέλεσμα αυτών τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία διέτρεχαν υψηλότερο κίνδυνο καταγμάτων από το μέσο πληθυσμό. Επίσης, στα πλαίσια αυτής της ανασκόπησης διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που έπασχαν από ψυχογενή ανορεξία είχαν μειωμένες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο, κάτι που αποδίδεται στη μειωμένη πολύ περιορισμένη κατανάλωση ενέργειας (τροφών). Επιπλέον, σοβαρές γαστρεντερικές ή μεταβολικές διαταραχές ήταν πιθανό να εμφανιστούν στα ανορεκτικά άτομα στα πλαίσια που η διαταραχή είχε χρόνια διάρκεια (π.χ. αθηροσκλήρωση, υπερλιπιδαιμία, κ.α.). Τέλος, το σωματικό βάρος σχετίζονταν αρνητικά με την μακροζωία και το προσδόκιμο ζωής και θετικά με τη θνησιμότητα.

²⁵ Becker, A.E., Grinspoon, S.K., and Herzog, D.B. (1999). Eating Disorders. *The New England Journal of Medicine*, 8: 1092- 1098.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

²⁶ Gendall, K.A., and Bulik, C.M. (2005). The Long Term Biological Consequences of Anorexia Nervosa. *Current Nutrition*, 1: 87- 96.

Η ψυχολογική εκτίμηση των ατόμων που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία πρέπει να επικεντρωθεί σε τρία επίπεδα: (α) αναγνώριση άλλων ψυχιατρικών διαταραχών που μπορεί να συνυπάρχουν με τη συγκεκριμένη διαταραχή, (β) εκτίμηση του αυτοκτονικού ιδεασμού και του κινδύνου να προβεί το άτομο σε μια απόπειρα αυτοκτονίας, δεδομένου ότι οι αυτοκτονίες αυξάνουν επικίνδυνα το ποσοστό της θνησιμότητας στην ψυχογενή ανορεξία, και (γ) διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που μπορεί να επιδρούν στη συγκεκριμένη διαταραχή. Η ψυχολογική εκτίμηση του πάσχοντα κρίνεται αναγκαία λόγω του μεγάλου όγκου των ερευνών που δείχνουν θετική συσχέτιση μεταξύ των διαταραχών πρόσληψης τροφής και των αγχωδών διαταραχών, των διαταραχών διάθεσης και των διαταραχών προσωπικότητας²⁷.

1.4 Επιδημιολογικά στοιχεία για την Ψυχογενή Ανορεξία

Ο μεγαλύτερος όγκος των περιπτώσεων ατόμων που εμφάνισαν ψυχογενή ανορεξία είχε ως χρονικό ορόσημο της έναρξης της διαταραχής την περίοδο της εφηβείας, ιδιαίτερα το διάστημα μεταξύ 10- 19 ετών, με μέση ηλικία έναρξης την ηλικία των 17 ετών²⁸. Λιγότερο συχνές είναι περιπτώσεις όπου η έναρξη της διαταραχής εμφανίζεται στη μέση ηλικία, φαίνεται όμως ότι η έναρξη της ανορεξίας σχετίζεται στις περισσότερες των περιπτώσεων με ένα αρκετά στρεσογόνο ερέθισμα²⁹.

Η **πορεία** της ψυχογενούς ανορεξίας διαφοροποιείται ανάλογα με την αλληλεπίδραση εξατομικευμένων παραγόντων και κοινωνικών μεταβλητών. Κάποια άτομα μπορεί να εκδηλώσουν ένα μόνο επεισόδιο και μετά να επανακάμψουν, κάποια άλλα άτομα εμφανίζουν συχνές υποτροπές καθώς υπάρχει και μια ακόμη κατηγορία, όπου η

²⁷ Becker, A.E., Grinspoon, S.K., and Herzog, D.B. (1999). Eating Disorders. *The New England Journal of Medicine*, 8: 1092- 1098.

²⁸ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

²⁹ Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Κούρος, Ι. (1993). Η Ψυχογενής Ανορεξία των Νεαρών Κοριτσιών, στο Ι. Κούρος (Επιμ.) *Ψυχολογικά Θέματα Παιδιών και Εφήβων*, Τόμος Β'. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

διαταραχή αποκτά το χαρακτήρα χρόνιας ασθένειας³⁰. Υπολογίζεται ότι η μέση διάρκεια της διαταραχής είναι έξι χρόνια με υψηλό ποσοστό υποτροπών³¹. Επίσης, από τα άτομα που θα νοσήσουν το 1/3 θα παρουσιάσει χρονιότητα της διαταραχής. Οι Zipfel, et.al.³², σε μια μακροχρόνια μελέτη εκτίμησαν την πορεία εξέλιξης της ψυχογενούς ανορεξίας μετά από σχεδόν 20 χρόνια από την ολοκλήρωση της νοσηλείας τους. Πιο συγκεκριμένα, παρατήρησαν ότι το 50,6% του δείγματος ανέρρωσε από τη διαταραχή, το 10% εξακολούθησε να πληρεί τα κριτήρια για τη διαταραχή, το 15,6% πέθανε από επιπλοκές και το υπόλοιπο ποσοστό παρουσίαζε επιδείνωση της κατάστασης. Στα πλαίσια αυτής της έρευνας διαπιστώθηκε ότι σε επίπεδο ιατρικών επιπλοκών η πιο σημαντική ήταν η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που οδηγούσε στην ανάγκη για αυτοδιάλυση και σε επίπεδο κοινωνικής λειτουργικότητας, τα άτομα με περιορισμένη εξέλιξη ως προς την πορεία της διαταραχής είχαν σημαντικά περισσότερες μέρες απουσίας από το εργασιακό τους περιβάλλον.

Επιπλέον, υπάρχει ένα ανησυχητικά αυξημένο ποσοστό ατόμων, 16 - 20%, το οποίο θα πεθάνει από επιπλοκές³³. Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα το ποσοστό **θνησιμότητας** από αυτή τη διαταραχή κυμαίνεται από 5 - 10% , το οποίο είναι πολύ υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό που ισχύει για το μέσο πληθυσμό³⁴. Τα πιο συνήθη αίτια θανάτου είναι η ασιτία, η αυτοκτονία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές καθώς και άλλα αίτια³⁵.

³⁰ Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

³¹ Madden, S. (2004). Anorexia Nervosa-Still Relevant in the Twenty-first Century? A Review of William Gull's Anorexia Nervosa. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1): 1359- 1045.

³² Zipfel, S., Lowe, B., Reas, D.L., Deter, H.C, and Herzog, W. (2000). Long-Term Prognosis in Anorexia Nervosa: Lessons from 21-years Follow-up Study. *The LANCET*, 355: 721- 722.

³³ Lowe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D.L., and Herzog, W. (2001). Long-Term Outcome of Anorexia Nervosa in a Prospective 21-year Follow- up Study. *Psychological Medicine*, 31: 881- 890.

³⁴ Becker, A.E., Grinspoon, S.K., and Herzog, D.B. (1999). Eating Disorders. *The New England Journal of Medicine*, 8: 1092- 1098.

Sullivan, P.F. (1995). Mortality in Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152: 1073- 1074.

³⁵ Madden, S. (2004). Anorexia Nervosa-Still Relevant in the Twenty-first Century? A Review of William Gull's Anorexia Nervosa. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1): 1359- 1045.

Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν κάποια δημογραφικά στοιχεία των ατόμων που παρουσιάζουν ψυχογενή ανορεξία. Το φύλο και το πολιτισμικό πλαίσιο φαίνεται να σχετίζονται έντονα με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Η ψυχογενής ανορεξία φαίνεται να αφορά κυρίως το γυναικείο φύλο, όπου το 90% των διαγνωσμένων περιπτώσεων είναι γυναίκες. Γενικότερα, η συχνότητα εμφάνισης της συγκεκριμένης διαταραχής παρουσιάζει ανοδικές τάσεις, το ποσοστό των γυναικών που αναμένονταν να νοσήσει από ψυχογενή ανορεξία το 2000 ήταν μεταξύ 0.2- 0.7% ³⁶, ενώ σύμφωνα με πιο πρόσφατες έρευνες αυτό κυμαίνεται μεταξύ 1.20- 2.2% ³⁷. Αναφορικά στο πολιτισμικό πλαίσιο, σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε άτομα με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο παρατηρήθηκε τα ποσοστά της ψυχογενούς ανορεξίας στους Αφρό-Αμερικάνους και Ασιάτες είναι σημαντικά χαμηλότερα από ότι στους λευκούς Αμερικάνους. Αυτή η διαφοροποίηση αποδίδεται στα διαφορετικά πρότυπα ομορφιάς, όπου με βάση την κουλτούρα των Αφρό-Αμερικάνων το σώμα με καμπύλες θεωρείται όμορφο και ποθητό, σε αντίθεση με την κουλτούρα των λευκών-Αμερικάνων και γενικότερα των ανεπτυγμένων κοινωνιών, όπου το πρότυπο ομορφιάς σχετίζεται απόλυτα με το αδύνατο γυναικείο σώμα³⁸. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η συγκεκριμένη διαταραχή υπάρχει και σε αυτούς τους πολιτισμούς, αλλά σε μικρότερη συχνότητα και με διαφορετική συμπτωματολογία (π.χ. στην Κίνα ο φόβος του ατόμου να πάρει βάρος υπάρχει σε ένα ποσοστό μικρότερο του 50% του συνόλου των περιπτώσεων). Οι αλλαγές στα πολιτισμικά πλαίσια και στην οργάνωση των κοινωνιών ίσως να εξηγούν το γιατί έλειπαν από την περιγραφή του Gull για την ανορεξία, συμπτώματα όπως η διαστρεβλωμένη εικόνα του εαυτού και ο φόβος για την αύξηση του βάρους³⁹.

³⁶ Kim, J.H., and Lennon, S.J. (2007). Mass Media and Self-Esteem, Body Image, and Eating Disorder Tendencies. *Clothing and Textiles Research Journal*, 25(1): 6.

³⁷ Bulik, C., Sullivan, P.F., Tozzi, F., Lichtstein, P., and Pedersen, N. (2006). Prevalence, Heritability and Prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63: 305- 312.

³⁸ Crago, M., Shisslak, C., and Estes, L. (1996). Eating Disturbances among American Minority Groups. *International Journal of Eating Disorders*, 19: 239- 248.

³⁹ Madden, S. (2004). Anorexia Nervosa-Still Relevant in the Twenty-first Century? A Review of William Gull's Anorexia Nervosa. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1): 1359- 1045.

1.5 Παθολογικές εκδηλώσεις της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Ο κεντρικός άξονας της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η διαστρεβλωμένη αντίληψη του σώματος και ο υπερβολικός φόβος πρόσληψης βάρους. Οι συγκεκριμένες γνωστικές διαστρεβλώσεις οδηγούν σε μια σειρά παθολογικών εκδηλώσεων αναφορικά με τις διατροφικές συνήθειες, τη σχέση με το ίδιο το σώμα, τη σωματική άσκηση, την υπερβολική προσπάθεια ελέγχου του σώματος, τα υπερφαγικά επεισόδια και τη χρήση τεχνικών μέσων. Η προσπάθεια απώλειας βάρους επιτυγχάνεται μέσω της αλλαγής των διατροφικών συνηθειών και την υπερβολικής άσκησης, ενώ οι επιπτώσεις της αποστέρησης τροφών που οδηγούν σε υπερφαγικά επεισόδια αντιμετωπίζονται μέσω της χρήσης τεχνικών μέσων και της κάλυψης των επίμαχων περιοχών του σώματος. Όλες αυτές οι παθολογικές εκδηλώσεις έχουν ως αφετηρία το γεγονός ότι τα άτομα αυτά δεν είναι ικανοποιημένα από το σώμα τους, το οποίο θεωρούν ότι είναι παχύ. Η ενόχλησή τους μπορεί να επικεντρώνεται σε περιοχές του σώματος που σχετίζονται με τη θηλυκότητα, όπως, μηροί, στήθος, κοιλιά και γλουτοί. Τα τμήματα αυτά “κρύβονται” πίσω από φαρδιά ρούχα, ώστε να μη γίνονται αντιληπτά από τους άλλους, αυτά τα σωματικά μειονεκτήματα⁴⁰.

Τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία φροντίζουν να καταναλώνουν μικρές ποσότητες τροφίμων, με χαμηλή θερμιδική αξία και αποφεύγουν να καταναλώσουν όλο το εύρος των τροφίμων. Ωστόσο, είναι πιθανό να υπάρχει μονοφαγία σε ένα είδος τροφίμου με μεγάλη θερμιδική αξία. Στην προσπάθειά τους να ελέγξουν το σύνολο των θερμίδων που προσλαμβάνουν, αρκετά από αυτά τα άτομα ασχολούνται με τη μαγειρική ώστε να είναι σε θέση να γνωρίζουν τι περιέχεται σε κάθε φαγητό. Το φαγητό μπορεί να αποτελέσει και αφορμή συγκρούσεων δεδομένου ότι η ώρα των γευμάτων είναι μια προσπάθεια των μελών της οικογένειας να πιέσουν το ανορεκτικό να φάει, ενώ ο ίδιος αντιδρά σθεναρά προκειμένου να το αποφύγει. Τέλος, υπάρχει ένας αριθμός ανορεκτικών ατόμων που μασάνε το φαγητό και το φτύνουν (ακόμα και όταν δεν υπάρχουν τρίτα πρόσωπα παρόντα), προκειμένου να επωφεληθούν από τη γευστική του απόλαυση, αλλά να μην επιβαρυνθούν με το θερμιδικό του φορτίο. Η υπερβολική σωματική άσκηση είναι ακόμα ένα μέσο που χρησιμοποιείται προκειμένου να εξασφαλιστεί η απώλεια βάρους, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί και

⁴⁰ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

ως μέσο συναισθηματικής αποφόρτισης από τον συνεχή διατροφικό έλεγχο. Η άσκηση συνήθως επιτελείται σε ατομικό επίπεδο, είτε γιατί τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία δεν θέλουν να γίνει αντιληπτό το πόσο πολύ γυμνάζονται, είτε γιατί οι γυμναστές αρνούνται να τις αναλάβουν. Επιπλέον, η άσκηση αυτών των ατόμων χαρακτηρίζεται από έντονα καταναγκαστικά στοιχεία δεδομένου ότι νιώθουν ότι πρέπει να επιτελέσουν το σύνολο του προγράμματος για να κατευναστεί η εσωτερική ένταση που βιώνουν⁴¹.

Ο διαρκής έλεγχος της πρόσληψης τροφής και η πείνα που απορρέει από αυτήν κάποια στιγμή οδηγεί στην εκδήλωση ενός επεισοδίου υπερφαγίας, στα πλαίσια του οποίου, τα άτομα που πάσχουν από ανορεξία, καταναλώνουν τροφές με μεγάλη θερμιδική αξία και γενικότερα ότι αποφεύγουν το υπόλοιπο χρονικό διάστημα. Το υπερφαγικό επεισόδιο σηματοδοτεί την απώλεια ελέγχου της κατάστασης, οπότε το επόμενο βήμα αυτών των ασθενών είναι να τον επανακτήσουν οδηγούμενοι στη χρήση τεχνικών μέσων, όπως η χρήση φαρμάκων, διουρητικών, καθαρτικών και οι προκλητοί εμετοί. Η πρόκληση εμετού είναι ο πιο συνήθης εξισοροποιητικός μηχανισμός που επιβάλλουν τα ανορεκτικά άτομα στον εαυτό τους μετά από ένα επεισόδιο υπερφαγίας, ακόμη και μετά από μια ασήμαντη διατροφική παρέκκλιση (π.χ. μια μπουκιά φαγητού). Ο εμετός μπορεί να προκληθεί με τη χρήση δαχτύλου ή κάποιου άλλου επίμηκες αντικειμένου, με τη διόγκωση του στομάχου με μεγάλες ποσότητες υγρών, με την πίεση στην κοιλιακή χώρα και από τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν καρδιολογικά προβλήματα. Η χρήση καθαρτικών είναι μια ακόμη μέθοδος διαδεδομένη μεταξύ των ατόμων που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία. Αρχικά, τα καθαρτικά χρησιμοποιούνται για να ανακουφίσουν τη χρόνια δυσκοιλιότητα που είναι αποτέλεσμα της διαταραχής, αλλά στη συνέχεια εντάσσονται στο καθημερινό πρόγραμμα των πασχόντων διότι βοηθά στην “κάθαρση” του σώματος από την τροφή που καταναλώθηκε. Βέβαια, αυτό που δεν γνωρίζουν τα ανορεκτικά άτομα είναι ότι αυτό που αποβάλλεται με τη χρήση των καθαρτικών θα αποβάλλονταν ούτως ή άλλως και ουσιαστικά δεν επιτυγχάνουν την πολυπόθητη “κάθαρση”. Η χρήση των διουρητικών δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στα ανορεκτικά άτομα και έχει παρατηρηθεί ότι κυρίως χρησιμοποιούνται από άτομα που γνωρίζουν τη δράση

⁴¹ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα

τους λόγω συνάφειας με το χώρο της υγείας. Τέλος, τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία μπορεί να χρησιμοποιήσουν και άλλες κατηγορίες φαρμάκων για να επιτύχουν τη μείωση βάρους, όπως θυρεοειδικές ορμόνες και χάπια κατά της παχυσαρκίας⁴².

1.6 Ψυχογενή Ανορεξία και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές

Η ψυχογενής ανορεξία συγκαταλέγεται μεταξύ των διαταραχών που απαιτούν προσεκτικούς χειρισμούς σε επίπεδο διατροφικό, ιατρικό, και θεραπευτικό. Ο χειρισμός της κατάστασης γίνεται ακόμα πιο δύσκολος όταν συνυπάρχουν παράλληλα με τη ψυχογενή ανορεξία και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, διότι τα συμπτώματα θα είναι πιο έντονα και αυξάνονται οι πιθανότητες για μειωμένα θεραπευτικά αποτελέσματα. Η συνύπαρξη άλλων διαταραχών επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό, τόσο την πρόγνωση όσο και τους θεραπευτικούς χειρισμούς. Ένας μεγάλος όγκος ερευνών επικεντρώθηκε στη μελέτη συννοσηρότητας της ανορεξίας με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.

1.6.1 Αγχώδεις Διαταραχές

Μια από τις πρώτες κατηγορίες που διερευνήθηκε η συνύπαρξή τους με την ψυχογενή ανορεξία είναι οι **αγχώδεις διαταραχές**. Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν υψηλή συσχέτιση μεταξύ των αγχωδών διαταραχών και των διατροφικών διαταραχών και η πλειονότητα των ατόμων που πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής (2/3) θα παρουσιάσει μία ή περισσότερες αγχώδεις διαταραχές⁴³. Γενικότερα, έχει διαπιστωθεί ότι στις διαταραχές πρόσληψης τροφής οι πιο συχνές αγχώδεις διαταραχές που συνυπάρχουν είναι η ψυχαναγκαστική/καταναγκαστική διαταραχή

⁴² Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

⁴³ Godart, N., Berthoz, S., Rein, Z., Perdereau, F., Lang, F., et. al., (2006). Does the Frequency of Anxiety and Depression Disorders Differ Between Diagnostic Subtypes of Anorexia Nervosa and Bulimia? *International Journal of Eating Disorders*, 39: 772- 778.

Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton, L., Barbarich, N., and Masters, K. (2004). Comorbidity of Anxiety Disorders with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161: 2215-2221.

(41%) και η κοινωνική φοβία (20%), οι οποίες εμφανίζονται πριν την εμφάνιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής και αυτή που είναι λιγότερη συχνή είναι η μετατραυματική διαταραχή⁴⁴. Τα ποσοστά της συννοσηρότητας αγχωδών και διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι υψηλότερα από τα αντίστοιχα του μέσου πληθυσμού. Για παράδειγμα, το ποσοστό εμφάνισης ψυχαναγκαστικής / καταναγκαστικής διαταραχής στις διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι 41%, ενώ για το μέσο πληθυσμό είναι 21%, ή του γενικότερου άγχους στια διατροφικές διαταραχές είναι 61%, ενώ για το σύνολο του πληθυσμού είναι 30.5%⁴⁵.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι διακυμάνσεις των ποσοστών ανάλογα με τον τύπο των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Στις περισσότερες έρευνες, διατηρείται η κατηγοριοποίηση σε ψυχογενή ανορεξία - περιοριστικού τύπου, ψυχογενή βουλιμία και το συνδυαστικό τύπο ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας. Πιο συγκεκριμένα, τα ερευνητικά δεδομένα αποκαλύπτουν ότι η ψυχαναγκαστική/καταναγκαστική διαταραχή και η αγοραφοβία τείνει να είναι πιο συχνή στο συνδυαστικό τύπο ανορεξίας και βουλιμίας, ενώ η κοινωνική φοβία και η διαταραχή πανικού ήταν πιο συχνές στον περιοριστικό τύπο της ψυχογενούς ανορεξίας, από ότι στη ψυχογενή βουλιμία⁴⁶. Τα ευρήματα για τη ψυχαναγκαστική/καταναγκαστική διαταραχή επιβεβαιώθηκαν και από την έρευνας των Swinbourne and Touyz⁴⁷, οι οποίοι έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική επικάλυψη μεταξύ ψυχογενούς ανορεξίας και ψυχαναγκαστικής/καταναγκαστικής διαταραχής κάτι που μπορεί να οφείλεται στην ενεργοποίηση κοινών νευροβιολογικών, γενετικών ή και ψυχολογικών μηχανισμών. Επίσης, η κοινωνική φοβία είναι πιο συχνή στην ανορεξία με ποσοστά που μπορεί να κυμαίνονται από 16- 88.2 %, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για την ψυχογενή βουλιμία είναι 17- 67.8%. Τα δεδομένα για την αγοραφοβία, διαταραχή πανικού και τις ειδικές φοβίες δεν δίνουν μια σαφή εικόνα, ενώ αντίθετα για τη μετατραυματική διαταραχή αποκαλύπτουν ότι η ύπαρξη παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης προϋπάρχει πριν την

⁴⁴ Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton, L., Barbarich, N., and Masters, K. (2004). Comorbidity of Anxiety Disorders with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161: 2215- 2221.

⁴⁵ Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton, L., Barbarich, N., and Masters, K. (2004). Comorbidity of Anxiety Disorders with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161: 2215- 2221.

⁴⁶ Godart, N., Berthoz, S., Rein, Z., Perdereau, F., Lang, F., et. al., (2006). Does the Frequency of Anxiety and Depression Disorders Differ Between Diagnostic Subtypes of Anorexia Nervosa and Bulimia? *International Journal of Eating Disorders*, 39: 772- 778.

⁴⁷ Swinbourne, J.M., and Touyz, S.W. (2007). The Co-Morbidity of Eating Disorders and Anxiety Disorders: A Review. *European Eating Disorders Review*, 15: 253- 274.

εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας. Το μεγαλύτερο ποσοστό μετατραυματικής διαταραχής επιβεβαιώθηκε και από την έρευνα των Woodrife and Staab⁴⁸, όπου το ποσοστό για την ψυχογενή ανορεξία ήταν 50%, ενώ για τη βουλιμία 80%.

1.6.2 Διαταραχές Διάθεσης

Συχνά γίνεται λόγος για τη συνύπαρξη διαταραχών της διάθεσης με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Ειδικότερα, από το σύνολο των ατόμων που νοσούν από την ψυχογενή ανορεξία ένα ποσοστό της τάξης του 65- 75% αναμένεται κάποια στιγμή να εμφανίσει **κατάθλιψη**⁴⁹. Οι Woodrife and Staab⁵⁰, επιστούν την προσοχή της επιστημονικής κοινότητας αναφορικά στην καταθλιπτική διάθεση αυτών των πασχόντων. Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζουν ότι οι υποκειμενικές εκτιμήσεις των ασθενών για τη διάθεσή τους είναι ότι όντως πάσχουν από κατάθλιψη, αλλά μια προσεκτικότερη αξιολόγηση των συμπτωμάτων τους αποκαλύπτει ότι το συναίσθημα τους είναι επίπεδο ή ακόμα ότι το συναίσθημά τους είναι αρκετά ασταθές. Τα όποια φυτικά (π.χ. διαταραχές στη λίμπιντο ή τον ύπνο) ή γνωστικά συμπτώματα (π.χ. αβοηθησία) παρουσιάζουν αυτά οφείλονται στη λιμοκτονία και στην χρόνια φύση της διαταραχής. Επομένως, αυτοί οι ερευνητές επισημαίνουν την ανάγκη προσεκτικότερης αξιολόγησης αναφορικά στην ύπαρξη κατάθλιψης στην ψυχογενή ανορεξία.

Η δυσθυμία είναι ακόμη μία διαταραχή διάθεσης που συνυπάρχει με την ψυχογενή ανορεξία, αλλά δεν υπάρχουν διαφορές στα ποσοστά εμφάνισής της μεταξύ ανορεξίας περιοριστικού τύπου και βουλιμίας. Ωστόσο, αυτά τα ποσοστά είναι πολύ υψηλότερα για τα άτομα που πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής από ότι στο γενικότερο πληθυσμό⁵¹. Τέλος, η διπολική διαταραχή μπορεί να συνυπάρχει με

⁴⁸ Woodrife, B.D., and Staab, R. (2006). Management of Psychiatric Comorbidity in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *CNS Drugs*, 20(8): 655- 665.

⁴⁹ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα., σελ.32.

⁵⁰ Woodrife, B.D., and Staab, R. (2006). Management of Psychiatric Comorbidity in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *CNS Drugs*, 20(8): 655- 665.

⁵¹ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα, σελ.51.

τις διατροφικές διαταραχές στο βαθμό που παρατηρείται αστάθεια συναισθήματος και αυτό κυρίως αφορά τη ψυχογενή βουλιμία⁵².

1.6.3 Διαταραχές Προσωπικότητας

Η συνύπαρξη διαταραχών προσωπικότητας και διαταραχών πρόσληψης τροφής προκάλεσε το ενδιαφέρον των επιστημόνων και διερευνήθηκε αρκετά, όχι πάντα υιοθετώντας επιστημονικά κριτήρια μελέτης με αποτέλεσμα να υπάρχουν μεθοδολογικά προβλήματα και προβλήματα ταξινόμησης των διαταραχών, που δεν επιτρέπουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων⁵³. Η παρατήρηση ότι στα άτομα που πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής υπάρχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά, όπως η ανάγκη για τάξη, οργάνωση, η ακαμψία και τελειομανία, οδήγησε στην άποψη ότι κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορεί να λειτουργούν διευκολυντικά για την εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής. Κάποιες έρευνες εκτιμούν τη συνύπαρξη μεταξύ διαταραχών προσωπικότητας και διαταραχών πρόσληψης της τροφής να κυμαίνεται μεταξύ 27- 77%⁵⁴.

Η ανασκόπηση των πιο έγκυρων ερευνητικών προσπαθειών αποκαλύπτει μια σειρά από ενδιαφέροντα ευρήματα. Σε αυτό το σημείο όμως, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η ταξινόμηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής δεν είναι ίδια σε όλες τις μελέτες-άλλοτε πιο γενική και άλλοτε πιο ειδική, κάτι που περιορίζει σημαντικά την γενίκευση των ευρημάτων. Στα πλαίσια των αρχικών ερευνών που εξέταζαν τη συνύπαρξη διαταραχών προσωπικότητας σε πληθυσμούς με ψυχογενή ανορεξία ή βουλιμία διαπιστώνεται ότι η ψυχαναγκαστική/καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας τείνει σχεδόν αποκλειστικά να χαρακτηρίζει τη ψυχογενή ανορεξία σε ποσοστά που κυμαίνονταν από 13% -31%⁵⁵. Είναι σημαντικό να τονιστεί η διαφορά ανάμεσα στη ψυχαναγκαστική/καταναγκαστική διαταραχή και στη ψυχαναγκαστική/καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας. Στην πρώτη

⁵² Woodrife, B.D., and Staab, R. (2006). Management of Psychiatric Comorbidity in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *CNS Drugs*, 20(8): 655- 665.

⁵³ Godt, K. (2008). Personality Disorders in 545 Patients with Eating Disorders. *European Eating Disorder Review*, 16: 94- 99.

⁵⁴ Ro, O., Martinsen, E.W., Hoffort, A., Soxton, H., and Roseminge, J.H. (2005). The Interaction of Personality Disorders and Eating Disorders: A Two-Year Prospective Study of Patients with Longstanding Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38: 106- 111.

⁵⁵ Swinbourne, J.M., and Touyz, S.W. (2007). The Co-Morbidity of Eating Disorders and Anxiety Disorders: A Review. *European Eating Disorders Review*, 15: 267.

περίπτωση τα συμπτώματα της διαταραχής βιώνονται ως ενοχλητικά από τον πάσχοντα (δυστονικά προς το εγώ), ενώ στην περίπτωση της διαταραχής προσωπικότητας η ακαμψία και η σταθερότητα δεν βιώνονται ως ιδιαίτερα προβληματικά για τον πάσχοντα⁵⁶. Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των διαταραχών προσωπικότητας και των επιμέρους μορφών των διαταραχών πρόσληψης τροφής τα αποτελέσματα δεν είναι πάντοτε σαφή. Στην έρευνα των Sansone et. al.,⁵⁷ διαπιστώθηκε ότι η ψυχαναγκαστική/καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας σχετίζεται με την ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου μιας και υπάρχει έντονος έλεγχος και περιορισμός ως προς τη λήψη τροφής, ενώ η ψυχογενή ανορεξία υπερφαγίας / κάθαρσης και η ψυχογενή βουλιμία σχετίζονται με τη μεταιχμιακή προσωπικότητα, δεδομένου ότι σε αυτές υπάρχει μεγαλύτερη παρορμητικότητα. Επίσης, με την ψυχογενή βουλιμία συνδέονται η δραματική και εξαρτημένη προσωπικότητα. Αυτά τα ευρήματα δεν επιβεβαιώθηκαν σε όλο το εύρος τους από την έρευνα της Godt⁵⁸, η οποία βασίστηκε σε ένα πολύ μεγάλο δείγμα (n= 575 άτομα) και όπου η ψυχαναγκαστική/καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας δεν σχετίζονταν με την ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού τύπου, αλλά με την ψυχογενή ανορεξία υπερφαγίας / κάθαρσης. Τέλος, σε αυτήν την έρευνα βρέθηκε ότι τα ποσοστά διαταραχών προσωπικότητας ήταν υψηλότερα για τη ψυχογενή βουλιμία από ότι για την ψυχογενή ανορεξία.

1.6.4 Ψυχογενής Ανορεξία και εξαρτησιογόνες ουσίες

Οι εξαρτήσεις και η συνύπαρξή τους με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν αποτελέσει το επίκεντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα η κατάχρηση αλκοόλ. Μάλιστα, έχει παρατηρηθεί ότι η κατάχρηση αλκοόλ για τη ψυχογενή ανορεξία περιοριστικού μπορεί να φτάσει σε ποσοστό έως και το 17%, ενώ για την κατάχρηση άλλων ουσιών (π.χ. αντικαταθλιπτικών) δεν

⁵⁶ Woodrife, B.D., and Staab, R. (2006). Management of Psychiatric Comorbidity in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *CNS Drugs*, 20(8): 655- 665.

⁵⁷ Sansone, R.A., Levitt, J.L., Sansone, L.A. (2005). The Prevalence of Personality Disorders among those with Eating Disorders. *Eating Disorders*, 13: 7- 21.

⁵⁸ Godt, K. (2008). Personality Disorders in 545 Patients with Eating Disorders. *European Eating Disorder Review*, 16: 94- 99.

έχουν μελετηθεί συστηματικά αλλά εκτιμάται ότι είναι αρκετά υψηλά⁵⁹. Η κοκαΐνη είναι μια ακόμη ουσία που χρησιμοποιείται στα πλαίσια της ψυχογενούς ανορεξίας με απώτερος σκοπό να επιτευχθεί η μείωση του βάρους, δεδομένου ότι η συγκεκριμένη ουσία έχει διπλή δράση, δηλαδή και καταστέλλει την όρεξη και δημιουργεί την ψευδαίσθηση του ελέγχου. Ένα ενδιαφέρον εύρημα είναι ότι στις περισσότερες των περιπτώσεων τα δεδομένα αποκαλύπτουν ότι οι εξαρτήσεις εμφανίζονται αργότερα, στην εξελικτική πορεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής⁶⁰.

