ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διαταραχή πρόσληψης τροφής: διερεύνηση των συμπτωμάτων των διαταραχών πρόσληψης τροφής σε μαθητές Γυμνασίου-Λυκείου του Ηρακλείου Κρήτης

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: Βελέντζα Πολυξένη
Ελευθερίου Μαρουδιώ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: κ. Σαπουνάκη Αλεξάνδρα

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2010

Πίνακας Περιεχομένων

ΜΕΡΟΣ 1ο – ΘΕΩΡΙΑ 4
Εισαγωγή 4

Κεφάλαιο 1 – Περιγραφή του Προβλήματος 8
1.1 Ορισμός και Περιγραφή του Προβλήματος 8
1.2 Ευρετήριο Ακρωνυμίων 8

Κεφάλαιο 2 – Ιστορική Αναδρομή 9
2.1 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση 9
2.2 Ιστορική αναδρομή των ΔΠΤ 11
Η χρονική εξέλιξη των ΔΠΤ 15
2.3 Επιδημιολογικές μελέτες στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής 16
2.3.1 Η επικράτηση των ΔΠΤ …….. 16
2.3.1.2 Διαταραχή Κρίσεων Επεισοδιακής Υπερφαγίας…… .17

Κεφάλαιο 3 – Χαρακτηριστικά Ψυχικών Διαταραχών που σχετίζονται με ΔΠΤ 19
3.1 Διαγνωστικά Κριτήρια ΔΠΤ 19
3.2 Κλινικά χαρακτηριστικά των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής 25
3.2.1 Παράγοντες κινδύνου στην εμφάνιση των ΔΠΤ 26
3.2.2 Ψυχογενής Ανορεξία 27
3.2.3 Ψυχογενής Βουλιμία 29
3.3 Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας στις ΔΠΤ 32
3.3.1 Ψυχογενής Ανορεξία 32
3.2.2 Ψυχογενής Βουλιμία 35
3.2.3 Οι ερευνητικές μελέτες στον ρόλο των συναισθημάτων στις ΔΠΤ και οι προεκτάσεις τους. 37

Κεφάλαιο 4 – Διαφοροποίηση στον Πληθυσμό 43
4.1 Πολιτισμικές διαφορές στις ΔΠΤ 43
4.2 Διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα στις ΔΠΤ 47

Κεφάλαιο 5 - Θεωρίες αιτιολογίας και θεραπευτικές παρεμβάσεις στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής 49
5.1 Βιολογικά μοντέλα των ΔΠΤ 49
5.1.1 Η νευροφυσιολογία της όρεξης 49
5.1.2 Τα ενδογενή οπιοειδή 51
5.1.3 Ο ρόλος των νευροδιαβιβαστών 51
5.1.4 Ψυχοφαρμακευτική αγωγή στη Ψυχογενή Ανορεξία 52
5.1.5 Ψυχοφαρμακευτική αγωγή στη Ψυχογενή Βουλιμία 53
5.1.6 Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά στις ΔΠΤ 54
5.1.7 Ειδικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης στις ΔΠΤ 54
5.1.8 Ενδονοσοκομειακή νοσηλεία στη Ψυχογενή Ανορεξία 55
5.2 Κοινωνικοί παράγοντες στις ΔΠΤ 58
5.2.1 Η φεμινιστική προσέγγιση στις ΔΠΤ 58
5.2.2 Ο ρόλος των ΜΜΕ στις ΔΠΤ 59
5.2.3 Η οικογένεια ως κοινωνική επίδραση 60
5.2.4 Η συμβολή της συνομήλικης ομάδας στις ΔΠΤ 62

5.3 Οικογενειακές θεωρίες των ΔΠΤ.....65
5.3.1 Η «Ψυχοσωματική οικογένεια» 65
5.3.2 Ο ρόλος της μητέρας και ο ρόλος του πατέρα 67
5.3.3 Οικογενειακές θεραπείες των ΔΠΤ 68
5.4 Ψυχοδυναμικές θεωρίες στις ΔΠΤ.....73
5.4.1 Οιδιπόδειες θεωρητικές προσεγγίσεις 74
5.4.2 Ψυχοδυναμική θεραπεία στις ΔΠΤ 76
5.4.3 Θεραπευτικές δυσχέρειες και ιδιαιτερότητες 76
5.4.4 Μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση 77
5.4.5 Αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής θεραπείας στις ΔΠΤ 79
5.4.6 Μοντέλα εξάρτησης των ΔΠΤ 79
5.5 Σύνοψη των κυριότερων θεωρητικών προσεγγίσεων και των συναφών θεραπειών για τις ΔΠΤ.....80
5.5.1 Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεωρία των ΔΠΤ 84
5.5.2 Οι γνωσιακές διαστρεβλώσεις στις ΔΠΤ 85
5.5.3 Γνωσιακά-συμπεριφορικά μοντέλα της Ψυχογενούς Ανορεξίας 86
5.5.4 Το μοντέλο των Fairburn, Shafran, και Cooper (1999) για τη διατήρηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας. 88
5.5.5 Γνωσιακά μοντέλα της Ψυχογενούς Βουλιμίας 88

ΜΕΡΟΣ 2ο – ΕΡΕΥΝΑ.....111
Κεφάλαιο 1 – Μεθοδολογία.....112
Κεφάλαιο 2 – Αποτελέσματα.....118
Κεφάλαιο 3 - Συμπεράσματα.....144

Παράρτημα.....145
Βιβλιογραφία.....144

ΜΕΡΟΣ 1^{ο} – ΘΕΩΡΙΑ



Εισαγωγή

Η εφηβεία είναι η εποχή της ταχείας σωματικής ανάπτυξης, όπως επίσης της συναισθηματικής και ψυχολογικής εξέλιξης, που επηρεάζει σε κάθε επίπεδο την μελλοντική ενήλικο ζωή του εφήβου. Ύψος, βάρος, μυϊκή μάζα στα αγόρια και κατανομή του λίπους στα κορίτσι έχουν εντυπωσιακή αλλαγή, καθώς το παιδί μέσω της εφηβείας μεταβαίνει στην ενήλικο ζωή. Επιπλέον η μετάβαση αυτή περιλαμβάνει ωρίμανση της σκέψης, συνειδητοποίηση του εσωτερικού του κόσμου και των αξιών της ζωής, της ταυτότητάς του σε σχέση με την κοινωνία και το περιβάλλον του. Όλες αυτές οι διαδικασίες και οι μεταβολές εξαρτώνται από τη χημική σύσταση του σώματος και κατά συνέπεια υπάρχουν μεγάλες απαιτήσεις από τη διατροφή. Εκτός από τις άμεσες διατροφικές ανάγκες, το είδος της διατροφής που εγκαθίσταται στην εφηβεία, θα έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ενήλικο ζωή του, ενώ συνήθως παραμένουν οι διαιτητικές συνήθειες εφ΄ όρου ζωής.

Στα αγόρια συμβαδίζουν ο ρυθμός της μεγίστης αύξησης βάρους και ύψους, ενώ στα κορίτσια προηγείται η μεγίστη αύξηση του βάρους κατά 6 έως 9 μήνες. Η αύξηση της σκελετικής μάζας είναι το αποτέλεσμα επιμετάλλωσης των οστών από εναπόθεση ασβεστίου και άλλων μετάλλων. Η αλλαγή της σύστασης του σώματος από την παιδική ηλικία στην ενήλικο γίνεται με την παρέμβαση των ορμονών του φύλου. Η τεστοστερόνη προάγει την ανάπτυξη και διεγείρει την αύξηση της μάζας χωρίς λίπος, με αποτέλεσμα τα αγόρια να γίνονται ψηλότερα, με βαρύτερο σκελετό και μεγαλύτερη μυϊκή μάζα απ' ότι τα κορίτσια. Αντίθετα, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη συμβάλλουν περισσότερο στην εναπόθεση λίπους και λιγότερο στην αύξηση του μυϊκού ιστού.

Η επαρκής διατροφή είναι απαραίτητη, όχι μόνο για την σωματική αύξηση, αλλά και για την εξασφάλιση ενέργειας και θρεπτικών συστατικών για τη μάθηση. Η σιδηροπενία έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τη μαθησιακή ικανότητα στους εφήβους. Οι ραγδαίες σωματικές και αναπτυξιακές μεταβολές, ιδιαίτερα σε ύψος, βάρος και οστική μάζα προϋποθέτουν υψηλές απαιτήσεις καταλλήλων θρεπτικών συστατικών. Η ανεπαρκής σίτιση έχει ως αποτέλεσμα ποικίλες διαταραχές στη θρέψη. Επιπλέον, διαιτητικές συνήθειες (και ιδιαίτερα ο υποσιτισμός που οδηγεί σε ισχνό ή ανορεξικό έφηβο) έχουν σοβαρές συνέπειες στην ενήλικο ζωή.

Η ανεπαρκής σίτιση μπορεί να οδηγήσει σε ποικίλα σιτιστικά προβλήματα στους εφήβους, όπως σιδηροπενική αναιμία, μείωση της οστικής μάζας, ανεπάρκεια φυλλικού οξέος στα κορίτσια, λιγότερα μέταλλα και βιταμίνες στον οργανισμό από την κατάχρηση μη θρεπτικών τροφών όπως π.χ. τα αναψυκτικά, στέρηση τροφής από περίεργες δίαιτες «πείνας » ή φυτοφαγία και καταστάσεις όπως η ψυχογενής ανορεξία και βουλιμία. Η σιδηροπενία (ακόμη και χωρίς αναιμία) μειώνει την ικανότητα για εργασία. Οι δίαιτες, η κατάχρηση αλκοόλ και τα αντισυλληπτικά επηρεάζουν το ρυθμό της εναπόθεσης μετάλλων στα οστά. Διαιτολόγιο στον έφηβο πτωχό σε ασβέστιο οδηγεί σε μειωμένη οστική πυκνότητα , αυξημένο ποσοστό καταγμάτων και αν παραταθεί, σε αυξημένο ποσοστό οστεοπόρωση. Η κατανάλωση ανθρακούχων αναψυκτικών σχετίζεται με μεγαλύτερο ποσοστό καταγμάτων γιατί έχουν πολύ φώσφορο, που εμποδίζει την απορρόφηση του ασβεστίου. Οι έφηβοι πειραματίζονται με περίεργες δίαιτες που μπορεί να καταλήξουν σε στέρηση σημαντικών τροφών, ενώ η φυτοφαγία είναι επικίνδυνη για τους εφήβους. Επιπλέον στους εφήβους, δεν είναι σπάνια η κακοποίηση του οργανισμού τους που σχετίζεται με την κακή διατροφή. Καταστάσεις όπως η ψυχογενής ανορεξία και η βουλιμία είναι ψυχικές διαταραχές που προκαλούν σοβαρούς κινδύνους, λόγω της σημαντικής στέρησης θρεπτικών συστατικών. Σοβαρό πρόβλημα επίσης στην εφηβεία είναι η παχυσαρκία, που έχει αυξηθεί σημαντικά στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια.

Οι έφηβοι την περίοδο αυτή βρίσκονται στη σημαντική μετάβαση από την παιδική ηλικία στην ενήλικο ζωή και εκφράζουν σαφώς την ανάγκη τους για ανεξαρτησία και ελευθερία. Το διαιτολόγιο επηρεάζεται από 4 παράγοντες που δεν είναι ανεξάρτητοι αλλά αλληλεπιδρούν μεταξύ τους:

α) Γεωγραφικοί, διαφορετική διαθεσιμότητα τροφίμων σε αστικές και αγροτικές περιοχές, ευκολία στην ανεύρεση fast food, καντίνες των σχολείων όπου προμηθεύονται τροφές υπερθερμιδικές, με πολύ λίπος και χαμηλής θρεπτικής και βιολογικής αξίας.

β) Κοινωνικοί, στην εφηβεία οι φίλοι επηρεάζουν ο ένας τον άλλο για την κατανάλωση αναψυκτικών, fast food, αλκοόλ και μπορεί να τρώνε πιο συχνά με αυτούς παρά με τις οικογένειές τους. Η διαφήμιση, χρησιμοποιώντας συχνά μοντέλα που ο έφηβος θαυμάζει, έχει σημαντική επίδραση και πολλές εταιρείες τροφίμων και μπύρας απευθύνονται σε αυτόν γιατί γνωρίζουν ότι θα τον έχουν πελάτη σε όλη του τη ζωή.

γ) Οικογενειακοί, λόγω της επιθυμίας τους για ανεξαρτησία, οι έφηβοι μπορεί να ακολουθήσουν διαιτολόγια τελείως ξένα από αυτά που τους επέβαλαν οι γονείς τους σαν παιδιά. Οι γονείς μπορούν να παρασκευάσουν υγιεινά γεύματα και πρωινά κατάλληλα για τους εφήβους. Επίσης τα οικογενειακά γεύματα με ευχάριστη ατμόσφαιρα επιδρούν θετικά στην ψυχολογία του εφήβου που νιώθει ασφάλεια και ζεστασιά, και τον χαλαρώνουν από το stress που έχει σε αυτή τη φάση της ζωής του. Ο ρόλος της οικογένειας είναι **να παρασκευάζει τουλάχιστον ένα γεύμα την ημέρα πολύ θρεπτικό,** γιατί μπορεί τα υπόλοιπα να είναι πρόχειρα και μη θρεπτικά μικρογεύματα (π.χ. τυρόπιτες, σάντουιτς, fast food). Το ένα αυτό σωστό οικογενειακό γεύμα καλύπτει πάνω από το 1/3 των αναγκών σε θρεπτικά συστατικά και αυξάνει το δεσμό της οικογένειας.

δ) Σωματικοί και ψυχολογικοί, ποικίλοι παράγοντες (ψυχολογικοί και σωματικοί) επιδρούν στην επιλογή του διαιτολογίου των εφήβων : υγεία ή ασθένεια, φύλο, όρεξη, πείνα, άσκηση, καθιστική ζωή, κάπνισμα, ναρκωτικά, αλκοόλ. Στους ψυχολογικούς παράγοντες περιλαμβάνονται φαγητά που αρέσουν ή δεν αρέσουν, η γνώση για τη σωστή διατροφή και οι διαφορετικές απόψεις για την τροφή και το πρότυπο του σώματος για να φαίνονται ελκυστικοί. Όλοι οι παραπάνω παράγοντες θα αναλυθούν εκτενέστερα σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές.

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ) συνέθεσαν μία διακριτή κατηγορία στα ψυχιατρικά διαγνωστικά συστήματα τις τελευταίες τρείς δεκαετίες, με την έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, American Psychiatric Association [APA]), αντανακλώντας την αυξημένη προσοχή που έλαβαν από κλινικούς και ερευνητές. Οι έρευνες στην παγκόσμια βιβλιογραφία φανερώνουν ότι οι ΔΠΤ αυξάνονται ραγδαία και πλήττουν όλο και περισσότερες έφηβες και νεαρές ενήλικες γυναίκες (Keel & Klump, 2003). Οι ΔΠΤ αποτελούν ένα από τα συχνότερα ψυχιατρικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες σήμερα και η εκδήλωσή τους χαρακτηρίζεται από χρονιότητα και υψηλά ποσοστά υποτροπών, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αντιμετωπίζουν σοβαρή ψυχοκοινωνική νοσηρότητα (Stice & Shaw, 2002). Σύγχρονες έρευνες επισημαίνουν τα εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα στην ποιότητα της ζωής των ασθενών με ΔΠΤ (Hay, 2003) και τα υψηλά ποσοστά θνησιμότητάς τους (Sullivan, 1995). Οι ασθενείς με ΔΠΤ αντιμετωπίζουν σοβαρές ιατρικές

επιπλοκές, υψηλά επίπεδα ψυχοκοινωνικής αναπηρίας, συνοσηρότητα με άλλες υχιατρικές διαταραχές, ιδιαίτερα συχνές ενδονοσοκομειακές νοσηλείες και απόπειρες αυτοκτονίας (Stice & Shaw, 2002). Η αιτιολογία τους είναι σύνθετη, πολυπαραγοντική και περιλαμβάνει μία αλληλεπίδραση κοινωνικών, βιολογικών, γενετικών και κυρίως ψυχολογικών μηχανισμών.

Τα τελευταία 25 χρόνια, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία έχει θεωρηθεί μία εδραιωμένη μέθοδος, με έντονη εμπειρική υποστήριξη για την θεραπεία των ΔΠΤ (Stunkard, 1997). Ειδικότερα για την θεραπεία της Ψυχογενούς Βουλιμίας, η συγκεκριμένη θεραπεία αποτελεί μία από τις εντατικότερα ερευνημένες και αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις όλου του φάσματος της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας για τις ενήλικες κλινικές διαταραχές (American Psychiatric Association, 2000). Κεντρικός στόχος στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία είναι η αλλαγή του τρόπου σκέψης των ασθενών. Ο ρόλος των γνωσιακών διαστρεβλώσεων θεωρείται βασικός στη διατήρηση των ΔΠΤ και η μείωσή τους στα πλαίσια της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας οδηγεί στην καλυτέρευση των κλινικών συμπτωμάτων που παρουσιάζει ο ασθενής (Beck, 1976; Clark, 1986; Shafran, Teachman, Kerry, & Rachman, 1999; Zucker, 2002). Κρίνεται σημαντική η διεξαγωγή συνεχόμενων ερευνών που θα συμβάλλουν στην κατανόηση των ψυχολογικών μηχανισμών που μετέχουν στη διατήρηση των ΔΠΤ, προκειμένου να εδραιωθούν νέες και αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις. Άλλωστε, η σημαντικότητα της χρήσης καινοτόμων θεραπευτικών αρχών και διαδικασιών στην θεραπεία των ΔΠΤ υποστηρίζεται συστηματικά στην τρέχουσα βιβλιογραφία (Wilson, 1999).

Στο πρώτο κεφάλαιο θα παρουσιαστεί η υπάρχουσα βιβλιογραφία για τις ΔΠΤ με επίκεντρο τα κλινικά και τα διαγνωστικά τους χαρακτηριστικά, οι σύγχρονες επιδημιολογικές έρευνες, οι βασικές θεωρίες αιτιολογίας των ΔΠΤ και οι θεραπευτικές τους παρεμβάσεις. Στο τέλος του πρώτου κεφαλαίου θα παρουσιαστούν αναλυτικά τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας. Στο δεύτερο κεφάλαιο θα παρουσιαστεί η μέθοδος της έρευνας που περιλαμβάνει το δείγμα, τα εργαλεία και τη διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας. Στο τρίτο κεφάλαιο θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα όπως προέκυψαν από τις στατιστικές αναλύσεις που διεξήχθησαν.

Κεφάλαιο 1 – Περιγραφή του Προβλήματος

1.1 Ορισμός και Περιγραφή του Προβλήματος

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ) αποτελούν μία κατηγορία ψυχιατρικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχές στη συμπεριφορά λήψης τροφής ενός ατόμου. Ενώ οι ΔΠΤ είναι σπάνιες στον γενικό πληθυσμό, είναι ιδιαίτερα συχνές στις έφηβες και τις νεαρές ενήλικες γυναίκες (Hoek, Bartelds, Bosveld, Vandergraaf, Limpens, Maiwald, & Spaaij, 1995; Hoek & Van Hoeken, 2003). Στις ΔΠΤ η αυτοεικόνα και η αυτοαξία ορίζεται αποκλειστικά από το βάρος αι το σχήμα του σώματος. Στο όνομα μίας εξιδανικευμένης λεπτότητας, οι ασθενείς με ΔΠΤ οδηγούνται σε απεγνωσμένες δίαιτες και σε άλλες ακραίες μεθόδους ελέγχου του σωματικού τους βάρους, βιώνουν έντονο άγχος και κατάθλιψη, με αποτέλεσμα να δυσλειτουργούν στους σημαντικούς τομείς της ζωής τους.