Πολλοί επιστήμονες στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν τη συνύπαρξη αυτών των διαταραχών τονίζουν τα κοινά στοιχεία που χαρακτηρίζουν αυτές τις διαταραχές. Ειδικότερα επισημαίνουν τις ακόλουθες ομοιότητες⁶¹:

- **Αιτιολογικοί παράγοντες:** οι δύο διαταραχές μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της επίδρασης πολλών και διαφορετικών παραγόντων (π.χ. βιολογικών, κοινωνικών, ιδιοσυγκρασιακών, κ.α.), όπου η οικογένεια, οι ατομικές ιδιαιτερότητες και τα κοινωνικά πρότυπα θα έχουν καθοριστικό ρόλο για την πορεία των διαταραχών.
- **Ηλικία έναρξης:** οι συγκεκριμένες διαταραχές πρωτοεμφανίζονται στην περίοδο της εφηβείας και κατά την μετάβαση από την εφηβεία προς την ενήλικη ζωή. Οι εκδηλώσεις αυτών των διαταραχών μπορεί να ερμηνευτούν ως η δυσκολία του ατόμου να ισορροπήσει την ατομική με την κοινωνική του ταυτότητα και να αυτονομηθεί. Τα άτομα αυτά φαίνεται να είναι εγκλωβισμένα ανάμεσα στην ανάγκη για αυτονομία και το φόβο διεκδίκησής της (εξάρτηση).
- **Ύπαρξη ψυχαναγκαστικών/καταναγκαστικών στοιχείων:** τόσο στις εξαρτήσεις όσο και στη ψυχογενή ανορεξία υπάρχουν ψυχαναγκαστικά/καταναγκαστικά στοιχεία ή τελετουργικά που σχετίζονται με τη χρήση τροφίμων ή εξαρτησιογόνων ουσιών.
- **Δυσκολία άρθρωσης λόγου:** γεγονός που είναι ιδιαίτερα εμφανές κατά τις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες.

⁵⁹ Woodrife, B.D., and Staab, R. (2006). Management of Psychiatric Comorbidity in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *CNS Drugs*, 20(8): 655- 665.

⁶⁰ Μοσχάκου, Γ. και Ντζοΐδου Ε. (2010). Η Σύνδεση μεταξύ Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής και Εξάρτησης από Ψυχοδραστικές Ουσίες. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 110: 114- 124.

⁶¹ Μοσχάκου, Γ. και Ντζοΐδου Ε. (2010). Η Σύνδεση μεταξύ Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής και Εξάρτησης από Ψυχοδραστικές Ουσίες. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 110: 114- 124.

- **Αντισταθμιστικός μηχανισμός:** οι εξαρτήσεις και η ψυχογενής ανορεξία είναι ένας αναποτελεσματικός τρόπος χειρισμού των προβλημάτων που έχουν τα άτομα αυτά και καταλήγουν σε προβλήματα στη διάθεση και στην υγεία τους.
- **Σεξουαλική και σωματική κακοποίηση:** έχει διαπιστωθεί ότι, τόσο στις εξαρτήσεις, όσο και στην ψυχογενή ανορεξία υπάρχει ιστορικό κακοποίησης στην παιδική ηλικία.

Συμπερασματικά, θα υποστηρίζονταν ότι η συννοσηρότητα ψυχογενούς ανορεξίας με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές είναι εμφανής και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στο σχεδιασμό προληπτικών στρατηγικών και αποτελεσματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.

1.7 Αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Τα ερευνητικά δεδομένα των τελευταίων χρόνων αποκαλύπτουν ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, και κατά συνέπεια η ψυχογενής ανορεξία έχουν πολυπαραγοντικά αίτια, τα οποία μπορούν να ταξινομηθούν σε πέντε κατηγορίες: (α) βιολογικά/γενετικά, (β) αναπτυξιακά, (γ) ατομικά/ψυχολογικά, (δ) κοινωνικό-πολιτισμικά και (ε) οικογενειακά⁶².

Στα **βιολογικά/γενετικά αίτια** μελετήθηκαν οι περιγεννητικοί παράγοντες και ο βαθμός συμβολής τους στην εκδήλωση της συγκεκριμένης διαταραχής. Παράγοντες όπως η προωρότητα, η πρώιμη διάρρηξη των μεμβρανών και η ισχιακή προβολή σχετίζονται με την εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας⁶³. Ειδικότερα, έχει βρεθεί

⁶² Erguner- Tekinlap, B., and Gillespie, C.W. (2010). Mental Health Practitioners' Professional Opinion of Etiology of Eating Disorders. *International Journal of Mental Health*, 39(3): 68- 87.

Tozzi, F., Sullivan, P.F., Fear, J.L., McKenzie, J., and Bulik, C.M, (2003). Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective. *Eating Disorders*, 33: 143- 154.

Κουρκουτάς, Η. (2001). *Η Ψυχολογία του Εφήβου: Θεωρητικά Ζητήματα και Κλινικές Περιπτώσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

⁶³ Lindberg, L., and Hjern, A. (2003). Risk Factors for Anorexia Nervosa: A National Cohort Study. *International Journal of Eating Disorders*, 34: 397- 408.

ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι πιο συχνή στα πρόωρα και λιποβαρή βρέφη⁶⁴. Ένας άλλος βιολογικός παράγοντας που ενοχοποιείται για τη συγκεκριμένη διαταραχή είναι πρωτογενείς ανωμαλίες στη λειτουργία του υποθαλάμου, περιοχής που ευθύνεται για τη ρύθμιση των βασικών λειτουργιών του ανθρώπινου σώματος, όπως βάρος, θερμοκρασία του σώματος και όρεξη. Εργαστηριακά δεδομένα (π.χ. διακοπή αμηνόρροια πριν την απώλεια βάρους, διαταραχές στην λειτουργία των νευρομεταβιβαστών, ιδιαίτερα σεροτονίνης και ντοπαμίνης) υποστηρίζουν τη συγκεκριμένη αιτιολογία. Επίσης, στην αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας έχουν μελετηθεί και οι γονιδιακοί παράγοντες, δεδομένου ότι έχει παρατηρηθεί ότι στο οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία υπάρχουν και άλλα μέλη που μπορεί να πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής, κάτι που έχει επιβεβαιωθεί και σε μελέτες μονοζυγωτικών διδύμων⁶⁵. Οι μελέτες για την επίδραση των γονιδιακών παραγόντων έχουν μοιραστεί μεταξύ της έρευνας των γονιδιακών υποδοχέων της σεροτονίνης και του γονιδίου του μεταφορέα της σεροτονίνης, καθώς και στα χρωμοσώματα 1,10 και 2. Ειδικότερα, ανωμαλίες στη δράση της σεροτονίνης, μπορεί να εξηγήσουν τη μειωμένη πρόσληψη τροφής και την καταναγκαστική συμπεριφορά για την απώλεια βάρους που χαρακτηρίζει τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία⁶⁶. Η ύπαρξη του γενετικού/βιολογικού παράγοντα θα ερμήνευε το γιατί ενώ πολλά άτομα μπορεί να εκτεθούν σε αρνητικές περιβαλλοντικές επιδράσεις δεν αναπτύσσουν όλα ψυχογενή ανορεξία και ότι τα άτομα που τελικά θα εκδηλώσουν διατροφικές διαταραχές πέρα από την ευαλωτότητα στις περιβαλλοντικές συνθήκες παρουσιάζουν ταυτόχρονη ευαλωτότητα λόγω της επίδρασης κάποιων γενετικών/ βιολογικών παραγόντων⁶⁷.

Τα αναπτυξιακά αίτια αφορούν τη δυσκολία προσαρμογής στις εξελικτικές αλλαγές που σηματοδοτεί η είσοδος στην εφηβεία. Έτσι, λοιπόν, στα πλαίσια των **αναπτυξιακών αιτιών** εντάσσεται η δυσκολία αποδοχής και χειρισμού της σεξουαλικής φόρτισης που επιφέρει η είσοδος στην εφηβεία, καθώς και της αποδοχής

⁶⁴ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

⁶⁵ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα., σελ. 44.

⁶⁶ Ericsson, M., Poston, W.S., and Foreyt, J.P. (1996). Common Biological Pathways in Eating Disorders and Obesity. *Addictive Behaviours*, 21: 733- 743.

⁶⁷ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

των σωματικών αλλαγών⁶⁸. Η έναρξη της ήβης συνεπάγεται τόσο αλλαγές στο βάρος (αύξηση κατά 40%) και στην αναλογία λίπους (αυξάνει κατά 14%), πράγμα που γεννά ανησυχία στα κορίτσια, το μέγεθος της οποίας θα καθοριστεί από την ύπαρξη κοινωνικό- πολιτισμικών παραγόντων, όσο και αλλαγές στα πρωτεύοντα (π.χ. σάλπιγγες, μήτρα, κ.α.) και δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου (π.χ. στήθος, γλουτοί, κ.α.) που σχετίζονται με τη σεξουαλική ωρίμανση⁶⁹. Στην προσπάθεια ελέγχου των αλλαγών σε επίπεδο σώματος τα έφηβα κορίτσια θα καταφύγουν σε δίαιτες. Έχει βρεθεί θετική συσχέτιση μεταξύ της δίαιτας και της εμφάνισης της ψυχογενούς ανορεξίας υπερφαγικού/καθαρτικού τύπου⁷⁰. Είναι σημαντικό να επισημανθεί από το σύνολο των κοριτσιών που θα ξεκινήσουν μια δίαιτα στα χρόνια της εφηβείας δεν θα οδηγηθούν όλες στην εκδήλωση ψυχογενούς ανορεξίας, αλλά οι πιθανότητες αυξάνονται γι' αυτές που παρουσιάζουν έντονη δυσαρέσκεια για το βάρος και το σχήμα τους σώματός τους⁷¹. Σε αυτά τα πλαίσια οι ψυχαναλυτικές θεωρίες αποδίδουν την ψυχογενή ανορεξία στο φόβο του κοριτσιού να γονιμοποιηθεί από το στόμα χρησιμοποιώντας την τροφή, με αποτέλεσμα να εδραιωθεί ένα λανθασμένο πρότυπο σωματικών αναλογιών που οδηγεί στην έκλειψη των σωματικών διαφορών μεταξύ των δύο φύλων και κατ' επέκταση αποτελεί μια άρνηση της σεξουαλικότητας του έφηβου κοριτσιού⁷².

Η τρίτη κατηγορία αιτιών σχετίζεται με **ατομικούς/ ψυχολογικούς** παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας. Ένας από τους πρώτους παράγοντες που μελετήθηκαν από τους ερευνητές είναι η προσωπικότητα του πάσχοντα. Όπως έχει ήδη αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης, οι ανορεκτικές κοπέλες παρουσιάζουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά στην προσωπικότητά τους, δηλαδή είναι τελειομανείς, θέτουν πολύ υψηλούς στόχους, αμφισβητούν τις ικανότητες τους, είναι άριστες μαθήτριες, αλλά χωρίς φαντασία,

⁶⁸ Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

⁶⁹ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Cole, M., και Cole, S.R. (2002). *Η Ανάπτυξη των Παιδιών: Εφηβεία*, Τόμος Γ'. Αθήνα: Τυπωθήτω.

⁷⁰ Mussell, M.P., Binford, R.B., and Fulkerson, J.A. (2000). Eating Disorders: Summary of Risk Factors, Prevention Programming, and Prevention Research. *The Counselling Psychologist*, 28(6): 746-796.

⁷¹ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

⁷² Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Κούρος, Ι. (1993). *Ψυχολογικά Θέματα Παιδιών και Εφήβων*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

αυθορμητισμό και δημιουργικότητα, αρχικά δημιουργούν την εντύπωση στους άλλους ότι είναι δυνατές, αλλά σύντομα αποκαλύπτεται η ανάγκη τους για αποδοχή και επιβράβευση⁷³. Τα ερευνητικά δεδομένα αποκαλύπτουν μια σειρά από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας, τα οποία είναι η αρνητική αυτό-αξιολόγηση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα αναποτελεσματικότητας και η τελειομανία⁷⁴. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται χαρακτηριστικά από την έρευνα των Kim and Lennon⁷⁵, οι οποίοι έδειξαν ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής, καθώς και ότι η μη ικανοποίηση από το σώμα και το παρουσιαστικό στο σύνολο του (εικόνα του σώματος) αυξάνει κάθετα την πιθανότητα για εμφάνιση των συγκεκριμένων διαταραχών. Σε αυτήν την κατηγορία μπορεί να ενταχθεί η ενασχόληση των ατόμων με τον αθλητισμό σε επαγγελματικό επίπεδο. Κατά κανόνα, η ενασχόληση με τον αθλητισμό σχετίζεται με θετικούς δείκτες υγείας (σωματικής και ψυχικής). Ωστόσο, σε ορισμένα αθλήματα όπου δίνεται μεγάλη βαρύτητα στην ύπαρξη ενός αδύνατου σώματος (π.χ. μπαλέτο, ενόργανη γυμναστική, χορός, κ.α.) εμφανίζονται υψηλότερα ποσοστά ψυχογενούς ανορεξίας. Φαίνεται ότι αυτή η ύπαρξη υψηλών ποσοστών διαταραχών πρόσληψης τροφής δεν είναι αποτέλεσμα της συμμετοχής στο άθλημα καθ' αυτό, αλλά στη σπουδαιότητα που δίνεται στο αδύνατο σώμα σε συνδυασμό με την συνύπαρξη κάποιων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (π.χ. τελειομανία) που καθιστούν το άτομο πιο ευάλωτο στην ανάπτυξη των διαταραχών αυτών, καθώς και την πίεση που μπορεί να ασκούν στον αθλητή/-τρια οι προπονητές και οι γονείς⁷⁶. Επίσης, σε αυτή την κατηγορία παραγόντων περιλαμβάνονται βιώματα κακοποίησης (σωματικής ή σεξουαλικής) και παραμέλησης, τα οποία συμβάλλουν στην αύξηση των πιθανοτήτων

⁷³ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Αμοιρίδου, Σ. (2005). *Συγκριτική Παιδοψυχιατρική Διερεύνηση των Διαταραχών Διατροφής στην Πρώτη Παιδική Ηλικία και Εφηβική Ηλικία*. Διδακτορική Διατριβή στο Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας. Θεσσαλονίκη: Α.Π.Θ.

⁷⁴ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Mussell, M.P., Binford, R.B., and Fulkerson, J.A. (2000). Eating Disorders: Summary of Risk Factors, Prevention Programming, and Prevention Research. *The Counseling Psychologist*, 28(6): 746- 796.

⁷⁵ Kim, J.H., and Lennon, S.J. (2007). Mass Media and Self-Esteem, Body Image, and Eating Disorder Tendencies. *Clothing and Textiles Research Journal*, 25(1): 3- 23.

⁷⁶ Smolak, L., Murnem, S.K., and Ruble, A.E. (1999). Female Athletes and Eating Problems: A Meta-Analysis. *International journal of Eating Disorders*, 27: 371- 380.

για εμφάνιση ψυχογενούς ανορεξίας⁷⁷. Τέλος, ένας ακόμη ατομικός παράγοντας που μπορεί να σχετίζεται με την ψυχογενή ανορεξία είναι ο ασκητισμός, υπό το πρίσμα της αναζήτησης της τελειότητας. Ο ασκητισμός και η ανορεξία βασίζονται σε κάποια κοινά ιδανικά ή πιστεύω, όπως η αυτό - πειθαρχία, αυταπάρνηση, ο αυτοέλεγχος των σωματικών και σεξουαλικών αναγκών και η αυτοθυσία. Η έρευνα των Fassino et. al.,⁷⁸ αποκάλυψε τα κοινά στοιχεία που μοιράζονται ο ασκητισμός και η ψυχογενής ανορεξία, δηλαδή την τελειομανία, τους φόβους ωρίμανσης, το στοιχείο του θυμού και τις συμπεριφορές πρόκλησης εμετού.

Από το σύνολο των παραγόντων που έχουν μελετηθεί για τη συμβολή τους στην ψυχογενή ανορεξία, οι **κοινωνικό - πολιτισμικές επιδράσεις** είναι αυτές που έχουν επιτύχει καθολική αναγνώριση από την επιστημονική κοινότητα για το εύρος της επίδρασης που έχουν στη συγκεκριμένη διαταραχή. Η αλλαγή των προτύπων ομορφιάς που έχει επιβληθεί στις κοινωνίες δυτικού τύπου, που πριμοδοτούν την ομορφιά και το αδύνατο σώμα θεωρούνται ως οι εκλυτικοί παράγοντες για την εμφάνιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Η προβολή ενός μη ρεαλιστικού ιδανικού για το λεπτό σώμα και του ιδανικού της “σούπερ γυναίκας”, η οποία είναι επιτυχημένη με όρους ομορφιάς, επαγγελματικής καταξίωσης και προσωπικών σχέσεων, δημιουργούν αυξημένες πιέσεις σε κάποιες γυναίκες – κυρίως- να ανταποκριθούν σε αυτά τα μη ρεαλιστικά πρότυπα, που με τη σειρά τους οδηγούν σε συμπεριφορές αυτό-αμφισβήτησης, έλλειψης αυτοπεποίθησης, δυσαρέσκειας με τον εαυτό και το σώμα τους και τελικά στην υιοθέτηση παθολογικών διατροφικών συνθηθειών. Η πρόσθετη πίεση που ασκούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, οι συνομήλικοι ή ακόμα και κάποια μέλη της οικογένειας επιδεινώνουν την υπάρχουσα κατάσταση⁷⁹. Μια άλλη διάσταση που διερευνήθηκε είναι η σχέση μεταξύ οικονομικό- κοινωνικού επιπέδου και εθνικότητας με τη ψυχογενή ανορεξία. Αρχικά,

⁷⁷ Fairburn, C.G., Welsch, S.L., Doll, H.A., Davies, B.A., and O'Connor, M.E. (1997). Risk Factors for Bulimia Nervosa: A Community- Based Case Control Study. *Archives of General Psychiatry*, 54: 509-517.

⁷⁸ Fassino, S., Piero, A., Gramaglia, C., Daga, G.A., Gandione, M., Rovera, G.G., and Batoggi, G. (2006). Clinical, Psychological, and Personality Correlates of Asceticism in Anorexia Nervosa: From Saint Anorexia to Pathologic Perfectionism. *Transcultural Psychiatry*, 43(4): 600- 614.

⁷⁹ Kim, J.H., and Lennon, S.J. (2007). Mass Media and Self-Esteem, Body Image, and Eating Disorder Tendencies. *Clothing and Textiles Research Journal*, 25(1): 3- 23.

Mussell, M.P., Binford, R.B., and Fulkerson, J.A. (2000). Eating Disorders: Summary of Risk Factors, Prevention Programming, and Prevention Research. *The Counselling Psychologist*, 28(6): 746- 796.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

είχε υποστηριχθεί ότι η άποψη ότι τα άτομα που πάσχουν από ανορεξία προέρχονται από τα ανώτερα οικονομικό- κοινωνικά στρώματα, πλέον όμως αυτό φαίνεται να μην ισχύει καθώς οι διατροφικές διαταραχές δεν κάνουν εξαιρέσεις ως προς το κοινωνικό επίπεδο. Αναφορικά στην επίδραση της εθνικότητας φαίνεται ότι κάποιες εθνικότητες φαίνεται να είναι περισσότερο προστατευμένες από την εκδήλωση αυτής της διαταραχής, όπως οι Αφρό-Αμερικάνοι⁸⁰. Μια άλλη διάσταση που δείχνει την επίδραση του πολιτισμικού παράγοντα, είναι ότι σε μια έρευνα που έγινε στη Σουηδία για την ψυχογενή ανορεξία, διαπιστώθηκε ότι μετανάστες από κάποιους πολιτισμούς (μη ευρωπαίοι) ήταν λιγότερο εκτεθειμένοι στη διαταραχή σε σχέση με κάποιους άλλους που είχαν πολύ υψηλότερα ποσοστά (Έλληνες και Άραβες)⁸¹.

Η τελευταία κατηγορία παραγόντων αφορά τις διαστάσεις της **οικογενειακής λειτουργίας** που μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση της ανορεξίας. Σε πολλές γυναίκες που πάσχουν από ανορεξία, υπάρχει ένα δυσλειτουργικό μοντέλο οικογενειακής λειτουργίας, το οποίο βασίζεται σε έννοιες, όπως η αυτοθυσία, η υπερπροστατευτικότητα και έμφαση στο ιδανικό της λεπτής φιγούρας. Συχνά, οι μητέρες περιγράφονται ως πολύ δυναμικές ενώ οι πατέρες είναι πιο αδύναμοι αλλά με προτίμηση στα αδύναμα γυναικεία πρότυπα. Η ποιότητα της σχέσης μεταξύ του γονεϊκού ζευγαριού δεν είναι καλή. Η πιο δυσλειτουργική μορφή οικογένειας τείνει να εμφανίζεται στην ψυχογενή ανορεξία με υπερφαγικές/καθαρτικές συμπεριφορές. Επίσης, ο βαθμός της οικογενειακής δυσλειτουργίας θα καθορίσει την εμφάνιση καταθλιπτικού συναισθήματος⁸². Μια ακόμη ενδιαφέρουσα συσχέτιση που προέκυψε μέσα από τη μελέτη των οικογενειακών επιδράσεων είναι η επίδραση του δεσμού στην εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας. Διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία τείνουν να έχουν αναπτύξει ανασφαλή τύπου δεσμού/ προσκόλλησης, πράγμα που σημαίνει ότι οι σχέσεις με τις μητέρες τους ήταν προβληματικές κατά τη διάρκεια της βρεφικής ηλικίας και ότι αυτό το πρότυπο σχέσεων έχει παγιωθεί και

⁸⁰ Mussell, M.P., Binford, R.B., and Fulkerson, J.A. (2000). Eating Disorders: Summary of Risk Factors, Prevention Programming, and Prevention Research. *The Counselling Psychologist*, 28(6): 746-796.

⁸¹ Lindberg, L., and Hjern, A. (2003). Risk Factors for Anorexia Nervosa: A National Cohort Study. *International Journal of Eating Disorders*, 34: 397- 408.

⁸² Κουρκουτάς, Η. (2001). *Η Ψυχολογία του Εφήβου: Θεωρητικά Ζητήματα και Κλινικές Περιπτώσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Mussell, M.P., Binford, R.B., and Fulkerson, J.A. (2000). Eating Disorders: Summary of Risk Factors, Prevention Programming, and Prevention Research. *The Counselling Psychologist*, 28(6): 746- 796.

γενικευτεί στη μετέπειτα ζωή των πασχόντων σε κάθε έκφραση της κοινωνικής τους ζωής⁸³.

1.8 Η αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας από την οπτική των ίδιων των ασθενών, των επαγγελματιών του χώρου της ψυχικής υγείας και του απλού κόσμου

Πολύ ενδιαφέρουσες διαπιστώσεις προκύπτουν από τη σύγκριση των απόψεων των ειδικών, των πασχόντων και των απλών ανθρώπων που δεν βιώνουν την κατάσταση της ψυχογενούς ανορεξίας άμεσα ή έμμεσα. Οι Tozzi, et. al.,⁸⁴, συγκέντρωσαν τις απόψεις 69 γυναικών με χρόνια ψυχογενή ανορεξία, σχετικά με τα αίτια που τις οδήγησαν σε αυτή τη διαταραχή. Ο παράγοντας που προέκυπτε πιο συχνά (37%) ως αιτία της διαταραχής ήταν η δυσλειτουργική οικογένεια, με έμφαση σε συμπεριφορές υπερπροστασίας από την πλευρά των γονέων. Για το 20% του δείγματος, μια δίαιτα που ξέφυγε από τον έλεγχο τους ή η επιθυμία για απώλεια βάρους προηγήθηκε της διαταραχής. Επιπλέον, για ένα 20% του δείγματος κάποιο στρεσογόνο γεγονός ενοχοποιήθηκε για την έναρξη της διαταραχής, που όμως αφορούσε προσωπικότητες που ήταν ευάλωτες στο στρες.

Για την επιστημονική κοινότητα ο κανόνας είναι ότι ένα σύνολο διαφορετικών παραγόντων (π.χ. βιολογικοί, αναπτυξιακοί, ατομικοί, κ.α.) σχετίζεται με την εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας. Ωστόσο, οι επιστήμονες διαφοροποιούνται ως προς τους παράγοντες στους οποίους δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα, καθώς και στο ότι διαφορετικοί παράγοντες ενοχοποιούνται ανάλογα με το κοινωνικό- πολιτισμικό υπόβαθρο των ειδικών. Συγκεκριμένα, θα γίνει αναφορά στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη ψυχογενή ανορεξία μεταξύ αναπτυγμένων κοινωνιών (Η.Π.Α.) και αναπτυσσόμενων κοινωνιών (Τουρκία). Στην Τουρκία, η ψυχογενής ανορεξία φαίνεται να αποδίδεται περισσότερο σε ενδογενείς παράγοντες,

⁸³ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Κουρκουτάς, Η. (2001). *Η Ψυχολογία του Εφήβου: Θεωρητικά Ζητήματα και Κλινικές Περιπτώσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

⁸⁴ Tozzi, F., Sullivan, P.F., Fear, J.L., McKenzie, J., and Bulik, C.M, (2003). Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective. *Eating Disorders*, 33: 143- 154.

όπως η αρνητική διάθεση, έλλειψη επικοινωνίας με την οικογένεια, επίδραση της παρέας των συνομηλίκων, όπου το συγκεκριμένο θέμα δεν αποτελεί μέρος των συζητήσεων των απλών πολιτών και δεν προβάλλεται εκτενώς ούτε από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Αντίθετα, στις Η.Π.Α. οι ειδικοί της ψυχικής υγείας αποδίδουν μεγαλύτερη βαρύτητα στις πολιτισμικές επιδράσεις, σε θέματα εθνικότητας και στην έλλειψη ελέγχου και η προβολή της διαταραχής είναι εκτεταμένη από τα ΜΜΕ⁸⁵.

Οι απόψεις του απλού κόσμου κινούνται ανάμεσα στο δίπολο που έχει προκύψει ανάμεσα στους πάσχοντες και στους ειδικούς. Με άλλα λόγια, θεωρούν ότι τα αίτια μπορεί να είναι κοινωνικό- πολιτισμικά, αλλά και ατομικά, δίνοντας όμως περισσότερη έμφαση στις ατομικές αποδόσεις. Από τα κοινωνικό- πολιτισμικά αίτια περισσότερο φαίνεται να ενοχοποιούν τη λειτουργία των ΜΜΕ με την προβολή του ιδανικού του υπερβολικά λεπτού σώματος, ενώ από τους ατομικούς παράγοντες μεγαλύτερο ρόλο παίζει η προσωπικότητα του πάσχοντα. Επίσης, τη ψυχογενή ανορεξία που εμφανίζεται στον αντρικό πληθυσμό την αποδίδουν στη θηλυκοποίησή τους, όχι με την έννοια του σεξουαλικού προσανατολισμού, αλλά των αλλαγών που προκύπτουν στους κοινωνικούς τους ρόλους⁸⁶.

Γίνεται, λοιπόν, σαφές, ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, όπου η πολύ-παραγοντικότητα είναι εμφανής στις αποδόσεις των πασχόντων, των ειδικών της ψυχικής υγείας και του απλού κόσμου. Ωστόσο, παρά την αναγνώριση της επίδρασης πολλών και διαφορετικών μεταβλητών φαίνεται ότι δίνεται περισσότερη έμφαση στους ατομικούς παράγοντες και από τρεις προαναφερθείσες ομάδες.

⁸⁵ Erguner- Tekinlap, B., and Gillespie, C.W. (2010). Mental Health Practitioners' Professional Opinion of Etiology of Eating Disorders. *International Journal of Mental Health*, 39(3): 68- 87.

⁸⁶ Benveniste, J., Lecouteur, A., and Helpworth, J. (1999). Lay Theories of Anorexia Nervosa: A Discourse Analytic Study. *Journal of Health Psychology*, 4(1): 59- 69.

Κεφάλαιο 2 : Εγκυμοσύνη

2.1 Προετοιμασία για την εγκυμοσύνη

Υποστηρίζεται από την επιστημονική κοινότητα ότι η προγεννητική περίοδος είναι καθοριστική για τη μετέπειτα εξέλιξη του ανθρώπινου οργανισμού, με την έννοια ότι θα αποτελεί το πρότυπο ανάπτυξης που θα επαναλαμβάνεται στην πορεία της ζωής του ατόμου. Έτσι, λοιπόν, κάθε γυναίκα που επιθυμεί να τεκνοποιήσει θα πρέπει να είναι ενημερωμένη για το πώς οι δικές της συμπεριφορές και τα συναισθήματα μπορούν να επηρεάσουν τη σύλληψη και αργότερα την πορεία της εγκυμοσύνης. Η περίοδος της εγκυμοσύνης είναι μια περίοδος έντονων σωματικών και ψυχολογικών αλλαγών, στα πλαίσια της οποίας, η γυναίκα θα πρέπει να είναι όσο το δυνατό καλύτερα προετοιμασμένη για να τις αντιμετωπίσει αποτελεσματικά⁸⁷.

Πιο συγκεκριμένα, η γυναίκα θα πρέπει να καταρρίψει κάποιους μύθους που συντηρούνται από τα κοινωνικά πλαίσια και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Ακόμη και στις μέρες μας, που οι περισσότερες μητέρες εργάζονται εξακολουθεί και συντηρείται το πρότυπο της μητέρας που θα πρέπει να τα καταφέρνει όλα, δηλαδή να είναι συνεπής στις δουλειές του νοικοκυριού της, να είναι σωστή επαγγελματίας, ακούραστη, χαμογελαστή και υπομονετική μητέρα και τέλεια σύζυγος. Όλες αυτές οι μη ρεαλιστικές απαιτήσεις έχουν ως αποτέλεσμα να αυξάνουν τα επίπεδα του άγχους που βιώνει μια γυναίκα επηρεάζοντας, όχι μόνο τη δική της ψυχολογική και σωματική υγεία αλλά και του εμβρύου αν εγκυμονεί. Οι ειδικοί του χώρου της ψυχικής υγείας υπογραμμίζουν την ανάγκη η μέλλουσα μητέρα να μην αποποιείται τον εαυτό της προκειμένου να ανταπεξέλθει στο πρότυπο της ‘‘ιδανική μητέρας’’ και ότι θα πρέπει να εξασφαλίζει τον χρόνο για να ικανοποιούνται και οι προσωπικές της ανάγκες (π.χ. συνάντηση σε φίλου, διάβασμα ενός βιβλίου, κ.α.). Για την πραγμάτωση των παραπάνω συμβουλών απαραίτητη προϋπόθεση είναι να υπάρχει ένα υποστηρικτικό πλαίσιο που θα ανακουφίζει από το στρες που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη. Το υποστηρικτικό πλαίσιο μπορεί να φορά μέλη της οικογένειας της μητέρας (π.χ. γονείς), αλλά πολύ περισσότερο τον ίδιο το σύντροφο της μητέρας⁸⁸.

⁸⁷ Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια της Γυναίκας (2005). *Ο Γυναικολόγος*. Αθήνα: Αλκυών.

⁸⁸ Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια της Γυναίκας (2005). *Ο Γυναικολόγος*. Αθήνα: Αλκυών.

Στο πιο πρακτικό κομμάτι της προετοιμασίας για την εγκυμοσύνη υπάρχουν κάποια βήματα που η γυναίκα θα πρέπει να εφαρμόσει προκειμένου να αυξήσει τις πιθανότητες για μια σχετικά άμεση σύλληψη. Το πρώτο βήμα σε αυτή τη διαδικασία είναι να διασφαλιστεί ότι και οι δύο σύντροφοι είναι υγιείς και μπορούν να τεκνοποιήσουν. Καθοριστικής σημασίας είναι η διατροφή της γυναίκας την περίοδο που προσπαθεί να τεκνοποιήσει, γιατί τα ερευνητικά δεδομένα αποκαλύπτουν ότι τα διατροφικά θεμέλια της ανάπτυξης ορίζονται από τις πρώτες ήδη μέρες της σύλληψης και μετά είναι αδύνατο να τροποποιηθούν, αλλά γι' αυτό το θέμα θα αναφερθούμε εκτενέστερα σε επόμενο κεφάλαιο. Επίσης, αυτονόητο είναι ότι όταν εάν ζευγάρι επιθυμεί να τεκνοποιήσει ότι θα διακόψει τη χρήση κάθε αντισυλληπτικής μεθόδου. Ωστόσο, στην περίπτωση που η γυναίκα χρησιμοποιούσε αντισυλληπτικό χάπι κρίνεται σκόπιμο σύμφωνα με τις ιατρικές υποδείξεις από τη στιγμή που θα γίνει η διακοπή του να περιμένει ένα τρίμηνο πριν αρχίσει τις προσπάθειες, δίνοντας το περιθώριο στο κυκλοφορικό σύστημα να προσαρμοστεί. Τέλος, οι γυναίκες θα πρέπει να γνωρίζουν ότι η σύλληψη δεν είναι απαραίτητο να επιτευχθεί άμεσα και ότι μπορεί να απαιτηθεί ένα χρονικό διάστημα κάποιων μηνών. Το 90% των ζευγαριών που προσπαθούν να τεκνοποιήσουν αυτό το καταφέρνουν μέσα σε ένα περίπου χρόνο από την έναρξη των προσπαθειών τους⁸⁹.

2.2 Τα στάδια της προγεννητικής ανάπτυξης

Από τη στιγμή που θα ανιχνευτεί η ορμόνη ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνη στο αίμα, η σύλληψη έχει ανιχνευτεί, καθώς η συγκεκριμένη ορμόνη παράγεται από το γονιμοποιημένο ωάριο⁹⁰. Η προγεννητική ανάπτυξη διακρίνεται σε τρεις περιόδους: (α) τη βλαστική περίοδο, (β) την πρώτη εμβρυική περίοδο, και (γ) τη δεύτερη εμβρυική περίοδο, η καθεμία από τα οποίες συνοδεύεται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και αλλαγές.