Η Ψυχογενής Ανορεξία είναι η τρίτη συχνότερη χρόνια ασθένεια της εφηβείας, μετά από την παχυσαρκία και το άσθμα (Leonard & Mehler, 2001). Σύγχρονες έρευνες φανερώνουν ότι ο ετήσιος αριθμός θνησιμότητας που συνδέεται με την Ψυχογενή Ανορεξία είναι 12 φορές υψηλότερος από τον ετήσιο αριθμό θνησιμότητας που σχετίζεται με όλα τα αίτια θανάτου στις γυναίκες 15-24 ετών στον γενικό πληθυσμό (Sullivan, 1995).

1.2 Ευρετήριο Ακρωνυμίων

ΔΠΤ – Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

ΔΚΕΥ – Διαταραχή Κρίσεων Επεισοδιακής Υπερφαγίας

Ν. Α – Νευρογενης Ανορεξία

Ν.Β – Νευρογενής Βουλιμία

Κεφάλαιο 2 – Ιστορική Αναδρομή

2.1 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Σύμφωνα με τις υπάρχουσες έρευνες, οι ΔΠΤ έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια (Fairburn & Harrison, 2003; Gelder, 2001; Lucas, Crowson, O'Fallon, & Melton, 1999; Σίμος, 1996; Turnbull, Ward, Treasure, Jick, & Derby, 1996). Τόσο οι Hoek και Hoeken (2003) όσο και ο Wakeling (1996) σε επισκόπηση των υπαρχόντων επιδημιολογικών μελετών, ανέφεραν μία σημαντικά ραγδαία αύξηση της επίπτωσης [1]της Ψυχογενούς Ανορεξίας στις νεαρές γυναίκες της ηλικίας των 15-24 ετών τα τελευταία 50 χρόνια. Σύμφωνα με άλλες μελέτες επίπτωσης της Ψυχογενούς Βουλιμίας, τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί τα νέα κρούσματα της διαταραχής. Για παράδειγμα οι Soundy, Lucas, Suman και Melton (1995) υπολόγισαν ότι τα ετήσια ποσοστά επίπτωσης της Ψυχογενούς Βουλιμίας αυξήθηκαν από 7.4 γυναίκες ανά 100.000 άτομα του πληθυσμού το 1980, σε 49.7 γυναίκες ανά 100.000 του πληθυσμού το 1983 και σταθεροποιήθηκαν στις 30 περιπτώσεις γυναικών ανά 100.000 άτομα του πληθυσμού μέχρι το 1990. Αντίστοιχα οι Turnbull και συν. (1996) ανέφεραν μία σημαντική αύξηση των ετήσιων ποσοστών επίπτωσης της Ψυχογενούς ουλιμίας σε κορίτσια και γυναίκες της ηλικίας των 10-39 ετών, από 14.6 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα πληθυσμού το 1988, σε 51.7 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα πληθυσμού το 1993. Οι Lucas και συν. (1999) υποστήριξαν ότι η αύξηση των νέων κρουσμάτων οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στο υπάρχον πολιτισμικό ήθος που επιτάσσει στις σημερινές γυναίκες να είναι αδύνατες, ενώ η ηλικία των 15- 24 έτη αποτελεί επίσης το ευαλωτότερο ηλικιακό φάσμα στις επιρροές των σύγχρονων κοινωνικών και ψυχολογικών πιέσεων.

Η αύξηση των ΔΠΤ δεν είναι ξεκάθαρο αν (α) αντανακλά μία πραγματική ποσοστιαία αύξηση του φαινομένου στην κοινότητα, ή (β) οι ασθενείς είναι περισσότερο κινητοποιημένοι σήμερα να αναζητήσουν θεραπευτική βοήθεια απ' ότι παλαιότερα, ή (γ) ευθύνεται το μεγαλύτερο εύρος των σύγχρονων υπηρεσιών ψυχικής υγείας που παρέχονται, σε συνδυασμό με το ότι, (δ) η σημερινή ψυχιατρική προσέγγιση σήμερα είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένη στον εντοπισμό, τη διάγνωση και την θεραπευτική αντιμετώπιση των ΔΠΤ, ή (ε) ένας συνδυασμός των

[1] Η ετήσια «επίπτωση» (Μαδιανός, 2003) είναι η μέτρηση των νέων κρουσμάτων μίας ασθένειας σε ένα έτος και προέρχεται από τη μετάφραση της αγγλικής λέξης "incidence".

παραπάνω λόγων εξηγεί καλύτερα την αύξησή τους (Fairburn & Harrison, 2003;Hoek & Van Hoeken, 2003; Wakeling, 1996). Αν και δεν υπάρχει σαφής απάντηση στα παραπάνω ερωτήματα, αποκαλυπτικό είναι το εύρημα ότι η πλειοψηφία των ατόμων που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για τις ΔΠΤ δεν αναζητούν θεραπεία στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Fairburn & Harrison, 2003; Lewinsohn, Seeley,Moerk, & Striegel-Moore, 2002; Loeb, Wilson, Gilbert, & Labouvie, 2000; Pike,Dohm, Striegel-Moore, Wilfley, & Fairburn, 2001; Striegel-Moore, Dohm, Kraemer,Taylor, Daniels, Crawford & Schreiber, 2003; Striegel-Moore, Leslie, Petrill, Garvin,& Rosenheck, 2000).

Συγκεκριμένα, μόνο μία στις τρείς ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία και έξι στις εκατό ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία λαμβάνουν ψυχιατρική βοήθεια σήμερα, σύμφωνα με τους Hoek και Van Hoeken (2003). Τα πιθανά αίτια σχετίζονται με την βαθιά ντροπή που οι ασθενείς με ΔΠΤ νιώθουν για την φύση της διαταραχής τους (Fairburn, 1997), την άρνησή τους να αποδεχτούν το πρόβλημά τους, τους παράλογους φόβους ότι θα πάρουν βάρος (Wilson & Pike, 1993) ή ότι θα χάσουν τον έλεγχο αν κάνουν ψυχοθεραπεία.

2.2 Ιστορική αναδρομή των ΔΠΤ

Η ιστορική ανασκόπηση των ΔΠΤ αναδεικνύει τόσο τη σοβαρότητά τους όσο και την έκταση του φαινομένου. Οι ιστορικές αναφορές στην παθολογική λήψη τροφής εντοπίζονται χρονικά στην Αρχαία Ελλάδα. Σύμφωνα με τον Stunkard (1993) η βουλιμία είναι μία «αρχαία διάγνωση». Όπως άλλωστε υποδηλώνει και η ετοιμολογία της λέξης, ο «λιμός» στην αρχαία ελληνική γλώσσα σήμαινε «πείνα» και η προσθήκη του συνθετικού «βού» σήμαινε «μία μεγάλη ποσότητα», ή «βους» που σήμαινε «βόδι» (Liddell & Scott, 1972). Ο Ιπποκράτης, ο Ξενοφώντας και ο Αριστοφάνης αναφέρθηκαν στον «βουλιμό» ως μία νοσηρή μορφή πείνας η οποία διέφερε από την φυσιολογική (Lidell & Scott, 1972). Σύμφωνα με τον Stunkard (1993), οι μετέπειτα Έλληνες και Ρωμαίοι συγγραφείς αναφερόντουσαν στον «βουλιμό» για να περιγράψουν το αίσθημα πείνας, αδυναμίας και λιποθυμίας, καθώς και την υπερβολική κατανάλωση τροφής που ενεργοποιούσαν τα αισθήματα αυτά χρόνια (Stunkard, 1993).

Ό Γαληνός είχε τονίσει τη σημαντικότητα της τάσης για λιποθυμία και της απληστίας για το φαγητό ως χαρακτηριστικά του «βουλιμού» και λόγω της θέσης εξουσίας που κατείχε, η συγκεκριμένη ερμηνεία της λέξης επικράτησε για παραπάνω από 1000 Περιπτώσεις αυτο-λιμού που αποδόθηκαν σε δαιμονικές δυνάμεις και θεραπεύονταν με εξορκισμούς τεκμηριώθηκαν στο διάστημα ανάμεσα στον 5ο και στον 8ο Μ.Χ. αιώνα (Lacey, 1982 στο Keel & Klump, 2003). Ο Bell (1985) εντόπισε την πιθανή ύπαρξη της «ιερής ανορεξίας» (“holy anorexia”) σε ιστορική του μελέτη σε 261 Αγίους στην Ιταλία από το 1200 Μ.Χ. και έπειτα. Η ιερή ανορεξία περιλάμβανε την άρνηση του φαγητού και την απίσχνανση, οι οποίες κινητοποιούνταν από την πίστη των αγίων σε μία ανώτερη θεϊκή παρέμβαση. Το 1694, ο Richard Morton περιέγραψε για πρώτη φορά στην ιατρική βιβλιογραφία την «Νευρική Ανορεξία» ως μία πάθηση «νευρικής φθοράς» που προκαλείτο από μία «μελαγχολική και αγχωτική φροντίδα». Ο συγγραφέας εμπνεύστηκε από την ιστορία μίας γυναίκας η οποία παρουσίαζε συμπτώματα εξάντλησης, αμηνόρροια και αφοσίωση στη μελέτη και η οποία τελικά πέθανε διότι αρνείτο να δεχτεί οποιαδήποτε θεραπεία. Τα συμπτώματα αυτά, χαρακτηρίζουν τη σημερινή κλινική εικόνα της Ψυχογενούς Ανορεξίας (Σίμος, 1996).

Στον 18ο αιώνα η επιρροή του Γαληνού μειώθηκε, με αποτέλεσμα οι νεότερες περιγραφές της βουλιμίας να μην περιλαμβάνουν το κριτήριο της λιποθυμίας. Ο James (1743) περιέγραψε τον «αληθινό βουλιμό» (“true boulimus”), ο οποίος χαρακτηριζόταν από την έντονη ενασχόληση με το φαγητό και την υπερφαγία σε μικρά χρονικά διαστήματα. Ανέφερε επίσης μία παραλλαγή του φαινομένου, το “caninus appetitus” όπου η υπερφαγία ακολουθείτο από την πρόκληση εμετού (Stunkard, 1993). Το 1772, ο Cullen ανέφερε περιστατικά ασθενών οι οποίοι υπέφεραν από μία «τόσο δυνατή πείνα, κατά την οποία έτρωγαν περισσότερο απ’ ότι μπορούσαν να χωνέψουν» και διαχώρισε επτά διαφορετικά είδη βουλιμίας (Stunkard, 1993). Στις αρχές του 19ου αιώνα, η έννοια της βουλιμίας ως υπερφαγία αναγνωρίστηκε επαρκώς και εντάχτηκε στην εγκυκλοπαίδεια Encyclopedia Britannica (1797) και στο ιατρικό λεξικό Dictionnaire de Medecine et Chirurgie (1830). Το 1833, ο Descuret περιέγραψε μία περίπτωση «σύμφυτης βουλιμίας» (“congenital bulimia”) με βάση την περίπτωση μίας μαθήτριας η οποία απεβλήθη από το σχολείο της επειδή έκλεβε φαγητό από τις συμμαθήτριές της, ενώ κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της στη ψυχιατρική κλινική του Σαλπετριέρ, κατανάλωνε πέντε κιλά ψωμί ημερησίως (Stunkard, 1993). Στα τέλη του 19ου αιώνα, δύο

διακεκριμένοι γιατροί, ο Charles Lasègue και ο Sir William Gull περιέγραψαν την Ψυχογενή Ανορεξία. Ο Lasègue δημοσίευσε το 1873 το άρθρο του «Περί της Υστερικής Ανορεξίας» (Χριστοδούλου και συν., 2000), όπου παρουσίασε οκτώ ασθενείς (οι περισσότερες ήταν νεαρές κοπέλες) στις οποίες η έναρξη της διαταραχής είχε προκληθεί από κάποιο συγκινησιακό ερέθισμα. Στις κλινικές του περιγραφές, ο Lasègue τόνισε την ικανοποίηση των ασθενών του με την κατάστασή τους, παρά την ανησυχία και τις απειλές των μελών της οικογένειάς τους και αντιλήφθηκε την νευρική ανορεξία ως «μία υστερία συνδεδεμένη με την υποχονδρία».

Ο Gull (1874) χαρακτήρισε το σύνδρομο της «Νευρικής Ανορεξίας» ως «μία διαστροφή του Εγώ» το οποίο εμφανιζόταν με άρνηση της τροφής, αμηνόρροια, απώλεια βάρους και υπερβολική σωματική άσκηση και είχε τις ρίζες του στον νοσογόνο ρόλο της οικογένειας της ασθενούς (Stunkard, 1993). Σύμφωνα με τον Stunkard (1993), ο Charcot υπήρξε ο πρώτος που αναγνώρισε τις ανησυχίες των ασθενών με ανορεξία για την εικόνα του σώματός τους και το ατέρμονο κυνήγι της λεπτότητας. Το κύρος του Charcot στη Γαλλική ιατρική κοινότητα οδήγησε και άλλους Γάλλους ιατρούς όπως τον Janet (1903) στην περαιτέρω διερεύνηση της αναζήτησης της λεπτότητας που εμφάνιζαν οι ασθενείς με ανορεξία. Για πολλά χρόνια, οι περιγραφές της Ψυχογενούς Ανορεξίας περιορίζονταν στην ανάλυση ατομικών περιπτώσεων, με αποτέλεσμα την επικράτηση μίας μακροχρόνιας σύγχυσης αναφορικά με την φύση της Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Μετά τις περιγραφές του 19ου αιώνα, η νοσολογική οντότητα της Ψυχογενούς Ανορεξίας σχετίστηκε με την «πανυποφυσιακή καχεξία» δηλαδή με τη γενικευμένη υπολειτουργία της υπόφυσης, η οποία περιγράφηκε από τον Simmonds το 1914. Αν και η Ψυχογενής Ανορεξία διαφοροποιήθηκε από την πανυποφυσιακή καχεξία το 1949, η υπεργενίκευση της αποφυγής λήψης τροφής στην οποία παρέπεμπε ο όρος «ανορεξία», προκάλεσε παράταση της σύγχυσης μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1960. Εν τω μεταξύ, με την βαθιά επιρροή του ψυχαναλυτικού ρεύματος στα τέλη του 1930, η Ψυχογενής Ανορεξία αποδόθηκε σε ασυνείδητες ενορμήσεις και ενδοψυχικές συγκρούσεις των ασθενών. Ο Sigmund Freud στο βιβλίο «Τρείς Μελέτες για την Θεωρία της Σεξουαλικότητας» (1905) συνέδεσε τη διατροφή με τη σεξουαλικότητα και ερμήνευσε την αηδία απέναντι στη τροφή, ως αποτέλεσμα της απώθησης του στοματικού ερωτισμού του ατόμου και την αμηνόρροια ως την άρνηση της γενετήσιας σεξουαλικότητας.

Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, ένα νέο σύνδρομο γεννήθηκε. Οι πρώτες περιγραφές μίας σειράς ασθενών με Ανορεξία που ανέφεραν υπερφαγία και πρόκληση εμέτου πραγματοποιήθηκαν από τον Crisp (1967), ο οποίος διαπίστωσε ότι το 18% των ασθενών με ανορεξία παρουσίαζαν και συμπεριφορές κάθαρσης/υπερφαγίας. Τα ευρήματα των δημοσιεύσεων των Casper, Eckert, Halmi, Goldberg, και Davis (1980) και των Garfinkel, Moldofsky, και Garner (1980) οδήγησαν στην πρόταση ενός νέου υπότυπου της Ψυχογενούς Ανορεξίας – την υπερφαγικού/ καθαρτικού τύπου ανορεξία - με βάση την παρουσία ή την απουσία της υπερφαγίας (Stunkard, 1993).

Οι εργασίες της Hilde Bruch (1962), η οποία περιέγραψε τη χαρακτηριστική «ανυποχώρητη επιδίωξη της λεπτότητας» και του Crisp (1967) ο οποίος απέδωσε κεντρικό ρόλο στη «φοβία του πάχους», συνέβαλλαν στον αποσαφηνισμό της φύσης και της εκδήλωσης της ανορεξίας και στη κατανόηση των σύγχρονων διαγνωστικών κριτηρίων που τη διέπουν. Παράλληλα, η εργασία του Russell (1979) με τίτλο «Ψυχογενής Βουλιμία: η άλλη όψη του νομίσματος της Ψυχογενούς Ανορεξίας» ήταν καινοτόμα. Ο Russell περιέγραψε τα κοινά χαρακτηριστικά 30 γυναικών ασθενών τις οποίες παρακολουθούσε στο διάστημα 1972-1978, οι οποίες παρουσίαζαν συμπτώματα έντονης και ανεξέλεγκτης παρόρμησης για υπερβολικό φαγητό, αποφυγή πρόσληψης βάρους μέσω του αυτοπροκαλούμενου εμετού, νοσηρό φόβο του πάχους και υπερβολική ενασχόληση με το σχήμα και με το βάρος του σώματός τους.

Στη δεκαετία του 1980 παρουσιάστηκε μία ανακοίνωση του Αμερικανικού περιοδικού Cosmopolitan η οποία περιέγραφε τα συμπτώματα της βουλιμίας και καλούσε όσους τα παρουσίαζαν να απαντήσουν σε ένα απόρρητο και ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Το ερευνητικό ενδιαφέρον για την βουλιμία εξαπλώθηκε, με αποτέλεσμα την επίσημη αναγνώριση της βουλιμίας ως ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας, με αυτόνομη κλινική υπόσταση και συγκεκριμένα νοσολογικά χαρακτηριστικά (Fairburn, 1999). Το εκλαϊκευτικό αυτό γυναικείο περιοδικό, έδωσε φωνή και ορατότητα σε ένα φαινόμενο που παρέμενε σιωπηλό και άγνωστο στο ευρύ κοινό.

Η σύντομη ιστορική αναδρομή στις ΔΠΤ αντανακλά την ποικιλότητα των διαφορετικών επικρατούσων θεωρητικών προσεγγίσεων στις διαφορετικές χρονικές περιόδους. Οι παλαιότερες αναφορές της βουλιμίας την κατανοούσαν ως μία νοσηρή μορφή πείνας που οδηγούσε σε απληστία απέναντι στο φαγητό και την ψυχογενή

ανορεξία ως υποχονδρία ή ως απόρροια δαιμονικών δυνάμεων που έχρηζε εξορκισμό. Στην πορεία η ανορεξία συνδέθηκε με τη μελαγχολία και το άγχος και η βουλιμία με την έντονη ενασχόληση με το φαγητό και την υπερφαγία. Ο νοσογόνος ρόλος της οικογένειας και οι επιδράσεις ασυνείδητων δυνάμεων στην έκφραση των ΔΠΤ απέκτησαν σημαντική θεωρητική υπόσταση κατά την επιρροή του ψυχαναλυτικού ρεύματος τη δεκαετία 1930-1940, ενώ μετά το 1960 άρχισαν να τίθονται οι βάσεις για τη σύγχρονη κατανόηση της φύσης και της εκδήλωσης των ΔΠΤ. Οι επιστημονικές προσεγγίσεις οι οποίες αυξάνονται με ταχύτατο ρυθμό τα τελευταία χρόνια, σηματοδοτούν τις διαστάσεις και τη σοβαρότητα των ΔΠΤ που οι επιδημιολογικές μελέτες έρχονται να τεκμηριώσουν.

Η χρονική εξέλιξη των ΔΠΤ

Οι ΔΠΤ εκδηλώνονται συνήθως στα τέλη της εφηβείας και στην αρχή της ενηλικίωσης. Οι επιδημιολογικές έρευνες αναφέρουν ότι το ποσοστό επίπτωσης των ΔΠΤ είναι περίπου 2.8% μέχρι την ηλικία των 18 ετών και μειώνεται στο 1.3% στο ηλικιακό φάσμα των 19 με 23 ετών (Lewinsohn et al., 2000).

Στη Ψυχογενή Ανορεξία η ηλικιακή ομάδα με τον μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής είναι τα 15-19 έτη καθ’ ότι το 40% των κλινικών περιπτώσεων εντοπίζονται στις ηλικίες αυτές (Hoek & Van Hoeken, 2003). Η διαταραχή εμφανίζεται σταδιακά, ενώ είναι δύσκολο να ορισθεί επακριβώς το χρονικό σημείο εμφάνισής της καθότι αυτό εξαρτάται από τη χρονική στιγμή κατά την οποία η ασθενής θα επιζητήσει ιατρική θεραπεία όπου και θα μετρηθεί το βάρος της προκειμένου να κριθεί αν θα θεωρηθεί ή όχι «κλινική περίπτωση» (Lucas et al., 1999). Η Ψυχογενής Ανορεξία είναι μία χρόνια ασθένεια (Le Grange, 1999). Η πρόγνωσή της δεν είναι ικανοποιητική: πέντε έως δέκα χρόνια μετά από την έναρξη της διαταραχής το 25% των ασθενών θεραπεύεται πλήρως, το 55% παραμένει σε μία κυμαινόμενη χρονιότητα, ενώ το υπόλοιπο 20-25% δεν εμφανίζει θεραπευτική βελτίωση (Fairburn & Harrison, 2003; Μαδιανός, 2004).

Στη Ψυχογενή Βουλιμία η ηλικιακή ομάδα με τον υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής είναι τα 20-24 έτη (Hoek et al., 1995). Η διαδρομή της Ψυχογενούς Βουλιμίας θεωρείται χρόνια και εναλλασσόμενη (Fairburn, Stice, Cooper, Doll, Norman, & O’ Connor, 2003; Μαδιανός, 2004). Τα βουλιμικά επεισόδια αρχίζουν συνήθως κατά τη διάρκεια ή μετά από περίοδο δίαιτας (Fairburn,

1999) ενώ ο μέσος όρος διάρκειας του ιστορικού του προβλήματος είναι τα πέντε έτη (Fairburn & Harrison, 2003). Ως προς τη μακροχρόνια εξέλιξη της Ψυχογενούς Βουλιμίας, οι έρευνες φανερώνουν ότι το 35% των περιπτώσεων δεν έχει καλή πρόγνωση, το 35% εμφανίζει μερική βελτίωση των συμπτωμάτων, ενώ τέλος, το 30% των ασθενών παρουσιάζει ύφεση των συμπτωμάτων (Μαδιανός, 2004). Σύμφωνα με επιδημιολογική έρευνα της Hay (1998) σε 3000 άτομα στην κοινότητα της Νοτίου Αυστραλίας, τα επεισόδια υπερφαγίας και η δίαιτα ήταν συχνότερα στις γυναίκες μεταξύ των 30 και 35 ετών και η πρόκληση εμετού ήταν συχνότερη στις γυναίκες των 35 με 44 ετών. Η συγγραφέας υποστήριξε ότι τα ευρήματά της αντανακλούν μία πιθανή αύξηση της ηλικίας της έναρξης των βουλιμικών ΔΠΤ και την επιμονή μέσα στο χρόνο των συμπτωμάτων των ΔΠΤ. Η χρονιότητα της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Ψυχογενούς Βουλιμίας έχει άλλωστε αναφερθεί στη διεθνή βιβλιογραφία (Fairburn, 1999; Lucas et al., 1999).

Η έναρξη της Διαταραχής Κρίσεων Επεισοδιακής Υπερφαγίας (ΔΚΕΥ) εντοπίζεται μεταγενέστερα από την Ψυχογενή Ανορεξία και την Ψυχογενή Βουλιμία, περίπου στα 21 έτη (Pike et al., 2001), και συνήθως ακολουθεί μία περίοδο δίαιτας στην οποία έχει επέλθει σημαντική απώλεια βάρους. Η ΔΚΕΥ ακολουθεί μία χρόνια πορεία (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition; DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994).

2.3 Επιδημιολογικές μελέτες στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

2.3.1 Η επικράτηση[2] των ΔΠΤ

2.3.1.1 Ψυχογενής Βουλιμία και Ψυχογενής Ανορεξία

Σύμφωνα με τα δημογραφικά ευρήματα, οι ΔΠΤ εκδηλώνονται συνήθως σε έφηβες και νεαρές γυναίκες οι οποίες αποτελούν τουλάχιστον το 90% των ασθενών με ΔΠΤ (Fairburn, 1999; Fairburn & Harrison, 2003; Hoek & Van Hoeken, 2003). Η επικράτηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας στον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 1% έως 3%, ενώ στη Ψυχογενή Ανορεξία από 0.3% έως 0.5% (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition; DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994; Fairburn & Beglin, 1990; Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom,

[2] Η «επικράτηση» (Μαδιανός, 2003) είναι η μέτρηση του συνολικού αριθμού των περιπτώσεων που νοσούν από μία ψυχιατρική διαταραχή στον γενικό πληθυσμό και προέρχεται από τη μετάφραση της αγγλικής λέξης “prevalence”.

Kennedy, Kaplan, & Wodside, 1995; Hoek & Van Hoeken, 2003; Kachele, Kordy, & Richard, 2001; Lewinsohn, Striegel-Moore, & Seeley, 2000; Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard, Wadden, Yanovski, Agras, Mitchell, & Nonas, 1992; Striegel-Moore & Franko, 2003). Η επικράτηση της υποουδικής[3] Ψυχογενούς Βουλιμίας στις νεαρές ενήλικες γυναίκες υπολογίζεται στο 5.4% (Fairburn & Beglin, 1990) και της υποουδικής Ψυχογενούς Ανορεξίας στο 1.09% (Szumska, Tury, Csoboth, Rethelyi, Purebl, Hajnal, 2005).

Τα ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία ποικίλλουν στις διαφορετικές έρευνες. Για παράδειγμα, οι Fairburn και Harrison (2003) και ο Hsu (1996) υπολόγισαν ότι το ποσοστό θνησιμότητας των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία είναι 4-10 %, ενώ σύμφωνα με τον Μαδιανό (2004), μετά από εικοσαετή πορεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας υπάρχει ένα ποσοστό 18% θνησιμότητας, στο οποίο εμπίπτει το 20% των ασθενών κατά τους Crisp, Callendar, Halek, και Hsu (1992).

Στις ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, η πιθανότητα εκδήλωσης Ψυχογενούς Βουλιμίας υπολογίζεται στο 2-5% (Kreipe & Birndorf, 2000; Van Hoeken, Lucas, & Hoek, 1998) ενώ το ποσοστό της πιθανότητας αυτής διπλασιάζεται για τις Άτυπες Διαταραχές Διατροφής. Το 20% των γυναικών με καθαρτικού τύπου Ψυχογενή Βουλιμία και το 13% με μη-καθαρτικού τύπου Ψυχογενή Βουλιμία παρουσίαζαν ιστορικό Ψυχογενούς Ανορεξίας (Striegel- Moore et al., 2000).

Στη διεθνή βιβλιογραφία οι έρευνες των ποσοστών επίπτωσης των ΔΠΤ βασίζονται σε περιπτώσεις ασθενών που εμφανίζονται στις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με πρόσφατη επισκόπηση των υπαρχόντων επιδημιολογικών μελετών των Hoek και Van Hoeken (2003), η επίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι οκτώ περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα στον γενικό πληθυσμό τον χρόνο και η επίπτωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι δώδεκα περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα στον πληθυσμό τον χρόνο.

Τα ευρήματα αναφέρουν ότι οι ΔΠΤ έχουν συχνή συνοσηρότητα με άλλες διαταραχές του Άξονα I (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition; DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994), ιδιαίτερα με την κατάθλιψη και με τις αγχώδεις διαταραχές σε ποσοστά που κυμαίνονται από 50%-70% (Garfinkel et. al., 1995; Lewinsohn et al., 2000). Υψηλά ποσοστά

[3] Η «υποουδική» διαταραχή πρόσληψης τροφής αναφέρεται στις ήπιες μορφές της διαταραχής, όπου το άτομο δεν πληρεί επαρκώς τα ψυχιατρικά διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής και συνήθως δεν κινητοποιείται να αναζητήσει θεραπεία.

συνοσηρότητας έχουν αναφερθεί και ανάμεσα στις ΔΠΤ και στις διαταραχές του Άξονα ΙΙ (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition; DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994; Dolan, Evans, & Norton, 1994) σε ποσοστά 21%-97% (Vitousek & Manke, 1994).

2.3.1.2 Διαταραχή Κρίσεων Επεισοδιακής Υπερφαγίας

Οι έρευνες στην επιδημιολογία της Διαταραχής Κρίσεων Επεισοδιακής Υπερφαγίας (ΔΚΕΥ) βρίσκονται ακόμη στα αρχικά τους στάδια. Η ΔΚΕΥ πλήττει δημογραφικά μία πιο ποικιλόμορφη ομάδα από ότι η Ψυχογενής Βουλιμία (Striegel-Moore & Franko, 2003). Η επικράτησή της στον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 1% έως 4% (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition; DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994), ενώ οι έρευνες αναφέρουν την υψηλή συσχέτιση της ΔΚΕΥ με την παχυσαρκία (Grilo, 2002 στο Fairburn & Brownell, σελ. 178-182; Fairburn, Beglin, & Davies, 1993; Pike et al., 2001; Smith, Marcus, Lewis, Fitzgibbon, & Schreiner, 1998) και με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, ιδιαίτερα τις συναισθηματικές και τις αγχώδεις διαταραχές (Pike et al., 2001; Striegel-Moore et al., 2000; Striegel-Moore & Franko, 2003).

Διαφορετικά ποσοστά της επικράτησης της ΔΚΕΥ έχουν αναφερθεί στις επιδημιολογικές έρευνες. Σύμφωνα με τους Hoek και Van Hoeken (2003) και την Hay (1998), η επικράτηση της ΔΚΕΥ στον γενικό πληθυσμό είναι 1%. Οι Spitzer και συν. (1992) σε έρευνά τους στην κοινότητα ανέφεραν ότι το 2.5% των γυναικών και το 1.1% των ανδρών πληρούσαν τα κριτήρια για τρέχουσα ΔΚΕΥ ενώ οι Smith, Marcus, Lewis, Fitzgibbon, και Schreiner (1998) υπολόγισαν ότι η συνολική επικράτεια της διαταραχής ήταν 1.5%, σε αντίθεση με τους Striegel-Moore και Franko (2003) που ανέφεραν σχεδόν διπλάσιο ποσοστό (2.7%). Οι Spitzer, Kroenke, και Williams (1999) σε δείγμα 3000 ασθενών ανέφεραν ότι η επικράτηση της ΔΚΕΥ ήταν 6%. Τα υψηλά ποσοστά της ΔΚΕΥ σε ορισμένες έρευνες ενδέχεται να οφείλονται στη χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς έναντι κλινικών συνεντεύξεων, τα οποία έχουν σχετισθεί με υψηλές ψευδείς θετικές απαντήσεις στη συχνότητα των επεισοδίων υπερφαγίας, λόγω της θολής και δυσνόητης για τους ερωτώμενους έννοιας της «υπερφαγίας» (“binge eating”) (Carter, Aime, & Mills, 2001; Grilo, Maheb, & Wilson, 2001; Striegel-Moore et al., 2003; Wilfley, Schwartz, Spurrell, & Fairburn, 1997).

Κεφάλαιο 3 – Χαρακτηριστικά Ψυχικών Διαταραχών που σχετίζονται με ΔΠΤ

3.1 Διαγνωστικά Κριτήρια ΔΠΤ

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition; DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994), αποτέλεσε για την παρούσα Πτυχιακή εργασία, το πλαίσιο αναφοράς με βάση το οποίο πραγματοποιήθηκε η επιλογή του κλινικού δείγματος της έρευνας. Σύμφωνα με αυτό, οι ΔΠΤ ομαδοποιούνται σε τρεις βασικές κατηγορίες, την Ψυχογενή Ανορεξία, την Ψυχογενή Βουλιμία και τη Διαταραχή στην Πρόσληψη Τροφής Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Πρόσφατα προτάθηκε και μία νέα κατηγορία, η Διαταραχή Κρίσεων Επεισοδιακής Υπερφαγίας (“Binge Eating Disorder”). Η ταξινόμηση των ψυχιατρικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition; DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994) θέτει τα παρακάτω διαγνωστικά κριτήρια για κάθε μία Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής:



<u>Ψυχογενής Ανορεξία</u>

Α. **Άρνηση του ατόμου** να διατηρήσει το βάρος του σώματός του στο επίπεδο ή άνω από το επίπεδο του ελάχιστα φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος

του (π.χ. απώλεια βάρους που έχει ως αποτέλεσμα τη διατήρηση του βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου, ή αποτυχία αν έχει την αναμενόμενη αύξηση βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης που έχει ως αποτέλεσμα βάρος σώματος λιγότερο από το 85% του αναμενόμενου).

Β**. Έντονος φόβος του ατόμου** ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα γίνει παχύ, ακόμη και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.

Γ. **Διαταραχή** του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα, υπέρμετρη επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματος στην αυτοαξιολόγηση, ή άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού βάρους του σώματος.

Δ. Σε γυναίκες μετά την εμμηναρχή, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορυσιακών κύκλων (μία γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια αν οι περίοδοί της εμφανίζονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών, π.χ. οιστρογόνων).

Κατά το DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition; American Psychiatric Association [APA], 1994), υπάρχουν δύο τύποι της Ψυχογενούς Ανορεξίας:

Α. **Περιοριστικός υπότυπος**: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο δεν έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή συμπεριφορές κάθαρσης (δηλαδή αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

Β. **Υπερφαγικός/ Καθαρτικός υπότυπος**: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή καταφεύγει τακτικά σε συμπεριφορές κάθαρσης (δηλαδή αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

Η βασική κλινική διαφορά ανάμεσα στους δύο υπότυπους της Ψυχογενούς Ανορεξίας, έγκειται στη διαφορετική ένταση της ψυχοπαθολογίας τους. Ο «υπερφαγικός/καθαρτικός τύπος» θεωρείται περισσότερο ψυχοπαθολογικός διότι συνδέεται περισσότερο με χαρακτηριστικά διαταραχών προσωπικότητας, παρορμητικές συμπεριφορές, καταχρήσεις ουσιών και οινοπνεύματος, κοινωνική

απομόνωση και με μεγαλύτερες πιθανότητες απόπειρας αυτοκτονίας σε σχέση με τον «περιοριστικό υπότυπο» (Pryor & Wiederman, 1996).



Ψυχογενής Βουλιμία

Α. Επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από αμφότερα τα ακόλουθα:

α) η κατανάλωση, σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε δύο ώρες), ποσότητας τροφής η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτήν που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από όμοιες περιστάσεις.

β) αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου (π.χ. ένα αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τί και πόσο τρώει).

Β. Επανειλημμένη απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί ή αύξηση του βάρους, όπως αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, κατάχρηση

καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση.

Γ. Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας όσο και η απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά εμφανίζονται κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για διάστημα τριών μηνών.

Δ. Η αυτοαξιολόγηση επηρεάζεται υπέρμετρα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Ε. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Κατά το DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition; American Psychiatric Association [APA], 1994), υπάρχουν δύο τύποι της Ψυχογενούς Βουλιμίας:

α) **Καθαρτικός υπότυπος**: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

β) **Μη-καθαρτικός υπότυπος**: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες απρόσφορες, αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως η νηστεία, ή η υπερβολική σωματική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.



Διαταραχή στην Πρόσληψη Τροφής Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

Η κατηγορία της Διαταραχής στην Πρόσληψη Τροφής Μη Προσδιοριζόμενης Αλλιώς περιλαμβάνει διαταραχές της πρόσληψης τροφής οι οποίες δεν πληρούν τα κριτήρια οποιασδήποτε ειδικής Διαταραχής στην Πρόσληψη Τροφής. Τα παραδείγματα περιλαμβάνουν:

Α. Στις γυναίκες, πληρούνται όλα τα κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας εκτός του ότι το άτομο έχει κανονικούς εμμηνορυσιακούς κύκλους.

Β. Πληρούνται όλα τα κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας εκτός του ότι παρά τη σημαντική απώλεια βάρους, το βάρος του ατόμου παραμένει εντός των φυσιολογικών ορίων.

Γ. Πληρούνται όλα τα κριτήρια της Ψυχογενούς Βουλιμίας εκτός του ότι τα επεισόδια υπερφαγίας και οι απρόσφοροι αντισταθμιστικοί μηχανισμοί εμφανίζονται σε συχνότητα μικρότερη από δύο φορές την εβδομάδα ή σε διάρκεια μικρότερη από τρείς μήνες.

Δ. Η τακτική υιοθέτηση απρόσφορης αντισταθμιστικής συμπεριφοράς από ένα άτομο φυσιολογικού βάρους σώματος μετά από κατανάλωση μικρών ποσοτήτων τροφής (π.χ. αυτοπροκαλούμενοι έμετοι μετά από κατανάλωση δύο γλυκών).

Ε. Κατ' επανάληψη μάσηση και απόπτυση, αλλά χωρίς κατάποση, μεγάλων ποσοτήτων τροφής.

Διαταραχή Κρίσεων Επεισοδιακής Υπερφαγίας

Πρόκειται για μία νέα διαγνωστική κατηγορία που προτάθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition; DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994), της οποίας η κλινική εικόνα είναι παρόμοια με αυτή της Ψυχογενούς Βουλιμίας, με τη διαφορά ότι απουσιάζουν οι τακτικές απρόσφορες αντισταθμιστικές συμπεριφορές.
Τα προτεινόμενα διαγνωστικά κριτήρια είναι τα εξής:

Α. Επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας τα οποία χαρακτηρίζονται από

α) κατανάλωση, σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε δύο ώρες), ποσότητας τροφής η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτή που θα μπορούσαν να καταναλώσουν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου και κάτω από όμοιες περιστάσεις.

β) αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου (π.χ. ένα αίσθημα του ατόμου ότι δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει).