Η **βλαστική περίοδος** ξεκινά με την ένωση του ωαρίου και του σπερματοζωαρίου και διαρκεί μέχρι τη στιγμή της τοποθέτησης του νέου οργανισμού στα τοιχώματα

⁸⁹ Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια της Γυναίκας (2005). *Ο Γυναικολόγος*. Αθήνα: Αλκυών.

⁹⁰ Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια της Γυναίκας (2005). *Ο Γυναικολόγος*. Αθήνα: Αλκυών.

της μήτρας. Στα πλαίσια αυτής της περιόδου πραγματοποιείται η διαίρεση του γονιμοποιημένου ωαρίου σε πολλά κύτταρα (*σχίσση*), η οποία σηματοδοτεί την ανάπτυξη του νέου οργανισμού και ολοκληρώνεται με την εγκατάστασή του στη μήτρα (8-10 μέρες αργότερα). Ενώ υπό άλλες συνθήκες, οποιοσδήποτε άλλος ξένος οργανισμός θα δέχονταν επίθεση από το ανοσοποιητικό σύστημα της μητέρας, το γονιμοποιημένο ωάριο, το οποίο έχει το συνδυασμό του γενετικού υλικού της μητέρας αλλά και του πατέρα δεν δέχεται επίθεση στις περισσότερες των περιπτώσεων⁹¹.

Η **πρώτη εμβρυική περίοδος** έχει διάρκεια περίπου 2 μηνών, στα πλαίσια της οποίας διαμορφώνονται τα βασικά όργανα του σώματος. Η λήψη των θρεπτικών στοιχείων, του οξυγόνου γίνεται διαμέσω του πλακούντα, ο οποίος συνδέεται με τον ομφάλιο λώρο. Το αμνιωτικό υγρό μέσα στο οποίο βρίσκεται το έμβρυο λειτουργεί προστατευτικά δεδομένου ότι προστατεύει από τα τραντάγματα που προκύπτουν από τις κινήσεις της μητέρας και στηρίζει τα μέρη του σώματος που δεν έχουν αναπτυχθεί ακόμα επαρκώς. Σε αυτό το στάδιο αρχίζουν και διακρίνονται η μύτη, το στόμα καθώς παρατηρούνται και μικρές κινήσεις που δεν γίνονται αντιληπτές από τη μητέρα, διότι το έμβρυο ακόμα είναι πολύ μικρό (π.χ. τρεμούλιασμα χεριών)⁹².

Η **δεύτερη εμβρυική ανάπτυξη** χαρακτηρίζεται από αύξηση του μεγέθους του εμβρύου, στην πολυπλοκότητα των οργάνων του σώματος και στο επίπεδο της κινητικότητας του εμβρύου, δηλαδή πλέον παρατηρούνται κινήσεις στα χέρια στο κεφάλι, κλείσιμο δαχτύλων, περιστροφικές κινήσεις του κορμού. Οι κινήσεις του εμβρύου μπορεί να είναι είτε αποτέλεσμα της ωρίμανσης των ιστών και των οργάνων του σώματος, είτε να οφείλονται σε κάποια εξωτερικά ερεθίσματα, όπως κάποιος δυνατός θόρυβος. Στο τέλος αυτής της περιόδου, αρχίζει η κάθοδος του εμβρύου προς την πύελο, που σταδιακά θα προκαλέσει την έναρξη της διαδικασίας του τοκετού⁹³.

⁹¹ Cole, M., and Cole, S.R. (2002). *Η Ανάπτυξη του Παιδιού: Εγκυμοσύνη, Τοκετός, Βρεφική Ηλικία*, Τόμος Α'. Αθήνα: Τυπωθήτω.

⁹² Cole, M., and Cole, S.R. (2002). *Η Ανάπτυξη του Παιδιού: Εγκυμοσύνη, Τοκετός, Βρεφική Ηλικία*, Τόμος Α'. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Δούμπλης, Δ. (2010). Στάδια Εγκυμοσύνης, retrieved from www.doublis_hysteroscopy.gr

⁹³ Cole, M., and Cole, S.R. (2002). *Η Ανάπτυξη του Παιδιού: Εγκυμοσύνη, Τοκετός, Βρεφική Ηλικία*, Τόμος Α'. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Δούμπλης, Δ. (2010). Στάδια Εγκυμοσύνης, retrieved from www.doublis_hysteroscopy.gr

2.3 Φυσιολογικές (σωματικές) αλλαγές που χαρακτηρίζουν την εγκυμοσύνη

Από τις εμφανέστερες αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η αύξηση του σωματικού βάρους. Σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες για μια γυναίκα με φυσιολογικό βάρος, η αύξηση του βάρους της κατά την εγκυμοσύνη πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 9- 13 κιλά⁹⁴. Το βάρος αυτό κατανέμεται κατά 27% στο έμβρυο, κατά 6% στο αμνιωτικό υγρό, 5% στον πλακούντα, ενώ το υπόλοιπο 62% αφορά την αύξηση των ιστών της μητέρας. Από το σύνολο των 13 κιλών που θα πάρει η γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, περίπου 3.5 κιλά θα αποθηκευτούν στη μητέρα με τη μορφή του λίπους. Η προγεστερόνη ευθύνεται για τη διαδικασία αποθήκευσης λίπους, η οποία είναι απαραίτητη προϋπόθεση στην εγκυμοσύνη γιατί το λίπος λειτουργεί προστατευτικά για το έμβρυο, καθότι είναι ένα ενεργειακό απόθεμα που θα αξιοποιηθεί στους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης και στην περίοδο του θηλασμού. Για τον υπολογισμό του βάρους που μπορεί να πάρει μια γυναίκα στην εγκυμοσύνη είναι απαραίτητο να λαμβάνεται υπόψη το βάρος της πριν την εγκυμοσύνη. Έτσι, για μια γυναίκα με φυσιολογικό βάρος υπάρχει η σύσταση για 0.4 κιλά ανά εβδομάδα κύησης, για τις υπέρβαρες 0.3 κιλά και για τις υπερβολικά αδύνατες 0.5 κιλά. Ο λόγος για τον οποίο υπάρχουν αυτές οι διακυμάνσεις είναι διότι τόσο η μεγάλη όσο και η μικρή αύξηση του συνολικού βάρους της μητέρας σχετίζεται με μια σειρά αρνητικών επιπτώσεων (π.χ. παχυσαρκία, χαμηλό βάρος γέννησης, περιγεννητική θνησιμότητα, κ.α.)⁹⁵.

Μια άλλη σωματική αλλαγή που λαμβάνει χώρα είναι η αύξηση του όγκου του πλάσματος στο αίμα, που ξεκινάει μεταξύ της 6-8 εβδομάδας της κύησης και η οποία σχετίζεται με το μέγεθος του εμβρύου. Επιπλέον, αυξάνεται η μάζα των ερυθρών αιμοσφαιρίων, για να μπορούν να ανταποκρίνονται στις αυξημένες απαιτήσεις για μεταφορά του οξυγόνου. Αλλαγές σημειώνονται σε επίπεδο έκκρισης ορμονών,

⁹⁴ Δημοσθενόπουλος, X. (2004). *Αλάτι και Ζάχαρη*, retrieved from www.iatronet.gr.

WHO. (1995). Maternal Anthropometry and Pregnancy Outcomes: A WHO Collaborative Study. *World Health Organization Bulletin*, 73: 1- 98.

⁹⁵ Williamson, C.S. (2006). Nutrition in Pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31: 28- 59.

Δημοσθενόπουλος, X. (2004). *Αλάτι και Ζάχαρη*, retrieved from www.iatronet.gr.

καθώς το έμβρυο χρειάζεται συνεχή παροχή γλυκόζης και αμινοξέων προκειμένου να αναπτυχθεί. Επίσης, οι ορμόνες έχουν και μια συμπληρωματική λειτουργία συντήρησης των ιστών της μητέρας ώστε να μην χρησιμοποιηθούν ως γλυκόζη ή αμινοξέα από το έμβρυο⁹⁶.

2.4 Ψυχολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στην εγκυμοσύνη

Η περίοδος της εγκυμοσύνης χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές αλλαγές, οι οποίες για μεγάλο χρονικό διάστημα δεν απασχόλησαν την επιστημονική κοινότητα, ίσως εξαιτίας του ιατρικό-κεντρικού μοντέλου που επικρατούσε στην αντιμετώπιση των θεμάτων της εγκυμοσύνης. Σύμφωνα με την Bassoff⁹⁷, η συστηματική μελέτη των συναισθηματικών εκφάνσεων της εγκυμοσύνης αποκάλυψε τρεις περιοχές στις οποίες σημειώνονται έντονες αλλαγές: (i) το δίπολο ενσωμάτωση-αποχωρισμός, (ii) η αναδιαμόρφωση των σχέσεων, και (iii) τις φαντασιώσεις σχετικά με την εγκυμοσύνη.

Η κατάσταση της εγκυμοσύνης ξεκινά από την ανάγκη για ενσωμάτωση και τελειώνει με την ανάγκη αποχωρισμού μεταξύ μητέρας και εμβρύου. Με άλλα λόγια, στην αρχή, η γυναίκα ταυτίζεται με το έμβρυο με την έννοια ότι αναγνωρίζει ότι αποτελεί κομμάτι της και όλες οι προσπάθειες στρέφονται στην προστασία αυτού του οργανισμού, κάτι που δικαιολογεί τις αυξημένες ανησυχίες για την ίδια και το έμβρυο. Η φάση αυτή είναι συνυφασμένη με μια παθητικότητα και μια εσωτερίκευση, η οποία εξυπηρετεί την ανάπτυξη της εμπραθητικής κατανόησης της μητέρας προς τον αναπτυσσόμενο οργανισμό. Όταν η μητέρα αρχίζει και αισθάνεται τις κινήσεις του μωρού, τότε παρουσιάζεται μια μεταστροφή από την ανάγκη ενσωμάτωσης προς την ανάγκη αποχωρισμού. Η φάση αυτή συμπίπτει με την ενεργητική προσπάθεια της μητέρας να προετοιμαστεί για τον ερχομό του παιδιού, υιοθετώντας συμπεριφορές ‘‘χτισίματος φωλιάς’’ (π.χ. προετοιμασία του παιδικού δωματίου).

⁹⁶ Williamson, C.S. (2006). Nutrition in Pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31: 28- 59.

⁹⁷ Bassoff, E.S., (1983). The Pregnant Client: Understanding and Counselling her. *The Personnel and Guidance Journal*, Sept: 20- 23.

Η εγκυμοσύνη προσφέρει ερεθίσματα για την αναδιάρθρωση των σχέσεων μεταξύ της γυναίκας και της μητέρας της αλλά και μεταξύ της ίδιας και του συζύγου της. Αναφορικά στην πρώτη σχέση, η γυναίκα αποκτά μια καλύτερη αντίληψη της μητρότητας και αναγνωρίζει τη θετική προσφορά της μητέρας της στην ανατροφή της (σε ιδανικές συνθήκες) και παράλληλα η εγκυμοσύνη της παρέχει τη δυνατότητα να διαφοροποιηθεί από τη μητέρα της χαράζοντας το δικό της δρόμο σχετικά με την ανατροφή του δικού της μωρού και αναλαμβάνοντας την ευθύνη της ύπαρξής του. Η σχέση με το σύζυγο υφίσταται και αυτή αλλαγές, δεδομένου ότι στην περίοδο της εγκυμοσύνης ο σύζυγος καλείται να αναλάβει επιπρόσθετους ρόλους, ένα μητρικό ρόλο για τη φροντίδα της συζύγου του αλλά και ένα πατρικό ρόλο που σχετίζεται με την ενίσχυση της σεξουαλικότητας της συζύγου ως γυναίκας για να απομακρυνθεί από τα δεσμά της μητέρας της. Ωστόσο, συχνά οι σύζυγοι νιώθουν ότι απομονώνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κάτι που μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη σεξουαλικής επιθυμίας από τη γυναίκα, ιδιαίτερα το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Οι αλλαγές που συμβαίνουν σε σωματικό και συναισθηματικό επίπεδο έχουν ως αποτέλεσμα να βγαίνουν στην επιφάνεια φόβοι(φαντασιώσεις) που σχετίζονται με το θάνατο της μητέρας ή και του εμβρύου. Δεδομένου ότι τα ποσοστά θνησιμότητας της μητέρας κατά τη γέννα είναι εξαιρετικά χαμηλά, αυτοί οι φόβοι μπορεί να ερμηνευτούν μέσα από ένα ψυχοδυναμικό πρίσμα, όπου ο θάνατος της μητέρας μπορεί να συμβολίζει το θάνατο της προηγούμενης, ανέμελης ζωής της. Το ίδιο περίπου πρότυπο φαίνεται να υπάρχει στην περίπτωση της επιλόχειας κατάθλιψης, όπου η γέννηση του παιδιού σηματοδοτεί το ότι δεν υπάρχει πλέον ζωή για τη μητέρα ως γυναίκα.

2.5 Σεξουαλικότητα κατά την εγκυμοσύνη

Οι σεξουαλικές σχέσεις του ζευγαριού δοκιμάζονται την περίοδο της εγκυμοσύνης, όπου η σεξουαλική επιθυμία μειώνεται για διαφορετικούς λόγους στα δύο φύλα. Παράγοντες που φαίνεται να επιδρούν στις γυναίκες είναι η αύξηση των κιλών που τις κάνουν να νιώθουν μη επιθυμητές, η κούραση, οι ναυτίες και η ίδια η υγεία του

μωρού. Ιδιαίτερα, η αύξηση του βάρους έχει ως αποτέλεσμα να αποκλίνουν σημαντικά από το ιδανικό της λεπτής φιγούρας που προωθείται στις σύγχρονες δυτικοποιημένες κοινωνίες με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι αρνητικές στάσεις απέναντι στο σώμα τους, και μάλιστα φαίνεται να αναπτύσσουν μια πολύ διαστρεβλωμένη εικόνα του εαυτού τους στην εγκυμοσύνη. Σε μια έρευνα που έγινε σε γυναίκες που κυοφορούσαν σχετικά με τη στάση τους απέναντι στο σώμα τους φάνηκε ότι οι γυναίκες ένιωθαν ότι ακόμα και στην εγκυμοσύνη αξιολογούνταν θετικά μόνο με όρους ελκυστικότητας και κατά πόσο σεξουαλικά επιθυμητές είναι από τους άντρες⁹⁸. Για τους άντρες οι σωματικές αλλαγές στη γυναίκα τους μπορεί να περιορίζει τη σεξουαλική τους επιθυμία, καθώς και το ότι μπορεί να νιώθουν ότι παραμελούνται από τις συζύγους τους⁹⁹.

Έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με τη σεξουαλικότητα στην εγκυμοσύνη υπογραμμίζουν ότι υπάρχει σαφέστατη μείωση στη συχνότητα επαφής για διαφορετικούς όμως λόγους ανάλογα με το τρίμηνο. Για παράδειγμα στο πρώτο τρίμηνο οι λόγοι είναι κυρίως οι ναυτίες, ο εμετός, η κούραση και ο κίνδυνος αποβολής. Παράλληλα, στο πρώτο τρίμηνο διαφαίνεται και η μείωση στην σεξουαλική ικανοποίηση. Στο δεύτερο τρίμηνο, ο φόβος της αποβολής ή ενός πρόωρου τοκετού κυριαρχούν, παρά το γεγονός ότι τα ιατρικά δεδομένα δεν στηρίζουν ένα τέτοιο ισχυρισμό. Στο τελευταίο τρίμηνο, ο πόνος ή η δυσφορία κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης, ο φόβος για μόλυνση και ρήξης των μεμβρανών είναι οι βασικότεροι λόγοι περιορισμού/αποφυγής των σεξουαλικών επαφών. Γίνεται λοιπόν, σαφές ότι κατά την εγκυμοσύνη υπάρχει σημαντική μείωση στον αριθμό των σεξουαλικών επαφών μεταξύ του ζευγαριού, η οποία θα συνεχιστεί τον πρώτο καιρό μετά τη γέννηση του παιδιού, γεγονός που μπορεί να αυξήσει τις συγκρούσεις, το άγχος και τα αισθήματα απόρριψης μεταξύ του ζευγαριού. Σε αυτές τις περιπτώσεις μια ουσιαστική επικοινωνία μεταξύ του ζευγαριού και ενημέρωση του συντρόφου για τις αλλαγές που υπάρχουν στην σεξουαλική επιθυμία της γυναίκας λόγω των αλλαγών που έπονται της εγκυμοσύνης, αλλά και της γυναίκας για την

⁹⁸ Johnson, S., Burrows, A., and Williamson, I. (2004). Does my Bump Look Big in this? The Meaning of Bodily Changes for First-time Mothers- to- be. *Journal of Health Psychology*, 9(3): 361- 374.

⁹⁹ Τιμοθέου, Ι. και Χαραλάμπους, Μ. (2007). Απόψεις και Εμπειρίες που Βιώνουν οι Γυναίκες σε σχέση με τη Σεξουαλικότητα κατά την Εγκυμοσύνη, retrieved from www.cyna.org.

επικινδυνότητα των σεξουαλικών επαφών, μπορεί να βοηθήσει στην αρμονικότερη συμβίωση του ζευγαριού¹⁰⁰.

2.6 Αρνητικές επιδράσεις κατά την εγκυμοσύνη

2.6.1 Η στάση της μητέρας απέναντι στην εγκυμοσύνη και οι επιπτώσεις της

Η καλή πορεία της εγκυμοσύνης χωρίς επιπλοκές, η ανάπτυξη ενός υγιούς εμβρύου και ένας τοκετός χωρίς μεγάλες δυσκολίες επηρεάζονται σημαντικά από τη ψυχοσύνθεση της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ιδιαίτερα, μελετήθηκε η επίδραση που έχει στην έκβαση της εγκυμοσύνης η αρνητική στάση της μητέρας προς την εγκυμοσύνη, δηλαδή όταν πρόκειται για ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Οι περισσότερες γέννες είναι αποτέλεσμα ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, με την έννοια της μη προγραμματισμένης προσπάθειας. Ωστόσο, αρκετά ζευγάρια πιέζονται να κρατήσουν τα ανεπιθύμητα παιδιά, είτε λόγω κοινωνικών πιέσεων από τους φίλους και τις οικογένειες τους, είτε λόγω του ότι η άμβλωση δεν είναι μια νομιμοποιημένη διαδικασία στη χώρα τους, είτε λόγω έντονων θρησκευτικών πιστεύω¹⁰¹.

Μια από τις πρώτες έρευνες που έγιναν στη συγκεκριμένη θεματική περιοχή ήταν αυτή του David¹⁰², η οποία έλαβε χώρα στην Πράγα. Αναλυτικότερα, μελετήθηκε η ζωή παιδιών που γεννήθηκαν από μητέρες με έντονα αρνητικές στάσεις απέναντι στην εγκυμοσύνη και συγκρίθηκαν με παιδιά, των οποίων η γέννηση ήταν επιθυμητή ή προγραμματισμένη. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι τα ανεπιθύμητα παιδιά γεννήθηκαν με μικρότερο βάρος γέννησης, παρουσίασαν περισσότερα ιατρικά προβλήματα, τα περισσότερα δεν είχαν θηλάσει, είχαν σχολικά προβλήματα και αυξημένη συχνότητα παραβατικής συμπεριφοράς. Φαίνεται, λοιπόν,

¹⁰⁰ Τιμοθέου, Ι. και Χαραλάμπους, Μ. (2007). Απόψεις και Εμπειρίες που Βιώνουν οι Γυναίκες σε σχέση με τη Σεξουαλικότητα κατά την Εγκυμοσύνη, retrieved from www.cyna.org.

¹⁰¹ White, T. (1995). Born Unwanted: The Developmental Effect of Denied Abortion. *TA Times*: 9- 10

¹⁰² Cole, M., and Cole, S.R. (2002). *Η Ανάπτυξη του Παιδιού: Εγκυμοσύνη, Τοκετός, Βρεφική Ηλικία*, Τόμος Α'. Αθήνα: Τυπωθήτω., σελ.169.

ότι στα ανεπιθύμητα παιδιά υπάρχει μια τάση για περισσότερα ιατρικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα.

Οι αυξημένες ψυχολογικές δυσκολίες επιβεβαιώνονται και από τον White¹⁰³, ο οποίος επισήμανε ότι οι βιολογικές ανάγκες αυτών των παιδιών δεν ικανοποιούνταν με συστηματικό τρόπο και είχαν δυσκολία στο χειρισμό του άγχους και της απογοήτευσης. Η ανάγκη επιβεβαίωσης ήταν έντονη σε αυτά τα παιδιά, η οποία ήταν αποτέλεσμα των αναποτελεσματικών και αμφιθυμικών αλληλεπιδράσεων με τη μητέρα, λιγότερων συναισθηματικών εκδηλώσεων και κατανόησης των αναγκών του παιδιού από την πλευρά της μητέρας. Ο ίδιος ο συγγραφέας τονίζει ότι η αρνητική στάση της μητέρας δεν συνεπάγεται ότι αυτή θα διατηρηθεί σε όλη την πορεία της εξέλιξης, συνήθως παρατηρούνται θετικές αλλαγές καθώς το παιδί περνά στην εφηβεία, ούτε ότι η αρνητική στάση της μητέρας συνεπάγεται ότι θα μεγαλώσει ένα παιδί με συμπεριφορές και ψυχολογικές διαταραχές απαραίτητα.

2.6.2 Το στρες της μητέρας στην εγκυμοσύνη

Η εγκυμοσύνη είναι περίοδος αυξημένων απαιτήσεων για τη σωματική και ψυχολογική ζωή της γυναίκας. Η δυνατότητα της γυναίκας να μπορεί να προσαρμοστεί σε αυτές τις απαιτήσεις θα επηρεάσει, τόσο τη δική της υγεία, όσο και του εμβρύου. Όταν μια εγκυμονούσα γυναίκα βιώνει στρεσογόνες συνθήκες, ο οργανισμός της παράγει ορμόνες (π.χ. αδρεναλίνη, κορτιζόνη) οι οποίες περνάνε στο έμβryo και συμβάλλουν στην αύξηση της κινητικότητάς του. Το στρες της εγκυμοσύνης δεν είναι τίποτα άλλο παρά η ανησυχία της γυναίκας για την υγεία της, του μωρού της και τον τοκετό. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις όπου η γυναίκα μπορεί να βιώνει έντονο στρες για μεγάλο χρονικό διάστημα, το οποίο έχει σοβαρές επιπτώσεις στο έμβryo, διότι σχετίζεται με προωρότητα και αυξημένο κίνδυνο για αποβολή. Η προωρότητα μπορεί να οφείλεται στην καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος, γεγονός όπου μπορεί να καθιστά τον οργανισμό πιο ευάλωτο σε ιώσεις που μπορεί να αυξάνουν τον κίνδυνο για πρόωρο τοκετό¹⁰⁴. Τα παιδιά αυτά αν

¹⁰³ White, T. (1995). Born Unwanted: The Developmental Effect of Denied Abortion. *TA Times*: 9- 10.

¹⁰⁴ Paarlberg, K.M., Viingerhoets, A.J., Passchier, J., Dekker, G.A., and VanGeijin, H.P. (1995). Psychosocial Factors and Pregnancy Outcome: A Review with Emphasis on Methodological Issues. *Journal of Psychosomatic Research*, 39: 563- 596.

επιζητήσουν τείνουν να είναι ευερέθιστα, με δυσκολίες στον ύπνο, πέψη και διατροφή

105

Άλλες έρευνες συσχετίζουν το μακροχρόνιο στρες κατά την εγκυμοσύνη, όχι μόνο με προωρότητα αλλά και με χαμηλό βάρος γέννησης¹⁰⁶. Το χαμηλό βάρος γέννησης (βάρος κάτω 2500γρ.) είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου, όπως αποκαλύπτουν τα ερευνητικά δεδομένα διότι σχετίζεται με την επιβίωση του εμβρύου, την ομαλή πορεία της ανάπτυξής τους, καθώς και με την εμφάνιση στην ενήλικη ζωή ασθενειών, όπως η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης. Η σχέση μεταξύ του στρες που νιώνει η μητέρα κατά την εγκυμοσύνη και του χαμηλού βάρους γέννησης επαληθεύτηκε και στην έρευνα των Hashim ad Moawed¹⁰⁷, οι οποίοι έδειξαν και άλλοι ανθρωπομετρικοί δείκτες, όπως ο δείκτης μάζας σώματος, το ύψος και η διατροφή σχετίζονται με χαμηλό βάρος γέννησης. Τέλος, σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση για την επίδραση του στρες και της θλίψης της μητέρας στην εγκυμοσύνη, διαπιστώθηκε ότι αυτά κυρίως σχετίζονται με χαμηλό βάρος γέννησης και προωρότητα και όχι τόσο με τη καθυστερημένη εμβρυική ανάπτυξη¹⁰⁸. Ο όρος καθυστερημένη εμβρυική ανάπτυξη αναφέρεται στην περίπτωση που το έμβρυο κατά τη γέννηση του έχει πολύ μικρότερο βάρος από αυτό που αναλογεί στην ηλικία κύησης. Επίσης, βρέθηκε ότι η προωρότητα σχετίζεται με υψηλό στρες που βιώνεται στην αρχή της εγκυμοσύνης ή με έντονη θλίψη που βιώνεται προς το τέλος της εγκυμοσύνης.

Το ερώτημα που γεννιέται είναι ποιοι παράγοντες αυξάνουν την ικανότητα της γυναίκας να προσαρμόζεται στις έντονες αλλαγές που συμβαίνουν στην περίοδο της εγκυμοσύνης. Η έρευνα των Rini, et. al.,¹⁰⁹, έδειξε ότι η ικανότητα προσαρμογής επηρεάζεται από την αυτοεκτίμηση της γυναίκας, την αισιοδοξία της και την αίσθηση του ελέγχου που έχει στην κατάσταση της εγκυμοσύνης. Αυτοί οι τρεις παράγοντες

¹⁰⁵ Cole, M., and Cole, S.R. (2002). *Η Ανάπτυξη του Παιδιού: Εγκυμοσύνη, Τοκετός, Βρεφική Ηλικία*, Τόμος Α'. Αθήνα: Τυπωθήτω., σελ.172.

¹⁰⁶ Lobel, M. (1994). Conceptualisations, Measurement, and Effects of Prenatal Maternal Stress on Birth Outcome. *Journal of Behavioural Medicine*, 17: 225- 272.

¹⁰⁷ Hashim, T.J., and Moawed, S.A. (2000). The Relation of Low Birth Weight to Psychosocial Stress and Maternal Anthropometric Measurements. *Saudi Medical Journal*, 21(7): 649- 654.

¹⁰⁸ Rondo, P.H. (2007). Maternal Stress/Distress and LBW, Preterm Birth and Intrauterine Growth Restriction: A Review. *Current Women's Health Reviews*, 3: 13- 29.

¹⁰⁹ Rini, C.K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P., and Sandman, C.A. (1999). Psychosocial Adaptation and Birth Outcomes: The Role of Personal Resources, Stress, and Sociocultural Context in Pregnancy. *Health Psychology*, 18(4): 333- 345.

σχετίζονταν με τη γέννηση μεγαλύτερων βρεφών και με μεγαλύτερη διάρκεια κύησης. Επίσης, η ύπαρξη υποστηρικτικού πλαισίου έμμεσα συνδέεται με τη διάρκεια της κύησης, καθώς μειώνει τα επίπεδα του άγχους που βιώνονται, αυξάνοντας κατ' επέκταση τη διάρκεια της κύησης. Έτσι, λοιπόν η ύπαρξη υψηλής αυτοεκτίμησης, υψηλού ελέγχου και αισιοδοξίας οδηγεί σε χαμηλότερα επίπεδα άγχους, χωρίς όμως να είναι σαφές αν αυτό είναι αποτέλεσμα καλύτερων στρατηγικών διαχείρισης του άγχους ή απλά οφείλεται σε θετικότερες εκτιμήσεις της κατάστασης. Παλιότερες έρευνες είχαν δείξει ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση και χαμηλός έλεγχος σχετίζονταν με υψηλές πιθανότητες το παιδί να γεννηθεί με πολύ μικρότερο βάρος σε σχέση μ' αυτό που αναλογεί στην ηλικία κύησης ¹¹⁰.

2.6.3 Τερατογόνες επιδράσεις

Προβλήματα στην ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου μπορεί να προκαλέσει η επίδραση τερατογόνων ουσιών, οι οποίες προκαλούν ένα ευρύ φάσμα συνεπειών που εκτείνονται από αισθητηριακές δυσλειτουργίες, δυσπλασίες ακόμη και θάνατο. Τερατογενέσεις μπορεί να προκληθούν από τοξικές ουσίες, όπως ο καπνός ή τα φάρμακα, αλλά και από άλλες παθήσεις, όπως η ερυθρά ή η έκθεση σε ακτινοβολία. Από τις ουσίες που μελετήθηκαν περισσότερο για τις επιπτώσεις τους στο έμβρυο είναι ο καπνός, όπου βρέθηκε ότι το κάπνισμα της μητέρας σχετίζεται με χαμηλό βάρος γέννησης και το σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου, κατά το οποίο ένα φυσιολογικό κατά τα άλλα βρέφος, ξαφνικά σταματάει να αναπνέει. Επίσης, η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου εμβρυικού αλκοολισμού, το οποίο χαρακτηρίζεται από σωματική και νοητική καθυστέρηση, δυσπλασίες προσώπου και μη ανεπτυγμένο πλήρως εγκεφαλικό φλοιό. Ο ιός της ερυθράς είναι εξίσου επικίνδυνος για τερατογενέσεις κατά τη διάρκεια της κύησης και πιο συγκεκριμένα προκαλεί νοητική στέρηση, κώφωση και σύνδρομο συγγενούς καρδιοπάθειας. Τέλος,

¹¹⁰ Rini, C.K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P., and Sandman, C.A. (1999). Psychosocial Adaptation and Birth Outcomes: The Role of Personal Resources, Stress, and Sociocultural Context in Pregnancy. *Health Psychology*, 18(4): 334.

η έκθεση σε μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας ή σε μεγάλη πυκνότητα ατμοσφαιρικών ρύπων μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές δυσπλασίες ή και αποβολές¹¹¹.

Ανεξάρτητα από το γεγονός ότι οι τερατογόνες ουσίες έχουν ένα διαφορετικό τρόπο δράσης, υπάρχουν κάποιοι κανόνες που αφορούν το σύνολό τους, και αυτοί έχουν προσδιοριστεί από τον Hogge¹¹². Αναλυτικότερα:

- Το πρώτο διάστημα της κύησης συνήθως είναι το πιο επικίνδυνο για την πρόκληση μεγάλων βλαβών από την επίδραση των τερατογόνων ουσιών.
- Η κάθε τερατογόνα ουσία επιδρά σε συγκεκριμένα τμήματα του εμβρυϊκού οργανισμού προκαλώντας συγκεκριμένες βλάβες.
- Η ίδια ποσότητα τερατογόνου ουσίας δεν θα έχει τις ίδιες επιπτώσεις σε όλους τους οργανισμούς.
- Η ευαισθησία του εμβρύου στην επίδραση της τερατογόνου ουσίας καθορίζεται από τη σωματική κατάσταση της υγείας της γυναίκας (π.χ. ηλικία, διατροφή, κ.α.)
- Η μεγαλύτερη η πυκνότητα της ουσίας που επιδρά στο έμβρυο σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα για διαταραχές στην ομαλή ανάπτυξη.
- Η τερατογόνα ουσία μπορεί να προκαλέσει βλάβες στο έμβρυο, μπορεί όμως να μην επηρεάσει καθόλου (ή λίγο) τη μητέρα.

2.6.4 Διατροφικές συνήθειες στην εγκυμοσύνη και υγιεινή διατροφή

Ο αυξημένος αριθμός ερευνών που συνδέουν τη φτωχή διατροφή της εγκυμονούσας μητέρας με περιγεννητικές ανωμαλίες και χαμηλό βάρος γέννησης, οδήγησε στην ανάγκη να αποσαφηνιστεί το τι αποτελεί υγιεινή διατροφή στην περίοδο της εγκυμοσύνης. Έτσι, λοιπόν, ως **υγιεινή διατροφή στην περίοδο κύησης** ορίζεται η ικανότητα της γυναίκας να εφαρμόζει υγιείς διατροφικές συνήθειες, όπως να αγοράζει και να μαγειρεύει υγιή γεύματα, καθώς και το να καταναλώνει όλες τις

¹¹¹ Cole, M., and Cole, S.R. (2002). *Η Ανάπτυξη του Παιδιού: Εγκυμοσύνη, Τοκετός, Βρεφική Ηλικία*, Τόμος Α'. Αθήνα: Τυπωθήτω.

¹¹² Cole, M., and Cole, S.R. (2002). *Η Ανάπτυξη του Παιδιού: Εγκυμοσύνη, Τοκετός, Βρεφική Ηλικία*, Τόμος Α'. Αθήνα: Τυπωθήτω., σελ.187

απαραίτητες θρεπτικές τροφές για να καλυφθούν οι διατροφικές ανάγκες της εγκυμοσύνης¹¹³.