Β. Τα επεισόδια υπερφαγίας συνδέονται με τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

α) ο ρυθμός πρόσληψης τροφής είναι πολύ πιο ταχύς από το φυσιολογικό,

β) η πρόσληψη τροφής εξακολουθεί μέχρι ενός σημείου δυσάρεστου κορεσμού,

γ) ύπαρξη μεγάλων ποσοτήτων τροφής και απουσία αίσθησης σωματικής πείνας,

δ) η πρόσληψη τροφής γίνεται όταν το άτομο είναι μόνο, εξαιτίας της ντροπής που αισθάνεται για το πόσο τρώει,

ε) αισθήματα απέχθειας προς τον εαυτό, θλίψης ή ενοχής μετά από το επεισόδιο υπερφαγίας.

Γ. Υπάρχει σημαντική δυσφορία και ενόχληση για τα επεισόδια υπερφαγίας.

Δ. Τα επεισόδια υπερφαγίας λαμβάνουν χώρα κατά μέσο όρο δύο μέρες την εβδομάδα για διάστημα έξι μηνών.

Ε. Τα επεισόδια υπερφαγίας δεν συνδέονται με την τακτική υιοθέτηση απρόσφορων αντισταθμιστικών συμπεριφορών (π.χ. αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση).

Περιληπτικά, στη Ψυχογενή Βουλιμία η ασθενής[4] ενδίδει συστηματικά σε επεισόδια υπερφαγίας με επακόλουθες επανορθωτικές συμπεριφορές, τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για τρεις μήνες. Η Ψυχογενής Ανορεξία χαρακτηρίζεται από την άρνηση της ασθενούς να διατηρήσει το ελάχιστα φυσιολογικό σωματικό βάρος και από τον έντονο φόβο πρόσληψης βάρους, ενώ και στις δύο κατηγορίες είναι χαρακτηριστική η επίδραση της εικόνας του σώματος στην αυτοεκτίμηση των ασθενών. Στη Διαταραχή Κρίσεων Επεισοδιακής Υπερφαγίας εμφανίζονται έντονα και ανεξέλεγκτα επεισόδια υπερφαγίας τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για έξι

[4] Στην παρούσα πτυχιακή εργασία θα χρησιμοποιηθεί το θηλυκό γένος, καθ' ότι οι γυναίκες αποτελούν το 90% των ασθενών που νοσούν με διαταραχές πρόσληψης τροφής (Fairburn & Harrison, 2003; Hoek & VanHoeken, 2003).

μήνες χωρίς τη χρήση επανορθωτικών μηχανισμών, ενώ οι άτυπες ΔΠΤ περιγράφουν κλινικά συμπτώματα ΔΠΤ τα οποία δεν εμπίπτουν σε καμία από τις βασικές διαγνωστικές κατηγορίες.

Έχοντας παρουσιάσει συνοπτικά τις ΔΠΤ σύμφωνα με τη σύγχρονη και πιο πρόσφατη έκδοση του Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMIV 4th edition; American Psychiatric Association [APA], 1994), θα γίνει μία σύντομη ιστορική αναδρομή των ΔΠΤ στην επόμενη ενότητα. Η αναδρομή αυτή κρίνεται απαραίτητη προκειμένου να αναδειχθούν οι διαφορές και οι ομοιότητες του τρόπου με τον οποίο οι ΔΠΤ προσεγγίστηκαν διαχρονικά, όπως και η σοβαρότητα του φαινομένου σε κάθε εποχή.

3.2 Κλινικά χαρακτηριστικά των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής

Η υπερβολική ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος και η υπεραξιολόγησή τους ως προς τη συνολική αυτοεικόνα, είναι το κεντρικό κλινικό χαρακτηριστικό των ασθενών με ΔΠΤ (Fairburn & Harrison, 2003). Ενώ οι περισσότεροι άνθρωποι αξιολογούν τον εαυτό τους με βάση τον τρόπο με τον οποίον αντιλαμβάνονται την επίδοσή τους σε διάφορους τομείς (π.χ. στις διαπροσωπικές τους σχέσεις ή την εργασία τους), οι ασθενείς με ΔΠΤ κρίνουν την αυτοαξία τους σχεδόν αποκλειστικά με βάση το σχήμα και το βάρος του σώματός τους και την ικανότητά τους να το ελέγχουν. Από την έντονη αυτή ενασχόληση απορρέουν οι γνωσιακές διαστρεβλώσεις, δηλαδή οι γνωσιακές παραποιήσεις της τρέχουσας εμπειρίας, οι οποίες διατηρούν τις βαθύτερες δυσλειτουργικές πεποιθήσεις του ατόμου αναφορικά με τη σημασία του βάρους και του σχήματος του σώματός του. Η διερεύνηση των γνωσιακών διαστρεβλώσεων που μετέχουν στη διατήρηση των ΔΠΤ αποτελούν το αντικείμενο της παρούσας έρευνας. Στο σημείο αυτό κρίνεται σημαντική η αναφορά στους παράγοντες προδιάθεσης που μετέχουν στην υπεραξιολόγηση τους βάρους και του σχήματος του σώματος, οι οποίοι άλλωστε αποτελούν έναν σημαντικό στόχο πρόληψης των ΔΠΤ.

3.2.1 Παράγοντες κινδύνου στην εμφάνιση των ΔΠΤ

Συνοψίζοντας τη σχετική βιβλιογραφία, οι Fairburn και Harrison (2003) υποστήριξαν ότι οι κύριοι παράγοντες ευπάθειας στην εμφάνιση των ΔΠΤ είναι γενικοί και ατομικοί.

- **Γενικοί παράγοντες προδιάθεσης** στην εμφάνιση των ΔΠΤ

Οι γενικοί παράγοντες αναφέρονται: (1) στο φύλο του ευάλωτου ατόμου, καθ' ότι οι σύγχρονες γυναίκες επιδέχονται μεγαλύτερες κοινωνικοπολιτισμικές πιέσεις να είναι αδύνατες, (2) στην εφηβεία, η οποία θεωρείται μία δύσκολη περίοδος για ένα ευάλωτο στις ΔΠΤ άτομο και, (3) στον ρόλο της Δυτικής κοινωνίας, η οποία αυξάνει σε ένα άτομο την πιθανότητα να εμφανίσει ΔΠΤ.

- **Ατομικοί παράγοντες προδιάθεσης** στην εμφάνιση των ΔΠΤ

Οι ειδικοί-ατομικοί παράγοντες είναι: (4) οικογενειακοί, π.χ. η ύπαρξη στην οικογένεια ΔΠΤ (Agras, Hammer & McNicholas, 1999), κατάθλιψης, κατάχρησης ουσιών, παχυσαρκίας, ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής ή ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999), (5) προνοσηρές εμπειρίες όπως είναι το αντίξοο περιβάλλον στο οποίο ένα παιδί μεγαλώνει, η σεξουαλική κακοποίηση, η δίαιτα μέσα στην οικογένεια, η δυσαρέσκεια της μητέρας με το σώμα της και ο δείκτης μάζας σώματος των γονιών (Stice, Agras, & Hammer, 1999), το βίωμα αρνητικών και κριτικών σχολίων που σχετίζονται με το φαγητό, το σχήμα και το βάρος του σώματος από μέλη της οικογένειας και η πίεση στο άτομο από τον περίγυρό του να είναι αδύνατο, (6) προνοσηρά χαρακτηριστικά του ατόμου όπως είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η τελειομανία (η οποία δρα ειδικότερα ως χαρακτηριολογικός παράγοντας προδιάθεσης στην εμφάνιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας).

Σύμφωνα με τους Fairburn και Harrison (2003), η πρώιμη έναρξη της εμμήνου ρύσεως, η παχυσαρκία στο παιδί ή στους γονείς, η κατάχρηση ουσιών και οι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα σε ένα άτομο να οδηγηθεί σε δίαιτα, συντελούν ειδικώς στην εμφάνιση της Ψυχογενούς Βουλιμίας. Στους παράγοντες αυτούς, οι Kendler, MacLean, Neale, Kessler, Heath, και Eaves (1991) προσέθεσαν

τη γέννηση του ατόμου μετά το 1960, ιστορικό με έντονες εναλλαγές του βάρους και υψηλά επίπεδα νευροτισμού. Οι παραπάνω παράγοντες συντελούν στην εμφάνιση των ΔΠΤ, τα κλινικά χαρακτηριστικά των οποίων διακρίνονται από μία επίμονη και υπερβολική ενασχόληση των ασθενών με το βάρος και το σχήμα του σώματός τους.

3.2.2 Ψυχογενής Ανορεξία

3.2.2.1 Η κλινική εικόνα της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Η Ψυχογενής Ανορεξία χαρακτηρίζεται από έντονη και σοβαρή διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος και από την ανυποχώρητη επιδίωξη της ασθενούς να είναι λεπτή. Η διαταραχή μπορεί να γίνει κατανοητή ως ένας παράλογος φόβος για το πάχος ή όπως το ονόμασε ο Russell (1970) ως «νοσηρός φόβος του πάχους», ο οποίος οδηγεί το άτομο σε έναν σκόπιμα αυτοεπιβαλλόμενο περιορισμό της πρόσληψης της τροφής του και σε μία τέτοια επιλογή της ποσότητας και της ποιότητας των τροφών, ώστε εκείνο να οδηγείται σε μία απώλεια βάρους και απίσχνανση, η οποία προοδευτικά μπορεί να φτάσει σε κατάσταση λιμοκτονίας. Η καταναγκαστική σωματική άσκηση διατηρεί το χαμηλό βάρος των ασθενών, ενώ σε μικρό ποσοστό γίνεται χρήση διουρητικών, καθαρτικών ή αυτοπροκαλούμενου εμετού. Μόλις η απώλεια βάρους επιτευχθεί, όχι απλά η συμπεριφορά δεν θεωρείται πρόβλημα για την ίδια την ασθενή, αλλά αντίθετα, το χαμηλό της βάρος το αξιολογεί ως επίτευγμα, με αποτέλεσμα να παρουσιάζει περιορισμένο κίνητρο για αλλαγή. Η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται με την αυστηρή δίαιτα, κατά την οποία τα φαγητά που θεωρεί παχυντικά τα αποκλείει από το διαιτολόγιό της. Οι ασθενείς αναπτύσσουν συμπεριφορές με συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες σε σχέση με τη διατροφή, όπως το να κρύβουν φαγητά σε διάφορα μέρη του σπιτιού. Συνήθως τεμαχίζουν το φαγητό τους σε μικρά κομματάκια και καταναλώνουν πολύ χρόνο στην προσπάθειά τους αναδιατάξουν την τροφή στο πιάτο τους. Όταν οι ασθενείς δέχονται παρατηρήσεις για τη συμπεριφορά τους σε σχέση με το φαγητό, συνήθως δεν αποδέχονται το μη-φυσιολογικό της συμπεριφοράς τους και αρνούνται κάθε συζήτηση για το πρόβλημα (Fairburn, 1997). Ο έντονος φόβος να πάρουν βάρος είναι εμφανής σε όλες τις ασθενείς, με αποτέλεσμα εκείνες να μην έχουν ενδιαφέρον για οποιαδήποτε θεραπευτική πρόταση (Μαδιανός, 1997).

Σε ορισμένες ασθενείς με ανορεξία, ο περιορισμός της ληφθείσας τροφής ενεργοποιείται και από άλλες ψυχολογικές διεργασίες, όπως είναι ο ανταγωνισμός και

η αυτοτιμωρία (Beumont, 2002). Κατά τους Westen και Harnden-Fisher (2001) οι ασθενείς εκδηλώνουν έναν περιορισμό απέναντι στην ευχαρίστηση, τις βαθύτερες ανάγκες τους, τα συναισθήματα, τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, την αυτογνωσία, τη σεξουαλικότητα και το βάθος με το οποίο κατανοούν τους άλλους. Συνήθως αισθάνονται κενές, χρόνια δυσφορικές, καταθλιμμένες, ανεπαρκείς και ανηδονικές.
Παρουσιάζουν επίσης υψηλά ποσοστά αυτοτραυματιστικών συμπεριφορών, όπως και οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία (Mitchell, 1992), π.χ. τράβηγμα του τριχωτού της κεφαλής, κόψιμο και πρόκληση μωλώπων (Claes, Vandereycken, & Verommen, 2001).
Η ύπαρξη δευτερογενών συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης όπως είναι η ευερεθιστότητα, η εναλλαγή της διάθεσης, η διαταραγμένη συγκέντρωση, η κοινωνική απομόνωση, η απώλεια της σεξουαλικής όρεξης και οι έμμονες ιδέες έχουν επίσης επισημανθεί στη βιβλιογραφία. Σύμφωνα με τους Fairburn και Harrison (2003), τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης επιδεινώνονται με τη μείωση του βάρους και καλυτερεύουν κατά την φυσιολογικοποίησή του. Οι έρευνες συνοσηρότητας αναφέρουν ότι ένα υψηλό ποσοστό (75%) των ασθενών με ΔΠΤ πάσχουν και από αγχώδεις διαταραχές (Bulik, 1995; Bulik, Sullivan, Carter, & Joyce, 1996), οι οποίες εμμένουν και μετά την αποκατάσταση της ΔΠΤ (Kaye, Greeno, Moss, Fernstrom, Fernstrom, Lilenfeld, Weltzin & Mann, 1998). Οι Becker, DeViva, και Zayfert (2003) ανέφεραν υψηλά ποσοστά συσχέτισης ανάμεσα στην κοινωνική φοβία, τη μετατραυματική διαταραχή και τις ΔΠΤ.

Παρά τη λατινική ρίζα της λέξης, η νευρική ανορεξία, “anorexia nervosa”, δηλαδή «νευρική απώλεια της όρεξης», δεν σημαίνει πραγματική απώλεια της όρεξης. Αντίθετα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία αποκτούν μία πλήρη και αποκλειστική ενασχόληση με το φαγητό, ενώ συχνά βιώνουν οξείες κρίσεις πείνας. Η Ψυχογενής Ανορεξία έχει ερμηνευτεί ως μία αγχώδης αποφυγή της πρόσληψης βάρους, ως μία εμμονή με το σχήμα και το βάρος του σώματος και ως ένας εμμένων ψυχαναγκασμός γύρω από τον έλεγχο της πρόσληψης τροφής και του σωματικού βάρους. Μάλιστα ο Collier (2002) έχει θεωρήσει την Ψυχογενή Ανορεξία ως μία πρωτογενή διαταραχή του άγχους και του ελέγχου των παρορμήσεων, παρά του φαγητού. Η σχέση ανάμεσα στη Ψυχογενή Ανορεξία και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή άλλωστε είναι ιδιαίτερα συναφής, λόγω της υψηλής τους συνοσηρότητας (Zaider, Johnson, & Cockell, 2000), των επικαλυπτόμενων

χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και των νευροβιολογικών ομοιοτήτων τους (Wilson, 1999).

3.2.2.2 Ιατρικές επιπλοκές στη Ψυχογενή Ανορεξία

Μία από τις επικίνδυνες διαστάσεις της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι η σοβαρότητα των οργανικών επιπλοκών που μπορεί να προκαλέσει. Σύμφωνα με τους Leonard και Mehler (2001), οι σημαντικότερες ιατρικές επιπλοκές που συνδέονται με την Ψυχογενή Ανορεξία είναι: (1) δερματολογικές, (2) γαστρεντερικές, (3) ενδοκρινολογικές, (4) αιματολογικές, (5) καρδιαγγειακές οι οποίες ευθύνονται για το 50% των θανάτων που σχετίζονται με την ασθένεια, (6) σύνδρομο επανασίτισης ("refeeding syndrome"): μία από τις επικινδυνότερες περιόδους που παρουσιάζουν κίνδυνο καρδιακών επιπλοκών είναι οι πρώτες φάσεις της επανασίτισης των ασθενών με ανορεξία, οι οποίες στοχεύουν στην ανάκτηση του βάρους τους. Η επιθετική επανασίτιση και ιδιαίτερα υδατανθράκων και υγρών στην ασθενή με ανορεξία, μπορεί να δημιουργήσουν κατακράτηση υγρών, υποφωσφαταιμία και καρδιακή ανεπάρκεια, (7) αμηνόρροια. Δευτερογενή αμηνόρροια εμφανίζει το 95% των γυναικών με Ψυχογενή Ανορεξία και εν μέρει έχει αποδοθεί σε υποθαλαμικές δυσλειτουργίες που σχετίζονται με την απώλεια βάρους και σωματικού λίπους. Η έμμηνος ρύση επιστρέφει μέσα σε έξι μήνες στις περισσότερες ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, όταν ανακτήσουν το φυσιολογικό τους βάρος, (8) οστεοπόρωση, η οποία πλήττει το 50% των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία και συνθέτει μία από τις σοβαρότερες κλινικές επιπλοκές της διαταραχής.

Οι παραπάνω ιατρικές επιπλοκές είναι δευτερογενείς στις διαταραγμένες συμπεριφορές των ασθενών στη λήψη τροφής και στο μειωμένο σωματικό τους βάρος. Ορισμένες επιπλοκές είναι αναστρέψιμες με την επαναφορά των ασθενών στο φυσιολογικό τους βάρος. Ωστόσο θα πρέπει στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι η Ψυχογενής Ανορεξία μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο, εξαιτίας της υπερβολικής νηστείας των ασθενών, της έκτασης της σοβαρότητας των συνδεόμενων ιατρικών επιπλοκών ή της αυξημένης πιθανότητας απόπειρας αυτοκτονίας που είναι εγγενής στη διαταραχή. Σύμφωνα με τις έρευνες, πάνω από το 10% των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία πεθαίνουν (Garfinkel & Garner, 1987).

3.2.3 Ψυχογενής Βουλιμία

3.2.3.1 Η κλινική εικόνα της Ψυχογενούς Βουλιμίας

Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία στην προσπάθειά τους να ελέγξουν το βάρος τους ενδίδουν σε επαναλαμβανόμενα και ανεξέλεγκτα επεισόδια υπερφαγίας και σε αντιρροπιστικές μεθόδους ελέγχου του βάρους τους. Συχνά μάλιστα περιγράφουν τους εαυτούς τους ως «αποτυχημένες ανορεξικές» (“failed anorexics”, Fairburn & Harrison, 2003).

Το στρες και τα αρνητικά συναισθήματα θεωρούνται τα συχνότερα αίτια που πυροδοτούν τα επεισόδια βουλιμίας (Heatherton & Baumeister, 1991; Ruderman, 1985). Σύμφωνα με μία έρευνα, η πειραματικά εκλυόμενη δυσφορία οδηγεί τα άτομα με χρόνιο περιορισμό της τροφής να τρώνε περισσότερο από τα άτομα που νιώθουν δυσφορία αλλά δεν περιορίζουν το φαγητό τους (Ruderman, 1985). Επιπροσθέτως, τα βουλιμικά επεισόδια θεωρείται ότι επιτρέπουν στην ασθενή να ρυθμίζει τα διάσπαρτα συναισθήματά της (Steinberg, Tobin, & Johnson, 1989). Σύμφωνα με τον Fairburn (1999) άλλα άμεσα αίτια των βουλιμικών επεισοδίων είναι: (α) το αίσθημα υπερβολικού βάρους, (β) οι μικρές αυξήσεις του σωματικού βάρους, (γ) η δίαιτα, λόγω της σωματικής και της ψυχολογικής στέρησης που προκαλεί, (δ) η παραβίαση ενός διαιτητικού κανόνα, η οποία ερμηνεύεται από την ασθενή ως ένδειξη απώλειας ελέγχου, (ε) η ένταση, (στ) η σκέψη του φαγητού, (ζ) η έλλειψη οργάνωσης χρόνου και η πλήξη, (η) η απομόνωση και η μοναξιά, (θ) η προεμμηνορρυσιακή υπερένταση, η οποία αποτελεί το εύφορο έδαφος για την αρνητική παρερμηνεία των σωματικών αισθήσεων, και (ι) η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών η οποία συμβάλλει στηνάρση αναστολών.

Στην αρχή οι ασθενείς βιώνουν μία κατάσταση στην οποία νιώθουν ευερέθιστες και αβοήθητες στην έντονη ανάγκη τους να καταναλώσουν απαγορευμένες τροφές. Σταδιακά χάνουν τον έλεγχο των ορίων στην ποσότητα και στο είδος της τροφής (Levine, 1987). Κατά τη διάρκεια ενός βουλιμικού επεισοδίου, κατακλύζονται από ευχάριστα συναισθήματα, τα οποία όμως στη συνέχεια μετατρέπονται σε αρνητικά. Μετά από μία μεγάλη και ταχεία κατανάλωση τροφής, αισθάνονται αηδία, κυριεύονται από τύψεις για τη βουλιμία και για την «αδυναμία» που νιώθουν ότι έδειξαν στη δύσκολη στιγμή (Mizes, 1995). Νιώθουν επίσης έντονο φόβο για πιθανές

αλλαγές στο σχήμα και στο βάρος του σώματός τους (Fairburn, Cooper, & Cooper, 1986 στο Παπακώστας, 1994).

Λόγω των ενοχών που οι ασθενείς βιώνουν με τη συμπεριφορά τους, τείνουν να κρύβουν τη διαταραχή τους και σπάνια αναζητούν θεραπευτική στήριξη. Αν αναζητήσουν θεραπεία, τότε αυτό λαμβάνει χώρα τουλάχιστον τέσσερα με πέντε χρόνια μετά την έναρξη της διαταραχής (Lasater & Mehler, 2001). Το 75% των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία οδηγείται σε συστηματική πρόκληση εμετού προκειμένου να ελέγξει το βάρος του (Fairburn, 1999). Η διαδικασία αυτή απελευθερώνει άμεσα τις ασθενείς από τα δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα που απορρέουν από τα βουλιμικά επεισόδια (π.χ. βαρυστομαχιά), ενώ παράλληλα μετριάζει τα συναισθήματα του άγχους, της αηδίας καθώς και την αίσθηση απώλειας ελέγχου (DeSilva, 1995). Οι συχνοί εμετοί ωστόσο μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές αρνητικές ιατρικές επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία.

3.2.3.2 Ιατρικές επιπλοκές στη Ψυχογενή Βουλιμία

Σύμφωνα με τους Lasater και Mehler (2001), οι κυριότερες ιατρικές επιπλοκές στη Ψυχογενή Βουλιμία είναι: (1) ηλεκτρολυτικές (π.χ. υποκαλιαιμία η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μεταβολική αλκάλωση), (2) ενδοκρινολογικές, (3) στοματικές (π.χ. ξηροστομία, χειλίτιδα, υπερτροφία των σιελογόνων αδένων, φθορά της αδαμαντίνης των δοντιών), (4) γαστρεντερικές (π.χ. οισοφαγίτιδα, οισοφαγική ρήξη, δυσπεψία, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, χρόνια δυσκοιλιότητα και διάρροια από τη συχνή χρήση καθαρτικών), (5) καρδιαγγειακές (π.χ. αρρυθμίες, καρδιομυοπάθειες και πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας), (6) υπερφαγία (η οποία από μόνη της μπορεί να προκαλέσει γαστρική ρήξη, ναυτία, πόνους στην κοιλιακή χώρα και αύξηση του βάρους).

Οι παραπάνω ιατρικές επιπλοκές είναι δευτερογενείς στις αντιρροπιστικές μεθόδους ελέγχου του βάρους που χρησιμοποιούν οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία και ορισμένες θεωρούνται αναστρέψιμες με την θεραπεία της πρωτογενούς διαταραχής (Lasater & Mehler, 2001).

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι ασθενείς με βουλιμία είναι τόσο απελπισμένες να ελέγξουν το βάρος τους που καταφεύγουν σε οτιδήποτε μπορεί να τους φανεί χρήσιμο απέναντι στον σκοπό τους, όπως π.χ. το κάπνισμα, που λειτουργεί ως μέσο αποφυγής της τροφής. Παράλληλα, οι έρευνες φανερώνουν ότι η βουλιμία δεν έχει αρνητικές επιπτώσεις μόνο στην ίδια την ασθενή, αλλά και στους κοντινούς της ανθρώπους. Οι Hobes, Timini, και Robinson (1997) διεξήγαγαν μία έρευνα σε παιδιά που οι μητέρες τους έπασχαν από Ψυχογενή Βουλιμία. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 50% των παιδιών τους έπασχε επίσης από κάποια ψυχιατρική διαταραχή ενώ το 30% παρουσίαζε διαταραχές στην αντίληψη του σχήματος και του βάρους του σώματός του.

Παρόλο που η Ψυχογενής Βουλιμία θεωρείται πρωτογενής πάθηση, υπάρχουν ενδείξεις ότι η διαταραχή σχετίζεται και με άλλες διαταραχές. Έρευνες φέρνουν στο φως τη σύνδεση της Ψυχογενούς Βουλιμίας με την κατάθλιψη και την ασιτία (Leassle, Schweiger, & Pike, 1988), όπως επίσης και τη σχέση της με τη μανιοκατάθλιψη (Strober & Katz, 1988), τη δυσθυμία (Zaider et al., 2000), τις αγχώδεις διαταραχές (Bulik et al., 1996; Kaye et al., 1998; Becker et al., 2003) και ιδιαίτερα την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Crino & Andrews, 1996), την κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών (Bulik, Sullivan, Carter, & Joyce, 1997; Holderness, Brooks-Gunn, & Warren, 1994) και τις διαταραχές προσωπικότητας (Ames-Frankel, Devlin, Walsh, Strasser, Sadik, Oldham, & Roose, 1992).

3.3 Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας στις ΔΠΤ

3.3.1 Ψυχογενής Ανορεξία

Η Ψυχογενής Ανορεξία έχει σχετισθεί με την εσωστρέφεια και τη συμμόρφωση (Casper, 1990) καθώς και με μία πληθώρα ιδεοψυχαναγκαστικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, όπως είναι η έντονη αυστηρότητα, η νοσηρή ανάγκη για έλεγχο και ο βαθιά ριζωμένος φόβος της αλλαγής (Bulik, Tozzi, Anderson, Mazzeo, Aggen, & Sullivan, 2003; Fassino, Svakic, Abbate-Daga, Leombrubi, Amianto, Stanic, Rovera, 2002; Halmi, Sunday, Strober, Kaplan, Woodside, Fichter, Treasure, Berrettini, & Kaye, 2000; Hewitt, Flett, & Ediger, 1995). Σύμφωνα με τους Fassino και συν. (2002), οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία τείνουν να αποφεύγουν

ενδεχόμενες βλάβες (“harm avoidance”), δεν επιδιώκουν νέες εμπειρίες και είναι επίμονες. Καταπιέζουν οποιαδήποτε μορφή παρορμητικότητας ή αυθορμητισμού στο όνομα μίας απόλυτης συμμόρφωσης σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς κανόνες. Η αβεβαιότητα αποτελεί για τις ασθενείς σημαντική πηγή απειλής και τις οδηγεί σε συναισθήματα ντροπής, ευθραυστότητας, απαισιοδοξίας και φόβου, με αποτέλεσμα να προσπαθούν να αποφύγουν το κόστος μπορεί να εμπεριέχεται σε μία δεδομένη κατάσταση Οι ίδιοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η μειωμένη ειλικρίνεια σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία αποτελεί πιθανή ιδιοσυγκρασιακή προδιάθεση για την εκδήλωση της διαταραχής και εκφράζεται με ανευθυνότητα, κατηγορίες εναντίον άλλων και χαμηλή ικανότητα εύρεσης διεξόδων.

Οι Bulik, Sullivan, Fear, και Pickering (2000) μελέτησαν τα διαφορετικά χαρακτηριστικά ανάμεσα σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία που ανάρρωναν από τη διαταραχή και σε χρόνιες ασθενείς με την ίδια διαταραχή. Οι χρόνιες ασθενείς είχαν χαμηλότερο δείκτη σωματικής μάζας, είχαν λάβει χαμηλότερη μητρική και πατρική φροντίδα και εκδήλωναν υψηλότερο περιορισμό απέναντι στην τροφή, μεγαλύτερο κίνητρο για λεπτότητα, συχνότερη βουλιμία και τάσεις αποφυγής της βλάβης (“harm avoidance”) σε σχέση με τις ασθενείς που βρίσκονταν σε στάδιο ανάρρωσης.

3.3.1.1 Η Τελειομανία

Η τελειομανία εκφράζεται ως η ανάγκη ενός ατόμου να θέτει υπερβολικά υψηλούς και συχνά ανέφικτους στόχους με αποτέλεσμα να νιώθει διαρκώς μία αίσθηση αποτυχίας, ακόμη και όταν η συμπεριφορά του είναι επιτυχής. Οι κλινικές περιγραφές της τελειομανίας ποικίλλουν: η Horney (1950) αναφέρθηκε στην «τυραννία των πρέπει», ο Hamachek (1978) σημείωσε ότι τα τελειομανή άτομα «απαιτούν από τους εαυτούς τους ένα υψηλότερο επίπεδο επίδοσης από εκείνο το οποίο συνήθως είναι πιθανόν να επιτευχθεί, με αποτέλεσμα να μειώνονται σοβαρά οι πιθανότητες να αισθάνονται τα ίδια καλά με τους εαυτούς τους». Ο συγγραφέας προσέθεσε ότι τα τελειομανή άτομα «δεν καθοδηγούνται τόσο από μία επιθυμία για πρόοδο όσο από τον φόβο της αποτυχίας...ενώ υπεραξιολογούν την επίδοσή τους και υποαξιολογούν τον εαυτό τους» (Hamachek, 1978, σελ.27, στο Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002). Ο Hollender (1965) αναλύοντας τις γνωσιακές διεργασίες των τελειομανών ατόμων οι οποίες διατηρούν την τελειομανία τους, ανέφερε ότι «η επιλεκτική τους προσοχή,

τους κάνει να επικεντρώνονται στο τί είναι λάθος και σπάνια στο τι είναι σωστό» (Hollender, 1965, σελ.95 στο Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002).

Οι Shafran, Cooper και Fairburn (2002), σημείωσαν ότι το κεντρικό χαρακτηριστικό της «κλινικής τελειομανίας», δηλαδή της τελειομανίας που συνθέτει κλινικό πρόβλημα, είναι «η αποκλειστική αξιολόγηση του εαυτού με βάση την αναζήτηση και την επιτυχία στους αυτοεπιβαλλόμενους και απαιτητικούς κανόνες της επίδοσης, σε τουλάχιστον έναν τομέα, παρά την ύπαρξη αντίστροφων συνεπειών» (Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002, σελ. 773). Οι συγγραφείς υποστήριξαν ότι τόσο η Ψυχογενής Ανορεξία όσο και η Ψυχογενής Βουλιμία αποτελούν συχνά την άμεση έκφραση μίας βαθύτερης τελειομανίας.

Η αξιολόγηση του εαυτού καταλήγει να εξαρτάται αποκλειστικά από την επίτευξη των αυτοεπιβαλλόμενων και απαιτητικών κριτηρίων αναφορικά με τον έλεγχο του φαγητού, του βάρους και του σχήματος του σώματος.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η τελειομανία θεωρείται ένα από τα κεντρικότερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας στις ασθενείς με ΔΠΤ (Bulik et al., 2003; Halmi et al., 2000) και αποτελεί έναν ειδικό και σημαντικό παράγοντα ευπάθειας στην εμφάνιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999) αλλά και της Ψυχογενούς Βουλιμίας (Fairburn, Doll, Welch, Hay, Davies, & O'Connor, 1998). Η μεγαλύτερη έρευνα σήμερα της σχέσης της Ψυχογενούς Ανορεξίας με την τελειομανία, είναι αυτή των Halmi και συν. (2000), οι οποίοι υποστήριξαν ότι η τελειομανία αποτελεί ένα γερό και διακριτό χαρακτηριστικό των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία, το οποίο και αποδίδεται σε μία γενετική προδιάθεση και σχετίζεται με τη σοβαρότητα των διατροφικών συμπτωμάτων. Η τελειομανία θεωρείται ότι συμβάλλει στην εκδήλωση των ΔΠΤ μέσω της αλληλεπίδρασής της με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και τη δυσαρέσκεια με το σώμα των ασθενών (Joiner, Heatherton, Rudd, & Schmidt, 1997).

Στην πρόσφατη έρευνα των Bulik και συν. (2003) η τελειομανία ήταν ιδιαίτερα ανυψωμένη στις γυναίκες που είχαν διαγνωσθεί με Ψυχογενή Βουλιμία ή Ψυχογενή Ανορεξία, τόσο κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης της διαταραχής τους, όσο και έπειτα από την αποθεραπεία τους. Οι πτυχές της τελειομανίας που συνδέθηκαν ειδικότερα με την Ψυχογενή Ανορεξία και την Ψυχογενή Βουλιμία σε σχέση με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, ήταν οι αρνητικές αντιδράσεις των ασθενών ως προς τη διάπραξη λαθών, η ερμηνεία ενός λάθους ως αποτυχία και οι έντονες αμφιβολίες τους

για την ικανότητά τους να επιτύχουν τους στόχους τους. Η σχέση της τελειομανίας με τις κλινικές εκδηλώσεις των ΔΠΤ έχει επαληθευθεί και σε πειραματικές διαδικασίες.

Οι Shafran, Lee, Payne, και Fairburn (2006), σε πρόσφατη πειραματική τους μελέτη συμπέραναν ότι τα άτομα που έχουν υψηλά προσωπικά κριτήρια και εμμένουν αυστηρά στη συμμόρφωσή τους σε αυτά, εκδηλώνουν πιο ανυψωμένες στάσεις και συμπεριφορές σε σχέση με το φαγητό από τα άτομα που δεν εμμένουν σε υψηλά προσωπικά κριτήρια του εαυτού τους. Επιπροσθέτως, πρόσφατη αξιολόγηση της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας στην κλινική τελειομανία σε δείγμα ασθενών με πληθώρα διαγνώσεων διαταραχών του Άξονα I κατά DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition; DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994) από τους Glover, Brown, Fairburn, και Shafran (2007), επισήμανε την κλινικά σημαντική βελτίωση της τελειομανίας, η οποία μέχρι τώρα θεωρείτο ανθεκτική στην θεραπευτική αλλαγή.

3.2.2 Ψυχογενής Βουλιμία

Παρά τον κοινό παρονομαστή της τελειομανίας ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας στις ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία και Ψυχογενή Βουλιμία, σημαντικές διαφορές έχουν εντοπιστεί στη δομή και τη λειτουργία της προσωπικότητάς τους. Σε αντίθεση με την εσωστρέφεια, την νοσηρή ανάγκη για έλεγχο και την καταστολή των επιθυμιών του εαυτού που εμφανίζουν οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία είναι περισσότερο παρορμητικές και λιγότερο καταναγκαστικές (Claes et al., 2002), περισσότερο εξωστρεφείς, ιστριονικές και συναισθηματικά ασταθείς (Vitousek & Manke, 1994).
Σε έρευνα των Fassino, Amianto, Daga, Leombruni, Garzaro, Levi, και Rovera (2003) σε δείγματα ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία, οι ασθενείς σκιαγραφήθηκαν ως άτομα παρορμητικά, ευέξαπτα, που ενεργητικά αποφεύγουν τη δημιουργία ασυνέπειας ή απογοήτευσης στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, ενώ χάνουν γρήγορα το ενδιαφέρον τους για τις καταστάσεις στη ζωή τους. Κατά τη διάρκεια της συνεχούς αναζήτησης καινούργιων γεγονότων και καταστάσεων γίνεται περισσότερο ευδιάκριτη η κινητοποίηση μίας συμπεριφοράς όρεξης για λήψη τροφής, κάθε φορά που οι ασθενείς βρίσκονται αντιμέτωπες με καταστάσεις που δεν έχουν βιώσει στο παρελθόν ή που περιέχουν στοιχεία πιθανής τιμωρίας. Όπως και οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, έτσι και οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία εκδηλώνουν μία έντονη

ευαλωτότητα στις περιβάλλουσες στρεσογόνες καταστάσεις που λαμβάνουν χώρα στα πλαίσια της οικογένειάς τους.

Σύμφωνα με τον Fairburn (1999), τα κοινά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που αποτελούν παράγοντες ευπάθειας στη Ψυχογενή Βουλιμία είναι: (1) η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η οποία αποτελεί ένα μακροχρόνιο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας με τις ρίζες της σε πρώιμα παιδικά βιώματα τα οποία συμβάλλουν σε αισθήματα ανεπάρκειας και αναξιότητας στο παιδί, (2) η παρορμητικότητα, η οποία αντανακλάται σε μειωμένες αναστολές και σε προβλήματα στον έλεγχο των παρορμήσεων της ασθενούς[5]. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, μία στις δύο ασθενείς με βουλιμία εκδήλωναν αυτοτραυματιστικές συμπεριφορές (Claes et al., 2001), (3) τα οριακά στοιχεία της προσωπικότητας (π.χ. αστάθεια, υποτίμηση και εξιδανίκευση των διαπροσωπικών σχέσεων, αίσθηση κενού στην ταυτότητα, έντονες εναλλαγές της διάθεσης) τα οποία όμως θεωρούνται δευτερογενή στη βουλιμία και συνήθως εκλείπουν μετά την θεραπεία της (Garner, Olmsted, Davis, Rocket, Goldbloom, & Eagle, 1990).

Οι Westen και Harnden-Fisher (2001) υποστήριξαν ότι οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία παρουσιάζουν συναισθηματική απορύθμιση, έλλειψη ελέγχου της συμπεριφοράς τους και παρορμητικότητα. Τείνουν επίσης να βιώνουν έντονα και ανεπαρκώς ρυθμισμένα συναισθήματα, με αποτέλεσμα να αναζητούν διαρκώς την επαφή με άλλους ανθρώπους προκειμένου να ανακουφιστούν στις στιγμές όπου δυσκολεύονται να ρυθμίσουν τα δικά συναισθήματά τους. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα ΔΠΤ συχνά αποτελούν παρορμητικές συμπεριφορές που στοχεύουν στην ρύθμιση των αδύναμα διαμορφωμένων συναισθημάτων τους.

Περιληπτικά, οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία είναι περισσότερο εσωστρεφείς, τελειομανείς, έχουν ιδεοψυχαναγκαστικές τάσεις, είναι αυστηρές με τον εαυτό τους, διακατέχονται από μία νοσηρή ανάγκη για έλεγχο και από έναν βαθιά ριζωμένο φόβο της αλλαγής. Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία είναι περισσότερο παρορμητικές, αναζητούν νέες καταστάσεις, αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τον έλεγχο

[5] Σύμφωνα με τον Fairburn (1999), δεν παύει να επικρατεί ένα λανθασμένο στερεότυπο της «βουλιμικής προσωπικότητας» το οποίο εμπεριέχει την εικόνα της ασθενούς να ψεύδεται, να κάνει κατάχρηση ουσιών, να κλέβει ή να ενδίδει σε έντονες σεξουαλικές συμπεριφορές. Οι περισσότερες ασθενείς με βουλιμία δεν ανταποκρίνονται στο στερεότυπο αυτό, ούτε υφίσταται νοσολογικά η έννοια της βουλιμικής προσωπικότητας. Η διαιώνιση τέτοιων αρνητικών στερεοτύπων μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης αλλά και μέσα από το περιεχόμενο του καθημερινού λόγου, εν τέλει στιγματίζουν και λειτουργούν επιβαρυντικά στις ασθενείς που παλεύουν ενάντια στη βουλιμία.