Ένα σύνολο παραγόντων μπορεί να επηρεάσουν την υγιεινή διατροφή, οι οποίοι σύμφωνα με το οικολογικό μοντέλο της προαγωγής της υγείας, ταξινομούνται σε ενδο-ατομικούς και συλλογικούς παράγοντες. Στους **ενδο-ατομικούς παράγοντες** εντάσσονται μεταβλητές που σχετίζονται με τη φυσιολογία του σώματος, όπως ο δείκτης μάζας σώματος και η ναυτία ή ο εμετός. Ο δείκτης μάζας σώματος σχετίζεται με αρνητικές επιπτώσεις κατά τη γέννηση. Ένας πολύ χαμηλός δείκτης σχετίζεται με χαμηλό βάρος γέννησης, ενώ ένας ιδιαίτερα υψηλός σχετίζεται με προεκλαμψία ή με την ανάγκη εφαρμογής καισαρικής τομής¹¹⁴. Η ναυτία και ο εμετός αν και αποτελούν τα πιο κοινά συμπτώματα της εγκυμοσύνης έχουν συνδεθεί με χαμηλή κατανάλωση δημητριακών, όσπριων και γενικότερα πρωτεΐνης. Η αποκατάσταση ενός ολοκληρωμένου διατροφικού προγράμματος μπορεί να επιτευχθεί με την χρήση του τζίντζερ, το οποίο καταπραΰνει τα παραπάνω συμπτώματα και επιτρέπει την κατανάλωση των πρωτεϊνούχων τροφών που αποφεύγονται. Επιπλέον, στους ενδο-ατομικούς παράγοντες εντάσσονται γνωστικοί παράγοντες, όπως η γνώση της σωστής διατροφής, οι αντιλήψεις για την υγιεινή διατροφή και οι προσωπικές στάσεις απέναντι στην αύξηση του βάρους. Ένα πολύ μικρό ποσοστό (10%) των γυναικών στις Η.Π.Α. γνωρίζει την διατροφική πυραμίδα, γεγονός που μπορεί να ευθύνεται μερικώς για το χαμηλό βάρος γέννησης¹¹⁵. Επίσης, το τι θεωρεί η κάθε γυναίκα υγιεινή τροφή θα καθορίσει το κατά πόσο θα εφαρμόσει στην πράξη μια ισορροπημένη διατροφή. Πολλές γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τρώνε πιο σωστά, με το να καταναλώνουν περισσότερα λαχανικά, φρούτα, πρωτεΐνες και να περιορίζουν τις αλμυρές τροφές. Τέλος, οι στάσεις των γυναικών απέναντι στην αύξηση του βάρους μπορεί να επηρεάσει την υγιεινή διατροφή. Αναλυτικότερα, οι γυναίκες που έχουν μια θετική θεώρηση και αποδοχή της αύξησης του βάρους κατά την εγκυμοσύνη είχαν θετικότερες αντιλήψεις για την εγκυμοσύνη, λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και περισσότερες πιθανότητες να τρέφονται σωστά, σε αντίθεση με τις γυναίκες που είχαν αρνητική στάση απέναντι στην αύξηση του

¹¹³ Fowles, E.R., and Fowles, S.L. (2008). Healthy Eating During Pregnancy: Determinants and Supportive Strategies. *Journal of Community Health Nursing*, 25: 138- 152.

¹¹⁴ Naeye, R.L., Blanc, W., and Paul, C.P. (1973). Effects of Maternal Nutrition on the Human Fetus. *Pediatrics*, 52(4): 494- 503.

¹¹⁵ Ebbs, J.H., Scott, W.A., Tisdall, F.F., Moyle, W.J., and Bell, M. (1942). Nutrition in Pregnancy. *The Canadian Medical Association Journal*, 46(1): 1-6.

βάρους που παρουσίαζαν περισσότερα καταθλιπτικά στοιχεία, πιο έντονο θυμό, άγχος και στρες, με αποτέλεσμα λιγότερο ισορροπημένη διατροφή. Φαίνεται, λοιπόν, από τα παραπάνω στοιχεία ότι και ο ψυχολογικός παράγοντας, όπως η κατάθλιψη και το στρες επηρεάζουν το κατά πόσο η γυναίκα θα υιοθετήσει ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο¹¹⁶.

Ωστόσο, δεν είναι μόνο οι ενδο-ατομικοί παράγοντες που μπορεί να απομακρύνουν μια γυναίκα από την υγιεινή διατροφή, αλλά η αλληλεπίδρασή τους με **συλλογικούς** παράγοντες μπορεί να έχει παρόμοια αποτελέσματα. Παράγοντες όπως το εισόδημα, η οικογενειακή κατάσταση και η εθνικότητα σχετίζονται με μη υγιεινές πρακτικές διατροφής. Πιο συγκεκριμένα, έρευνες έχουν δείξει ότι το χαμηλό εισόδημα δεν ευνοεί την υγιεινή διατροφή, δεδομένου ότι συνδέεται με μικρή κατανάλωση λαχανικών, φρούτων και πρωτεϊνών, τρόφιμα αρκετά ακριβά για να αγοραστούν από τη συγκεκριμένη ομάδα ανθρώπων. Αντίστοιχα, η οικογενειακή κατάσταση έχει βρεθεί ότι χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση περισσότερου έτοιμου φαγητού, σνακ, γλυκών, αλλά περισσότερων φρούτων και λαχανικών. Η κατάσταση αυτή αλλάζει σημαντικά όταν υπάρχει βοήθεια από μέλη της οικογένειας του ζευγαριού, που κατά κανόνα κατευθύνουν προς υγιείς συνήθειες φαγητού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αναφορικά στην εθνικότητα, διαπιστώθηκε ότι οι Λατίνες γυναίκες τείνουν να έχουν περιορισμένη λήψη φολικού οξέος και σιδήρου κατά την εγκυμοσύνη συγκριτικά με τις λευκές γυναίκες, στοιχεία απαραίτητα για την υγιή ανάπτυξη του εμβρύου. Επίσης, υπάρχει μια κατηγορία παραγόντων που σχετίζεται με τις κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος, δηλαδή η υγιεινή διατροφή δεν μπορεί να επιτευχθεί όταν επικρατούν συνθήκες φτώχειας, όταν οι εγκυμονούσες γυναίκες ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές με περιορισμένη πρόσβαση σε μαγαζιά που θα επιτρέπουν την εδραίωση υγιεινών συνθηκών διατροφής, καθώς επίσης όταν λόγω των περιορισμένων οικονομικών δυνατοτήτων τους επιλέγουν τα εστιατόρια γρήγορης εστίασης (fast food) για τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις με το φιλικό τους περιβάλλον, τα οποία προσφέρουν φαγητό πλούσιο σε θερμιδική ενέργεια αλλά φτωχό σε θρεπτικά συστατικά¹¹⁷.

¹¹⁶ Fowles, E.R., and Fowles, S.L. (2008). Healthy Eating During Pregnancy: Determinants and Supportive Strategies. *Journal of Community Health Nursing*, 25: 138- 152.

¹¹⁷ Fowles, E.R., and Fowles, S.L. (2008). Healthy Eating During Pregnancy: Determinants and Supportive Strategies. *Journal of Community Health Nursing*, 25: 138- 152.

2.7 Διατροφή πριν την εγκυμοσύνη

Όλο και περισσότερα ερευνητικά δεδομένα αποκαλύπτουν ότι η χρονική περίοδος λίγο πριν την εγκυμοσύνη μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την πορεία και την έκβαση της εγκυμοσύνης, ιδιαίτερα σε ότι έχει να κάνει με θέματα διατροφικών συνηθειών. Συγκεκριμένα, το επίπεδο του σωματικού λίπους, το γενικότερο σωματικό βάρος και η διατροφή πριν την εγκυμοσύνη ασκούν καθοριστική επίδραση σε μια πιθανή εγκυμοσύνη και στο έμβρυο¹¹⁸.

Αναλυτικότερα, η γονιμότητα φαίνεται να σχετίζεται με τα επίπεδα του λίπους στον οργανισμό, ένα ποσοστό τουλάχιστον 22% λίπους (όπου ο μέσος όρος των γυναικών έχει 28%) θεωρείται ότι είναι ενδεδειγμένο προκειμένου να υπάρχει η ωορρηξία και η έμμηνος ρύση. Γυναίκες με πολύ χαμηλότερο ποσοστό λίπους δεν έχουν τακτικά έμμηνο ρύση και κατά συνέπεια έχουν λιγότερες πιθανότητες να μείνουν έγκυες, ενώ και οι γυναίκες με μεγαλύτερο ποσοστό λίπους έχουν πολύ χαμηλότερα ποσοστά γονιμοποίησης¹¹⁹. Επίσης, φαίνεται ότι η κατανομή του λίπους επηρεάζει και αυτή με τη σειρά της με τη γονιμότητα, δεδομένου ότι όταν το λίπος συγκεντρώνεται στην κοιλιακή χώρα οι πιθανότητες γονιμοποίησης μειώνονται σημαντικά από ότι αν κατανέμονταν περιφερειακά¹²⁰.

Το γενικότερο βάρος της μητέρας πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης φαίνεται να συνδέεται με αρνητικές επιπτώσεις για το έμβρυο. Στην περίπτωση που η μητέρα έχει χαμηλό δείκτη μάζας σώματος πριν και την εγκυμοσύνη αυξάνονται σημαντικά οι πιθανότητες το έμβρυο να έχει χαμηλό βάρος γέννησης, το οποίο σχετίζεται με υψηλά επίπεδα θνησιμότητας. Όταν η μητέρα είναι υπέρβαρη πριν και κατά την εγκυμοσύνη, παρουσιάζεται αυξημένος κίνδυνος για επιπλοκές, όπως υπέρταση που προκαλείται από την κύηση, προεκλαμψία και περί-γεννητικές ανωμαλίες¹²¹.

¹¹⁸ Williamson, C.S. (2006). Nutrition in Pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31: 28- 59.

¹¹⁹ Williamson, C.S. (2006). Nutrition in Pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31: 38.

¹²⁰ Williamson, C.S. (2006). Nutrition in Pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31: 28- 59.

¹²¹ Goldberg, G. (2002). Nutrition in Pregnancy and Lactation. In P. Shetty, (Eds.), *Nutrition through the Life Cycle*. Leatherhead: Leatherhead Publishing.

Η ισορροπημένη διατροφή πριν την εγκυμοσύνη διασφαλίζει για το έμβρυο το κατάλληλο διατροφικό περιβάλλον για να αναπτυχθεί σωστά. Η σημασία της σωστής διατροφής πριν την κύηση έγκειται στο ότι κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων που επιτυγχάνεται η σχίση των κυττάρων είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα πλούσιο διατροφικό υπόβαθρο, γιατί οποιαδήποτε έλλειψη δεν μπορεί να αναπληρωθεί στο μέλλον. Η κατάλληλη διατροφή για τη γυναίκα που κυοφορεί είναι η ίδια που ισχύει για όλα τα άτομα, με μόνη εξαίρεση το να υπάρχει μεγαλύτερη κατανάλωση σιδήρου και φολικού οξέος¹²².

2.8 Διατροφή κατά την εγκυμοσύνη

Στις μέρες μας έχουν πλέον καταρριφθεί κάποιοι μύθοι που σχετίζονται με τη διατροφή της εγκύου. Πιο συγκεκριμένα, η εγκύος δεν μπορεί να τρώει για δύο άτομα, όπως πιστευόνταν παλιότερα, αλλά ούτε και να τρώει τροφές-συνήθως παχυντικές, απλά και μόνο επειδή της “μύρισαν”¹²³. Οι οδηγίες των γιατρών είναι σαφείς και κάνουν λόγο για μια ισορροπημένη διατροφή, η οποία είναι απαραίτητη για τη μητέρα, αλλά και για τον αναπτυσσόμενο οργανισμό. Η κατανάλωση των τροφών θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε να καλύπτονται οι διατροφικές ανάγκες της μητέρας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης αλλά και κατά το θηλασμό. Ο όρος ισορροπημένη διατροφή αναφέρεται στην κατανάλωση αρκετών ποσοτήτων υδρογονανθράκων (π.χ. πατάτες, ψωμί, μακαρόνια, κ.α.), φρούτων και λαχανικών, μέτριων ποσοτήτων γαλακτοκομικών και πρωτεϊνούχων τροφών (π.χ. όσπρια, αυγά, κ.α.) και περιορισμένων ποσοτήτων λιπαρών τροφών και ζάχαρης. Ένας πρόσθετος μύθος που καταρρίπτεται από τα ερευνητικά δεδομένα είναι ότι απαιτείται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης μεγαλύτερη κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων. Οι μεταβολικές και ορμονικές αλλαγές (οιστρογόνα, προλακτίνη) που συμβαίνουν αυτή την περίοδο επιτρέπουν την καλύτερη απορρόφηση του ασβεστίου με αποτέλεσμα να μην απαιτείται αύξηση της ποσότητας.

¹²² Williamson, C.S. (2006). Nutrition in Pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31: 28- 59.

¹²³ Δημοσθενόπουλος, Χ. (2004). *Αλάτι και Ζάχαρη*, retrieved from www.iatronet.gr.

Κατά κανόνα δεν απαιτείται αύξηση στην κατανάλωση όλων των τροφών με μόνες εξαιρέσεις την αυξημένη ανάγκη για ενεργειακή κάλυψη, για φολικό οξύ, βιταμίνη Α και σε πολύ μικρότερη κλίμακα για πρωτεΐνες και τις βιταμίνες C και D. Σε μια πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφορικά στην ισορροπημένη διατροφή των εγκύων, διαπιστώθηκε ότι ένα σημαντικό ποσοστό των γυναικών σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες που μπορεί να τεκνοποιήσουν δεν τρέφονται σωστά, ιδιαίτερα ως προς την κατανάλωση συγκεκριμένων βιταμινών (π.χ. βιταμίνη Α και ριβοφλαβίνη), ανόργανων στοιχείων (π.χ. ασβέστιο, μαγνήσιο, σίδηρος) και κάποια ιχνοστοιχεία (π.χ. ιώδιο)¹²⁴.

Αναλυτικότερα θα παρουσιαστούν οι διατροφικές ανάγκες της εγκύου και η συμβολή των τροφών σε αυτές. Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης η μητέρα θα πρέπει να είναι σε θέση να προσφέρει περισσότερη **ενέργεια**, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί ότι η κύηση θα ολοκληρωθεί σε όλο το φάσμα της με την έννοια της χρονικής διάρκειας και ότι το έμβρυο θα αναπτυχθεί σωστά. Το πλεόνασμα της ενέργειας απαιτείται για τη δημιουργία νέων ιστών στο έμβρυο, για την ανάπτυξη των ήδη υπαρχόντων στη μητέρα, για τη συσσώρευση λίπους στη μητέρα, για την αυξημένη κατανάλωση οξυγόνου και τέλος επειδή η οποιαδήποτε σωματική δραστηριότητα της μητέρας πλέον απαιτεί μεγαλύτερη ποσότητα ενέργειας για να πραγματοποιηθεί λόγω της αύξησης του σωματικού βάρους¹²⁵.

Η λήψη **πρωτεϊνών** είναι εξίσου σημαντική διότι είναι απαραίτητη για τη δημιουργία μητρικών ιστών (π.χ. πλακούντας) αλλά και εμβρυικών ιστών, ότι δεν αξιοποιείται για τη δημιουργία ιστών μετατρέπεται σε ενέργεια για να καλύψει τις ανάγκες που προ-αναφέρθηκαν. Υπολογίζεται ότι ανά μέρα κύησης η πρωτεΐνη πρέπει να αυξηθεί κατά 30gr και ότι συνολικά σε μια εγκυμοσύνη που η μέση αύξηση βάρους της μητέρας θα κυμαίνεται στα 13 κιλά και το παιδί θα έχει μέσο βάρος 3,3 κιλά το ποσό της πρωτεΐνης που θα πρέπει να καταναλωθεί είναι 925 gr¹²⁶.

¹²⁴ Henderson, L., Gregory, J., Irving, K., et. al., (2003). *The National Diet and nutrition Survey: Adults Aged 19- 64 years*, Vol. 3: Vitamin and Mineral Intake and urinary Analytes. London: HMSO.

¹²⁵ Williamson, C.S. (2006). Nutrition in Pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31: 28- 59.

¹²⁶ Williamson, C.S. (2006). Nutrition in Pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31: 28- 59.

Δημοσθενόπουλος, Χ. (2004). *Αλάτι και Ζάχαρη*, retrieved from www.iatronet.gr.

Κατά κανόνα, δεν απαιτείται αύξηση της κατανάλωσης **υδρογονανθράκων** κατά την εγκυμοσύνη, με εξαίρεση τους μη αμυλούχους πολυσακχαρίτες, διότι σε συνδυασμό με την αύξηση της κατανάλωσης υγρών ανακουφίζουν από το πρόβλημα της δυσκοιλιότητας που απασχολεί μεγάλο ποσοστό των εγκύων¹²⁷.

Σε επίπεδο βιταμινών οι ανάγκες ποικίλουν. Σχετικά με την **βιταμίνη Α** υπάρχουν αυξημένες ανάγκες ιδιαίτερα στο τελευταίο τρίμηνο, διότι αυτή η βιταμίνη είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη του εμβρύου και των ιστών της μητέρας. Ωστόσο, απαιτείται προσοχή διότι η υπερβολική κατανάλωση βιταμίνης Α μπορεί να προκαλέσει τερατογένεση και γι' αυτό οι γιατροί προτρέπουν τις έγκυες γυναίκες να αποφεύγουν την κατανάλωση συκωτιού ή παραγώγων του. Οι **βιταμίνες Β1-θειαμίνη και ριβοφλαβίνη –Β2** συμβάλλουν στην απελευθέρωση ενέργειας στα κύτταρα του σώματος, γι αυτό είναι σημαντική η κατανάλωση τροφών που περιέχουν αυτές τις βιταμίνες. Οι ριβοφλαβίνη περιέχεται σε τροφές, όπως το γάλα, το κρέας, τα δημητριακά πρωινού και στα πράσινα λαχανικά. Σημαντικά μεγαλύτερες ποσότητες **φολικού οξέος** απαιτούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το οποίο περιέχεται σε τροφές όπως τα δημητριακά πρωινού, στο σπαράγγι, στα μπρόκολα, τα φασόλια και τα φιστίκια. Το φολικό οξύ είναι να σημαντικό να παρέχεται ως συμπλήρωμα πριν τη σύλληψη καθώς και στο πρώτο τρίμηνο της κύησης και να υπάρχει αύξηση της ποσότητάς που προσλαμβάνεται στα επόμενα τρίμηνα, προκειμένου να προληφθεί η μεγαλοβλαστική αναιμία. Η κάλυψη των αναγκών για τη **βιταμίνη D** μπορεί να επιτευχθεί, είτε μέσω της έκθεσης του ατόμου στην ηλιακή ενέργεια, είτε μέσω της λήψης τροφών (π.χ. αυγά, κρέας, κ.α.). Η χρησιμότητα της συγκεκριμένης βιταμίνης έγκειται στο ότι συμβάλλει στην απορρόφηση του ασβεστίου και του φωσφόρου και είναι απαραίτητη για την ασβεστοποίηση του εμβρυϊκού σκελετού¹²⁸.

¹²⁷ Williamson, C.S. (2006). Nutrition in Pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31: 28- 59.

¹²⁸ Williamson, C.S. (2006). Nutrition in Pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31: 28- 59.

Δημοσθενόπουλος, Χ. (2004). *Αλάτι και Ζάχαρη*, retrieved from www.iatronet.gr.

NCEMCH. (1998). *Nutrition during Pregnancy and Lactation: An Implementation Guide*. U.S. Department of Health and Human Services.

Αναφορικά στα ανόργανα στοιχεία, έχει ήδη αναφερθεί ότι ενώ οι απαιτήσεις για **ασβέστιο** είναι αυξημένες για την εγκυμονούσα, ιδιαίτερα στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης αυτό δεν συνοδεύεται από την ανάγκη αύξησης της κατανάλωσης ασβεστίου. Βέβαια, οι γιατροί συνιστούν αύξηση στην κατανάλωση ασβεστίου στις περιπτώσεις που η γυναίκα που κυοφορεί είναι στην εφηβεία, με σκοπό να αποφευχθεί η αποδόμηση του σκελετού της ενώ ίδια βρίσκεται ακόμα στην ανάπτυξη, στην περίπτωση των γυναικών που καταναλώνουν ελάχιστες ή καθόλου γαλακτοκομικά προϊόντα και στις χορτοφάγες γυναίκες. Ποσότητες ασβεστίου μπορεί να ληφθούν από πράσινα λαχανικά, από ψάρια με μαλακά κόκαλα και το ψωμί¹²⁹.

Τέλος, παρουσιάζονται αυξημένες ανάγκες κατανάλωσης **σιδήρου** κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, ιδιαίτερα στο τελευταίο τρίμηνο, διότι απαιτείται αυξημένος αριθμός ερυθρών αιμοσφαιρίων. Το έμβryo προσλαμβάνει το σίδηρο που χρειάζεται από τις αποθήκες σιδήρου της μητέρας του, με αντέλασμα αν η μητέρα δεν έχει απόθεμα στις αποθήκες της να υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης αναιμίας, γεγονός που με τη σειρά αυξάνει τις πιθανότητες για έμβryo με χαμηλό βάρος γέννησης. Όπως ήδη έχει προαναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο, πολλές γυναίκες που κυοφορούν έχουν ένα διαιτολόγιο φτωχό σε πρόσληψη σιδήρου και γι αυτό οι γιατροί υπογραμμίζουν την ανάγκη κατανάλωσης τροφών που περιέχουν σίδηρο, όπως άπαχο κρέας, πράσινα λαχανικά και ψωμί σε συνδυασμό με τρόφιμα που περιέχουν βιταμίνη C γιατί διευκολύνει την απορρόφηση του σιδήρου¹³⁰.

2.9 Ουσίες που πρέπει να αποφεύγονται κατά την εγκυμοσύνη

¹²⁹ Williamson, C.S. (2006). Nutrition in Pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31: 28- 59.

Δημοσθενόπουλος, Χ. (2004). *Αλάτι και Ζάχαρη*, retrieved from www.iatronet.gr.

¹³⁰ Williamson, C.S. (2006). Nutrition in Pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31: 28- 59.

Οι γιατροί πέρα από τις συστάσεις για την κατανάλωση κάποιων τροφών, εφιστούν την προσοχή των γυναικών ώστε να μην γίνεται υπερβολική κατανάλωση κάποιων ουσιών, καθώς και να τηρούνται κάποιοι κανόνες υγιεινής, ώστε να αποφεύγονται παράγοντες που μπορεί να βλάψουν την ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου. Μια από τις ουσίες που οι ειδικοί θεωρούν ότι πρέπει να αποφεύγεται η κατανάλωσή της σε υπερβολικές ποσότητες είναι η βιταμίνη Α με τη μορφή **ρετινόλης**, γιατί σχετίζεται με παραμορφώσεις του εμβρύου. Η κατανάλωση **αλκοόλ** σε μεγάλες ποσότητες έχει επιπτώσεις για τη γονιμότητα της γυναίκας και περιορίζει σημαντικά τις πιθανότητες για ολοκλήρωση της κύησης. Συνέπειες υπάρχουν όμως και για το έμβρυο εφόσον έχει διαπιστωθεί ότι η κατανάλωση πολύ μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ σχετίζεται με την εμφάνιση του συνδρόμου εμβρυικού αλκοολισμού, όπου το έμβρυο που γεννιέται έχει αφύσικα μικρό κεφάλι, ατελώς ανεπτυγμένο εγκέφαλο με εμφανή σημάδια νοητικής και σωματικής υστέρησης. Αν και κάποια δεδομένα δείχνουν ότι η κατανάλωση ενός ποτού μία φορά την εβδομάδα δεν είναι επιβλαβής για το έμβρυο, πολλοί γιατροί συνιστούν πλήρη αποχή από το αλκοόλ σε κάθε στάδιο της εγκυμοσύνης. Μια άλλη ουσία που έχει ενοχοποιηθεί για την πρόκληση βλαβών στο έμβρυο είναι η **καφεΐνη**. Υπάρχουν κάποιες έρευνες που δείχνουν θετική συσχέτιση μεταξύ υψηλής κατανάλωσης καφεΐνης και χαμηλού βάρους γέννησης ή αποβολής. Ωστόσο, η μέτρια κατανάλωση ποσοτήτων καφεΐνης (3-4 ποτήρια καφέ σε ημερήσια βάση) δεν φαίνεται να σχετίζεται με πρόωρο τοκετό. Οι ειδικοί τονίζουν ότι καφεΐνη βρίσκεται ‘‘κρυμμένη’’ σε μεγάλη ποικιλία τροφίμων, ποτών και φαρμάκων, οπότε οι γυναίκες θα πρέπει να προσέχουν και αυτή τη συνισταμένη¹³¹.

Ειδικές οδηγίες δίνονται από τους γιατρούς αναφορικά στην κατανάλωση **αλατιού** και στη συμβολή που έχει στην υπέρταση και στον προεκλαμψία. Δεδομένου ότι η κατανάλωση αλατιού οδηγεί σε κατακράτηση υγρών και συμβάλλει στην αύξηση της αρτηριακής πίεσης, οι γιατροί συνιστούν στις γυναίκες που κυφορούν να περιορίζουν την ποσότητα αλατιού που καταναλώνουν, ακόμα και έμμεσα (π.χ. μέσα από διάφορα σνακ, κονσέρβες, κ.α.). Ειδικότερα, για τις γυναίκες που έχουν υπέρταση συνιστούν μείωση της ποσότητας του αλατιού που προσλαμβάνουν, ενώ

¹³¹ Williamson, C.S. (2006). Nutrition in Pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31: 28- 59.

Cole, M., and Cole, S.R. (2002). *Η Ανάπτυξη του Παιδιού: Εγκυμοσύνη, Τοκετός, Βρεφική Ηλικία*, Τόμος Α'. Αθήνα: Τυπωθήτω.

για τις γυναίκες που παρουσιάζουν προεκλαμψία, λήψη αλατιού σε κανονικές ποσότητες. Η **ζάχαρη** είναι ακόμη μια ουσία που πρέπει να περιορίζεται η κατανάλωσή της κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γιατί αυξάνει το σωματικό βάρος της γυναίκας καθώς και τις πιθανότητες να εμφανιστεί διαβήτης της κύησης. Έτσι, θα πρέπει να αποφεύγονται τα γλυκά, αναψυκτικά, τα μπισκότα και να αντικαθίστανται από φρούτα και περισσότερα λαχανικά¹³².

Τέλος, μια άλλη κατηγορία προφυλάξεων που πρέπει να παίρνει μια έγκυος σχετίζεται περισσότερο με τις συνθήκες υγιεινής των τροφίμων. Η **λιστερίωση** προκαλείται από ένα βακτήριο, το οποίο μπορεί να προκαλέσει κατά την εγκυμοσύνη αποβολή ή και σοβαρότερες ασθένειες στον αναπτυσσόμενο οργανισμό. Οι ειδικοί συνιστούν στις γυναίκες να αποφεύγουν το πατέ και τα μαλακά τυριά και αν είναι να καταναλώσουν γαλακτοκομικά αυτά να είναι παστεριωμένα. Η **σαλμονέλα** προκαλεί και αυτή αποβολή και προέρχεται από μη καλά μαγειρεμένα πουλερικά ή την κατανάλωση ωμών αβγών. Ειδικά, τα αβγά θα πρέπει να ψήνονται μέχρι το περιεχόμενο τους να γίνει στέρεο. Το τοξόπλασμα εντοπίζεται στα μη παστεριωμένα γάλατα, στο ωμό κρέας και στις γάτες, και μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση και νοητική υστέρηση του εμβρύου¹³³.

Συμπερασματικά, η περίοδος της εγκυμοσύνης χαρακτηρίζεται από έντονες αλλαγές σε σωματικό και συναισθηματικό επίπεδο ανατρέποντας τις υπάρχουσες ισορροπίες της εγκυμονούσας γυναίκας, και παράλληλα θέτοντας μια σειρά απαιτητικών διατροφικών αλλαγών προκειμένου να διασφαλιστεί η ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου, να αποφευχθούν επιπλοκές προ-γεννητικά και περί-γεννητικά και η μέλλουσα μητέρα να μπορέσει να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις της εγκυμοσύνης, αλλά και του θηλασμού.

¹³² Δημοσθενόπουλος, Χ. (2004). *Αλάτι και Ζάχαρη*, retrieved from www.iatronet.gr.

¹³³ Williamson, C.S. (2006). Nutrition in Pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31: 28- 59.

Κεφάλαιο 3 : Ψυχογενής Ανορεξία και Εγκυμοσύνη

Η συνύπαρξη ψυχογενούς ανορεξίας και εγκυμοσύνης δεν είναι συχνό φαινόμενο, εμφανίζεται σε ένα ποσοστό μικρότερο του 10% των ασθενών που πάσχουν από ανορεξία. Η σπανιότητα αυτής της συνύπαρξης έγκειται στο γεγονός ότι τα άτομα που πάσχουν από τη χρόνια μορφή της διαταραχής και υποβάλλουν τον εαυτό τους σε συνθήκες υποσιτισμού, παρουσιάζουν αμηνόρροια, διακοπή της ωρίμανσης των ωοθυλακίων καθώς και συχνά πολυκυστικές ωοθήκες, παράγοντες που περιορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη δυνατότητα τεκνοποίησης¹³⁴. Η εγκυμοσύνη σε μια γυναίκα με ψυχογενή ανορεξία σε οξεία μορφή θεωρείται κύηση υψηλού κινδύνου. Ο όρος ‘‘κύηση υψηλού κινδύνου’’ αναφέρεται σε κάθε κύηση όπου υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για τη ζωή της μητέρας, του εμβρύου ή του βρέφους. Η αξιολόγηση του κινδύνου γίνεται από τη στιγμή που ο γιατρός θα πιστοποιήσει την ύπαρξη κύησης και αν εκτιμήσει ότι πρόκειται για υψηλού κινδύνου, τότε απαιτείται συστηματική παρακολούθηση από εξειδικευμένο ιατρικό και μη προσωπικό¹³⁵. Στην περίπτωση των γυναικών με ψυχογενή ανορεξία, το χαμηλό σωματικό βάρος (λιγότερο των 45 κιλών), αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου, ιδιαίτερα για τη γέννηση παιδιού με χαμηλό βάρος γέννησης και γι’ αυτό το λόγο εντάσσεται η συγκεκριμένη περίπτωση στην κύηση υψηλού κινδύνου¹³⁶.

Σε αυτό το κεφάλαιο, θα εξεταστούν οι επιπτώσεις της συνύπαρξης της ψυχογενούς ανορεξίας με την εγκυμοσύνη αναφορικά στην γονιμότητα, στα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, και στην προσαρμοστικότητα της ανορεκτικής γυναίκας στο ρόλο της μητέρας.

¹³⁴ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Rand, C.S.W., Willis, D.C., and Kuldau, J.M. (1987). Pregnancy after Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 6(5): 671- 674.

¹³⁵ Μακρής, Α. (2006). *Κύηση Υψηλού Κινδύνου: Όλα θα Πάνε Καλά*. Retrieved from www.health.in.gr.

¹³⁶ Μακρής, Α. (2006). *Κύηση Υψηλού Κινδύνου: Όλα θα Πάνε Καλά*. Retrieved from www.health.in.gr.

3.1 Θέματα γονιμότητας στην Ψυχογενή Ανορεξία

Οι γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία θεωρείται ότι έχουν προβλήματα γονιμότητας εξαιτίας του χαμηλού σωματικού τους βάρους, την απουσία τακτικών έμμηων ρύσεων και την ελαττωμένη σεξουαλική τους δραστηριότητα¹³⁷. Υπάρχει η άποψη ότι ένα ποσοστό των προβλημάτων γονιμότητας το οποίο δεν μπορεί να αποδοθεί σε ιατρικές αιτίες οφείλεται στις διαταραχές πρόσληψης τροφής για τις οποίες δεν έχουν ενημερωθεί οι γιατροί. Συγκεκριμένα, σε μια έρευνα που έγινε σε γυναίκες με συμπεριφορές αυστηρού περιορισμού της λήψης θερμίδων (χωρίς όμως την διάγνωση διατροφικών διαταραχών) διαπιστώθηκαν προβλήματα γονιμότητας, τα οποία όμως ξεπεράστηκαν σε σημαντικό βαθμό από τη στιγμή που αυτές οι γυναίκες άρχισαν να τρέφονται σωστά. Μάλιστα, το 90% απέκτησε τακτικές εμμήνες ρύσεις και το 73% κατόρθωσε να τεκνοποιήσει από τη στιγμή που εφάρμοσε ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο (Bates, οπ. αναφ. στον Stewart, 1992, σελ 1)¹³⁸. Ένα ακόμη ενδιαφέρον εύρημα είναι ότι από τις γυναίκες που προσφεύγουν σε κλινικές υποβοήθησης της γονιμότητας ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 17% φαίνεται να πάσχει από διατροφικές διαταραχές που δεν παραδέχεται στο ιατρικό προσωπικό παρά το γεγονός ότι οι ίδιες οι γυναίκες φοβούνται ότι η αυστηρή δίαιτα να ευθύνεται για τα προβλήματα γονιμότητας που αντιμετωπίζουν¹³⁹. Επίσης, στην έρευνά τους, οι Bulik et. al.,¹⁴⁰ εξετάζοντας 66 γυναίκες με ιστορικό ψυχογενούς ανορεξίας και συγκρίνοντάς τες με γυναίκες από το γενικό πληθυσμό, διαπίστωσαν ότι παρουσίαζαν μεγαλύτερα ποσοστά αποβολών, χωρίς τα ποσοστά να διαφοροποιούνται σχετικά με το αν οι γυναίκες είχαν ανορεξία κατά την εγκυμοσύνη ή είχαν θεραπευτεί πριν την εγκυμοσύνη.