της συμπεριφοράς τους, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, εμφανίζουν οριακά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και προβλήματα στην ρύθμιση των συναισθημάτων τους.

Μία πληθώρα ερευνητικών μελετών τονίζει τον καθοριστικό ρόλο της συναισθηματικής απορύθμισης στην εμφάνιση και τη διατήρηση των συμπτωμάτων στις ΔΠΤ. Οι περισσότερες έρευνες έχουν διεκπεραιωθεί σε ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία. Αξίζει στο σημείο αυτό να παρουσιαστούν ορισμένες μελέτες που διερευνούν τη λειτουργία του συναισθήματος στη Ψυχογενή Βουλιμία, με στόχο την πληρέστερη κατανόηση της διαταραχής.

3.2.3 Οι ερευνητικές μελέτες στον ρόλο των συναισθημάτων στις ΔΠΤ και οι προεκτάσεις τους.

Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία αναφέρουν μεγαλύτερα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων απ’ ότι οι ομάδες ελέγχου (Stice, Nemeroff, & Shaw, 1996). Σύμφωνα με κάποια θεωρητικά μοντέλα, τα βουλιμικά επεισόδια αποτελούν μηχανισμούς αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων και των αρνητικών συναισθηματικών βιωμάτων και λειτουργούν αποφευκτικά στην εσωτερική ένταση (Heatherton & Baumeister, 1991).

Ένα ερευνητικό έλλειμμα στις μελέτες του ρόλου των συναισθημάτων στη Ψυχογενή Βουλιμία συνδέεται με την αναδρομική φύση των αναφορών των ασθενών, η οποία συχνά διαστρεβλώνεται από παράγοντες όπως είναι η φτωχή μνήμη και τα συστηματικά διεργασιακά λάθη των ασθενών. Κλινικές μελέτες που εξέτασαν τις αλλαγές στη διάθεση των ασθενών κατά τη διάρκεια και μετά τα βουλιμικά επεισόδια κατέληξαν ότι: (1) η αρνητική διάθεση συχνά είναι αποτέλεσμα της νηστείας, (2) τα επεισόδια υπερφαγίας και ο αυτοπροκαλούμενος εμετός εκλύουν αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα, (3) μετά τη βουλιμία και πρίν την πρόκληση εμετού το άγχος μειώνεται και η κατάθλιψη ανυψώνεται.

3.2.3.1 Η κατάθλιψη και το άγχος στις ΔΠΤ

Η κατάθλιψη και το άγχος ως δυσλειτουργικές συναισθηματικές καταστάσεις χαρακτηρίζουν την κλινική εικόνα της Ψυχογενούς Βουλιμίας και έχουν λάβει

μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον (Hinz & Williamson, 1987; Williamson, Goreczny, Davis, Ruggiero, & McKenzie, 1988). Η απογοήτευση των ασθενών με τη βουλιμία, με το σώμα τους, η αδυναμία τους να ελέγξουν το φαγητό που καταναλώνουν και η ντροπή που νιώθουν για τη διαταραχή τους, τις εγκλωβίζουν σε χρόνια αισθήματα απόγνωσης και απελπισίας που διατηρούν τη διαταραχή τους. Περισσότερο ευάλωτες στην κατάθλιψη και με εντονότερες ανησυχίες για το σχήμα και το βάρος του σώματός τους θεωρούνται οι ασθενείς που ανήκουν στον «καθαρτικό υπότυπο» της Ψυχογενούς Βουλιμίας.

Σύμφωνα με τον Cooper (1995), τα κοινότερα συμπτώματα κατάθλιψης που παρουσιάζουν οι ασθενείς με βουλιμία είναι: συναίσθημα ενοχής, απελπισίας, αναξιότητας, αδυναμία στη συγκέντρωση, ευερεθιστότητα, έλλειψη ενεργητικότητας, αίσθημα απώλειας αυτοπεποίθησης, καταθλιπτική διάθεση, κοινωνική απομόνωση. Ο ίδιος συγγραφέας σημειώνει ότι οι εκδηλώσεις άγχους στους ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία σχετίζονται αποκλειστικά με τις καταστάσεις εκείνες οι οποίες ενεργοποιούν τις βαθύτερες ανησυχίες τους σε σχέση με το βάρος τους. Κοινά αγχώδη συμπτώματα είναι η ανησυχία, η νευρική ένταση, η ενεργητική αποφυγή των καταστάσεων που προκαλούν άγχος σε σχέση με το φαγητό, το κοινωνικό άγχος, το άγχος σε συγκεκριμένες καταστάσεις και οι κρίσεις πανικού. Η αίσθηση απώλειας ελέγχου στο φαγητό συχνά οδηγεί τις ασθενείς με βουλιμία και σε συναισθήματα θυμού απέναντι στον εαυτό τους. Ο θυμός αυτός συχνά επουλώνεται με τη χρήση επανορθωτικών μέτρων, όπως είναι ο αυτοπροκαλούμενος εμετός, η λήψη καθαρτικών ή διουρητικών. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο θυμός μπορεί να οδηγήσει σε επιθετικότητα απέναντι στον εαυτό και σε αλλεπάλληλους αυτοτραυματισμούς, σαν μέσο αυτοτιμωρίας.

Ένα σημαντικό έλλειμμα στις υπάρχουσες μελέτες για τον ρόλο του συναισθήματος στις ΔΠΤ είναι η αποκλειστική επικέντρωσή τους στον ρόλο του άγχους και της κατάθλιψης. Ως αποτέλεσμα, οι έρευνες αυτές αδυνατούν να συμβάλλουν στην πλήρη κατανόηση και την επεξήγηση του μεγαλύτερου εύρους των δυσλειτουργικών συναισθημάτων που μετέχουν στη συναισθηματική απορύθμιση των ασθενών με ΔΠΤ.

Έρευνα των Alpers και Tuschen-Caffier (2001) μελέτησε για πρώτη φορά τη σχέση ανάμεσα σε φάσμα αρνητικών συναισθημάτων και στην επιθυμία για φαγητό. Οι συγγραφείς επισήμαναν τον σημαντικό ρόλο μίας σειράς μη-ειδικών αρνητικών

συναισθημάτων στα πλαίσια της συμπεριφοράς των ασθενών με βουλιμία. Κατά τη διάρκεια δύο ημερών, τρείς ομάδες ασθενών (οι δύο είχαν διάγνωση ψυχογενούς βουλιμίας και διαταραχής πανικού και η τρίτη ήταν ομάδα ελέγχου), κατέγραφαν ανά μία ώρα τα συναισθήματά τους στις κατηγορίες *«στεναχώρια», «άγχος», «συναισθηματική ισορροπία», «σωματική ευεξία», «ανασφάλεια»*, την επιθυμία τους να φάνε και τα επίπεδα της πείνας τους. Παράλληλα σημείωναν την κατανάλωση του φαγητού και τη διάθεσή τους πρίν, κατά τη διάρκεια και μετά το βουλιμικό επεισόδιο καθώς και μετά την πρόκληση εμετού.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι ασθενείς με βουλιμία βίωναν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα απ' ότι η ομάδα ελέγχου και τα συναισθήματα αυτά συνδέθηκαν με τη επιθυμία τους να φάνε. Οι ασθενείς αξιολόγησαν τα συναισθήματά τους με έναν αρνητικότερο τρόπο πρίν τα βουλιμικά επεισόδια σε σχέση με την υπόλοιπη ημέρα και το εύρημα που υποστήριξε τον αγχολυτικό ρόλο των βουλιμικών επεισοδίων. Η διάθεσή τους χειροτέρευε πρίν τα επεισόδια βουλιμίας αλλά επανερχόταν σε φυσιολογικά επίπεδα μετά την πρόκληση εμετού. Οι συγγραφείς υποστήριξαν ότι δεν είναι το είδος των αρνητικών συναισθημάτων που είναι ειδικό στη βουλιμία αλλά η σχέση των συναισθημάτων αυτών με την επιθυμία των ασθενών να φάνε, το οποίο δεν χαρακτήρισε την ομάδα ασθενών με διαταραχή πανικού. Πρόκειται συνεπώς για μία συσχέτιση ανάμεσα στα αρνητικά συναισθήματα και στην επιθυμία για φαγητό που θεωρείται ειδική στις ασθενείς με βουλιμία. Τα συναισθήματα που συνδέθηκαν περισσότερο με την επιθυμία για φαγητό δεν ήταν το άγχος ή η κατάθλιψη, αλλά άλλα μη-ειδικά και διάχυτα συναισθήματα όπως είναι η υπερένταση, η συναισθηματική ανισορροπία, η ανασφάλεια και η έλλειψη αισθήματος σωματικής ευεξίας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα διάχυτα αρνητικά συναισθήματα παίζουν σημαντικό ρόλο στη συναισθηματική λήψη τροφής στα άτομα με παχυσαρκία (Ganley, 1989).

3.2.3.2 Η ντροπή και η ενοχή στις ΔΠΤ

Σημαντικός θεωρείται ο διατηρητικός ρόλος των ενσυνείδητων συναισθημάτων όπως είναι η ντροπή και η ενοχή στη Ψυχογενή Βουλιμία. Τα άτομα που βιώνουν υψηλά επίπεδα ντροπής έχουν την τάση να αποδίδουν τις αρνητικές τους εμπειρίες σε κεντρικά χαρακτηριστικά του εαυτού τους, με αποτέλεσμα να βιώνουν αισθήματα αναξιότητας, μειονεκτικότητας και ανυψωμένης αυτοσυνείδησης (Niedenthal,

Tangey, & Gavanski, 1994 στο Hayaki 2002). Η αξιολόγηση του εαυτού αποκλειστικά βάσει των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων που αφορούν στο σχήμα και το βάρος του σώματος, καθιστά τις ασθενείς με βουλιμία ευάλωτες στη διατήρηση της χαμηλής τους αυτοεικόνας, σε μία χρόνια αυτοκριτική και σε συναισθήματα ντροπής. Μία σειρά μελετών συσχέτισαν τη δυσαρέσκεια με το σώμα και την επιθυμία για ένα αδύνατο σώμα με συνολικά επίπεδα ντροπής (Jambekar *et al.*, 2003). Επίσης, η ευπάθεια στην ντροπή σε καταστάσεις που συνδέονται με τη λήψη τροφής έχει αποτελέσει δυνατό προβλεπτικό παράγοντα της σοβαρότητας των βουλιμικών συμπτωμάτων (Burney & Irwin, 2000). Η πρόσφατη έρευνα των Hayaki, Friedman, και Brownell (2002) σε δείγμα ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία επαλήθευσε την θετική συσχέτιση της ντροπής με τα βουλιμικά συμπτώματα, ωστόσο η σχέση αυτή δεν ήταν ανεξάρτητη από τα επίπεδα της καταθλιπτικής διάθεσης και του επιπέδου της ενοχής των ασθενών.

3.2.3.3 Το συναίσθημα στην ομαδική γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία των ασθενών με ΔΚΕΥ.

Διαφωτιστική είναι η ψυχοθεραπευτική μελέτη διαδικασίας των Castonguay *και συν.* (1998) για τον ρόλο του συναισθήματος στην ομαδική γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία των ασθενών με ΔΚΕΥ. Το δείγμα αποτελείτο από 65 γυναίκες ασθενείς οι οποίες συμμετείχαν σε μία δομημένη και βασισμένη σε εγχειρίδιο γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία διάρκειας 12 εβδομάδων. Στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση της φύσης και του ρόλου των συναισθηματικών βιωμάτων των θεραπευόμενων με ΔΚΕΥ, στην ομαδική γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία. Οι συγγραφείς εξέτασαν τα συναισθήματα των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους και τον τρόπο με τον οποίον αντιλαμβάνονταν την ατμόσφαιρα και τη διάθεση της ομάδας. Επιπρόσθετα, διερεύνησαν τις πιθανές αλλαγές στη συχνότητα των αρνητικών ή των θετικών συναισθηματικών βιωμάτων σε διαφορετικές φάσεις της θεραπείας.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας: (α) τα συναισθηματικά βιώματα των ασθενών ήταν θετικά και αρνητικά, (β) τα αρνητικά συναισθήματα ήταν συχνότερα στη μεσαία φάση της θεραπείας, (γ) το είδος των συναισθημάτων διαχώρισαν τους

ασθενείς που ανταποκρίθηκαν από εκείνους που δεν ανταποκρίθηκαν στην θεραπεία, (δ) τα θετικά συναισθήματα *«ελπίδα»* και *«ανακούφιση»* και η αντίληψη ενός θετικού ομαδικού κλίματος που χαρακτηρίζονταν από *«έντονα ερεθίσματα»* και *«στοργικότητα»* σχετίστηκαν θετικά με την θεραπευτική αλλαγή, (ε) η απουσία αρνητικών συναισθημάτων *«ανησυχία»* και *«εκνευρισμός»* στην αρχή της θεραπείας και παραδόξως η αντίληψη αρνητικού ομαδικού κλίματος ως *«καταθλιπτικό»*, *«με έλλειψη κουράγιου»*, *«αναστολή»* και *«ένταση»* στη μεσαία φάση της θεραπείας σχετίστηκε με θετική ανταπόκριση στην θεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ορισμένα χαρακτηριστικά της σύνδεσης και των χαρακτηριστικών της ομάδας σχετίζονται με τη βελτίωση στα κλινικά συμπτώματα *[“things sometimes have get worse before they get better”, μετάφραση: «τα πράγματα κάποιες φορές πρέπει να χειροτερέψουν προτού καλυτερέψουν» (Castonguay et al., 1998)]*.

Οι μελέτες που εστιάζονται στη διερεύνηση του ρόλου των αρνητικών συναισθημάτων στις ΔΠΤ έχουν σημαντικά θεωρητικά και θεραπευτικά οφέλη. Συμβάλλουν στην ανάπτυξη των θεωρητικών μοντέλων που αφορούν στον ρόλο της συναισθηματικής απορύθμισης και των αρνητικών συναισθημάτων στην εμφάνιση και τη διατήρηση των ΔΠΤ. Παράλληλα, ο εντοπισμός των δυσλειτουργικών συναισθημάτων που διαιωνίζουν τη δυστυχία και την απελπισία των ασθενών με ΔΠΤ συμβάλλει στη δημιουργία θεραπευτικών στόχων στα πλαίσια μίας κλινικής παρέμβασης. Εδώ, ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας η οποία εστιάζεται στον εντοπισμό και την τροποποίηση των δυσλειτουργικών γνωσιών που ενεργοποιούν τα βουλιμικά επεισόδια. Τόσο τα διάχυτα συναισθήματα που προαναφέρθηκαν στην έρευνα των Alpers και Tuschen-Caffier (2001) όσο και η κατάθλιψη, το άγχος, ο θυμός και η ντροπή φαίνεται ότι αποτελούν τέτοια ερεθίσματα. Σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο των ΔΠΤ, τα καταθλιπτικά και τα αγχώδη συμπτώματα είναι δευτερογενή στην κεντρική γνωσιακή δομή του ατόμου, δηλαδή τις υπερτιμημένες ιδέες του που σχετίζονται με τη σημασία του βάρους και του σχήματος του σώματός του. Η επιτυχής θεραπεία των υπερτιμημένων ιδεών που εκλύουν αντίστοιχες διαστρεβλώσεις στην ερμηνεία της τρέχουσας εμπειρίας του ατόμου, οδηγεί και στην έκλειψη των δυσπροσαρμοστικών του συναισθημάτων. Κατά συνέπεια, η τροποποίηση των δυσλειτουργικών γνωσιακών μηχανισμών που οδηγούν σε αυτά τα συναισθήματα, είναι πιθανόν να συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη θεραπεία και την πρόληψη των επεισοδίων βουλιμίας.

Συνοψίζοντας, μία σειρά γενικών και ατομικών παραγόντων συντελούν στην εμφάνιση των ΔΠΤ οι οποίες δημιουργούν με τη σειρά τους σοβαρές ιατρικές επιπλοκές στις ασθενείς. Ορισμένοι από τους παράγοντες ευπάθειας συντελούν ειδικά στην εμφάνιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας (π.χ. τελειομανία) και άλλοι στην εμφάνιση της Ψυχογενούς Βουλιμίας (π.χ. παχυσαρκία). Ενώ καταδεικνύονται ορισμένες διαφορές ανάμεσα στην κλινική εικόνα και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία και των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία, οι ασθενείς παρουσιάζουν μία κοινή κεντρική και συστηματική ενασχόληση το σχήμα και με το βάρος του σώματός τους.

Οι μηχανισμοί που προδιαθέτουν ένα άτομο στην εμφάνιση ΔΠΤ και οι λειτουργίες που τις διατηρούν, έχουν εννοιολογηθεί με διαφορετικούς τρόπους στις ποίκιλλες θεωρητικές προσεγγίσεις των ΔΠΤ. Η θεωρητική κατανόηση των ΔΠΤ εν μέρει είναι δύσκολη λόγω της περίπλοκης φύσης των ΔΠΤ. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, οι ΔΠΤ είναι σύνθετες κλινικές διαταραχές οι οποίες χαρακτηρίζονται από μία σειρά δυσπροσαρμοστικών στάσεων και πεποιθήσεων που σχετίζονται με το φαγητό, με το σχήμα και το βάρος του σώματος του ατόμου και περιλαμβάνουν μη-ειδικές διαταραχές στην αυτοεικόνα, στη διάθεση, στον έλεγχο των παρορμήσεων και στη διαπροσωπική λειτουργικότητα (Steiger, 2004). Η φαινομενολογική περιπλοκότητα των ΔΠΤ έχει οδηγήσει τα σύγχρονα αιτιολογικά μοντέλα των ΔΠΤ σε μία αναπόφευκτη «θεωρητική σύγκρουση» ανάμεσά τους αναφορικά με τον ειδικό ρόλο και τη συμβολή των βιολογικών και των γενετικών παραγόντων, των κοινωνικών πιέσεων, των οικογενειακών δυναμικών, των ψυχολογικών διεργασιών, της δομής και της λειτουργίας της προσωπικότητας και των αναπτυξιακών μηχανισμών. Οι βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις στις ΔΠΤ θα παρουσιασθούν στο σημείο αυτό.

Κεφάλαιο 4 – Διαφοροποίηση στον Πληθυσμό



4.1 Πολιτισμικές διαφορές στις ΔΠΤ

Οι ΔΠΤ έχουν έντονες πολιτισμικές επιρροές και εμφανίζονται στον ίδιο βαθμό στις βιομηχανικές χώρες. Σύμφωνα με τη μεταανάλυση των Keel και Klump (2003), η Ψυχογενής Βουλιμία σε αντίθεση με την Ψυχογενή Ανορεξία είναι ένα πολιτιστικά προσδιορισμένο σύνδρομο, το οποίο επηρεάζεται από την ενασχόληση της ασθενούς με το βάρος της, την πρόσβαση σε μεγάλες ποσότητες φαγητού και την αποτροπή των επιπτώσεων της βουλιμίας μέσω της χρήσης αντιρροπιστικών μεθόδων ελέγχου του βάρους. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν επίσης ότι ενώ η επίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας μπορεί να επηρεαστεί από την ενασχόληση με το βάρος, ωστόσο παρ'

όλες τις πολιτισμικές επιδράσεις που συμβάλλουν στην αιτιολογία της, εκείνες δεν περιορίζονται ειδικώς ως προς το εύρος τους δια μέσου της ιστορίας ή
των πολιτισμών.

Μία σειρά ερευνών φανερώνουν ότι οι ΔΠΤ πλήττουν αναλογικά περισσότερες λευκές απ' ότι μαύρες γυναίκες. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα στην κοινότητα των Striegel-Moore, Dohm, Kraemer, Taylor, Daniels, Crawford, και Schreiber (2003), το 1.5% των λευκών γυναικών πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για Ψυχογενή Ανορεξία έναντι καμίας μαύρης γυναίκας, το 2.3% των λευκών γυναικών έναντι του 0.4% των μαύρων γυναικών πληρούσαν τα κριτήρια για
Ψυχογενή Βουλιμία, ενώ τέλος η ΔΚΕΥ ήταν συχνότερη στις λευκές γυναίκες (2.7%) σε σχέση με τις μαύρες γυναίκες (1.4%).

Ορισμένες έρευνες επισημαίνουν ότι η επικράτηση της ΔΚΕΥ είναι παρόμοια ή ακόμη και υψηλότερη ανάμεσα στις μαύρες και στις λευκές γυναίκες. Επιδημιολογική έρευνα των Smith και συν. (1998) υπολόγισε παρόμοια ποσοστά της ΔΚΕΥ ανάμεσα σε μαύρες γυναίκες (2.2%) και σε λευκές γυναίκες (2%). Οι Striegel-Moore, Wilfley, Pike, Dohm, και Fairburn (2000) σε έρευνά τους στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, ανέφεραν μεγαλύτερο ποσοστό των μαύρων γυναικών με ΔΚΕΥ (4.5%) σε σχέση με το ποσοστό των λευκών γυναικών (2.6%). Επίσης μεγάλο δείγμα Νοτιο-Αφρικανών φοιτητών εμφάνισε υψηλότερες βαθμολογίες σε μετρήσεις διατροφικής ψυχοπαθολογίας σε σχέση με δείγμα λευκών φοιτητών (Le Grange et al., 1998). Σύμφωνα με τους Pike και συν. (2001) οι μαύρες γυναίκες με ΔΚΕΥ παρουσίαζαν χαμηλότερη ενασχόληση με το βάρος τους, το σχήμα του σώματός τους και το φαγητό, σε σχέση με τις λευκές γυναίκες με την ίδια διαταραχή και ήταν λιγότερο πιθανόν να αναζητήσουν θεραπεία για το πρόβλημά τους. Τα ευρήματα αυτά είναι συνεπή με προηγούμενες έρευνες που επισημαίνουν ότι οι μαύρες γυναίκες έχουν λιγότερη ενόχληση με την εικόνα του σώματός τους και είναι λιγότερο πιθανόν να κάνουν δίαιτα σε σχέση με τις λευκές γυναίκες (Smolak & Striegel-Moore, 2001), πιθανώς διότι οι μαύροι πολιτισμοί αποδέχονται περισσότερο τους μεγαλύτερους γυναικείους σωματότυπους (Pike et al., 2001).

Συμπερασματικά, οι μαύρες γυναίκες είναι το ίδιο ευάλωτες με τις λευκές γυναίκες στην εμφάνιση ΔΚΕΥ αλλά λόγω των πολιτισμικών διαφορών αναφορικά με την ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματός τους, έχουν χαμηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν Ψυχογενή Βουλιμία ή Ψυχογενή Ανορεξία σε σχέση με τις λευκές γυναίκες.

Στις Ασιατικές χώρες η επικράτηση των ΔΠΤ αποτελεί ένα σύγχρονο φαινόμενο. Σε έρευνα των Nakamura, Yamamoto, Yamazaki, Kawashima, Muto, Someya, Sakurai, και Nozoe (2000), η επικράτηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας ήταν 4.79 ανά 100.000 γυναίκες και της Ψυχογενούς Βουλιμίας ήταν 1.02 ανά 100.000 γυναίκες. Στο Χονγκ-Κόνγκ επίσης διαπιστώθηκε ότι Ψυχογενής Ανορεξία ήταν επικρατέστερη της Ψυχογενούς Βουλιμίας (Chen, Wong, Lee, Chan-Ho, Lau, & Fung, 1993). Σε έρευνά τους σε Βρεττανές Ασιάτισσες γυναίκες, οι Ratan, Gandhi, και Palmer (1998) εντόπισαν κλινικά περιστατικά ΔΠΤ, ωστόσο η συχνότητα με την οποία εμφανίζονταν στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας ανέρχετο στο ¼ από ότι στις λευκές γυναίκες. Σε μεγάλη έρευνα που διεξήχθη στην Κίνα σε 1246 κορίτσια σχολικής ηλικίας 12-19 ετών, οι Huon, Migyi, και Xiao (2002) εντόπισαν υψηλά επίπεδα ενασχόλησης με θέματα βάρους και κρούσματα υποουδικών περιπτώσεων Ψυχογενούς Βουλιμίας και Ψυχογενούς Ανορεξίας. Αναλυτικότερα, το 25% των κοριτσιών ανέφερε ότι το βάρος του αποτελούσε εξαιρετικά σημαντικό παράγοντα στην αξιολόγηση του εαυτού του, ενώ το 15-20% έκανε κατά καιρούς δίαιτα. Το 41% του δείγματος ανέφερε ότι είχε ενδώσει σε επεισόδια υπερφαγίας, το 1.8% έκανε πρόκληση εμετού και το 2.2% χρησιμοποιούσε καθαρτικά.

Σε αντίθεση με το στερεότυπο που επικρατούσε μέχρι σήμερα, ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες δεν εμφανίζονται οι ΔΠΤ επειδή απουσιάζουν οι πολιτισμικές αξίες που εξιδανικεύουν τη λεπτότητα, οι σύγχρονες επιδημιολογικές έρευνες φανερώνουν ότι οι ΔΠΤ εμφανίζονται σε παγκόσμια κλίμακα και δεν περιορίζονται μόνο στα Δυτικά κράτη (Hoek & Van Hoeken, 2003; Le Grange, Telch, & Tibbs, 1998; Lucas et al., 1999). Σε πρόσφατη επισκόπηση της επιδημιολογίας των ΔΠΤ στις Δυτικές και τις μη-Δυτικές χώρες, οι Makino, Tsuboi, και Dennerstein (2004) συμπέραναν ότι η επικράτηση των ΔΠΤ είναι χαμηλότερη στα μη-Δυτικά απ’ ότι στα Δυτικά κράτη αλλά ότι αυξάνεται σημαντικά με την πάροδο του χρόνου. Οι παρακάτω έρευνες φανερώνουν την τάση αυτή.

Σε επιδημιολογική έρευνα των Szumska, Tury, Csoboth, Rethelyi, Purebl, και Hajnal (2005) σε 3615 Ουγγαρέζες γυναίκες, η επικράτηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας ήταν 0.03% και της Ψυχογενούς Βουλιμίας ήταν 0.41%. Οι Bilukha και Utermohlen (2001) σε έρευνά τους σε 616 Ουκρανές νεαρές γυναίκες στην κοινότητα, υπολόγισαν ότι το ¼ των γυναικών που ήταν ελλειποβαρείς και τα 3/5 των γυναικών που είχαν φυσιολογικό βάρος επιθυμούσαν να είναι λεπτότερες, ενώ το 31% ανέφερε ότι έκανε δίαιτα κατά τους προηγούμενους έξι μήνες. Ο συγγραφείς

συμπέραναν ότι η εσωτερικοποίηση του Δυτικού ιδεώδους της λεπτότητας συσχετίζεται με την έκθεση στα Δυτικά Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

Η έρευνα του Nasser (1994) υπολόγισε ότι η επικράτηση των υποουδικών ΔΠΤ σε πληθυσμό Αιγυπτίων μαθητριών είναι 3.4%. Οι Abou-Saleh, Younis, και Karim (1998) παρουσίασαν τη μελέτη πέντε περιπτώσεων Αράβων γυναικών και αντρών που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για την Ψυχογενή Ανορεξία. Στην πρώτη επιδημιολογική έρευνα στο Ιράν, οι Nobakht και Dezhkam (2000) ανέφεραν παρόμοια ποσοστά επικράτησης των ΔΠΤ με αυτά που αναφέρονται στις Δυτικές χώρες: 0.9% της Ψυχογενούς Ανορεξίας, 3.2% της Ψυχογενούς Βουλιμίας και 6.6% των υποουδικών ΔΠΤ. Οι Abdollahi και Man (2001) συνέκριναν τα συμπτώματα των ΔΠΤ ανάμεσα σε δείγμα Ιρανών γυναικών που διέμεναν στο Ιράν και σε αντίστοιχο δείγμα Ιρανών γυναικών που είχαν μεταναστεύσει στην Αμερική και εντόπισαν παρόμοια επίπεδα διαταραγμένης λήψης τροφής και ενασχόλησης με την εικόνα του σώματος στα δύο δείγματα. Οι Bhugra και Mastrogianni (2003) μελέτησαν τις στάσεις και τις βουλιμικές διαταραχές σε δείγμα μαθητριών στα Νησιά Τρινιδάδ και Μπαρμπέιντος της Καραϊβικής και ανέφεραν ότι το 70% του δείγματος ένιωθε τρόμο με τη σκέψη του πάχους και έκανε δίαιτα και σωματική άσκηση προκειμένου να χάσει βάρος. Οι Unikel και Bojorquez (2007) ανέφεραν ότι η επικράτηση της Ψυχογενούς Βουλιμίας στο Μεξικό ήταν 1.8%.

Συμπερασματικά, τα σύγχρονα επιδημιολογικά φανερώνουν ότι οι ΔΠΤ στο σύνολό τους αποτελούν ένα ραγδαία αυξανόμενο φαινόμενο, το οποίο εμφανίζεται κυρίως στις νεαρές γυναίκες και το οποίο πλέον διαπερνά τα στενά πολιτισμικά όρια του Δυτικού πολιτισμού. Οι επιδημιολογικές έρευνες στις ΔΠΤ είναι περιορισμένες και δύσκολες στην ερμηνεία τους, καθ’ ότι οι αμέτρητες διαφορές στα εκάστοτε υπό μελέτη δείγματα καθιστούν δύσκολο τον εντοπισμό των ειδικών παραγόντων που ευθύνονται για τις ανευρεθείσες διαφορές τους. Οι επιδημιολογικές έρευνες φανερώνουν ότι οι ΔΠΤ τείνουν να αποτελούν και στους μη-Δυτικούς πολιτισμούς ένα αυξανόμενο φαινόμενο. Αυτό το εύρημα είναι πιθανόν να οφείλεται στη διεθνή παγκοσμιοποίηση που έχει ως αναπόφευκτο αποτέλεσμα την «εισβολή» στους πολιτισμούς αυτούς των Δυτικών προτύπων που εξιδανικεύουν τη γυναικεία λεπτότητα. Η πολιτισμική σύγκρουση ανάμεσα στα αντιφατικά συστήματα αξιών ενδέχεται να διογκώνει τις ήδη υπάρχουσες συγκρούσεις που οι νεαρές γυναίκες βιώνουν κατά τη διάρκεια της εφηβείας τους και πιθανώς συμβάλλει στο κίνδυνο εμφάνισης των ΔΠΤ. Τα ευρήματα αυτά τονίζουν τη σημαντικότητα και την

αναγκαιότητα της συστηματικής μελέτης τους προκειμένου να ανεβρεθούν οι κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αποτελεσματική αντιμετώπισή τους. Οι πολιτισμικές επιδράσεις στις ΔΠΤ καθιστούν αναγκαία την περαιτέρω διερεύνησή τους και στον ελληνικό χώρο, από τον οποίον απουσιάζουν τεκμηριωμένες έρευνες ως προς την επικράτησή τους.

4.2 Διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα στις ΔΠΤ

Οι ΔΠΤ εμφανίζονται συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άντρες σε αναλογία 10:1 (Hoek & Van Hoeken 2003; Woodside, Garfinkel, Lin, Goering, Kaplan,Goldbloom, & Kennedy, 2001). Οι άντρες αποτελούν το 5-10% των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία (Lucas et al., 1991; Sharp, Clark, Dunan, Blackwood, & Shapiro,1994) και το 10-15 % των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία στην κοινότητα (Carlat &Camargo,1991; Garfinkel et al., 1995; Hoek & Van Hoeken, 2003).

Σύμφωνα με τους Lucas και συν. (1999) η επίπτωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας στους άνδρες υπολογίζεται στις 0.5 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα του πληθυσμού ανά έτος, ενώ η επίπτωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας υπολογίζεται στις 0.8 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα του πληθυσμού ανά έτος (Hoek et al., 1995).

Σύμφωνα με έρευνα των Braun, Synday, Huang, και Halmi (1999) σε δείγμα 51 αντρών και 693 γυναικών, οι άντρες παρουσίαζαν μέσο όρο έναρξης των ΔΠΤ στα 20 έτη και οι γυναίκες στα 17 έτη. Η μεταγενέστερη ηλικιακή έναρξη των ΔΠΤ στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, έχει διαπιστωθεί και σε άλλες έρευνες (Carlat & Camargo, 1991; Sharp et al., 1994) και έχει αποδοθεί στον ρόλο της προεφηβικής περιόδου, η οποία αποτελεί έναν από τους σοβαρότερους παράγοντες κινδύνου στην εμφάνιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας και ξεκινά ενάμισι με δύο χρόνια αργότερα στα αγόρια από ότι στα κορίτσια.

Επίσης οι έρευνες φανερώνουν ότι το ποσοστό των αντρών που εμφανίζονται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για να αναζητήσουν βοήθεια για τα διατροφικά τους προβλήματα είναι μικρότερο από το ποσοστό που εμφανίζει συμπτώματα ΔΠΤ στην κοινότητα (Carlot & Camargo, 1991; Lucas et al., 1991; Striegel-Moore et al., 2000). Είναι πιθανόν αυτό να οφείλεται στην ανεπαρκή γνώση των ανδρών για τις ΔΠΤ. Οι Murray, Toyz, και Beaumont (1990) συμπέραναν ότι μόνο το 16% των ανδρών σε σχέση με το 70% των γυναικών είχαν ακούσει για τη Ψυχογενή Βουλιμία. Ωστόσο,

τα τελευταία χρόνια οι επισκέψεις των αντρών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για τις ΔΠΤ έχει αυξηθεί (Braun et al., 1999). Η ολοένα μεγαλύτερη και ευρύτερη πληροφόρηση για τις ΔΠΤ τόσο στο κοινό όσο και στους ίδιους τους θεραπευτές φαίνεται ότι έχει συμβάλλει στην αύξηση αυτή (Lewinsohn et al., 2002).

Ενδιαφέρον αποτελεί το εύρημα ότι η ΔΚΕΥ εμφανίζεται μόνο 1.5 φορά συχνότερα στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition; DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994) ενώ στην κοινότητα, η ΔΚΕΥ εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα ανάμεσα στα δύο φύλα (Spitzer et al., 1992, 1993 στο Lewinson et al., 2002). Στην έρευνα της Hay (1998), τα συστηματικά επεισόδια υπερφαγίας ήταν το ίδιο συχνά στις γυναίκες (3.4%) όσο και στους άνδρες (3%) και παράλληλα σχετίζονταν με μεγαλύτερο σωματικό βάρος και στα δύο φύλα. Σε μία από τις μεγαλύτερες επιδημιολογικές έρευνες που έχει συμπεριλάβει ανδρικό πληθυσμό (Garfinkel et al., 1995), η Ψυχογενής Βουλιμία παρουσίασε δέκα φορές μεγαλύτερη επικράτηση στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, αλλά ο αριθμός των ανδρών με υποουδικές ΔΠΤ ήταν ιδιαίτερα υψηλός. Οι άνδρες ήταν λιγότερο πιθανόν να χρησιμοποιήσουν αντισταθμιστικές μεθόδους ελέγχου του βάρους τους, όπως η πρόκληση εμετού ή η χρήση καθαρτικών, σε σχέση με τις γυναίκες. Το εύρημα αυτό είναι συναφές με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που αναφέρουν ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη ευπάθεια στην εκδήλωση σοβαρών μορφών ΔΠΤ, ενώ οι άνδρες είναι περισσότερο ευάλωτοι στην εμφάνιση υποουδικών ΔΠΤ (Hay, 1998; Striegel-Moore & Franko, 2003).

Οι γυναίκες όσο και οι άνδρες με ΔΚΕΥ, βιώνουν τα ίδια επίπεδα συναισθήματος ντροπής, αν και η ντροπή στους άνδρες συνδέεται με τη δυσαρέσκεια με το σώμα τους, ενώ στις γυναίκες συνδέεται με την ενασχόληση με το βάρος τους (Jambekar, Masheb, & Grilo, 2003). Προηγούμενες έρευνες φανερώνουν τον ιδιαίτερο ρόλο του συναισθήματος της ντροπής στην παθολογική λήψη τροφής (Hayaki, Friedman, & Brownell, 2002).

Οι περισσότερες κλινικές και επιδημιολογικές έρευνες εστιάζουν στις γυναίκες με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η συλλογή γνώσεων για τη φύση των ΔΠΤ στον ανδρικό πληθυσμό. Παράλληλα, στο DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th edition; American Psychiatric Association [APA], 1994) περιγράφονται τα συμπτώματα της ανορεξίας και της βουλιμίας με βάση την κλινική εικόνα των γυναικών ασθενών (Striegel-Moore & Marcus, 1995 στο Lewinson et al.,

2002). Για παράδειγμα, ενώ οι άνδρες με Ψυχογενή Ανορεξία κάνουν υπερβολική σωματική άσκηση, η συμπεριφορά αυτή έχει μελετηθεί λιγότερο σε σχέση με τα συμπτώματα που συνήθως παρουσιάζουν οι γυναίκες, όπως είναι η υπερβολική ενασχόληση με το βάρος τους και ο φόβος της πρόσληψης βάρους (Touyz, Kopec-Schrader, & Beumont, 1993 στο Lewinson et al., 2002).

Σε πρόσφατη έρευνα των Lewinson και συν. (2002) σε δείγμα 1056 ατόμων στην κοινότητα, διερευνήθηκαν οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς τα συμπτώματα των ΔΠΤ. Οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερη συχνότητα βουλιμίας, κίνητρο για αδυνάτισμα, δυσαρέσκεια με το σώμα τους και χρήση αντιρροπιστικών μεθόδων ελέγχου του βάρους, καθώς και μικρότερη συχνότητα σωματικής άσκησης, σε σχέση με τους άνδρες. Άνδρες και γυναίκες εμφάνισαν παρόμοια συχνότητα στα επεισόδια υπερφαγίας αν και οι άνδρες ανέφεραν χαμηλότερη δυσφορία και ενόχληση σε σχέση με τα επεισόδια αυτά. Προκύπτει ότι η χαμηλή δυσφορία που νιώθουν οι άνδρες με τα επεισόδια υπερφαγίας τους καθιστά λιγότερο πιθανόν να διαγνωσθούν με ΔΚΕΥ, δεδομένου ότι η συμπεριφορά αυτή αποτελεί μία κεντρική προϋπόθεση για τη διάγνωση της διαταραχής. Τέλος, οι γυναίκες ήταν πιθανότερο να αναζητήσουν θεραπεία σε σχέση με τους άνδρες, ενώ το εύρημα αυτό έχει επαληθευθεί και σε προηγούμενες έρευνες (Carlat & Camargo, 1991).