Οι γιατροί επισημαίνουν το γεγονός ότι για να υπάρξει εγκυμοσύνη δεν είναι απαραίτητο να υπάρχουν τακτικές έμμεινες ρύσεις, γι' αυτό προτείνεται στις γυναίκες με διαταραχές της πρόσληψης τροφής και εφόσον έχουν σεξουαλικές σχέσεις να

¹³⁷ Goldman, R.D. and Koren, G. (2003). Anorexia Nervosa during Pregnancy. *Canadian Family Physician*, 49: 425- 426.

¹³⁸ Stewart, D. (1992). *Eating Disorders, Fertility and Pregnancy*, retrieved from www.nedic.ca.

¹³⁹ Stewart, D. (1992). *Eating Disorders, Fertility and Pregnancy*, retrieved from www.nedic.ca

¹⁴⁰ Bulik, C., Sullivan, P., Fear, J., Pickering, A., Dawn, A., and McCullen, M. (1999). Fertility and Reproduction in Women with Anorexia Nervosa: A Controlled Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60: 130- 135.

χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο αντισύλληψης αν δεν θέλουν να εμπλακούν σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη¹⁴¹.

3.2 Εγκυμοσύνη, Τοκετός και Ψυχογενή Ανορεξία

Η διερεύνηση της συνύπαρξης ψυχογενούς ανορεξίας και των επιπτώσεών της στην πορεία της εγκυμοσύνης και του τοκετού είναι ένα νέο πεδίο που πρόσφατα κέρδισε το ενδιαφέρον των ερευνητών με αποτέλεσμα να μην υπάρχει μεγάλος αριθμός ερευνητικών δεδομένων. Από το σύνολο των ερευνητικών προσπαθειών που έχουν πραγματοποιηθεί τα αποτελέσματα είναι ασαφή και αντιφατικά κάποιες φορές. Για λόγους ευκολίας οι έρευνες θα ταξινομηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: (i) αυτές που δείχνουν τη συσχέτιση μεταξύ ψυχογενούς ανορεξίας και επιπλοκών κατά την κύηση και τον τοκετό, και (ii) αυτές που δεν δείχνουν την ύπαρξη επιπτώσεων από τη συνύπαρξη εγκυμοσύνης και ανορεξίας.

Μεταξύ των ερευνών που μπορεί να ενταχθούν στην πρώτη κατηγορία είναι αυτή των Bansil et. al.,¹⁴² σύμφωνα με την οποία, οι γυναίκες με διαταραχές πρόσληψης τροφής έχουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση αρνητικών επιπτώσεων κατά την κύηση και τον τοκετό, όπως αναιμία, καθυστερημένη εμβρυική ανάπτυξη, προωρότητα και μολύνσεις κατά τη γέννηση. Η συγκεκριμένη έρευνα στηρίχθηκε στη λήψη δεδομένων από μαιευτικές κλινικές την περίοδο 1994 - 2004 και οι συγγραφείς επισημαίνουν μια αύξηση των ποσοστών των γυναικών με διαταραχές πρόσληψης τροφής που παράλληλα κυοφορούν, την οποία αποδίδουν στην ευαισθητοποίηση τόσο του ιατρικού προσωπικού, όσο και των ίδιων των πασχόντων. Αναλυτικότερα, τα ερευνητικά αποτελέσματα έδειξαν ότι οι διατροφικές διαταραχές σχετίζονται με την προωρότητα και την καθυστερημένη εμβρυική ανάπτυξη, και ιδιαίτερα παράγοντες, όπως ο χαμηλός δείκτης μάζας σώματος, το κάπνισμα, το σωματικό βάρος και η διατροφή την περίοδο της εγκυμοσύνης ασκούν καθοριστικές επιδράσεις στο έμβryo. Ο χαμηλός δείκτης μάζας σώματος πριν την εγκυμοσύνη σε συνδυασμό με τη μικρή αύξηση βάρους κατά την εγκυμοσύνη σχετίζονταν με την προωρότητα

¹⁴¹ Stewart, D. (1992). *Eating Disorders, Fertility and Pregnancy*, retrieved from www.nedic.ca.

¹⁴² Bansil, P., Kuklina, E.V., Whiterman, M.K., Kourtis, A., et. al., (2008). Eating Disorders among Delivery Hospitalisations: Prevalence and Outcomes. *Journal of Women's Health*, 17(9): 1523- 1528.

και την καθυστερημένη εμβρυική ανάπτυξη. Η σχέση μεταξύ ψυχογενούς ανορεξίας και καισαρικών τομών δεν επιβεβαιώθηκε από τη συγκεκριμένη ερευνητική προσπάθεια.

Παρόμοια προβλήματα επισημαίνονται στην έρευνα του Stewart¹⁴³, όπου άτομα με διατροφικές διαταραχές γεννούν παιδιά με χαμηλότερο βάρος γέννησης, με αυξημένες δυσκολίες κατά την κύηση (έντονοι εμετοί- υπερέμεση), βρέφη με ιατρικές δυσκολίες ή πρόωρα βρέφη. Παρόμοια ευρήματα βρέθηκαν και στην μελέτη των Treasure and Russell¹⁴⁴, οι οποίοι εκτίμησαν το ρυθμό ανάπτυξης των εμβρύων μέσα στη μήτρα σε μητέρες με χρόνια μορφή ψυχογενούς ανορεξίας. Αναλυτικότερα, διαπιστώθηκε ότι ο ρυθμός ανάπτυξης μειώθηκε σημαντικά το τρίτο τρίμηνο, όπως αυτό αξιολογήθηκε με τον υπέρηχο. Ωστόσο, σημειώθηκε επιτάχυνση στην ανάπτυξη τους πρώτους μήνες μετά τη γέννηση, καθώς οι μητέρες σταμάτησαν το θηλασμό και ξεκίνησαν το τάισμα του βρέφους με το μπουκάλι. Επίσης, οι ανασκοπήσεις των ερευνητικών προσπαθειών δίνουν ένα χρήσιμο όγκο πληροφοριών. Η ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε από τους Franko and Walton¹⁴⁵, επισημάνε τα ευρήματα πολλών ερευνών σύμφωνα με τα οποία η εγκυμοσύνη στις ανορεκτικές γυναίκες σχετίζεται με προωρότητα, χαμηλό βάρος γέννησης, υπερέμεση και καθυστερημένη εμβρυική ανάπτυξη. Ιδιαίτερα, στις γυναίκες που χρησιμοποιούσαν διουρητικά ή υπερβολική άσκηση, αλλά χωρίς να έχουν τη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας, υπήρχε αυξημένη πιθανότητα θανάτου της μητέρας, του βρέφους και αν το παιδί επιζούσε θα είχε χαμηλό βάρος γέννησης. Επίσης, η έντονη σωματική άσκηση σχετιζόταν με τη εμβρυική βραδυκαρδία. Ακόμη, διαπίστωσαν ότι ακόμα και γυναίκες που είχαν θεραπευτεί από τη ψυχογενή ανορεξία και μετά έμειναν έγκυες, παρουσίαζαν αυξημένα ποσοστά προωρότητας και θνησιμότητας. Μια πρόσφατη ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε από τους Goldman and Koren¹⁴⁶, στα πλαίσια της οποίας φάνηκε ότι η ψυχογενής ανορεξία και η εγκυμοσύνη σχετίζονται με χαμηλές βαθμολογίες στην κλίμακα Apgar, με χαμηλότερο βάρος γέννησης,

¹⁴³ Stewart, D. (1992). *Eating Disorders, Fertility and Pregnancy*, retrieved from www.nedic.ca.

¹⁴⁴ Treasure, J.L., and Russell, G.F. (1988). Intrauterine Growth and Neonatal Weight Gains in Babies of Women with Anorexia Nervosa. *British Medical Journal*, 296(9): 1038.

¹⁴⁵ Franco, D.L., and Walton, B.E. (1992). Pregnancy and Eating Disorders: A Review and Clinical Implications. *International Journal of Eating Disorders*. 13(1): 41- 48.

¹⁴⁶ Goldman, R.D. and Koren, G. (2003). Anorexia Nervosa during Pregnancy. *Canadian Family Physician*, 49: 425- 426.

μικρότερη διάρκεια εγκυμοσύνης (προωρότητα), και υψηλότερα ποσοστά καισαρικών τομών. Οι περί-γεννητικοί κίνδυνοι για το νεογνό επικεντρώνονταν στην υποθερμία, μολύνσεις, θάνατο του βρέφους και μειωμένες νοητικές ικανότητες του παιδιού. Αναφορικά στις επιπτώσεις μετά τη γέννηση στη μητέρα φάνηκε ότι υπάρχουν αυξημένα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης. Η Αμερικάνικη Εθνική Ένωση Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής (NEDA)¹⁴⁷ επιβεβαιώνει και αυτή ότι η εγκυμοσύνη στις ανορεκτικές γυναίκες σχετίζεται με χαμηλό βάρος γέννησης και προβλήματα υγείας στο έμβryo και ότι υπάρχουν κίνδυνοι, τόσο για τη μητέρα (π.χ. διαβήτη της κύησης, επιλόχεια κατάθλιψη, κ.α.) όσο και για το έμβryo (π.χ. αναπνευστικά προβλήματα, δυσκολίες στη λήψη τροφής, κ.α.).

Η άλλη κατηγορία ερευνών αφορά ερευνητικά δεδομένα που δεν αποκαλύπτουν διαφορές μεταξύ γυναικών με ψυχογενή ανορεξία που κuoφορούν και του γενικότερου πληθυσμού. Ο Stewart¹⁴⁸ επισημαίνει μια διαφοροποίηση που μπορεί να εξηγήσει γιατί οι έρευνες δίνουν αντιφατικά αποτελέσματα. Ειδικότερα, υποστηρίζει ότι όταν οι γυναίκες που εγκυμονούν βρίσκονται στην ενεργητική φάση της ανορεξίας, τότε παρουσιάζονται αυξημένοι κίνδυνοι για τη μητέρα και το έμβryo. Αντίθετα, όταν οι γυναίκες που κuoφορούν έχουν θεραπευτεί ή βρίσκονται σε ύφεση σε σχέση με την ανορεξία, τότε οι προγεννητικοί και περιγεννητικοί κίνδυνοι ήταν ίδιοι με αυτούς του γενικού πληθυσμού. Η υπόθεση αυτή επαληθεύτηκε από τις έρευνες των Rand, et.al.,¹⁴⁹ και των Namir, et. al.,¹⁵⁰, σύμφωνα με τις οποίες, τόσο η περίοδος της κύησης όσο και του τοκετού υπήρξε χωρίς καμία επιπλοκή για τις γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία, καθώς το 80% του δείγματος αντιμετώπιζε ψυχοθεραπευτικά τη διαταραχή, πριν την εγκυμοσύνη αλλά και κατά τη διάρκεια. Αντίστοιχες διαπιστώσεις γίνονται από την Αμερικάνικη Εθνική Ένωση Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής¹⁵¹, η οποία ενθαρρύνει τις γυναίκες να επιλύσουν το θέμα της ανορεξίας πριν την εγκυμοσύνη προκειμένου να περιοριστούν οι αρνητικές

¹⁴⁷ NEDA. (2005). *Eating Disorders and Pregnancy: Some Facts about the Risks*, retrieved from www.nationaleatingdisorders.org.

¹⁴⁸ Stewart, D. (1992). *Eating Disorders, Fertility and Pregnancy*, retrieved from www.nedic.ca.

¹⁴⁹ Rand, C.S.W., Willis, D.C., and Kuldau, J.M. (1987). Pregnancy after Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 6(5): 671- 674.

¹⁵⁰ Franco, D.L., and Walton, B.E. (1992). Pregnancy and Eating Disorders: A Review and Clinical Implications. *International Journal of Eating Disorders*. 13(1): 41- 48.

¹⁵¹ NEDA. (2005). *Eating Disorders and Pregnancy: Some Facts about the Risks*, retrieved from www.nationaleatingdisorders.org.

επιπτώσεις. Ωστόσο, στην έρευνα των Brinch, et. al.,¹⁵², που αφορούσε την εκτίμηση των περί-γεννητικών συνεπειών σε γυναίκες που είχαν ξεπεράσει τη ψυχογενή ανορεξία πριν την εγκυμοσύνη, διαπιστώθηκε ότι είχαν αρκετά μεγαλύτερα ποσοστά προωρότητας και βρεφικής θνησιμότητας από το γενικό πληθυσμό. Παρομοίως, στην έρευνα των Franco et. al.,¹⁵³, η οποία στηρίχθηκε σε αρκετά μεγάλο δείγμα (n= 49) για τα δεδομένα του υπό διερεύνηση θέματος, παρατηρήθηκε ότι η πλειοψηφία των γυναικών είχαν φυσιολογική εγκυμοσύνη και τοκετό, δηλαδή με κανονική διάρκεια κύησης, κανονικό βάρος γέννησης εμβρύου και φυσιολογικό σκορ στην κλίμακα Apgar, αλλά τα ποσοστά καισαρικών και επιλόχειας κατάθλιψης ήταν ιδιαίτερα αυξημένα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Τέλος, υπάρχουν έρευνες οι οποίες καταδεικνύουν ότι σε μια κατηγορία ανορεκτικών γυναικών η περίοδος της εγκυμοσύνης συμβαδίζει με την υποχώρηση των συμπτωμάτων της διαταραχής με κίνητρο την υγεία του βρέφους, αλλά μετά τον τοκετό παρατηρείται παλινδρόμηση στα συμπτώματα της διαταραχής την περίοδο πριν της εγκυμοσύνης. Μάλιστα, αυτό φάνηκε ότι αυτό το πρότυπο συμπεριφορών ίσχυε και για τις υπόλοιπες διαταραχές πρόσληψης τροφής¹⁵⁴.

3.3 Προσαρμοστικότητα της ανορεκτικής γυναίκας στο ρόλο της μητέρας

Η ανασκόπηση της υπάρχουσας ερευνητικής βιβλιογραφίας για την εγκυμοσύνη στις ανορεκτικές γυναίκες αποκαλύπτει ότι είναι μια περίοδος έντονων συναισθηματικών αλλαγών, οι οποίες σχετίζονται με φόβους για την αλλαγή του σχήματος του σώματος αλλά και την αύξηση του σωματικού βάρους¹⁵⁵. Οι αντιδράσεις των γυναικών φαίνεται να ταξινομούνται κατά κανόνα σε δύο μεγάλες ομάδες, είτε στην αδυναμία

¹⁵² Franco, D.L., and Walton, B.E. (1992). Pregnancy and Eating Disorders: A Review and Clinical Implications. *International Journal of Eating Disorders*, 13(1): 41- 48.

¹⁵³ Franco, D.L., Blais, M., Becker, A.E., Delinsky, S.S., et. al., (2001). Pregnancy Complications and Neonatal Outcomes in Women with Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158: 1461-1466.

¹⁵⁴ Crow, S.J., Argas, W.S., Crosby, R., Halmi, K., and Mitchell, J.E. (2008). Eating Disorders Symptoms in Pregnancy: A Prospective Study. *International Journal of Eating Disorders*, 41: 277-279.

¹⁵⁵ Crow, S.J., Argas, W.S., Crosby, R., Halmi, K., and Mitchell, J.E. (2008). Eating Disorders Symptoms in Pregnancy: A Prospective Study. *International Journal of Eating Disorders*, 41: 277-279.

ελέγχου των συμπτωμάτων της διαταραχής με αυξημένες πιθανότητες για επιλόχεια κατάθλιψη, είτε στον έλεγχο τους για την προστασία της υγείας του εμβρύου, βέβαια υπάρχουν και περιπτώσεις που κινούνται μεταξύ αυτών των δύο άκρων¹⁵⁶. Ωστόσο, και στις δύο κατηγορίες γυναικών υπάρχουν πολλοί έντονοι φόβοι για το βάρος και την υιοθέτηση πρακτικών, όπως η πρόκληση εμετού και η πολύ αυστηρή δίαιτα¹⁵⁷. Μετά την περίοδο της εγκυμοσύνης και του τοκετού, ένα ακόμη ενδιαφέρον κομμάτι είναι το πώς αυτές οι γυναίκες ανταποκρίνονται στο ρόλο τους ως μητέρας. Η προσαρμοστικότητα των ανορεκτικών γυναικών στο μητρικό ρόλο θα εξεταστεί ως προς δύο συνισταμένες: (i) τις διατροφικές συνήθειες που υιοθετούν προς το παιδί και (ii) πώς βιώνονται οι γονεϊκές υποχρεώσεις.

Σχετικά με τις συνήθειες του φαγητού, υπάρχουν μητέρες που επιθυμούν τα παιδιά τους να μην αποκτήσουν το πρόβλημα που έχουν οι ίδιες (ιδιαίτερα με την πρόκληση εμετού και τον καταναγκαστικό έλεγχο της λήψης θερμίδων) ή να μην επηρεαστούν από αυτό¹⁵⁸. Οι Waugh and Bulik¹⁵⁹ συγκέντρωσαν πληροφορίες μέσα από τα ιατρικά αρχεία τις συνεντεύξεις των ίδιων των μητέρων με ψυχογενή ανορεξία και βιντεοσκόπηση του μεσημεριανού γεύματος διαπίστωσαν ότι ενώ αυτές οι γυναίκες δε διέφεραν ως προς το βαθμό ικανοποίησής τους από την εμφάνιση του παιδιού σε σχέση με τις υπόλοιπες μητέρες, είχαν πολύ μεγαλύτερες δυσκολίες στη διατήρηση της διαδικασίας του θηλασμού καθώς επίσης και έκαναν λιγότερα θετικά σχόλια για το φαγητό σε σχέση με τις υπόλοιπες μητέρες. Βέβαια, υπάρχουν περιπτώσεις που η μητέρα μπορεί να περιορίζει τη λήψη τροφής και στο παιδί κινούμενη από τις δικές της υπερβολικές φοβίες για το σωματικό του βάρος. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, παρουσιάζει το γεγονός ότι οι διατροφικές διαταραχές που μπορεί να εμφάνιζαν αργότερα τα παιδιά ήταν παρόμοιες με αυτές των μητέρων τους (Stein, οπ. αναφ. στους Γονιδάκης και Βάρσου, 2008, σελ. 168)¹⁶⁰.

¹⁵⁶ NEDA. (2005). *Eating Disorders and Pregnancy: Some Facts about the Risks*, retrieved from www.nationaleatingdisorders.org.

¹⁵⁷ Rand, C.S.W., Willis, D.C., and Kuldau, J.M. (1987). Pregnancy after Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 6(5): 671- 674.

¹⁵⁸ Rand, C.S.W., Willis, D.C., and Kuldau, J.M. (1987). Pregnancy after Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 6(5): 671- 674.

¹⁵⁹ Waugh, E., and Bulik, C.M. (1999). Offspring of Women with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2): 123- 133.

¹⁶⁰ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Ένας δεύτερος τομέας ενδιαφέροντος είναι του πώς βιώνουν οι ανορεκτικές γυναίκες το μητρικό ρόλο και το πόσο ικανοποιημένες είναι από τον τρόπο που τον ασκούν. Στην έρευνα των Koubaa, et. al.,¹⁶¹, διερευνήθηκε το πώς αξιολογούν οι ανορεκτικές γυναίκες τις γονεϊκές τους ικανότητες τρεις μήνες μετά τη γέννηση του παιδιού τους. Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι το 90% των γυναικών με ανορεξία αντιμετώπιζε προβλήματα προσαρμογής στο μητρικό ρόλο στους πρώτους τρεις μήνες, ποσοστό εκπληκτικά μεγαλύτερο από το αντίστοιχο της ομάδας ελέγχου το οποίο κυμαίνονταν στο 13%. Το κυριότερο πρόβλημα που αντιμετώπιζαν αυτές οι γυναίκες σχετιζόταν με το τάισμα του παιδιού, αλλά υπήρχαν και άλλα προβλήματα που σχετιζόταν με τα μητρικά καθήκοντα, όπως για παράδειγμα δεν ένιωθαν περήφανες που ήταν μητέρες και το ότι δεν υπήρχε χρόνος να διαθέσουν πλέον για τον εαυτό τους. το μεγάλο ποσοστό που εκφράζει τη δυσκολία προσαρμογής των γυναικών με ανορεξία, μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι μόνο το 33% των συμμετεχόντων στην έρευνα είχε κάνει ψυχοθεραπεία πριν την εγκυμοσύνη. Παρόμοιες αρνητικές αξιολογήσεις υπήρχαν σε όλες τις κατηγορίες των διαταραχών πρόσληψης τροφής ίσως επειδή το κοινό στοιχείο σε αυτές είναι η αρνητική εικόνα του εαυτού, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τα χαμηλά ποσοστά αυτό-επιβεβαίωσης και τα υψηλά ποσοστά αυτό-ενοχοποίησης. Σε άλλες ερευνητικές προσπάθειες διαπιστώθηκε ότι οι ανορεκτικές γυναίκες βρίσκονταν σε δυσλειτουργικούς γάμους που χαρακτηρίζονταν από έντονες συγκρούσεις, εγκατάλειψη των παιδιών και δυσκολία στην επικοινωνία του γονεϊκού ζευγαριού¹⁶².

3.4 Διατροφικές Συνήθειες και Ενδεικτικοί Χειρισμοί της Ανορεκτικής Μητέρας

Έχει ήδη επισημανθεί ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από δύο βασικά στοιχεία, τον υπερβολικό φόβο πρόσληψης βάρους και τη διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος. Ο συνδυασμός αυτών των δύο

¹⁶¹ Koubaa, S., Hallstrom, T., and Hirschberg, A.L. (2008). Early Maternal Adjustment in Women with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41: 405- 410.

¹⁶² Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα, σ. 169

συμπτωμάτων οδηγεί το άτομο σε μια μόνιμη προσπάθεια απώλεια βάρους καταφεύγοντας σε διάφορους τρόπους, όπως η αποστέρηση τροφής, η υπερβολική άσκηση και η χρήση τεχνικών μέσων. Αναφορικά στις διατροφικές συνήθειες των ανορεκτικών ατόμων έχουν διαπιστωθεί κάποια επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς, τα οποία δεν είναι βέβαια απόλυτα και δεν ισχύουν για το σύνολο των ατόμων που πάσχουν από τη συγκεκριμένη διαταραχή.

Πιο συγκεκριμένα, τα ανορεκτικά άτομα προσπαθώντας να ελέγξουν την εικόνα του σώματός τους και να μειώσουν την πιθανότητα αύξησης του σωματικού τους βάρους περιορίζουν την ημερήσια πρόσληψη θερμίδων. Έχει διαπιστωθεί ότι στην ανορεξία περιοριστικού τύπου, τα άτομα προσλαμβάνουν ημερησίως ένα μέσο όρο θερμίδων που κυμαίνεται μεταξύ 600- 900, με το ποσό των θερμίδων να μειώνεται ακόμα περισσότερο στις σοβαρότερες περιπτώσεις της διαταραχής ¹⁶³. Προκειμένου να διασφαλιστεί ένα χαμηλό βάρος είναι πολύ σύνηθες να αποφεύγεται η κατανάλωση κάποιων τροφών που θεωρούνται επιβαρυντικές. Αρχικά, υποστηρίζονταν η άποψη ότι τα ανορεκτικά άτομα απέφευγαν την κατανάλωση υδρογονανθράκων στα πλαίσια της δίαιτας που εφάρμοζαν, όμως πλέον τα δεδομένα δείχνουν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην κατανάλωση υδρογονανθράκων μεταξύ των ανορεκτικών ατόμων και των ατόμων που κάνουν μια απλή δίαιτα ¹⁶⁴. Μια σημαντική μείωση που εμφανίζεται στις διατροφικές συνήθειες των ανορεκτικών ατόμων είναι ο περιορισμός σε σημαντικό βαθμό της κατανάλωσης πρωτεϊνών και λίπους. Εξίσου σημαντικές μειώσεις παρατηρούνται στην κατανάλωση ιχνοστοιχείων και βιταμινών. Αναλυτικότερα, έχει παρατηρηθεί ότι λαμβάνουν εξαιρετικά περιορισμένες ποσότητες ασβεστίου, δηλαδή 200- 300mg, ενώ το ποσοστό που ενδείκνυται για τις γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση είναι 800-1200 και για μετά την εμμηνόπαυση είναι 1200- 1500, γεγονός που οδηγεί αυτές τις γυναίκες με μαθηματική ακρίβεια στην οστεοπόρωση. Επίσης, καταναλώνονται πολύ μικρές ποσότητες ψευδαργύρου, σιδήρου και βιταμινών, όμως δεν παρουσιάζονται σοβαρές ανωμαλίες λόγω της έλλειψης αυτών των στοιχείων στις διατροφικές τους συνήθειες. Τέλος, πέρα από την υιοθέτηση της χορτοφαγικής δίαιτας και της αποφυγής του κόκκινου κρέατος, τα

¹⁶³ Rock, C.L., and Yager, J. (1987). Nutrition and Eating Disorders: A Primer for Clinicians. *International Journal of Eating Disorders*, 6(2): 270.

¹⁶⁴ Rock, C.L., and Yager, J. (1987). Nutrition and Eating Disorders: A Primer for Clinicians. *International Journal of Eating Disorders*, 6(2): 270.

ανορεκτικά άτομα φαίνεται να αποφεύγουν τα συντηρητικά, τα προσθετικά τροφίμων, το αλάτι μέσα από μια καταναγκαστική σχεδόν συμπεριφορά ¹⁶⁵.

Συγκρίνοντας τα συγκεκριμένα διατροφικά πρότυπα με τις διατροφικές ανάγκες μιας εγκύου, διαπιστώνεται ότι υπάρχουν πολύ μεγάλες αποκλίσεις από αυτό που ονομάζουν οι γιατροί και οι διατροφολόγοι «ισορροπημένη διατροφή». Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης υπάρχουν αυξημένες ανάγκες για μεγαλύτερη κατανάλωση ενέργειας, πρωτεϊνών, βιταμίνης A, B2, D, θειαμίνης, σιδήρου και φολικού οξέος, ενώ παράλληλα χρειάζεται να παραμείνουν σταθερές οι ποσότητες στην κατανάλωση υδρογονανθράκων και ασβεστίου. Αν εξαιρέσει κανείς τη σχεδόν φυσιολογική κατανάλωση υδρογονανθράκων, σε όλα τα υπόλοιπα στοιχεία η δίαιτα των ανορεκτικών υστερεί σημαντικά από αυτό που απαιτείται στην περίοδο της εγκυμοσύνης. Επίσης, αν και τα ερευνητικά δεδομένα δεν προστάζουν αύξηση της κατανάλωσης του ασβεστίου, επειδή οι ανορεκτικές γυναίκες ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για εμφάνιση οστεοπόρωσης, η αύξηση της κατανάλωσης ασβεστίου στη συγκεκριμένη περίπτωση επιβάλλεται ¹⁶⁶.

Οι συγκεκριμένες διατροφικές συνήθειες των ανορεκτικών γυναικών επιβάλλουν άμεσες αλλαγές κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Οι αλλαγές αυτές μπορεί να επιτευχθούν είτε με ένα πιο επιθετικό τρόπο (παρεντερική παροχή των απαραίτητων στοιχείων), είτε με την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής από την ίδια την ανορεκτική μητέρα αυξάνοντας σταδιακά τον αριθμό των θερμίδων που καταναλώνει σε ημερήσια βάση και εξισορροπώντας τη διατροφή της εντάσσοντας μεγαλύτερες ποσότητες πρωτεϊνών, λίπους και ιχνοστοιχείων και βιταμινών. Υγρά συμπληρώματα διατροφής μπορεί ακόμα να λειτουργήσουν επικουρικά σε περίπτωση που η ασθενής δεν μπορεί ή δεν θέλει να συμμορφωθεί με τις ιατρικές/ διατροφικές υποδείξεις ¹⁶⁷.

Παρά το γεγονός ότι έχουν παρατηρηθεί αυξημένοι κίνδυνοι από την συνύπαρξη της ψυχογενούς ανορεξίας και της εγκυμοσύνης, δεν έχουν ακόμα διαμορφωθεί σαφείς οδηγίες για την αντιμετώπιση αυτών των δύσκολων περιστατικών από τους

¹⁶⁵ Rock, C.L., and Yager, J. (1987). Nutrition and Eating Disorders: A Primer for Clinicians. *International Journal of Eating Disorders*, 6(2): 272.

¹⁶⁶ Williamson, C.S. (2006). Nutrition in Pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31: 28- 59.

¹⁶⁷ Rock, C.L., and Yager, J. (1987). Nutrition and Eating Disorders: A Primer for Clinicians. *International Journal of Eating Disorders*, 6(2): 267 - 280.

επίσημους φορείς των γυναικολόγων και των μαιευτήρων. Ωστόσο, είναι κατά γενική ομολογία αποδεκτό ότι απαιτείται μια δι-επιστημονική προσέγγιση, που θα βασίζεται στη συνεργασία διατροφολόγου, μαιευτήρα και ειδικού ψυχικής υγείας. Το πρώτο βήμα είναι η αξιολόγηση του αν η ανορεκτική εγκυμονούσα γυναίκα μπορεί ή θέλει να ακολουθήσει τις ιατρικές οδηγίες για την ισορροπημένη διατροφή. Στην περίπτωση που η γυναίκα δεν είναι σε θέση ανταποκριθεί στις ιατρικές και διατροφικές υποδείξεις απαιτείται η άμεση ψυχολογική υποστήριξή της, ώστε να μειωθεί η πιθανότητα κινδύνου για την ίδια ή το έμβρυο. Για τα ιδιαίτερα δύσκολα και σοβαρά περιστατικά, η πιθανότητα μακροχρόνιας νοσηλείας ή ακόμα επέμβασης των υπηρεσιών προστασίας ανηλίκου μπορεί να απαιτηθεί. Επιπλέον, είναι εξίσου σημαντικό το ιατρικό προσωπικό να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τυχόν εμπόδια στη ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης, τα οποία μπορεί να σχετίζονται με τη μη αναμενόμενη αύξηση του βάρους της μητέρας ή την καθυστερημένη εμβρυική ανάπτυξη¹⁶⁸.

Συμπερασματικά, γίνεται σαφές από όλα τα παραπάνω ότι η αντιμετώπιση της ανορεκτικής γυναίκας που εγκυμονεί είναι μια ιδιαίτερα δύσκολη κατάσταση που απαιτεί άμεσες και καίριες αντιδράσεις. Ο έγκαιρος εντοπισμός μειώνει σημαντικά τις πιθανότητες αρνητικής εξέλιξης της εγκυμοσύνης και των πιθανών επιπτώσεων στη μητέρα και το έμβρυο. Το επόμενο βήμα μετά την αναγνώριση της διαταραχής είναι η συμμετοχή της εγκύου σε μια ισορροπημένη διατροφή απόρροια της συμβολής του διατροφολόγου. Όταν αυτό δεν είναι εφικτό ή επιθυμητό από την ασθενή, τότε επιβάλλεται η εμπλοκή του ειδικού της ψυχικής υγείας για να βοηθήσει την ασθενή να χειριστεί τους υπερβολικούς φόβους της. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η βοήθεια του ειδικού υγείας δεν περιορίζεται μόνο στις περιπτώσεις που η ασθενής είναι μη συνεργάσιμη, αλλά επεκτείνεται και στις περιπτώσεις των γυναικών που αποδέχονται τον νέο τρόπο ζωής όπου εκεί μπορεί να λειτουργήσει υποστηρικτικά. Στη χειρότερη έκβαση της κατάστασης όπου θα παρατηρηθεί απόλυτα αρνητική στάση από την πλευρά της γυναίκας και οι ιατρικές ή ψυχολογικές παρεμβάσεις δεν επιφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα, τότε επιβάλλεται η εμπλοκή των νομικών υπηρεσιών τουλάχιστον σε ότι αφορά στην προστασία του εμβρύου.

¹⁶⁸ Mazer-Poline, K., and Fornari, V. (2009). Anorexia Nervosa and Pregnancy: Having a Baby when you are dying to be thin: Case Report and Proposed Treatment Guidelines. *International Journal of Eating Disorders*, 42: 382- 384

Κεφάλαιο 4 : Αντιμετώπιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας και ειδικότερα στην Εγκυμοσύνη

4.1 Αντιμετώπιση Ψυχογενούς Ανορεξίας

Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια διαταραχή που μπορεί να οφείλεται στην επίδραση πολλών και διαφορετικών μεταβλητών, συνεπώς απαιτείται μια εξατομικευμένη προσέγγιση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της. Ωστόσο, στα πλαίσια του θεραπευτικού σχεδιασμού για την αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας είναι σημαντικό να τεθούν δύο πρωταρχικοί στόχοι: (ι) η σταθεροποίηση της κατάστασης του πάσχοντα σε επίπεδο διατροφικό και ιατρικό, καθώς και (ιι) ο χειρισμός των ψυχολογικών, κοινωνικών ή πολιτισμικών μεταβλητών που έχουν συμβάλει στην εκδήλωση της συγκεκριμένης διαταραχής¹⁶⁹. Στις περισσότερες των περιπτώσεων η θεραπευτική αντιμετώπιση πραγματοποιείται εκτός των μονάδων υγείας. Υπάρχουν όμως κάποιες εξαιρέσεις, όπου αρχικά απαιτείται νοσοκομειακή περίθαλψη για το χειρισμό της συγκεκριμένης διαταραχής. Οι ενδείξεις για την ενδο-νοσοκομειακή περίθαλψη είναι οι κάτωθι: χαμηλότερο σωματικό βάρος έως και 75% του αναμενόμενου φυσιολογικού με βάση την ηλικία, το ύψος και το βάρος του ατόμου, ταχεία απώλεια βάρους, καρδιολογικά προβλήματα, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ψύχωση, ύπαρξη οξείας ιατρικής κατάστασης και αυξημένος κίνδυνος για αυτοκτονία¹⁷⁰.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση αφορά δύο άξονες: την ιατρική αντιμετώπιση και την ψυχολογική αντιμετώπιση. Στα πλαίσια των ιατρικών χειρισμών, οι πρώτες προσπάθειες στρέφονται στις συνέπειες που προκύπτουν από τη μεγάλη απώλεια βάρους και στην πρόληψη των πιθανών επιπτώσεων από τη χρήση τεχνικών μέσων, όπως τα καθαρτικά. Σε δεύτερο επίπεδο ακολουθεί η εκπαίδευση του πάσχοντα στο παρακολουθεί το βάρος και να παρατηρεί ανησυχητικές σωματικές ενδείξεις (π.χ.

¹⁶⁹ Becker, A.E., Grinspoon, S.K., and Herzog, D.B. (1999). Eating Disorders. *The New England Journal of Medicine*, 8: 1092- 1098.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

¹⁷⁰ Becker, A.E., Grinspoon, S.K., and Herzog, D.B. (1999). Eating Disorders. *The New England Journal of Medicine*, 8: 1092- 1098.

θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση, κ.α.). Το τρίτο βήμα σχετίζεται με την εδραίωση υγιεινών διατροφικών συνηθειών και των περιορισμών εκείνων των συνηθειών που είχαν υιοθετηθεί από τον πάσχοντα προκειμένου να επιτύχει την απώλεια βάρους. Ο βασικός στόχος σε αυτή τη φάση είναι η αύξηση του βάρους αλλά και αυτή πρέπει να γίνεται προσεκτικά για να αποφευχθούν επιπτώσεις, όπως οίδημα ή καρδιακή ανακοπή. Η αμηνόρροια κατά κανόνα δεν απαιτεί κάποια ειδική φαρμακευτική αγωγή με οιστρογόνα, απλά θα αντιμετωπιστεί μέσω της ρύθμισης των διατροφικών συνηθειών του πάσχοντα. Διατροφικά συμπληρώματα μπορεί να χορηγηθούν ιδιαίτερα στην περίπτωση της οστεοπενίας, με σκοπό να αποκατασταθούν τα επίπεδα ασβεστίου στον οργανισμό¹⁷¹.

Η ψυχολογική αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας μπορεί να επιτευχθεί μέσα από διάφορες θεραπευτικές πρακτικές. Είναι σημαντικό, όμως να τονιστεί ότι στην περίπτωση χρόνιου υποσιτισμού ή στις αρχικές προσπάθειες για λήψη τροφής, η πιο ενδεδειγμένη μορφή θεραπείας είναι η υποστηρικτική και όχι κάποια εξειδικευμένη, δεδομένου ότι τα γνωστικά δυναμικά του ατόμου είναι περιορισμένα λόγω της χρόνιας στέρησης ενέργειας με αποτέλεσμα να μη μπορεί να ανταποκριθεί με επιτυχία στις υψηλές απαιτήσεις μια εξειδικευμένης ψυχολογικής θεραπείας¹⁷². Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι καμία ψυχολογική θεραπεία δεν έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε σχέση με κάποιες άλλες. Ωστόσο, έχουν παρατηρηθεί κάποιες τάσεις ανάλογα με τους τύπους της ανορεξίας. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι η **οικογενειακή θεραπεία** είναι πιο αποτελεσματική όταν το άτομο είναι στην εφηβεία και η ψυχογενής ανορεξία δεν έχει χρόνια μορφή, δηλαδή η διάρκειά της είναι κάτω των 3 ετών¹⁷³. Επίσης, η **γνωστική- συμπεριφορική** θεραπεία φαίνεται να είναι αρκετά αποτελεσματική στην περίπτωση της ψυχογενής ανορεξίας υπερφαγικού- καθαρτικού τύπου. Τέλος, η **φαρμακευτική προσέγγιση**, η οποία στηρίζεται στη χορήγηση κυρίως αντικαταθλιπτικών φαίνεται να μην είναι ιδιαίτερα βοηθητική αναφορικά στην άρση των πρωτευόντων συμπτωμάτων της διαταραχής,

¹⁷¹ Becker, A.E., Grinspoon, S.K., and Herzog, D.B. (1999). Eating Disorders. *The New England Journal of Medicine*, 8: 1092- 1098.

¹⁷² Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

¹⁷³ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Becker, A.E., Grinspoon, S.K., and Herzog, D.B. (1999). Eating Disorders. *The New England Journal of Medicine*, 8: 1092- 1098.

αλλά επιδρά στη διάθεση του ατόμου και μειώνει τα καταναγκαστικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν τη διαταραχή¹⁷⁴. Σε αυτό το σημείο, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι σε περίπτωση συνύπαρξης της ψυχογενούς ανορεξίας με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές ειδικοί χειρισμοί θα απαιτηθούν τόσο ως προς το φαρμακευτικό, όσο και ως προς το ψυχοθεραπευτικό κομμάτι. Για παράδειγμα, η συνύπαρξη αγχωδών διαταραχών και ψυχογενούς ανορεξίας αντιμετωπίζεται καλύτερα με την εφαρμογή της γνωστικής ψυχοθεραπείας παρά με τη χορήγηση φαρμακευτικών αγωγών. Αντίθετα, η συνύπαρξη διπολικής διαταραχής και ψυχογενούς ανορεξίας αντιμετωπίζεται πιο αποτελεσματικά με τη χορήγηση αντί-επιληπτικών φαρμάκων που δεν συμβάλλουν στην αύξηση του βάρους¹⁷⁵.

4.2 Ψυχοεκπαίδευση στην Ψυχογενή Ανορεξία

Η ψυχογενής ανορεξία αντιμετωπίζεται, όπως ήδη έχει αναφερθεί, σε δύο επίπεδα: το ιατρικό και το ψυχολογικό. Βασικό κομμάτι των δύο αυτών παρεμβάσεων είναι η ψυχοεκπαίδευση, δηλαδή η εκπαίδευση του ατόμου στο γνωστικό στοιχείο της διαταραχής, ώστε να καταρριφθούν οι μύθοι που σχετίζονται με αυτή και οι οποίοι επηρεάζουν τη ακραία συμπεριφορά του ατόμου ως προς την πρόσληψη τροφής. Η ψυχοεκπαίδευση αποσκοπεί σε δυο στοιχεία: (i) στην ενημέρωση του ατόμου για τα γνωστικά του λάθη ή παρερμηνείες, και (ii) στην ανάληψη της ευθύνης για την πρόκληση της αλλαγής, καθώς το άτομο αντιμετωπίζεται ως ενεργητικό και ισότιμο μέλος¹⁷⁶. Η ψυχοεκπαίδευση από μόνη της δεν φαίνεται να επιφέρει ουσιαστικές αλλαγές στους πάσχοντες, αλλά ο συνδυασμός ψυχοεκπαίδευσης και ψυχοθεραπείας φαίνεται να λειτουργεί ευεργετικά για τα άτομα¹⁷⁷. Τα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης μπορεί να έχουν τρεις διαφορετικούς αποδέκτες: τα άτομα που

¹⁷⁴ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Becker, A.E., Grinspoon, S.K., and Herzog, D.B. (1999). Eating Disorders. *The New England Journal of Medicine*, 8: 1092- 1098.

¹⁷⁵ Woodrife, B.D., and Staab, R. (2006). Management of Psychiatric Comorbidity in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *CNS Drugs*, 20(8): 655- 665.

¹⁷⁶ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

¹⁷⁷ Garner, D.M., Rockert, W., Olmsted, M.P., Johnson, G., and Coscina, D.V. (1997). Psychoeducation Principles in the Treatment of Bulimia and Anorexia Nervosa. In M. Garner, and P.E. Garfinkel, (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: Guildford Press.

πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής, τα μέλη της οικογένειάς τους καθώς και τις ομάδες υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Με άλλα λόγια, στις δύο πρώτες περιπτώσεις τα προγράμματα στοχεύουν στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας με στόχο την ανάρρωση από τη διαταραχή, ενώ στην τρίτη περίπτωση έχει κυρίως προληπτικό χαρακτήρα.

4.2.1 Προγράμματα Ψυχοεκπαίδευσης για άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία

Η αναγνώριση ότι η ψυχογενής ανορεξία μπορεί να οφείλεται στην επίδραση πολλών και διαφορετικών παραγόντων (σωματικών, συναισθηματικών και κοινωνικών-πολιτισμικών) λαμβάνεται υπόψη από τα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης γι' αυτό και επικεντρώνονται σε πολλούς άξονες δράσης. Αρχικά, δίνεται έμφαση στην επίδραση του **πολιτισμικού πλαισίου**, το οποίο τις τελευταίες δεκαετίες προωθεί το στερεότυπο ότι το λεπτό σώμα σχετίζεται με την επιτυχία, την ομορφιά και την αυταξία, χωρίς βέβαια να αναφέρονται αντίστοιχα πληροφορίες για το πόσο επιβλαβής είναι η επικράτηση ενός τέτοιου προτύπου για τη σωματική και ψυχολογική υγεία. Τα προγράμματα αυτά έχουν ως στόχο να δείξουν την αρνητική πλευρά αυτού του στερεοτύπου, τονίζοντας τις επιπτώσεις στην υγεία και το πόσο μη ρεαλιστικό είναι δεδομένου ότι μόνο το 5% του συνολικού γυναικείου πληθυσμού μπορεί να ανταποκριθεί σε αυτά τα πρότυπα., προκειμένου να θωρακίσουν τις γυναίκες στις πιέσεις που δέχονται από τα ΜΜΕ ή τη βιομηχανία της μόδας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, είναι το πώς προβάλλεται η ανάγκη γυμναστικής για τα δύο φύλα, όπου για τις γυναίκες αφορά κυρίως το σχηματισμό ενός αδύνατου σώματος, ενώ για τους άντρες προβάλλεται η ανάγκη για ένα υγιή τρόπο ζωής¹⁷⁸. Στη συνέχεια, δίνεται έμφαση στις **επιπτώσεις της περιορισμένης λήψης τροφής (υποσιτισμός)**, δηλαδή το άτομο ενημερώνεται για τις αλλαγές που μπορεί να προκαλέσει ο υποσιτισμός στη λειτουργικότητα του ατόμου. Ειδικότερα, ενημερώνεται ότι ο υποσιτισμός αυξάνει την ενασχόληση με το φαγητό και επηρεάζει σημαντικά ορισμένες συνήθειες του φαγητού, αυξάνοντας την ανάγκη για κατανάλωση αλατιού, ζάχαρης, καφεΐνης και καρυκευμάτων. Επίσης, αυξάνει την υπερκατανάλωση τροφών, η οποία παραμένει για μεγάλο διάστημα (πέντε μήνες)

¹⁷⁸ Garner, D.M., Rockert, W., Olmsted, M.P., Johnson, G., and Coscina, D.V. (1997). Psychoeducation Principles in the Treatment of Bulimia and Anorexia Nervosa. In M. Garner, and P.E. Garfinkel, (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: Guildford Press.

ακόμα και μετά την ομαλοποίηση των διατροφικών συνηθειών. Το άτομο ενημερώνεται ότι ο υποσιτισμός έχει τρομακτική επίδραση στη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, καθώς σχετίζεται με την κατάθλιψη, το άγχος και την ευερεθιστότητα. Αλλαγές παρατηρούνται στις κοινωνικές και σεξουαλικές ανάγκες, καθώς τα άτομα λόγω του υποσιτισμού απομονώνονται και δεν έχουν κανένα ενδιαφέρον για τη σεξουαλική τους ζωή. Τέλος, το άτομο ενημερώνεται για τις αλλαγές σε γνωστικό (π.χ. δυσκολία συγκέντρωσης και κατανόησης) και σωματικό επίπεδο (π.χ. πονοκέφαλοι, πτώση της θερμοκρασίας του σώματος, διαταραχές στον ύπνο, υπερευαισθησία στο θόρυβο, αλλαγές στο μεταβολισμό, κ.α.) ως απόρροια του υποσιτισμού. Επιπλέον, το άτομο λαμβάνει ενημέρωση για την εδραίωση υγιών διατροφικών συνηθειών, όπως είναι η εφαρμογή σταθερών γευμάτων στη διάρκεια της ημέρας, με έλεγχο της ποσότητας του φαγητού και τήρηση ημερολογίου για την εφαρμογή των διατροφικών αλλαγών και των σκέψεων και συναισθημάτων που προκύπτουν από αυτές. Ενημέρωση παρέχεται για τη λειτουργία του μεταβολισμού και ότι ο περιορισμός θερμίδων δεν οδηγεί αυτόματα στην απώλεια βάρους και ότι τις περισσότερες φορές οδηγεί στην υπερκατανάλωση ποσοτήτων τροφών με υψηλή θερμιδική αξία¹⁷⁹. Ένα σημαντικό κομμάτι της ψυχοεκπαίδευσης είναι οι **συνέπειες της χρήσης τεχνικών μέσων** για τη διατήρηση ή την απώλεια βάρους. Συγκεκριμένα, παρέχεται ενημέρωση για το ότι η πρόκληση εμετών προσωρινά λύνει το πρόβλημα της κατανάλωσης τροφών, όμως δεν κάνει τίποτα για το κορεσμό του αισθήματος της πείνας και σταδιακά θα οδηγήσουν στην απώλεια του ελέγχου, καθώς τα επεισόδια υπερφαγίας αυξάνονται από το χρόνιο υποσιτισμό και η πρόκληση εμετών είναι η μόνη μέθοδος μείωσης των ενοχών και του άγχους για την αύξηση του σωματικού βάρους. Τονίζεται ότι η χρήση καθαρτικών είναι επικίνδυνη αλλά και επί της ουσίας δεν βοηθά στη μείωση των θερμίδων που απορροφούνται από τον οργανισμό, καθώς τα καθαρτικά συμβάλλουν στην αποβολή των ουσιών που έχουν φτάσουν στο τελικό τμήμα του εντέρου, πράγμα που σημαίνει ότι ήδη έχει γίνει απορρόφηση των θερμίδων που καταναλώθηκαν. Παρομοίως, καταρρίπτεται και ο μύθος των διουρητικών ότι βοηθούν να μειωθεί το βάρος διότι το μόνο που κάνουν είναι να ενισχύσουν την απώλεια των σωματικά υγρών που με μαθηματική

¹⁷⁹ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Garner, D.M., Rockert, W., Olmsted, M.P., Johnson, G., and Coscina, D.V. (1997). Psychoeducation Principles in the Treatment of Bulimia and Anorexia Nervosa. In M. Garner, and P.E. Garfinkel, (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: Guildford Press.

βεβαιότητα θα οδηγήσει σε μεγαλύτερη κατακράτηση υγρών σε δεύτερο χρόνο (προσωρινή ή επίμονη)¹⁸⁰. Τέλος, τα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης δίνουν απαραίτητες πληροφορίες για το **ενδεικνυόμενο βάρος** σώματος με βάση το δείκτη μάζας σώματος, το βάρος του ατόμου πριν την έναρξη της διαταραχής και τις συνθήκες ζωής του ατόμου, όχι όμως με τη μορφή ενός απόλυτου αριθμού-στόχου, αλλά με διάστημα εύρους κάποιων κιλών και ενημερώνουν για τις σωματικές επιπτώσεις της διαταραχής (π.χ. διαταραχή στους ηλεκτρολύτες, στην καρδιακή λειτουργία, οίδημα των σιελογόνων αδένων, κ.α.)¹⁸¹.

4.2.2 Προγράμματα Ψυχοεκπαίδευσης για τις Οικογένειες ατόμων που πάσχουν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Οι οικογένειες των ατόμων με διαταραχές πρόσληψης τροφής βιώνουν έντονο συναισθηματικός στρες (ενοχές, ντροπή, απόγνωση, κ.α.) και τα προβλήματά τους δεν περιορίζονται μόνο σε συναισθηματικό επίπεδο αλλά και στο καθημερινό τρόπο λειτουργίας τους, καθώς για να μη συγκρούονται με το παιδί που πάσχει από διαταραχή πρόσληψης τροφής αγοράζουν προϊόντα χαμηλής θερμιδικής αξίας, νιώθουν ότι δεν μπορούν να βοηθηθούν να αντιμετωπίσουν το συγκεκριμένο πρόβλημα και υπάρχουν βιώνουν συνεχείς συγκρούσεις με τον πάσχοντα σε σχέση πάντα με το φαγητό. Αποτέλεσμα όλων αυτών των δύσκολων καταστάσεων είναι οι γονείς να εκφράζουν συναισθήματα (αρνητική κριτική), κάτι που σχετίζεται αρνητικά με τη διάρκεια της θεραπείας και θετικά με την εγκατάλειψη της θεραπείας¹⁸².

Η εφαρμογή του προγράμματος ψυχοεκπαίδευσης στο Aachen για γονείς με παιδιά με διαταραχές πρόσληψης τροφής οδήγησε σε πολύ χρήσιμα συμπεράσματα¹⁸³. Αναλυτικότερα, οι γονείς συμμετείχαν σε πέντε συναντήσεις των 90 λεπτών, όπου οι

¹⁸⁰ Garner, D.M., Rockert, W., Olmsted, M.P., Johnson, G., and Coscina, D.V. (1997). Psychoeducation Principles in the Treatment of Bulimia and Anorexia Nervosa. In M. Garner, and P.E. Garfinkel, (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: Guildford Press.

¹⁸¹ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Garner, D.M., Rockert, W., Olmsted, M.P., Johnson, G., and Coscina, D.V. (1997). Psychoeducation Principles in the Treatment of Bulimia and Anorexia Nervosa. In M. Garner, and P.E. Garfinkel, (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: Guildford Press.

¹⁸² Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

¹⁸³ Holtcamp, K., Herertz-Dahlmann, B., Vloet, T., and Hagenah, U. (2005). Group Psychoeducation for Parents of Adolescents with Eating Disorders: The Aachen Program. *Eating Disorders*, 13: 381-390.

αρχικές ήταν πολύ δομημένες για να δοθεί το απαραίτητο γνωστικό υλικό στους ενδιαφερόμενους, αλλά οι τελευταίες ήταν πιο ανοιχτές ώστε να διαμορφώνονται από τις ανάγκες των συμμετεχόντων. Τα ευρήματα αυτής της προσπάθειας επιβεβαίωσαν για άλλη μια φορά ότι οι γονείς βιώνουν έντονο συναισθηματικό στρες που μπορεί να επιδεινώνει τη μη κατάλληλη αντιμετώπιση της διαταραχής στο σπίτι. Επίσης, οι γονείς έκριναν ότι η συμμετοχή τους στο πρόγραμμα ήταν βοηθητική διότι πλέον γνωρίζουν πώς να χειριστούν τη διαταραχή και κατανοούν καλύτερα τόσο τις διατροφικές διαταραχές όσο και το θεραπευτικό πλαίσιο. Οι ισχυρισμοί των γονέων επιβεβαιώθηκαν στην πράξη μέσα από τη σημαντική μείωση των περιστατικών που εγκατέλειψαν τη θεραπεία. Τέλος, οι γονείς ήθελαν πιο πρακτικές συμβουλές για να χειριστούν ζητήματα που προέκυπταν στην καθημερινότητά τους ως αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεών τους με τα παιδιά, καθώς και εξέφρασαν την επιθυμία, η ομάδα αυτή των γονέων να συνεχίζει να υπάρχει με τη μορφή ομάδας-αυτοβοήθειας.

4.2.3 Προληπτικά Προγράμματα Ψυχοεκπαίδευσης για Ομάδες Υψηλού Κινδύνου

Για την πρόληψη των διαταραχών πρόσληψης τροφής εφαρμόστηκαν προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης σε πληθυσμούς επιρρεπείς στην εμφάνιση τέτοιων διαταραχών, όπως έφηβες μαθήτριες λυκείου ή σε γυναίκες που φοιτούν στο πανεπιστήμιο¹⁸⁴. Τα προγράμματα αυτά επιχειρούν να προκαλέσουν αλλαγές σε τέσσερα επίπεδα: στην διαμόρφωση ψυχολογικών αλλαγών, στην ενδυνάμωση των μηχανισμών άμυνας αυτών των ατόμων στις πιέσεις για ένα αδύνατο σώμα, στην εκπαίδευση ειδικών δεξιοτήτων και τέλος στον καλύτερο χειρισμό της πίεσης που μπορεί να ασκήσει η παρέα συνομηλίκων¹⁸⁵.

Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή αυτών των παρεμβάσεων δεν είναι ενθαρρυντικά, υπό την έννοια αυξάνουν τη γνώση για τη συγκεκριμένη διαταραχή και μειώνουν την επιδιωκόμενη συμπεριφορά (π.χ. περιορισμό της δίαιτας), αλλά οι αλλαγές αυτές είναι βραχυπρόθεσμες. Στην ερευνητική προσπάθεια των Rocco, et.

¹⁸⁴ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

¹⁸⁵ Rocco, P.L., Ciano, P.R., and Balestrieri, M. (2001). Psychoeducation in the Prevention of Eating Disorders: An Experimental Approach in Adolescent Schoolgirls. *British Journal of Medical Psychiatry*, 74: 351- 358.

al.,¹⁸⁶, διαπιστώθηκε ότι το προληπτικό πρόγραμμα είχε θετικά αποτελέσματα στις βουλιμικές συμπεριφορές, στον ασκητισμό και στην αίσθηση της μη αποτελεσματικότητας, καθώς επίσης παρατηρήθηκε μείωση στο φόβο ωρίμανσης και στα επίπεδα άγχους. Ωστόσο, η έλλειψη follow-up και σε αυτή την περίπτωση περιορίζει σημαντικά τη γενίκευση των όποιων θετικών αποτελεσμάτων που επιτεύχθηκαν.

4.3 Η σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης της Ψυχογενούς Ανορεξίας στην εγκυμοσύνη

Η σχέση μεταξύ της ψυχογενούς ανορεξίας και της εγκυμοσύνης δεν έχει διερευνηθεί αρκετά καθ' ότι το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας στράφηκε στη συγκεκριμένη θεματική περιοχή τα τελευταία χρόνια. Παρόλο που τα δεδομένα των ερευνών είναι πολύ περιορισμένα και μερικές φορές ασαφή, φαίνεται ότι στις περισσότερες των περιπτώσεων η συνύπαρξη ψυχογενούς ανορεξίας και εγκυμοσύνης γεννά κινδύνους για τη μητέρα και το έμβρυο, ακόμα και όταν η μητέρα έχει θεραπευτεί από τη συγκεκριμένη διαταραχή πρόσληψης τροφής. Προωρότητα, χαμηλό βάρος γέννησης, δυσκολίες κατά τον τοκετό, διατροφικές διαταραχές και στα παιδιά, είναι μερικές μόνο από τις επιπτώσεις της συνύπαρξης της ψυχογενούς ανορεξίας και της εγκυμοσύνης.

Επίσης, ακόμη ένα στοιχείο στο οποίο φαίνεται να συμφωνούν οι περισσότερες έρευνες είναι το γεγονός ότι οι γυναίκες δεν αποκαλύπτουν ότι πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής στον γιατρό που τις παρακολουθεί, αποκλείοντας τον εαυτό τους από το σωστό χειρισμό της κατάστασής τους, τόσο σε ιατρικό, όσο και σε ψυχολογικό- συναισθηματικό επίπεδο. Οι λόγοι που μπορεί να συμβαίνει κάτι τέτοιο, μπορεί να είναι η ενοχή ή το στίγμα που μπορεί να συνοδεύει την παραδοχή μιας τέτοιας κατάστασης ή ακόμα να σχετίζεται με την άρνηση της κατάστασης, κάτι που

¹⁸⁶ Rocco, P.L., Ciano, P.R., and Balestrieri, M. (2001). Psychoeducation in the Prevention of Eating Disorders: An Experimental Approach in Adolescent Schoolgirls. *British Journal of Medical Psychiatry*, 74: 351- 358.

αυξάνει την επικινδυνότητα της κατάστασης¹⁸⁷. Η ενοχή και η ντροπή ως αιτίες μη αποκάλυψης της διαταραχής επιβεβαιώθηκαν από την έρευνα των¹⁸⁸, οι οποίοι διαπίστωσαν ότι ένα 44% των γυναικών με ψυχογενή ανορεξία δεν αναφέρει τη διαταραχή στο θεράποντα γιατρό λόγω των παραπάνω λόγων. Επιπρόσθετα, στην ελλιπή αναγνώριση των διαταραχών πρόσληψης τροφής συμβάλλουν όχι μόνο οι πάσχοντες από αυτές αλλά και το ιατρικό προσωπικό, το οποίο δεν είναι αρκετά εκπαιδευμένο για να τις αναγνωρίζει. Δεν είναι τυχαίο το εύρημα του Morgan¹⁸⁹, όπου διαπιστώθηκε ότι ο ιατρικός κλάδος διατηρεί αρκετές λανθασμένες αντιλήψεις για τις διατροφικές διαταραχές (π.χ. υπερεκτιμά την απώλεια βάρους, θεωρεί ότι ο αυστηρός έλεγχος της διατροφής γίνεται από τη ψυχογενή βουλιμία, κ.α.) και ότι μόνο ένα 20% νιώθει αρκετά ικανό να τις διαγνώσει. Αυτή η έλλειψη κατάρτισης έχει ως αποτέλεσμα πολλά περιστατικά διατροφικών διαταραχών να μην εντοπίζονται και κατά συνέπεια να μη λαμβάνουν την απαραίτητη προσοχή και αντιμετώπιση.

Κρίνεται, λοιπόν, απαραίτητο οι γυναικολόγοι να είναι σε θέση να μπορούν να αναγνωρίζουν τη ψυχογενή ανορεξία και γενικότερα τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, από πολύ νωρίς με σκοπό να προλάβουν τις επιπλοκές και τα προβλήματα που εμφανίζονται στην πορεία της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Ειδικότερα, υπάρχουν τρεις ενδείξεις που θα πρέπει να αναζητούν όταν πρόκειται για ψυχογενή ανορεξία: (i) μη αύξηση του σωματικού βάρους ακόμα και μετά από δύο συνεχόμενες επισκέψεις στο γιατρό, ειδικότερα όταν η γυναίκα βρίσκεται στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης, (ii) υπερέμεση της κύησης, και (iii) ιστορικό διαταραχές πρόσληψης τροφής¹⁹⁰. Σε ένα δεύτερο επίπεδο και εφόσον διαπιστωθεί η ύπαρξη ψυχογενούς ανορεξίας, είναι καίριας σημασίας οι γιατροί να μην είναι επικριτικοί απέναντι στην πάσχουσα και να προσπαθήσουν να συγκεντρώσουν όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες μπορούν σχετικά με τη φύση, διάρκεια και τον τρόπο εκδήλωσης της

¹⁸⁷ Franco, D.L., and Walton, B.E. (1992). Pregnancy and Eating Disorders: A Review and Clinical Implications. *International Journal of Eating Disorders*, 13(1): 41- 48.

Rand, C.S.W., Willis, D.C., and Kuldau, J.M. (1987). Pregnancy after Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 6(5): 671- 674.

¹⁸⁸ Lemberg, R., and Phillips, J. (1989). The Impact of Pregnancy on Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8: 285- 295.

¹⁸⁹ Morgan, J.F. (1999). Eating Disorders and Gynecology: Knowledge and Attitudes among Clinicians. *Acta Obstetrics and Gynecology of Scandinavia*, 78: 233- 239.

¹⁹⁰ Bansil, P., Kuklina, E.V., Whiterman, M.K., Kourtis, A., et. al., (2008). Eating Disorders among Delivery Hospitalisations: Prevalence and Outcomes. *Journal of Women's Health*, 17(9): 1523- 1528.

Goldman, R.D. and Koren, G. (2003). Anorexia Nervosa during Pregnancy. *Canadian Family Physician*, 49: 425- 426.

διαταραχής. Πληροφορίες που σχετίζονται με τις διατροφικές της συνήθειες, τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τη σωματική της εικόνα και τα μέσα που διατηρεί για να διατηρήσεις ένα χαμηλό σωματικό βάρος είναι καθοριστικής σημασίας για τον τρόπο αντιμετώπισης της διαταραχής κατά την εγκυμοσύνη¹⁹¹.

Ένας διαφορετικός τρόπος χειρισμού της απροθυμίας για αποκάλυψη της ψυχογενούς ανορεξίας μπορεί να είναι η χρήση των σύγχρονων τεχνολογιών. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα των Lapham, et. al.¹⁹², η συγκέντρωση πληροφοριών δεν έγινε από το ιατρικό προσωπικό, αλλά μέσω της συμπλήρωσης ενός ερωτηματολογίου σε ένα ηλεκτρονικό υπολογιστή. Η έρευνα αυτή αφορούσε τις διατροφικές συνήθειες γυναικών που κυφορούσαν, το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ. Το ενθαρρυντικό εύρημα αυτής της ερευνητικής προσπάθειας είναι ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (93%) υπήρξε απόλυτα αληθής στα πλαίσια αυτής της συνέντευξης, σε αντίθεση με το τι θα αποκάλυπταν αν η ίδια διαδικασία γίνονταν με το γιατρό τους. Το παραπάνω ερευνητικό εύρημα είναι πολύ σημαντικό γιατί αποκαλύπτει ότι η μη παραδοχή των διαταραχών πρόσληψης τροφής δεν οφείλεται τόσο πολύ στο ψυχολογικό μηχανισμό της άρνησης, αλλά μάλλον στην ντροπή ή την ενοχή που συνοδεύει αυτή τη διαταραχή, την αδυναμία ελέγχου της κατάστασης και πολύ πιθανό τη δυσκολία χειρισμού της αρνητικής κριτικής που θα επακολουθήσει της πιθανής αποκάλυψης αυτών των συμπεριφορών στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Αν όντως η άρνηση ήταν η αιτία της μη αποκάλυψης της διαταραχής, όπου η άρνηση σχετίζεται με το ότι ‘‘δεν πιστεύω ότι έχω κάποιο πρόβλημα’’, τότε η παραδοχή θα συνέχιζονταν και κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου στον ηλεκτρονικό υπολογιστή.

Από τα παραπάνω γίνεται εμφανές ότι από τη στιγμή που θα διαγνωστεί η συνύπαρξη εγκυμοσύνης και ψυχογενούς ανορεξίας, θα απαιτηθεί συνεργασία μεταξύ του γυναικολόγου, διατροφολόγου και ειδικού του χώρου της ψυχικής υγείας, ώστε να εξασφαλιστούν οι καλύτερες συνθήκες ολοκλήρωσης των σταδίων εγκυμοσύνης και

¹⁹¹ Bansil, P., Kuklina, E.V., Whiterman, M.K., Kourtis, A., et. al., (2008). Eating Disorders among Delivery Hospitalisations: Prevalence and Outcomes. *Journal of Women's Health*, 17(9): 1523- 1528.

¹⁹² Franco, D.L., and Walton, B.E. (1992). Pregnancy and Eating Disorders: A Review and Clinical Implications. *International Journal of Eating Disorders*. 13(1): 45

να μειωθούν στο ελάχιστο οι επιπλοκές για τη μητέρα και το βρέφος¹⁹³. Ιδιαίτερα η συνεργασία μεταξύ αυτών των τριών ειδικοτήτων κρίνεται επιβεβλημένη στην περίπτωση που η γυναίκα που εγκυμονεί διανύει μια ενεργητική φάση της διαταραχής πρόσληψης τροφής. Η ανάγκη στενής και συχνής παρακολούθησης έγκειται στα αυξημένα ποσοστά καισαρικών και επιλόχειας κατάθλιψης που εμφανίζουν οι συγκεκριμένες γυναίκες σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό¹⁹⁴.

Συμπερασματικά, η συνύπαρξη εγκυμοσύνης και ψυχογενούς ανορεξίας πρέπει να αντιμετωπίζεται μέσα από τρία βήματα. Πρώτον, τον έγκαιρο εντοπισμό της εγκυμονούσας με ψυχογενή ανορεξία μέσα από την αναζήτηση των ενδείξεων που υποδεικνύουν την ύπαρξη διαταραχής πρόσληψης τροφής με απώτερο στόχο να μειωθούν τα επίπεδα άγχους της μητέρας και να αποφευχθούν οι προ-γεννητικές και περί-γεννητικές επιπλοκές. Το δεύτερο βήμα έγκειται στη συνεργασία των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων για να περιοριστούν οι επιπτώσεις σε ιατρικό, διατροφικό και ψυχολογικό επίπεδο. Το τελευταίο βήμα, αφορά στην υποστήριξη αυτών των γυναικών για την προσαρμογή τους στο μητρικό ρόλο, δεδομένου ότι αρκετές από αυτές συναντούν δυσκολίες σε αυτό το κομμάτι. Η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης στις γονεϊκές πρακτικές σε συνδυασμό με μια θεραπευτική παρέμβαση που μπορεί να εμπλέκει ακόμα και όλη την οικογένεια μπορεί να λειτουργήσει ευεργετικά για την ομάδα γυναικών, προλαμβάνοντας την επιλόχεια κατάθλιψη, την έξαρση της ψυχογενούς ανορεξίας μετά τον τοκετό και τις μελλοντικές διατροφικές διαταραχές των ίδιων τους των παιδιών¹⁹⁵.

¹⁹³ Rand, C.S.W., Willis, D.C., and Kuldau, J.M. (1987). Pregnancy after Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 6(5): 671- 674.

¹⁹⁴ Franco, D.L., Blais, M., Becker, A.E., Delinsky, S.S., et. al., (2001). Pregnancy Complications and Neonatal Outcomes in Women with Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158: 1461-1466.

¹⁹⁵ Koubaa, S., Hallstrom, T., and Hirschberg, A.L. (2008). Early Maternal Adjustment in Women with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41: 405- 410.

4.4 Διατροφικές Συστάσεις για εγκύους με Ψυχογενή Ανορεξία

Για τη συγκεκριμένη θεματική περιοχή δεν υπάρχει καθόλου ερευνητική βιβλιογραφία που να εντοπίζει τις ιδιαίτερες διατροφικές ανάγκες για τις εγκύους με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Ωστόσο, και σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα ισχύει η γενικότερη σύσταση για την ανάγκη ύπαρξης μιας ισορροπημένης διατροφής με τη λήψη όλων των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών. Ιδιαίτερα, κρίνεται σημαντική η αύξηση της κατανάλωσης τροφής υψηλής ενεργειακής αξίας, καθότι στην εγκυμοσύνη αυξάνεται οι απαιτήσεις του οργανισμού σε ενέργεια λόγω του σχηματισμού νέων ιστών (έμβρυο), της αύξησης του όγκου των ιστών της μητέρας και της μεγαλύτερης κατανάλωσης ενέργειας που συνεπάγεται η σωματική δραστηριότητα της μητέρας. Κατά συνέπεια, τροφές που προσφέρουν υψηλή ενεργειακή αξία, όπως οι πρωτεΐνες είναι απαραίτητες στο διατροφολόγιο της εγκύου. Επίσης, απαιτείται η αύξηση στην κατανάλωση στοιχείων όπως το φολικό οξύ, το μαγνήσιο, το σίδηρο και η βιταμίνη D, διότι, οι έρευνες έχουν δείξει ότι ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών κατά τη διάρκεια της κύησης καταναλώνουν πολύ μικρότερες ποσότητες αυτών των ουσιών από αυτές που χρειάζονται, πόσο μάλλον οι γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία, όπου στερούνται τροφές από όλες σχεδόν τις διατροφικές ομάδες, και κατά συνέπεια και αυτών που είναι πλούσιες στα παραπάνω στοιχεία (π.χ. πράσινα λαχανικά, ψωμί, δημητριακά πρωινού, κρέας, κ.α.). Πέρα από τις συστάσεις για τις υπό κατανάλωση τροφές, υπάρχουν συστάσεις για την αποφυγή ή των περιορισμό κάποιων τροφών. Ειδικότερα, συστήνεται ο περιορισμός στην κατανάλωση αλκοόλ, καφεΐνης, ζάχαρης και αλατιού και η αποφυγή κατανάλωσης συκωτιού για να περιοριστούν οι επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν από αυτές (π.χ. προωρότητα, τερατογένεση, κ.α.). Τέλος, σε επίπεδο διαμόρφωσης ενός υγιεινού τρόπου ζωής προτείνεται η έγκυος να ενσωματώσει στο καθημερινό πρόγραμμά της κάποια μορφή σωματικής άσκησης, όπως το περπάτημα ή κολύμβηση ιδιαίτερα στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης¹⁹⁶.

Στα πλαίσια της προώθησης της σωστής διατροφής σε εγκύους με ψυχογενή ανορεξία βοηθητική θα ήταν η σύσταση ψυχο-εκπαιδευτικών προγραμμάτων βραχείας διάρκειας στα οποία θα προσφέρονται οι απαραίτητες γνώσεις για τον υγιεινό τρόπο

¹⁹⁶ Williamson, C.S. (2006). Nutrition in Pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31: 28- 59.

διατροφής που βασίζεται στη διατροφική πυραμίδα και πως μπορεί αυτός να επιτευχθεί (π.χ. μαγείρεμα και όχι αγορά έτοιμου φαγητού), συνειδητοποίηση της σχέσης μεταξύ συναισθηματικής κατάστασης και κατανάλωσης (ή μη) τροφών και εκπαίδευση για την σημασία της αύξησης του βάρους και της ενεργειακής κατανάλωσης κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης¹⁹⁷.

4.5 Ψυχοθεραπευτικοί Χειρισμοί της Ψυχογενούς Ανορεξίας κατά την Εγκυμοσύνη

Η εγκυμοσύνη είναι μια ιδιαίτερα ψυχοπιεστική περίοδος για τις γυναίκες, πολύ περισσότερο όμως για αυτές που πάσχουν ή έπασχαν από κάποια διαταραχή της πρόσληψης τροφής. Προτεραιότητα του κάθε ψυχοθεραπευτή θα πρέπει να είναι η ανακούφιση της γυναίκας από τα συμπτώματα που βιώνει (π.χ. άγχος, φόβος, κατάθλιψη) και λαμβάνοντας υπόψη τη συγκεκριμένη συνθήκη της εγκυμοσύνης, να συμβάλλει στην αύξηση της βοήθειας από το υποστηρικτικό της πλαίσιο (π.χ. σύντροφος, οικογένεια, φιλικός κύκλος) και ταυτόχρονα τη μείωση της επίδρασης των εξατομικευμένων στρεσογόνων συνθηκών. Η απλή παροχή γνωστικών πληροφοριών για την εγκυμοσύνη και τις απαιτήσεις της δεν φαίνεται να βοηθά τις γυναίκες να χειριστούν τη συναισθηματική ένταση που βιώνουν και πολύ περισσότερο δεν φαίνεται να βοηθά τις ανορεκτικές γυναίκες που κυοφορούν. Ο συνδυασμός του γνωστικού στοιχείου με μια υποστηρικτική- συμβουλευτική προσέγγιση φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική¹⁹⁸.

Οι Aranoff and Lewis¹⁹⁹ λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω στοιχεία προτείνουν ένα μοντέλο ψυχοθεραπευτικού χειρισμού των γυναικών που εγκυμονούν, το οποίο επικεντρώνεται σε τρεις περιοχές δράσης:

- **Στη διευκόλυνση της προσωπικής αναδιοργάνωσης:** ο ψυχοθεραπευτής προσπαθεί να βοηθήσει τη γυναίκα να συμφιλιωθεί και να αποδεχτεί το

¹⁹⁷ Fowles, E.R., and Fowles, S.L. (2008). Healthy Eating During Pregnancy: Determinants and Supportive Strategies. *Journal of Community Health Nursing*, 25: 138- 152.

¹⁹⁸ Bassoff, E.S., (1983). The Pregnant Client: Understanding and Counselling her. *The Personnel and Guidance Journal*, Sept: 20- 23.

¹⁹⁹ Bassoff, E.S., (1983). The Pregnant Client: Understanding and Counselling her. *The Personnel and Guidance Journal*, Sept: 22

σύνολο των αλλαγών που θα της συμβούν ως αποτέλεσμα της εγκυμοσύνης σε επίπεδο σωματικό, συναισθηματικό και κοινωνικών ρόλων. Τη βοηθά να επεξεργαστεί τα έντονα συναισθήματα που βιώνει και τις αλλαγές της διάθεσης, καθώς και να αποδεχτεί την παθητικότητα που είναι συνυφασμένη με την εγκυμοσύνη, ιδιαίτερα στην περίπτωση που η καθημερινότητα της γυναίκας ήταν συνδυασμένη με υψηλά επίπεδα ενεργητικότητας. Μέρος της υποστηρικτικής δουλειάς του θεραπευτή μπορεί να θεωρηθεί η ενημέρωση της οικογένειας ή του συντρόφου της γυναίκας γι' αυτές τις αλλαγές και πώς να αντιδρούν σε αυτές.

- **Στη προώθηση των κατάλληλων σχέσεων:** η μητρότητα αναδιαμορφώνει τις σχέσεις της γυναίκας με το σύντροφό της και τη μητέρα της. Ο θεραπευτής πρέπει να δουλέψει ιδιαίτερα τη σχέση τη γυναίκας με το σύντροφό της δεδομένου ότι το είδος της υποστήριξης που θα έχει από αυτόν θα καθορίσει το βαθμό προσαρμογής της στις αλλαγές που προκύπτουν κατά την κύηση αλλά και μετά τη γέννηση. Η συναισθηματική στήριξη του συντρόφου είναι υψίστης σημασίας, χωρίς αυτό βέβαια να σημαίνει ότι και ο ίδιος δεν βιώνει άγχος και φόβους απόρριψης λόγω του ερχομού του παιδιού. Έτσι, λοιπόν, η ανάπτυξη διόδων επικοινωνίας μεταξύ του γονεϊκού ζευγαριού είναι απαραίτητο βήμα για την αρμονική συνύπαρξη των συντρόφων. Επίσης, η σχέση της γυναίκας με τη μητέρα της χαρακτηρίζεται από αλλαγές, καθώς πλέον η ίδια κατανοεί καλύτερα το ρόλο της μητρικής φιγούρας. Βέβαια, υπάρχει περίπτωση η έγκυος να μη έχει ούτε σύντροφο ούτε οικογένεια, οπότε το έργο του είναι δυσκολότερο προκειμένου να μπορέσει να εξασφαλίσει υποστήριξη από κάποιες άλλες κοινωνικές δομές.
- **Στη μείωση του στρες:** εδώ, ο θεραπευτής προσπαθεί να μειώσει την επίδραση έντονων στρεσογόνων παραγόντων που σχετίζονται με το εξωτερικό περιβάλλον, όπως είναι η ιατρική περίθαλψη, η στέγαση και τα οικονομικά εισοδήματα. Η επικέντρωση σε αυτούς τους παράγοντες γίνεται επειδή σχετίζονται με την άσκηση κακής ποιότητας γονεϊκής φροντίδας. Η υποστήριξη σε αυτά τα τρία επίπεδα μπορεί να επιτευχθεί με την ενεργοποίηση των όποιων υποστηρικτικών κοινωνικών δομών υπάρχουν.

Το μοντέλο αυτό των Aranoff and Lewis βλέπουμε ότι προσεγγίζει την εγκυμοσύνη και τις αλλαγές που τη συνοδεύουν σε ενδο-ατομικό, δια-ατομικό και κοινωνικό

επίπεδο. Αν και δεν αναπτύχθηκε προκειμένου να εφαρμοστεί σε έγκυες γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία, ωστόσο η εφαρμογή του και στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα είναι κάτι περισσότερο από εφικτή και επιβεβλημένη. Αναλυτικότερα, ένας θεραπευτής όταν έχει ένα περιστατικό εγκυμοσύνης με συνύπαρξη ψυχογενούς ανορεξίας αυτό που πρέπει να κάνει αρχικά είναι αντιμετωπίσει την άρνηση της πάσχουσας για τη συγκεκριμένη διαταραχή και να περιορίσει τις επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως η πρόκληση εμετού, ή τη μη λήψη τροφής. Στη συνέχεια, θα πρέπει το έμβρυο να αποκτήσει ρεαλιστικές διαστάσεις για τη γυναίκα ώστε να συνειδητοποιήσει ότι όποιες διατροφικές της επιλογές έχουν άμεση επίπτωση στην ανάπτυξη αυτού του εμβρύου και να ενημερωθεί για τους κινδύνους που προκύπτουν από αυτές, όχι μόνο για την υγεία της αλλά και για την υγεία του βρέφους. Ανάλογη ενημέρωση πρέπει να υπάρξει και για τη σημασία και αναγκαιότητα της αύξησης του βάρους στην εγκυμοσύνη (*προσωπική αναδιοργάνωση*). Επιπλέον, θα πρέπει να διερευνηθούν οι φόβοι για τις αλλαγές στο σώμα της, την αύξηση του σωματικού βάρους και τη γενικότερη αυτό-εικόνα της μέσα σε ένα κλίμα εμπραθτικής κατανόησης και όχι επίκρισης (*μείωση στρες*)²⁰⁰. Τέλος, οι συγκρουσιακές σχέσεις που συχνά παρατηρούνται μεταξύ των ζευγαριών όπου η μητέρα πάσχει από ψυχογενή ανορεξία, αν αντιμετωπιστούν έγκαιρα από την περίοδο της εγκυμοσύνης θα συμβάλλουν στη πιο ισορροπημένη άσκηση των γονεϊκών καθηκόντων σε μεγαλύτερη ικανοποίηση από την άσκηση του γονεϊκού ρόλου και στη μείωση των ψυχολογικών προβλημάτων που μπορεί να αναπτύξουν τα παιδιά στη μετέπειτα ζωή τους (π.χ. διαταραχές πρόσληψης τροφής)²⁰¹.

4.6 Πως βιώνεται η αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας από την πλευρά των ασθενών, των γονέων και των απλών ανθρώπων

Πέρα από την επιστημονική θεώρηση του τρόπου αντιμετώπισης της ψυχογενούς ανορεξίας, ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την καλύτερη κατανόηση της διαταραχής και των επιπτώσεών της έχουν τα προσωπικά βιώματα των πασχόντων και των

²⁰⁰ Franco, D.L., and Walton, B.E. (1992). Pregnancy and Eating Disorders: A Review and Clinical Implications. *International Journal of Eating Disorders*. 13(1): 41- 48.

²⁰¹ Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα, σελ. 167.

οικογενειών τους, καθώς και οι απόψεις των ανθρώπων που δεν εμπλέκονται άμεσα σε αυτή τη διαταραχή. Ξεκινώντας από τις θέσεις των ατόμων που έπασχαν από ψυχογενή ανορεξία διαφαίνεται ότι στην πορεία ανάκαμψης από τη διαταραχή σημαντικό ρόλο παίζει η ύπαρξη υποστηρικτικών σχέσεων στο περιβάλλον τους (σύντροφος ή ψυχοθεραπευτής). Επίσης, η διαταραχή προσφέρει μια ευκαιρία ωρίμανσης, ιδιαίτερα όταν η πορεία ανάκαμψης συνδέεται με μια εγκυμοσύνη. Η συμβολή της φαρμακευτικής αγωγής δεν αναγνωρίζεται ως σημαντική δεδομένου ότι δεν αλλάζει τίποτα ως προς τη διαταραχή αυτή καθ' αυτή, αλλά μειώνει τα συνοδά καταθλιπτικά και αγχωτικά συμπτώματα²⁰². Μια διαφορετική προσέγγιση προσφέρεται μέσα από την έρευνα των Weaver, et. al.,²⁰³ όπου οι προσωπικές μαρτυρίες ανάρρωσης από την ψυχογενή ανορεξία ομαδοποιήθηκαν διαμορφώνοντας ένα σύνολο σταδίων αυτό-ανάπτυξης. Στο πρώτο στάδιο δεν υπάρχει επίγνωση του εαυτού, η σχέση με τον εαυτό είναι διαταραγμένη και το άτομο επικεντρώνεται στην ευχαρίστηση των άλλων, αγνοώντας προσωπικές του ανάγκες. Η ψυχογενής ανορεξία δεν έχει ακόμα εκδηλωθεί. Στο δεύτερο στάδιο, υπάρχει η απώλεια του εαυτού μέσα στον ψυχαναγκασμό της ψυχογενούς ανορεξίας. Σε αυτό το σημείο, η διαταραχή αναπτύσσεται ως μέσο χειρισμού της εσωτερικής αναστάτωσης που βιώνεται και επί της ουσίας αποσπά την προσοχή του ατόμου από τις ‘‘δύσκολες καταστάσεις’’ που μπορεί να βιώνει (π.χ. απώλεια, κακοποίηση, κ.α.). Τα άτομα σε αυτό το στάδιο δεν συνειδητοποιούν πως αυτή η συμπεριφορά μπορεί να είναι απειλητική για την υγεία τους και δεν ενδιαφέρονται για τον εαυτό τους. Στο επόμενο στάδιο, τα άτομα αρχίζουν και συνειδητοποιούν ότι η ανορεξία τελικά δεν της βοηθά να διεκδικήσουν τις ανάγκες και τα θέλω τους και εμφανίζονται οι πρώτες αλλαγές σε επίπεδο αυτό-συνειδητοποίησης με τη μεταστροφή από την παθητικότητα στην ενεργητική εμπλοκή τους στην ανάρρωση από την ανορεξία. Έπεται η εφαρμογή πιο υγιών στρατηγικών, όπως η αποδοχή των αδυναμιών, η σωστή διατροφή και η δημιουργία αυθεντικών σχέσεων. Στο πέμπτο στάδιο, επικεντρώνονται στις κατάλληλες διατροφικές συνήθειες και στην απόκτηση δεξιοτήτων για την επίλυση προβλημάτων. Στο τελικό στάδιο, τα άτομα πλέον γνωρίζουν πώς να είναι ευτυχισμένα διεκδικώντας τις ανάγκες τους σε κάθε πλαίσιο δράσης, αναλαμβάνοντας ενεργητικό ρόλο στη ζωή τους, αναδιαμορφώνοντας τις

²⁰² Tozzi, F., Sullivan, P.F., Fear, J.L., McKenzie, J., and Bulik, C.M, (2003). Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective. *Eating Disorders*, 33: 143- 154.

²⁰³ Weaver, K., Wuest, J., and Ciliska, D. (2005). Understanding Women's Journey of Recovering from Anorexia Nervosa. *Qualitative Health Research*, 15(2): 188- 206.

υπάρχουσες σχέσεις τους και αποδεχόμενα τον εαυτό τους. Στη συγκεκριμένη έρευνα επιβεβαιώθηκε όπως και στην προηγούμενη ο βοηθητικός ρόλος των υποστηρικτικών σχέσεων στην ολοκλήρωση της διαδικασίας της ανάκαμψης από την ψυχογενή ανορεξία. Επίσης, η πλειονότητα των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα περιέγραψαν τη θεραπευτική σχέση ως “τραυματική”, διότι υποστήριξαν ότι οι θεραπευτές δεν ήταν ανοιχτοί στο να ακούσουν και να κατανοήσουν την οπτική τους, αλλά επιδίωκαν να κινούνται βάσει στατικών και αδιαπραγμάτευτων αναγκών.

Από την άλλη πλευρά, οι γονείς που είναι βασικοί αποδέκτες και παρατηρητές της ανορεκτικής συμπεριφοράς για να αντιμετωπίσουν αυτή την κατάσταση καταφεύγουν και αυτοί σε κάποιους χειρισμούς. Η έρευνα των Honey and Halse²⁰⁴, εστίασε στις στρατηγικές που υιοθετούν οι γονείς κοριτσιών με ψυχογενή ανορεξία και διαπιστώθηκε ότι οι στρατηγικές αυτές μπορεί να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις ομάδες:

(α) στην κατανόηση της κατάστασης που βιώνουν τα παιδιά τους: εδώ περιλαμβάνονται στρατηγικές, όπως η αναζήτηση πληροφοριών για την ψυχογενή ανορεξία από επαγγελματίες του χώρου υγείας, η βελτίωση της επικοινωνίας με τα παιδιά τους και η αξιολόγηση των παλιότερων πρακτικών που εφαρμόζαν και την επίδραση που είχαν σε επίπεδο βάρους και συμπεριφοράς στην κόρη τους.

(β) στη ρύθμιση της συμπεριφοράς τους ώστε να βοηθά και να μην επιβαρύνει την ανάρρωση των παιδιών τους: για παράδειγμα εδώ εντάσσεται η προσπάθεια των γονέων να αποδίδουν τις αρνητικές συμπεριφορές στη συγκεκριμένη διαταραχή και όχι στην κόρη τους, να εστιάζουν στις θετικές εξελίξεις και όχι σε αρνητικές καταστάσεις και να διαμορφώνουν ρεαλιστικές προσδοκίες για τη μελλοντική έκβαση της κατάστασης.

(γ) την υιοθέτηση πρακτικών ώστε να παραμείνουν σωματικά και ψυχικά υγιείς για να μπορούν να φροντίζουν τις κόρες τους: η συγκεκριμένη ομάδα στρατηγικών αφορά την αναδιαμόρφωση των προσωπικών προγραμμάτων των γονέων, ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της διαταραχής, την εκμάθηση νέων δεξιοτήτων και στη ανάγκη συνεργασίας μεταξύ των γονέων για να επιτύχουν τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα.

²⁰⁴ Honey, A., and Halse, C. (2006). The Specifics of Coping: Parents of Daughters with Anorexia Nervosa. *Qualitative Health Research*, 16(5): 611- 629.

Εξίσου μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απόψεις των απλών ανθρώπων σχετικά με τους τρόπους θεραπευτικής αντιμετώπισης των πασχόντων από τη ψυχογενή ανορεξία. Στην έρευνα των Benveniste, et. al.,²⁰⁵ για το ποια θα πρέπει να είναι η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση ατόμων με ψυχογενή ανορεξία, οι περισσότερες απαντήσεις τόνιζαν την ανάγκη για επικέντρωση στο άτομο και στους εξατομικευμένους παράγοντες που μπορεί να συνέβαλλαν στην εκδήλωση της διαταραχής, όπως η αρνητική εικόνα του σώματος και η χαμηλή αυτοπεποίθηση. Ο στόχος της ψυχολογικής παρέμβασης θα πρέπει να είναι η επαναφορά του σωστού τρόπου θεώρησης του σώματος. Επίσης, αναγνωρίστηκε η επίδραση εξωτερικών καταστάσεων στην εμφάνιση της διαταραχής και της σπουδαιότητας να υπάρχει παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών όχι μόνο στα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία αλλά και στα μέλη της οικογένειάς τους. Το ενδιαφέρον εύρημα αυτής της έρευνας είναι ότι οι απλοί άνθρωποι θεωρούν ότι η ψυχογενής ανορεξία προέρχεται από κάποιες δυσλειτουργίες που σχετίζονται με το ίδιο το άτομο εξαιτίας αυτών η θεραπεία θα πρέπει να επικεντρωθεί στην αντιμετώπισή τους και όχι στην υιοθέτηση κοινωνικών αλλαγών.

²⁰⁵ Benveniste, J., Lecouteur, A., and Helpworth, J. (1999). Lay Theories of Anorexia Nervosa: A Discourse Analytic Study. *Journal of Health Psychology*, 4(1): 59- 69.

Συζήτηση

Η ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής και ειδικότερα για την ψυχογενή ανορεξία, αποκαλύπτει ότι παρατηρείται ότι μια αυξητική τάση τις τελευταίες δεκαετίες στα ποσοστά εμφάνισής της στο νεανικό πληθυσμό, γεγονός που δεν μπορεί να αποδοθεί στο αυξημένο ερευνητικό ενδιαφέρον για τη συγκεκριμένη διαταραχή. Συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες φαίνεται να είναι πιο επιρρεπείς στην εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας, όπως τα κορίτσια στην εφηβεία ή τα πρώτα χρόνια των σπουδών τους στο πανεπιστήμιο, τα άτομα που δραστηριοποιούνται στο χώρο του θεάματος, της μόδας και οι αθλητές²⁰⁶. Μέχρι πρόσφατα επικρατούσε η άποψη ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι αποκλειστικό χαρακτηριστικό των δυτικού τύπου κοινωνιών, αλλά πλέον τα πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα αποκαλύπτουν ότι η ψυχογενής ανορεξία υπάρχει και σε άλλα πολιτισμικά περιβάλλοντα, αλλά δεν αποκαλύπτεται είτε λόγω του στίγματος που θα επιφέρει μια τέτοια αναγνώριση, είτε λόγω της έλλειψης ενημέρωσης του κόσμου ότι αποτελεί διαταραχή. Επίσης, τα συνοδά συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας μπορεί να διαφοροποιούνται σε κάποιο βαθμό ανάλογα με τον πολιτισμό όπου εκδηλώνεται η διαταραχή.

Χαρακτηριστική είναι η έρευνα του Qadan²⁰⁷, η οποία δείχνει την ύπαρξη ψυχογενούς ανορεξίας στο Κουβέιτ (αραβικού τύπου κοινωνία). Αναλυτικότερα, αναφέρει ότι το μόνο μέρος όπου μπορεί να αντιμετωπιστεί η διαταραχή είναι το ψυχιατρικό νοσοκομείο και αυτό συνεπάγεται το στιγματισμό του ατόμου που θα οδηγηθεί εκεί για βοήθεια. Αυτός είναι ο κυριότερος λόγος που η διαταραχή δεν αποκαλύπτεται εύκολα στο ιατρικό προσωπικό. Ο συγγραφέας αποδίδει τα μικρότερα ποσοστά ατόμων που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία σε κάποια χαρακτηριστικά των μουσουλμανικών κοινωνιών που δεν προωθούν το ισχυρό πρότυπο ομορφιά και αξίας. Για παράδειγμα, οι φαρδιές ενδυμασίες που δεν τονίζουν τη γυναικεία φιγούρα, καθώς και το ότι γάμοι είναι αποφάσεις της οικογένειας, δεν ασκούν πίεση στις γυναίκες να υιοθετήσει το πολύ αδύνατο πρότυπο ομορφιάς. Επίσης, υποστηρίζει

²⁰⁶ Steiger, H., Leichner, P., and Ghadirian, A.M. (1987). Perspectives on the prevention of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Canadian Family Physician*, 33: 145- 149.

²⁰⁷ Qadan, L. (2009). Anorexia Nervosa: Beyond Boundaries. *International Journal of Eating Disorders*, 42: 479- 481

ότι ο λόγος που οι διαταραχές πρόσληψης τροφής δεν ανιχνεύονται ή δεν αποκαλύπτονται στις μουσουλμανικές κοινωνίες είναι η αντιμετώπιση των πασχόντων όταν γίνει η αποκάλυψη, δηλαδή τα σκληρά, ειρωνικά σχόλια των άλλων που μπορεί να φτάσουν ως την λεκτική ή και σωματική κακοποίηση.

Γίνεται, λοιπόν, εμφανές από την παράθεση των παραπάνω στοιχείων ότι είναι επιτακτικής σημασίας η λήψη προληπτικών μέτρων για τον περιορισμό της εκδήλωσης διαταραχών πρόσληψης τροφής και ειδικότερα της ψυχογενούς ανορεξίας. Με άλλα λόγια, η αύξηση του ποσοστού των ατόμων που πάσχουν από τη συγκεκριμένη διαταραχή, που δεν περιορίζεται πλέον στις ανεπτυγμένες δυτικού τύπου κοινωνίες, η μετακίνηση του χρονικού ορόσημου έναρξης της διαταραχής από την εφηβεία στην προ-εφηβεία, το μέγεθος των συνεπειών σε ιατρικό και ψυχολογικό επίπεδο, η αποφυγή αποκάλυψης της διαταραχής στους γιατρούς και η δίαιτα ως πρόδρομος της εμφάνισης της ανορεξίας αποτελούν τους ουσιαστικότερους παράγοντες για τους οποίους επιβάλλεται η ανάπτυξη και η εφαρμογή προληπτικών στρατηγικών²⁰⁸. Η αναγκαιότητα προληπτικών παρεμβάσεων επιβεβαιώνεται και από τα ερευνητικά δεδομένα που παρουσιάζουν την ύπαρξη καλύτερης πρόγνωσης για το αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης σε πάσχοντες από ανορεξία, όταν αυτή βασίζεται σε κατάλληλες τεχνικές, αναγνώριση των επιβαρυντικών παραγόντων και λαμβάνει χώρα όσο πιο νωρίς γίνεται σε σχέση με την έναρξη της διαταραχής²⁰⁹.

Οι προληπτικές στρατηγικές μπορεί να εφαρμοστούν σε τρία επίπεδα: (i) το πρωτογενές, (ii) το δευτερογενές, και (iii) το τριτογενές επίπεδο. Στο πρωτογενές επίπεδο πρόληψης ο στόχος είναι να προληφθεί η έναρξη των διαταραγμένων διατροφικών συνηθειών και να μειωθεί η πιθανότητα εκδήλωσης της ψυχογενούς ανορεξίας²¹⁰. Στο δευτερογενές επίπεδο, οι προσπάθειες επικεντρώνονται στην

²⁰⁸ Franco, D.L., and Orosan-Weine, D. (1998). The Prevention of Eating Disorders: Empirical, Methodological and Conceptual Considerations. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 5: 459-477.

Franco, D.L., and Walton, B.E. (1992). Pregnancy and Eating Disorders: A Review and Clinical Implications. *International Journal of Eating Disorders*, 13(1): 41-48.

Rand, C.S.W., Willis, D.C., and Kuldau, J.M. (1987). Pregnancy after Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 6(5): 671-674.

²⁰⁹ Steiger, H., Leichner, P., and Ghadirian, A.M. (1987). Perspectives on the prevention of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Canadian Family Physician*, 33: 14.

²¹⁰ Mussell, M.P., Binford, R.B., and Fulkerson, J.A. (2000). Eating Disorders: Summary of Risk Factors, Prevention Programming, and Prevention Research. *The Counseling Psychologist*, 28(6): 746-796.

πρώιμη αναγνώριση και αντιμετώπιση της ανορεξίας, μέσα από την ενθάρρυνση του πάσχοντα να αναζητήσει βοήθεια καθώς αυτή η διαταραχή αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά αν δεν εξελιχθεί σε μια χρόνια κατάσταση. Τέλος, η τριτογενής πρόληψη αφορά την επανένταξη των ατόμων με ψυχογενή ανορεξία, έτσι ώστε να επανέλθουν στα επίπεδα λειτουργικότητας που είχαν πριν την εκδήλωση της διαταραχής²¹¹. Από τα τρία είδη πρόληψης μεγαλύτερη σπουδαιότητα για τον έλεγχο της διαταραχής έχουν τα δύο πρώτα. Οι αποτελεσματικές πρακτικές πρόληψης θα πρέπει να ανταποκρίνονται σε δύο στόχους: (α) την αναγνώριση και την αλλαγή των παραγόντων κινδύνου για την εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας και (β) την παρέμβαση στις διαδικασίες με τις οποίες οι παράγοντες κινδύνου θα οδηγήσουν στην εμφάνιση της διαταραχής²¹². Η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου είναι βαρύνουσας σημασίας γιατί θα καθορίσει τον τρόπο παρέμβασης. Για παράδειγμα, υπάρχουν παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τις διαταραγμένες συνήθειες φαγητού (π.χ. δίαιτα) και υπάρχουν παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με ατομικά χαρακτηριστικά (π.χ. χαμηλή αυτοεκτίμηση ή τελειομανία). Είναι εύλογο κανείς να συμπεράνει ότι οι στρατηγικές παρέμβασης θα τροποποιηθούν ανάλογα με τους παράγοντες κινδύνου που ευθύνονται για την εμφάνιση της διαταραχής.

Η ανασκόπηση των ερευνητικών δεδομένων για την αποτελεσματικότητα των προληπτικών προγραμμάτων δεν αποκαλύπτει πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Τα περισσότερα από αυτά είναι πολύ αποτελεσματικά στην αύξηση της γνώσης του πληθυσμού- στόχου, αλλά δεν είναι εξίσου αποτελεσματικά στη μείωση της εμφάνισης της ψυχογενούς ανορεξίας. Πιθανοί λόγοι για τη μη αποτελεσματικότητα αυτών των προληπτικών προγραμμάτων μπορεί να είναι η επικέντρωσή τους στους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη διατροφή και η μη έμφαση στους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τα ατομικά χαρακτηριστικά. Επιπλέον, φαίνεται ότι αυτές οι παρεμβάσεις δεν δίνουν έμφαση στην επίδραση του πολιτισμικού παράγοντα στην εκδήλωση της διαταραχής, παρά το γεγονός ότι θεωρείται καθοριστικός στην εμφάνιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Ακόμη, η μη χρήση της βιωματικής μάθησης, το ότι δεν επικεντρώνονται στις ομάδες υψηλού

²¹¹ Steiger, H., Leichner, P., and Ghadirian, A.M. (1987). Perspectives on the prevention of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Canadian Family Physician*, 33: 145- 149.

²¹² Franco, D.L., and Orosan- Weine, D. (1998). The Prevention of Eating Disorders: Empirical, Methodological and Conceptual Considerations. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 5: 459-477.

κινδύνου, καθώς το ότι οι προληπτικές πρακτικές ξεκινούν αρκετά αργά (γυμνασίου-λύκειο, ενώ θα έπρεπε να ξεκινούν από το δημοτικό) είναι πρόσθετοι παράγοντες που μπορεί να ερμηνεύσουν αυτήν την αποτυχία των παρεμβάσεων²¹³. Ωστόσο, υπάρχουν κάποια προγράμματα που φαίνεται να είναι αποτελεσματικά στην πρόληψη της ψυχογενούς ανορεξίας, όπως αυτό των Neumark-Sztainer, et. al., ‘The Weight to Eat’²¹⁴, το οποίο εφαρμόστηκε σε κορίτσια του γυμνασίου και επικεντρώθηκε τόσο στις προβληματικές διατροφικές συνήθειες όσο και στη βελτίωση των ατομικών χαρακτηριστικών που συμβάλλουν στην εκδήλωση της διαταραχής. Το πρόγραμμα αυτό ενέπλεξε τους καθηγητές και την παρέα συνομηλίκων των παιδιών προκειμένου να προκαλέσει αλλαγές στο κοινωνικό-πολιτισμικό περιβάλλον των παιδιών και να θωρακίσει τα παιδιά στην πίεση των συνομηλίκων μέσα από την ανάπτυξη πιο υγιών προτύπων. Το πρόγραμμα αυτό κατόρθωσε να αυξήσει το γνωστικό στοιχείο των έφηβων κοριτσιών για τη διατροφή, να περιορίσει την υιοθέτηση υπερβολικά αυστηρής δίαιτας (όπως αποκαλύπτει το follow up που έγινε δύο χρόνια μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος), ήταν πολύ βοηθητικό για τα υπέρβαρα κορίτσια και υπήρχε μεγάλο ποσοστό ικανοποίησης από τη συμμετοχή σε αυτό.

Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της ψυχογενούς ανορεξίας μπορεί να παίζει το ιατρικό προσωπικό, τόσο στην πρωτογενή, όσο και στη δευτερογενή πρόληψη. Η ανάγκη ανάληψης της πρωτογενούς πρόληψης από το ιατρικό προσωπικό ενισχύεται από τρία ερευνητικά δεδομένα: το ότι η ψυχογενής ανορεξία ξεκινά μετά από κάποια αυστηρή δίαιτα, το 20% των γυναικών που απευθύνονται σε κλινικές οικογενειακού προγραμματισμού παρουσιάζουν κάποια παθολογική διατροφική συμπεριφορά και η συσχέτιση σακχαρώδη διαβήτη με την ανορεξία²¹⁵. Διαφαίνεται, λοιπόν, η σπουδαιότητα της ενημέρωσης από τον οικογενειακό γιατρό για διατροφικά ζητήματα ή ζητήματα δίαιτας, ιδιαίτερα στην περίπτωση που συνυπάρχει εγκυμοσύνη

²¹³ Mussell, M.P., Binford, R.B., and Fulkerson, J.A. (2000). Eating Disorders: Summary of Risk Factors, Prevention Programming, and Prevention Research. *The Counselling Psychologist*, 28(6): 746-796.

Franco, D.L., and Orosan-Weine, D. (1998). The Prevention of Eating Disorders: Empirical, Methodological and Conceptual Considerations. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 5: 459-477.

²¹⁴ Mussell, M.P., Binford, R.B., and Fulkerson, J.A. (2000). Eating Disorders: Summary of Risk Factors, Prevention Programming, and Prevention Research. *The Counselling Psychologist*, 28(6): 776.

²¹⁵ Austin, S.B. (2001). Population-Based Prevention of Eating Disorders: An application of the Rose prevention Model. *Preventive Medicine*, 32: 268-283.

Steiger, H., Leichner, P., and Ghadirian, A.M. (1987). Perspectives on the prevention of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Canadian Family Physician*, 33: 145-149.

με κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής. Η αποτελεσματικότητα της δευτερογενούς πρόληψης, δηλαδή η έγκαιρη αναγνώριση της ανορεξίας, προϋποθέτει τη γνώση των κύριων εκδηλώσεων της διαταραχής (υπερέμεση, μη αύξηση του βάρους, ιστορικό διατροφικών διαταραχών) από την πλευρά του ιατρικού προσωπικού, κάτι που όπως έχει ήδη αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο, δεν υφίσταται σε ικανοποιητικό βαθμό²¹⁶. Έτσι, λοιπόν, υπάρχει επιτακτική ανάγκη για ενημέρωση των γιατρών για τα κύρια συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας, ώστε να είναι σε θέση να λειτουργήσουν σε επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης. Σε αυτήν την κατεύθυνση και λαμβάνοντας υπόψη την απροθυμία των γυναικών να αποκαλύψουν τη διαταραχή, αντί ο γιατρός να πάρει προσωπική συνέντευξη από τον ασθενή μπορεί να δώσει κάποιο ερωτηματολόγιο σχετικό με τις διατροφικές διαταραχές (π.χ. Eating Disorders Inventory). Η χρήση τέτοιων εργαλείων θα ήταν ιδιαίτερα βοηθητική στην περίπτωση των ανορεκτικών γυναικών που κυοφορούν, έτσι ώστε να εντοπίζονται εγκαίρως, να αντιμετωπίζονται τα άγχη και οι φοβίες τους και να μειώνεται ο κίνδυνος για περιγεννητικές επιπλοκές²¹⁷. Η αναγκαιότητα του γιατρού στη δευτερογενή πρόληψη είναι να σταματήσει την εγκαθίδρυση μια χρόνιας κατάστασης που δεν θα μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά και την πρόληψη των σοβαρών σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων²¹⁸.

Μετά την πρόληψη, το αμέσως σημαντικότερο πεδίο δράσης είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας. Η συγκεκριμένη διαταραχή έχει πολυπαραγοντικά αίτια (βιολογικά, ψυχολογικά, πολιτισμική, οικογενειακά) και κατά συνέπεια ο αποτελεσματικός χειρισμός της απαιτεί μια εξατομικευμένη προσέγγιση, ώστε να μειωθεί η επίδραση των εκλυτικών παραγόντων και να υπάρξει η αντικατάσταση των παθολογικών συμπεριφορών με πιο υγιείς. Φαίνεται, όμως, ότι αυτό στην πράξη δεν εφαρμόζεται σύμφωνα με τις μαρτυρίες των ίδιων των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία, οι οποίες ένιωθαν ότι οι θεραπευτές δεν τις άκουγαν και έρχονταν στις συνεδρίες με καθορισμένα πράγματα να πουν ή να κάνουν. Επίσης, η φαρμακευτική αγωγή ήταν ακόμη μία διάσταση που πιστεύουν ότι δεν συνέβαλλε

²¹⁶ Goldman, R.D. and Koren, G. (2003). Anorexia Nervosa during Pregnancy. *Canadian Family Physician*, 49: 425- 426.

²¹⁷ Koubaa, S., Hallstrom, T., and Hirschberg, A.L. (2008). Early Maternal Adjustment in Women with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41: 405- 410.

²¹⁸ Steiger, H., Leichner, P., and Ghadirian, A.M. (1987). Perspectives on the prevention of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Canadian Family Physician*, 33: 145- 149.

στην ανάρρωσή τους από την συγκεκριμένη διαταραχή²¹⁹. Αντίθετα, η ύπαρξη υποστηρικτικού πλαισίου, δηλαδή η στήριξη που μπορεί να προσφέρει η οικογένεια ή ο σύντροφος ήταν καθοριστικής σημασίας γι' αυτές τις γυναίκες.

Αυτές οι πληροφορίες που προέρχονται από τις ίδιες τις ασθενείς είναι χρήσιμα εργαλεία για το σχεδιασμό πιο αποτελεσματικών θεραπευτικών προσεγγίσεων και επισημαίνουν την ανάγκη αλλαγών στη γενικότερη στόχευσή τους. Φαίνεται, λοιπόν, ότι το κομμάτι της ψυχοεκπαίδευσης, το οποίο θα προσφέρει όλες τις γνωστικές πληροφορίες για τις υγιείς διατροφικές συνήθειες και τις επιπτώσεις για τη γυναίκα ή την εγκυμονούσα ανορεκτική γυναίκα και το μωρό της, πρέπει να συνδυαστεί μια επικέντρωση στα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενή (π.χ. χαμηλή αυτοεκτίμηση) και στις ιδιαίτερες συνθήκες (π.χ. υπερβολική έκθεση στο λεπτό πρότυπο ομορφιάς από τα MME) που προέκυψαν στη ζωή του και οδήγησαν στην εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας. Επιπρόσθετα, η ενεργητική εμπλοκή των μελών της οικογένειας ή του συντρόφου, είτε μέσα από τη συμμετοχή τους σε προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης, είτε μέσα στα πλαίσια θεραπευτικής σχέσης, κρίνεται κάτι παραπάνω από επιβεβλημένη όπως αυτό προκύπτει από τις μαρτυρίες των γυναικών. Από τα παραπάνω μπορούμε να συμπεράνουμε ότι για να είναι αποτελεσματικός ένας θεραπευτικός χειρισμός θα πρέπει να στοχεύει:

- (i) στην παροχή ενημέρωσης για τις σωστές διατροφικές συνήθειες και τις επιπτώσεις από την υιοθέτηση παθολογικών διατροφικών συμπεριφορών,
- (ii) στην εξατομικευμένη προσέγγιση σε μια προσπάθεια βελτίωσης όχι μόνο των διατροφικών συμπεριφορών, αλλά και των ατομικών χαρακτηριστικών που συμβάλλουν στην εκδήλωση της ανορεξίας, ενισχύοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τις άμυνες του ασθενή στις πιέσεις συμμόρφωσης (π.χ. MME) με το υπερβολικά λεπτό πρότυπο ομορφιάς και αξίας,
- (iii) στην αλλαγή του κοινωνικού περιβάλλοντος, μέσα από την ενεργητική συμμετοχή του στη διαδικασία αλλαγής του ασθενή.

Το πεδίο της πρόληψης και της θεραπευτικής παρέμβασης που εξετάστηκαν προηγουμένως δεν θα μπορούσαν να αναπτυχθούν αν δεν βασιζόνταν σε κάποια ερευνητικά δεδομένα. Έτσι, σε αυτό το σημείο είναι σκόπιμο να συζητηθούν θέματα

²¹⁹ Tozzi, F., Sullivan, P.F., Fear, J.L., McKenzie, J., and Bulik, C.M, (2003). Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective. *Eating Disorders*, 33: 143- 154.

που σχετίζονται με την ερευνητική μεθοδολογία αναφορικά στο θέμα της ανορεξίας. Μια πρώτη επισήμανση που πρέπει να γίνει είναι ο περιορισμένος αριθμός μελετών για τις ανορεκτικές γυναίκες που κυοφορούν, γεγονός που περιορίζει σημαντικά το εύρος των πληροφοριών που έχουμε σε σχέση με αυτή τη θεματική περιοχή. Επιπλέον, από τις έρευνες που υπάρχουν ήδη καμία δεν διερεύνησε τη συναισθηματική κατάσταση της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς οι περισσότερες γίνονται αναδρομικά του γεγονότος της εγκυμοσύνης. Ένα ακόμη πρόβλημα που προκύπτει σχετικά με την ερευνητική μεθοδολογία είναι ότι τα δείγματα των ερευνών είναι πολύ μικρά και κατά συνέπεια δεν επιτρέπουν την γενίκευση των αποτελεσμάτων²²⁰. Σε πολλές ερευνητικές προσπάθειες λείπει το στοιχείο της μακροχρόνιας αξιολόγησης, δεν υπάρχουν follow-up, ή αν αυτά υπάρχουν γίνονται πολύ σύντομα μετά την ολοκλήρωση της έρευνας (π.χ. ένα μήνα) διάστημα που δεν επιτρέπει να μελετηθεί η διατήρηση ή όχι των αλλαγών (συμπεριφορικών- ψυχολογικών) ή των επιπλοκών (σωματικών- ψυχολογικών)²²¹. Επίσης, μεταξύ των ερευνητών δεν υπάρχει συμφωνία ως προς τη χρήση κάποιων όρων (π.χ. τύποι διατροφικών διαταραχών, παράγοντες κινδύνου/συσχετισμοί, κ.α.), με αποτέλεσμα τα αποτελέσματα των ερευνών όχι μόνο να μην είναι συγκρίσιμα αλλά και να είναι αμφιβόλου ερευνητικής αξίας²²². Τέλος, η εφαρμογή της ποιοτικής ερευνητικής μεθοδολογίας θα συμβάλει στην απόκτηση πιο χρήσιμων πληροφοριών, οι οποίες θα προσφέρουν μια πιο ρεαλιστική εικόνα της διαταραχής, όπως για παράδειγμα όταν αποκαλύφθηκε η προβληματική σχέση θεραπευτή – θεραπευόμενου, γεγονός που θα οδηγήσει σε ουσιαστικές αλλαγές στον τρόπο χειρισμού της ψυχογενούς ανορεξίας²²³.

Συμπερασματικά, η ψυχογενής ανορεξία είναι μία πολυπαραγοντική διαταραχή, η οποία μπορεί να προκαλέσει ένα πλήθος αρνητικών συνεπειών ακόμα και να αποβεί μοιραία για τη ζωή του ατόμου που πάσχει από αυτή, καθώς βασίζεται στη

²²⁰ Koubaa, S., Hallstrom, T., and Hirschberg, A.L. (2008). Early Maternal Adjustment in Women with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41: 405- 410.

²²¹ Rocco, P.L., Ciano, P.R., and Balestrieri, M. (2001). Psychoeducation in the Prevention of Eating Disorders: An Experimental Approach in Adolescent Schoolgirls. *British Journal of Medical Psychiatry*, 74: 351- 358.

²²² Franco, D.L., and Orosan- Weine, D. (1998). The Prevention of Eating Disorders: Empirical, Methodological and Conceptual Considerations. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 5: 459- 477.

²²³ Honey, A., and Halse, C. (2006). The Specifics of Coping: Parents of Daughters with Anorexia Nervosa. *Qualitative Health Research*, 16(5): 611- 629.

διαστρεβλωμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος, όπου η αξία του ατόμου εξαρτάται από την ικανότητα ελέγχου της πρόσληψης τροφής και της ταυτοποίησης με τα εξαιρετικά αδύνατα πρότυπα ομορφιάς. Η κατάσταση αυτή γίνεται πολύ περισσότερο επικίνδυνη όταν η ψυχογενής ανορεξία συνυπάρχει με την εγκυμοσύνη, καθώς θέτει σε κίνδυνο όχι μόνο τη ζωή της μητέρας, αλλά και του παιδιού που κυοφορείται. Είναι, λοιπόν, επιτακτική ανάγκη να οργανωθούν και να εφαρμοστούν συντονισμένες κινήσεις για την πρόληψη της διαταραχής στις ομάδες υψηλού κινδύνου (π.χ. έφηβα κορίτσια), αλλά και σε επίπεδο έγκαιρης αναγνώρισης της διαταραχής στα πρώιμα στάδια ώστε να αυξηθούν οι πιθανότητες πλήρους ανάκαμψης από αυτήν. Εξίσου καθοριστικής σημασίας είναι η ευαισθητοποίηση του κοινού απέναντι σε αυτή τη διαταραχή έτσι ώστε να μη συντηρούνται πρακτικές συγκάλυψης, αλλά και η ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού για να επιτυγχάνεται η γρήγορη διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας. Μόνο μέσα από τη σύμπραξη όλων των εμπλεκόμενων φορέων (π.χ. γιατρών, γονέων, υπουργείου υγείας, κ.α.) και την εκπόνηση προγραμμάτων πρόληψης και θεραπευτικής παρέμβασης θα μπορέσουν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά οι διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Austin, S.B. (2001). Population- Based Prevention of Eating Disorders: An application of the Rose prevention Model. *Preventive Medicine*, 32: 268- 283.

Bansil, P., Kuklina, E.V., Whiterman, M.K., Kourtis, A., et. al., (2008). Eating Disorders among Delivery Hospitalisations: Prevalence and Outcomes. *Journal of Women's Health*, 17(9): 1523- 1528.

Bassoff, E.S., (1983). The Pregnant Client: Understanding and Counselling her. *The Personnel and Guidance Journal*, Sept: 20- 23.

Becker, A.E., Grinspoon, S.K., and Herzog, D.B. (1999). Eating Disorders. *The New England Journal of Medicine*, 8: 1092- 1098.

Benveniste, J., Lecouteur, A., and Helpworth, J. (1999). Lay Theories of Anorexia Nervosa: A Discourse Analytic Study. *Journal of Health Psychology*, 4(1): 59- 69.

Bulik, C., Sullivan, P.F., Tozzi, F., Lichtstein, P., and Pedersen, N. (2006). Prevalence, Heritability and Prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63: 305- 312.

Bulik, C., Sullivan, P., Fear, J., Pickering, A., Dawn, A., and McCullen, M. (1999). Fertility and Reproduction in Women with Anorexia Nervosa: A Controlled Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60: 130- 135.

Crago, M., Shisslak, C., and Estes, L. (1996). Eating Disturbances among American Minority Groups. *International Journal of Eating Disorders*, 19: 239- 248.

Crow, S.J., Argas, W.S., Crosby, R., Halmi, K., and Mitchell, J.E. (2008). Eating Disorders Symptoms in Pregnancy: A Prospective Study. *International Journal of Eating Disorders*, 41: 277- 279.

Ebbs, J.H., Scott, W.A., Tisdall, F.F., Moyle, W.J., and Bell, M. (1942). Nutrition in Pregnancy. *The Canadian Medical Association Journal*, 46(1): 1-6.

Erguner- Tekinlap, B., and Gillespie, C.W. (2010). Mental Health Practitioners' Professional Opinion of Etiology of Eating Disorders. *International Journal of Mental Health*, 39(3): 68- 87.

Ericsson, M., Poston, W.S., and Foreyt, J.P. (1996). Common Biological Pathways in Eating Disorders and Obesity. *Addictive Behaviours*, 21: 733- 743.

Fairburn, C.G., Welsch, S.L., Doll, H.A., Davies, B.A., and O'Connor, M.E. (1997). Risk Factors for Bulimia Nervosa: A Community- Based Case Control Study. *Archives of General Psychiatry*, 54: 509- 517.

Fissions, S., Pierz, A., Gramaglia, C., Daga, G.A., Gandione, M., Rovera, G.G., and Batoggi, G. (2006). Clinical, Psychological, and Personality Correlates of Asceticism in Anorexia Nervosa: From Saint Anorexia to Pathologic Perfectionism. *Transcultural Psychiatry*, 43(4): 600- 614.

Franco, D.L., Blais, M., Becker, A.E., Delinsky, S.S., et. al., (2001). Pregnancy Complications and Neonatal Outcomes in Women with Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158: 1461- 1466.

Franco, D.L., and Orosan- Weine, D. (1998). The Prevention of Eating Disorders: Empirical, Methodological and Conceptual Considerations. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 5: 459- 477.

Franco, D.L., and Walton, B.E. (1992). Pregnancy and Eating Disorders: A Review and Clinical Implications. *International Journal of Eating Disorders*. 13(1): 41- 48.

Fowles, E.R., and Fowles, S.L. (2008). Healthy Eating During Pregnancy: Determinants and Supportive Strategies. *Journal of Community Health Nursing*, 25: 138- 152.

Garner, D.M., Rockert, W., Olmsted, M.P., Johnson, G., and Coscina, D.V. (1997). Psychoeducation Principles in the Treatment of Bulimia and Anorexia Nervosa. In M. Garner, and P.E. Garfinkel, (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: Guildford Press.

Gendall, K.A., and Bulik, C.M. (2005). The Long Term Biological Consequences of Anorexia Nervosa. *Current Nutrition*, 1: 87- 96.

Godart, N., Berthoz, S., Rein, Z., Perdereau, F., Lang, F., et. al., (2006). Does the Frequency of Anxiety and Depression Disorders Differ Between Diagnostic Subtypes of Anorexia Nervosa and Bulimia? *International Journal of Eating Disorders*, 39: 772- 778.

Godt, K. (2008). Personality Disorders in 545 Patients with Eating Disorders. *European Eating Disorder Review*, 16: 94- 99.

Goldberg, G. (2002). Nutrition in Pregnancy and Lactation. In P. Shetty, (Eds.), *Nutrition through the Life Cycle*. Leatherhead: Leatherhead Publishing.

Goldman, R.D. and Koren, G. (2003). Anorexia Nervosa during Pregnancy. *Canadian Family Physician*, 49: 425- 426.

Hashim, T.J., and Meowed, S.A. (2000). The Relation of Low Birth Weight to Psychosocial Stress and Maternal Anthropometric Measurements. *Saudi Medical Journal*, 21(7): 649- 654.

Henderson, L., Gregory, J., Irving, K., et. al., (2003). *The National Diet and nutrition Survey: Adults Aged 19- 64 years*, Vol. 3: Vitamin and Mineral Intake and urinary Analytes. London: HMSO.

Holtcamp, K., Herertz-Dahlmann, B., Vloet, T., and Hagenah, U. (2005). Group Psychoeducation for Parents of Adolescents with Eating Disorders: The Aachen Program. *Eating Disorders*, 13: 381- 390.

Honey, A., and Halse, C. (2006). The Specifics of Coping: Parents of Daughters with Anorexia Nervosa. *Qualitative Health Research*, 16(5): 611- 629.

Johnson, S., Burrows, A., and Williamson, I. (2004). Does my Bump Look Big in this? The Meaning of Bodily Changes for First-time Mothers- to- be. *Journal of Health Psychology*, 9(3): 361- 374.

Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton, L., Barbarich, N., and Masters, K. (2004). Comorbidity of Anxiety Disorders with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161: 2215- 2221.

Keel, P.K., Fichter, M., Quaddfleg, N., Bulik, C.M., Baxter, M.G., et. al., (2004). Application of a Latent Class Analysis to Empirically Define Eating Disorders Phenotypes. *Archives of General Psychiatry*, 61: 192- 200.

Kim, J.H, and Lennon, S.J. (2007). Mass Media and Self-Esteem, Body Image, and Eating Disorder Tendencies. *Clothing and Textiles Research Journal*, 25(1): 3- 23.

Koubaa, S., Hallstrom, T., and Hirschiberg, A.L. (2008). Early Maternal Adjustment in Women with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41: 405- 410.

Lemberg, R., and Phillips, J. (1989). The Impact of Pregnancy on Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8: 285- 295.

Lindberg, L., and Hjern, A. (2003). Risk Factors for Anorexia Nervosa: A National Cohort Study. *International Journal of Eating Disorders*, 34: 397- 408.

Lobel, M. (1994). Conceptualisations, Measurement, and Effects of Prenatal Maternal Stress on Birth Outcome. *Journal of Behavioural Medicine*, 17: 225- 272.

Lowe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D.L., and Herzog, W. (2001). Long-Term Outcome of Anorexia Nervosa in a Prospective 21-year Follow-up Study. *Psychological Medicine*, 31: 881- 890.

Madden, S. (2004). Anorexia Nervosa-Still Relevant in the Twenty-first Century? A Review of William Gull's Anorexia Nervosa. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1): 1359- 1045.

Mazer-Poline, K., and Fornari, V. (2009). Anorexia Nervosa and Pregnancy: Having a Baby when you are dying to be thin: Case Report and Proposed Treatment Guidelines. *International Journal of Eating Disorders*, 42: 382- 384.

Morgan, J.F. (1999). Eating Disorders and Gynecology: Knowledge and Attitudes among Clinicians. *Acta Obstetrics and Gynecology of Scandinavia*, 78: 233- 239.

Mussell, M.P., Binford, R.B., and Fulkerson, J.A. (2000). Eating Disorders: Summary of Risk Factors, Prevention Programming, and Prevention Research. *The Counselling Psychologist*, 28(6): 746- 796.

National Eating Disorders Association (2005). Eating Disorders and Pregnancy: Some Facts about the Risks., retrieved from www.neds.org

Naeye, R.L., Blanc, W., and Paul, C.P. (1973). Effects of Maternal Nutrition on the Human Fates. *Pediatrics*, 52(4): 494- 503.

NCEMCH. (1998). *Nutrition during Pregnancy and Lactation: An Implementation Guide*. U.S. Department of Health and Human Services.

Paarlberg, K.M., Viingerhoets, R.A.J., Passchier, J., Dekker, G.A., and VanGeijin, H.P. (1995). Psychosocial Factors and Pregnancy Outcome: A Review with Emphasis on Methodological Issues. *Journal of Psychosomatic Research*, 39: 563- 596.

Qadan, L. (2009). Anorexia Nervosa: Beyond Boundaries. *International Journal of Eating Disorders*, 42: 479- 481.

Rand, C.S.W., Willis, D.C., and Kuldau, J.M. (1987). Pregnancy after Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 6(5): 671- 674.

Rind, C.K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P., and Sandman, C.A. (1999). Psychosocial Adaptation and Birth Outcomes: The Role of Personal Resources, Stress, and Sociocultural Context in Pregnancy. *Health Psychology*, 18(4): 333- 345.

Ro, O., Martinsen, E.W., Hoffort, A., Soxton, H., and Roseminge, J.H. (2005). The Interaction of Personality Disorders and Eating Disorders: A Two-Year Prospective Study of Patients with Longstanding Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38: 106- 111.

Rocco, P.L., Ciano, P.R., and Balestrieri, M. (2001). Psychoeducation in the Prevention of Eating Disorders: An Experimental Approach in Adolescent Schoolgirls. *British Journal of Medical Psychiatry*, 74: 351- 358.

Rock, C.L., and Yager, J. (1987). Nutrition and Eating Disorders: A Primer for Clinicians. *International Journal of Eating Disorders*, 6(2): 267- 280.

Rondo, P.H. (2007). Maternal Stress/Distress and LBW, Preterm Birth and Intrauterine Growth Restriction: A Review. *Current Women's Health Reviews*, 3: 13- 29.

Sansone, R.A., Levitt, J.L., Sansone, L.A. (2005). The Prevalence of Personality Disorders among those with Eating Disorders. *Eating Disorders*, 13: 7- 21.

Smolak, L., Murnem, S.K., and Ruble, A.E. (1999). Female Athletes and Eating Problems: A Meta-Analysis. *International journal of Eating Disorders*, 27: 371- 380.

Steiger, H., Leichner, P., and Ghadirian, A.M. (1987). Perspectives on the prevention of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Canadian Family Physician*, 33: 145- 149.

Stewart, D. (1992). *Eating Disorders, Fertility and Pregnancy*, retrieved from www.nedic.ca.

Sullivan, P.F. (1995). Mortality in Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152: 1073- 1074.

Swinbourne, J.M., and Touyz, S.W. (2007). The Co-Morbidity of Eating Disorders and Anxiety Disorders: A Review. *European Eating Disorders Review*, 15: 253- 274.

Tozzi, F., Sullivan, P.F., Fear, J.L., McKenzie, J., and Bulik, C.M, (2003). Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective. *Eating Disorders*, 33: 143- 154.

Treasure, J.L., and Russell, G.F. (1988). Intrauterine Growth and Neonatal Weight Gains in Babies of Women with Anorexia Nervosa. *British Medical Journal*, 296(9): 1038.

Waugh, E., and Bulik, C.M. (1999). Offspring of Women with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2): 123- 133.

Weaver, K., Wuest, J., and Ciliska, D. (2005). Understanding Women's Journey of Recovering from Anorexia Nervosa. *Qualitative Health Research*, 15(2): 188- 206.

White, T. (1995). Born Unwanted: The Developmental Effect of Denied Abortion. *TA Times*: 9- 10.

WHO. (1995). Maternal Anthropometry and Pregnancy Outcomes: A WHO Collaborative Study. *World Health Organization Bulletin*, 73: 1- 98.

Williamson, C.S. (2006). Nutrition in Pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31: 28- 59.

Wooldridge, B.D., and Staab, R. (2006). Management of Psychiatric Comorbidity in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *CNS Drugs*, 20(8): 655- 665.

Zipfel, S., Lowe, B., Reas, D.L., Deter, H.C, and Herzog, W. (2000). Long-Term Prognosis in Anorexia Nervosa: Lessons from 21-years Follow-up Study. *The LANCET*, 355: 721- 722.

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

Αμοιρίδου, Σ. (2005). *Συγκριτική Παιδοψυχιατρική Διερεύνηση των Διαταραχών Διατροφής στην Πρώτη Παιδική Ηλικία και Εφηβική Ηλικία*. Διδακτορική Διατριβή στο Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας. Θεσσαλονίκη: Α.Π.Θ.

Cole, M., and Cole, S.R. (2002). *Η Ανάπτυξη του Παιδιού: Εγκυμοσύνη, Τοκετός, Βρεφική Ηλικία*, Τόμος Α'. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Γονιδάκης, Φ. και Βάρσου, Ε. (2008). *Ψυχογενής Ανορεξία; Αυτοφυλακισμένες Κοπέλες στο Μονοπάτι προς την Έξοδο*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Δημοσθενόπουλος, Χ. (2004). *Αλάτι και Ζάχαρη*, retrieved from www.iatronet.gr.

Δούμπλης, Δ. (2010). *Στάδια Εγκυμοσύνης*, retrieved from www.doublis_hysteroscopy.gr

Fairburn, C. (2007). *Βουλιμία: Ξανακερδίστε τον Έλεγχο*. Αθήνα: Πατάκης.

Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια της Γυναίκας (2005). *Ο Γυναικολόγος*. Αθήνα: Αλκυών.

Κουρκουτάς, Η.Ε. (2001). *Η Ψυχολογία του Εφήβου: Θεωρητικά Ζητήματα και Κλινικές Περιπτώσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κούρος, Ι. (1993). *Ψυχολογικά Θέματα Παιδιών και Εφήβων*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μακρής, Α. (2006). *Κύηση Υψηλού Κινδύνου: Όλα θα Πάνε Καλά*. Retrieved from www.health.in.gr.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Μοσχάκου, Γ. και Ντζοΐδου, Ε. (2010). Η Σύνδεση μεταξύ Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής και Εξάρτησης από Ψυχοδραστικές Ουσίες- Βιβλιογραφική Ανασκόπηση. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 110: 114-124.

Σιμός, Γ. (2007). Πρόλογος στον C. Fairburn, *Βουλιμία: Ξανακερδίστε τον Έλεγχο*. Αθήνα: Πατάκης.

Σφηκάκη, Μ. (2007). Ανορεξία- Βουλιμία; Εξαρτητική Συμπεριφορά ή Τρόπος Ζωής;. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 98: 116-118.

Τιμοθέου, Ι. και Χαραλάμπους, Μ. (2007). Απόψεις και Εμπειρίες που Βιώνουν οι Γυναίκες σε σχέση με τη Σεξουαλικότητά κατά την Εγκυμοσύνη, retrieved from www.cyna.org.

Παράρτημα

Βιβλιογραφική πηγή: Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM- IV για την Ψυχογενή Ανορεξία

- Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία του (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση του βάρους κάτω του 85% από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης που οδηγεί σε βάρος σώματος κάτω του 85% από το αναμενόμενο).
- Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
- Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος ή το σχήμα του σώματος του, αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην εκτίμηση του εαυτού ή άρνηση της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού βάρους.
- Σε γυναίκες μετά την έναρξη της περιόδου, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών

Προσδιορίστε τύπο:

Περιοριστικός τύπος: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας, το άτομο δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης (δηλαδή προκλητό εμετό ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, η ενεμάτων).

Τύπος Υπερφαγίας/Κάθαρσης: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας, το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης (δηλαδή προκλητό εμετό ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, η ενεμάτων).

Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM- IV για την Ψυχογενή Βουλιμία

- Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο παρακάτω:
 1. το να τρώει κάποιος μέσα σε μια διακριτή χρονική περίοδο (π.χ. σε μια περίοδο 2 ωρών) μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από όσο θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια μιας παρόμοιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις
 2. μια αίσθηση έλλειψης ελέγχου του πόσο τρώει κάποιος κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. μια αίσθηση ότι κάποιος δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει το ή πόσο τρώει)
- Επανελημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους, όπως για π.χ. πρόκληση εμετού, κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, ενεμάτων ή άλλων φαρμάκων, νηστεία, υπερβολική άσκηση
- Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, και τα δύο, συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για 3 μήνες.
- Η εκτίμηση του εαυτού αδικαιολόγητα επηρεάζεται από το σχήμα του σώματος και το βάρος.
- Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας

Προσδιορίστε τύπο:

Τύπος Κάθαρσης: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμετού ή την κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, η ενεμάτων.

Τύπος Μη Κάθαρσης: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές όπως νηστεία, υπερβολική άσκηση, αλλά δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμετού ή την κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, η ενεμάτων.