Κεφάλαιο 5 - Θεωρίες αιτιολογίας και θεραπευτικές παρεμβάσεις στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Οι βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις, η καθεμία από τη δική της οπτική, στοχεύουν στον εντοπισμό των σημαντικών και καθοριστικών παραγόντων που ευθύνονται για τη δημιουργία και τη διατήρηση των ΔΠΤ. Απώτερος στόχος των διαφορετικών θεωρητικών μοντέλων είναι η κατανόηση του σύνθετου φαινομένου των ΔΠΤ και η αποτελεσματική τους θεραπεία. Πολυάριθμοι είναι οι παράγοντες (κοινωνικοί, πολιτισμικοί, ψυχολογικοί, οικογενειακοί, βιολογικοί, γενετικοί) που έχουν μελετηθεί και που συνεχίζουν να αποτελούν αντικείμενο μελέτης για την πιθανή συμβολή τους στην παθογένεση των ΔΠΤ. Σημαντικές είναι και οι επιπτώσεις των θεωρητικών προσεγγίσεων στις υπάρχουσες θεραπείες, καθ’ ότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις απορρέουν από τις θεωρητικές αρχές που τις διέπουν. Για παράδειγμα, η

οικογενειακή θεραπεία έχει χρησιμοποιηθεί με θετικά αποτελέσματα, κυρίως σε νεαρής ηλικίας ασθενείς με ανορεξία με μικρότερη των τριών ετών διάρκεια της ασθένειας (Farrell, 1995). Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία στη Ψυχογενή Βουλιμία έχει λειτουργήσει αποτελεσματικά και με επαρκή ερευνητική τεκμηρίωση (Fairburn, Jones, Peveler, Hope, & O'Connor, 1993). Η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία και η φαρμακοθεραπεία αποτελούν επίσης προτεινόμενα μέσα θεραπείας για τις ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία οι οποίες βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια της διαταραχής (Wilson & Agras, 1992).

5.1 Βιολογικά μοντέλα των ΔΠΤ

Η Ψυχογενής Ανορεξία παραδοσιακά θεωρείτο μία διαταραχή με πολιτισμικές και κοινωνικές ρίζες, παρά μία αναπτυξιακή ή βιολογική διαταραχή. Οι αντιλήψεις των ΔΠΤ κυμάνθηκαν από την κατανόησή τους ως ακραίες εκδηλώσεις των κοινωνικών εμμονών με τη λεπτότητα (στη δεκαετία του 1980), σε θεωρήσεις αιτιολογίας που στρέφονται στις δυναμικές της εξουσίας ανάμεσα στα δύο φύλα, έως και σε θεωρήσεις τους ως κοινωνικές κατασκευές (Nasser, 1999). Ωστόσο, η ριζοσπαστικότερη και καινοτόμα αλλαγή στην αντίληψη της φύσης των ΔΠΤ πραγματοποιήθηκε στη δεκαετία του 1990 όταν μία σειρά ερευνών που προέρχονταν από μελέτες οικογενειών και διδύμων, επισήμαναν ότι οι ΔΠΤ παρουσιάζουν μία γενετική διάσταση. Παράλληλα, μία πληθώρα ερευνών για τη λειτουργία του ανθρώπινου εγκεφάλου ανέδειξαν τον ειδικό ρόλο του υποθαλάμου στην ρύθμιση της πείνας και της λήψης φαγητού και στην αιτιολογία των ΔΠΤ (Davison & Neale, 1997; Hoebel & Teitelbaum, 1966). Τα βιολογικά μοντέλα μελετούν τη λειτουργία του εγκεφάλου και ιδιαίτερα τις νευροχημικές διεργασίες που σχετίζονται με την πείνα, στην οποία εμπλέκονται οι λειτουργίες νευροδιαβιβαστών οι οποίοι και ευνοούν την εμφάνιση μίας ΔΠΤ.

5.1.1 Η νευροφυσιολογία της όρεξης

Η όρεξη των ασθενών με ΔΠΤ είναι διαταραγμένη και συντελεί στην εμφάνιση και στην πορεία της διαταραχής τους (Treasure, Schmidt, & VanFurth, 2003). Για παράδειγμα, στη Ψυχογενή Ανορεξία είναι πιθανόν η τάση για περιορισμό της

τροφής να συμβάλλει στην εμφάνιση της διαταραχής, ή τα άτομα με ανορεξία να έχουν μειωμένη όρεξη και μετά να εμφανίζουν Ψυχογενή Ανορεξία. Αντίθετα, στην περίπτωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας και των επεισοδίων υπερφαγίας, ενδεχομένως να παρουσιάζεται αύξηση της όρεξης (Treasure *et al*., 2003).

Η *«όρεξη»* αναφέρεται στην νευροχημική δραστηριότητα που συντελείται στον εγκέφαλο και που επηρεάζει την αίσθηση της πείνας και τη συμπεριφορά απέναντι στο φαγητό. Η νευροχημική αυτή δραστηριότητα ευθύνεται για την ενημέρωση του εγκέφαλου και για τις διαφορές που συντελούνται σε κάθε στάδιο της κατανάλωσης τροφής (Βάρσου, 2004). Ενδεικτικά, μερικές χημικές ουσίες του εγκεφάλου που φαίνεται να επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά και τη ρύθμιση της όρεξης, είναι ορισμένα πεπτίδια (π.χ. CCK, CRF, TRH, NPY) και οπιοειδή, σε συνδυασμό με τη νοραδρεναλίνη, τη σεροτονίνη και την ντοπαμίνη (Βάρσου, 2004).

5.1.2 Τα ενδογενή οπιοειδή

Ο ρόλος των ενδογενών οπιοειδών στις ΔΠΤ έχει διαπιστωθεί σε πληθώρα ερευνητικών μελετών (Hardly & Waller, 1988; Waller, Kiser, Hardy, Fuchs, & Feigenbaum, 1986). Τα ενδογενή οπιοειδή είναι ουσίες που παράγονται από το σώμα και που μειώνουν τις αισθήσεις του πόνου, ενώ εκκρίνονται κατά τη διάρκεια της πείνας και παίζουν σημαντικό ρόλο στη Ψυχογενή Ανορεξία και την Ψυχογενή Βουλιμία. Για παράδειγμα, οι Hardly και Waller (1988) υπέθεσαν ότι η Ψυχογενής Βουλιμία διαμεσολαβείται από χαμηλά επίπεδα ενδογενών οπιοειδών που ενισχύουν την πείνα, με αποτέλεσμα να παράγεται μία ευφορική κατάσταση μέσω της πρόσληψης φαγητού, η οποία ενισχύει την υπερφαγία. Η νηστεία στις ασθενείς με ανορεξία αυξάνει τα επίπεδα των ενδογενών οπιοειδών με αποτέλεσμα να εκλύεται μία θετικά ενισχυόμενη ευφορική κατάσταση (Marrazzi & Luby, 1986).

5.1.3 Ο ρόλος των νευροδιαβιβαστών

Οι νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο στην έκλυση και τη διατήρηση των ΔΠΤ σύμφωνα με τις κλασσικές βιολογικές θεωρίες. Ειδικότερα η σεροτονίνη και η νορεπινεφρίνη είναι μειωμένες στις ασθενείς που διανύουν την οξεία φάση της Ψυχογενούς Ανορεξίας, της Ψυχογενούς Βουλιμίας

αλλά και σε μακροχρόνια αναρρωμένες ασθενείς με ανορεξία (Davison & Neale, 1997; Kaye, Nagata, Weltzin, Hsu, Sokol, McConaha, Plotnicov, Weise, & Deep, 2001). Η σεροτονίνη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην απώλεια της όρεξης ή στην αναχαίτιση της πρόσληψης του φαγητού σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς (Blundell, 1984ab; Breisch, Zemlan, & Hoebel, 1976; Leibowitz & Papadakos, 1978).

Σε πρόσφατη έρευνα διαπιστώθηκε μείωση του υποδοχέα της σεροτονίνης 5-HT 2A στο μέσο κογχικό μετωπιαίο φλοιό σε ασθενείς που είχαν αναρρώσει από Ψυχογενή Βουλιμία, σε αντίθεση με υγιείς συμμετέχοντες (Kaye *et al*., 2001). Οι εντοπισθείσες διαταραχές στο σύστημα των νευροδιαβιβαστών των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία έχουν το χαρακτηριστικό ότι εμμένουν και μετά τη λήξη της θεραπείας, ενώ κυρίαρχη υπόθεση αποτελεί ότι εκείνες προϋπάρχουν της εκδήλωσης της διαταραχής και αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου στην παθογένεσή της (Jimerson, Wolfe, Metzger, Finkelstein, Cooper, & Levine, 1997; Kaye *et al.*, 1998; Treasure *et al*., 2003).

5.1.4 Ψυχοφαρμακευτική αγωγή στη Ψυχογενή Ανορεξία

Οι Dally και Sargent (1960) επισήμαναν την αποτελεσματικότητα της χλωροπρομαζίνης (“Largactil”) σε συνδυασμό με την ινσουλίνη, στην θεραπεία των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία. Οι Vandereycken και Pierloot (1982) υποστήριξαν την αποτελεσματικότητα του αναστολέα της ντοπαμίνης «πιμοζίδη» στην επαναφορά του φυσιολογικού σωματικού βάρους, η οποία ωστόσο δεν είχε επίδραση στις στάσεις των ασθενών απέναντι το φαγητό. Ενώ οι Dally και Sargant (1960;1966) είχαν προτείνει ότι οι αγωνιστές της ντοπαμίνης ήταν αποτελεσματικοί στην θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας, σχεδόν 20 χρόνια μετά, οι Vandereycken *και συν*. (1982; 1984) σε δύο επαναληπτικές τους έρευνες, δεν επαλήθευσαν το πειραματικό αυτό εύρημα. Συνεπώς, οι υπάρχουσες έρευνες δεν έχουν διασαφηνίσει επαρκώς την θεραπευτική αποτελεσματικότητα των νευροληπτικών φαρμάκων στην πρόσληψη βάρους ή στην αλλαγή των στάσεων και των συμπεριφορών των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία.

Σε συγκριτική έρευνα των Halmi, Eckert, και Falk (1982), οι ασθενείς που είχαν λάβει αμιτριπτιλίνη ή κυπροεπταδίνη είχαν πάρει περισσότερο βάρος και εμφάνισαν μειωμένες βαθμολογίες στην κλίμακα κατάθλιψης Hamilton σε σχέση με ομάδα

ελέγχου. Ωστόσο τα αποτελέσματα της έρευνας είναι αμφισβητήσιμα καθ' ότι τα μειωμένα επίπεδα της κατάθλιψης είναι πιθανόν να οφείλονται στις κατασταλτικές επιδράσεις των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Σύμφωνα με επισκόπηση των Fairburn και Harrison (2003), απουσιάζουν οι ενδείξεις της αποτελεσματικότητας ενός ειδικού φαρμάκου στην επιτυχή πρόσληψη βάρους, με εξαίρεση την φλουοξετίνη, η οποία μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο υποτροπής στις ασθενείς εκείνες των οποίων το βάρος έχει ήδη αποκατασταθεί.

Η συγκριτική έρευνα των Biederman *και συν*. (1985) δεν εντόπισε σημαντικές διαφορές στην αποτελεσματικότητα της ψυχοκοινωνικής θεραπείας, της θεραπείας με αμιτριπτιλίνη και των εικονικών φαρμάκων ("placebo"). Οι Crisp, Callender, Halek, και Hsu (1987) χορήγησαν χλωμιπραμίνη σε δείγμα ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία. Οι ασθενείς ανέφεραν μεγαλύτερη αίσθηση πείνας όσο λάμβαναν τη χλωμιπραμίνη. Διαπιστώθηκε από τους συγγραφείς ότι η χλωμιπραμίνη διευκολύνει στα αρχικά στάδια της θεραπείας τον ρυθμό ανάκαμψης του βάρους των ασθενών με ανορεξία.
Οι Gross, Ebert, Faden, Goldberg, Nee, και Kaye (1981) επισήμαναν ότι το λίθιο αυξάνει την πρόσληψη βάρους στις ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, όσο όμως εκείνες μετέχουν σε παράλληλη θεραπεία τροποποίησης της συμπεριφοράς. Τέλος, σε ορισμένες ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία οι οποίες παρουσιάζουν συνοσηρότητα με μείζονα κατάθλιψη, έχει εφαρμοστεί και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (Χριστοδούλου *και συν*, 2000). Συμπερασματικά οι βασικές βιολογικές θεραπείες στη Ψυχογενή Ανορεξία περιλαμβάνουν τη χορήγηση νευροληπτικών, τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών και λιθίου, η αποτελεσματικότητα των οποίων όμως δεν έχει διασαφηνιστεί επαρκώς στις κλινικές μελέτες.

5.1.5 Ψυχοφαρμακευτική αγωγή στη Ψυχογενή Βουλιμία

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι τα μοναδικά που έχουν θετικές επιδράσεις στην θεραπεία της Ψυχογενούς Βουλιμίας (Agras & McCann, 1987). Ωστόσο, οι έρευνες παρουσιάζουν αντιφάσεις ως προς τη συγκριτική ανωτερότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων έναντι των εικονικών, στην θεραπεία των ΔΠΤ. Μία σειρά βιβλιογραφικών αναφορών στοιχειοθετούν την ανωτερότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων έναντι των εικονικών, ακόμη και στις ασθενείς που δεν εκδηλώνουν τυπικά καταθλιπτικά συμπτώματα (Fairburn & Cooper, 1999), ενώ άλλες

δεν εντοπίζουν συγκριτικό πλεονέκτημα υπέρ της χρήσης ψυχοφαρμάκων. Τα αποτελέσματα της πρόσφατης αναθεώρησης 16 κλινικών μελετών των Bacaltchuk, Hay, και Mari (2000) στα ποσοστά ίασης 1300 ασθενών, κατέληξαν σε ένα πολύ μικρό πλεονέκτημα υπέρ των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων έναντι των εικονικών.

5.1.6 Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά στις ΔΠΤ

Μία σειρά ερευνών αναφέρουν ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν είναι προαπαιτούμενη για τη βελτίωση των βουλιμικών συμπτωμάτων με τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής (Horne, Ferguson, & Pope, 1988). Με τη χρήση τρικυκλικού αντικαταθλιπτικού (π.χ. ιμιπραμίνη) η υπερφαγία μειώθηκε στο 47-91% των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία και οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί στο 45-78% (Hughes, Wells, & Cunningham, 1986; Mitchell & Groat, 1984; Pope, Hudson, Jonas, & Yurgelun-Todd, 1983). Οι Mitchell και Groat (1984) χορήγησαν αμιτριπτιλίνη σε ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία και διέκριναν σημαντική αντικαταθλιπτική δράση ως προς τη βελτίωση της συμπεριφοράς τους απέναντι στο φαγητό. Οι Agras, Dorian, και Kirkley (1987) διαπίστωσαν ότι η ιμιπραμίνη μείωσε σημαντικά την πρόκληση εμετού στο 1/3 του δείγματος και η αλλαγή αυτή διατηρήθηκε μέσα στο χρόνο. Οι Hughes *και συν*. (1986) συνέκριναν τη δράση της δεσιπραμίνης με ομάδες ελέγχου και ανέδειξαν τη συγκριτική αποτελεσματικότητα της αντικαταθλιπτικής αγωγής στη βουλιμία. Σε διπλή τυφλή μελέτη των Barlow, Blouin, και Blouin (1988), η δεσιπραμίνη οδήγησε το 50% των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία, με ή χωρίς κατάθλιψη, σε μείωση της υπερφαγίας αλλά σε καμία πτώση στα επίπεδα της κατάθλιψης, συγκριτικά με ομάδα ελέγχου. Οι Collings και King (1994) παρακολούθησαν την κλινική πορεία 50 ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία οι οποίοι είχαν αρχικά συμμετάσχει σε κλινική μελέτη με λήψη του τετρακυκλικού αντικαταθλιπτικού «μιανσερίνη» και ανέφεραν ότι το 52% είχε αναρρώσει πλήρως, το 9% συνέχισε να νοσεί και το 39% παρουσίαζε ελάχιστα συμπτώματα βουλιμίας.

5.1.7 Ειδικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης στις ΔΠΤ

Οι ειδικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης επιδρούν θετικά στη μείωση των συμπτωμάτων της Ψυχογενούς Βουλιμίας. Η φλουοξετίνη, η οποία

αποτελεί το πιο ευρέως μελετημένο αντικαταθλιπτικό φάρμακο στην θεραπεία της Ψυχογενούς Βουλιμίας, είναι αποτελεσματικότερη σε αυξημένες δόσεις από ομάδες ελέγχου στη μείωση του αυτοπροκαλούμενου εμετού και των επεισοδίων υπερφαγίας (*Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Group, 1992*). Η χρήση της φλουοξετίνης, σύμφωνα με τους Beth και Tamara (1998), υπερέχει ως προς την αποτελεσματικότητά της στην θεραπεία της Ψυχογενούς Βουλιμίας, έναντι της θεραπείας με εικονικά φάρμακα. Συγκεκριμένα, η υπερφαγία μειώθηκε στο 45% των ασθενών που έλαβε φλουοξετίνη, έναντι του 33% που έλαβε εικονικά φάρμακα, ενώ ο αυτοπροκαλούμενος εμετός μειώθηκε στο 29% των ασθενών που έλαβε φλουοξετίνη, έναντι του 5% που έλαβε εικονικά φάρμακα.

Η χορήγηση φλουοξετίνης μειώνει επίσης την πιθανότητα υποτροπής στις ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία. Πρόσφατη ελεγχόμενη κλινική μελέτη των Romano, Halmi, Sarkar, Koke, και Lee (2002) σε 232 ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία, συνέκρινε την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με φλουοξετίνη έναντι εικονικού φαρμάκου ως προς την πρόληψη υποτροπής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η συνεχιζόμενη θεραπεία με φλουοξετίνη στις ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία οι οποίες αρχικά είχαν ανταποκριθεί στην οξεία φάση της φλουοξετίνης, βελτίωσε το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα και μείωσε την πιθανότητα της υποτροπής τους.

5.1.8 Ενδονοσοκομειακή νοσηλεία στη Ψυχογενή Ανορεξία

Μολονότι η έρευνα στα πλαίσια της ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης για την αποκατάσταση της Ψυχογενούς Ανορεξίας βρίσκεται σε πρώιμα στάδια, η νοσοκομειακή περίθαλψη με απομόνωση που πρότεινε εδώ και έναν αιώνα ο Charcot, φαίνεται ότι αποτελεί τον κοινό παρονομαστή στην πλειοψηφία των συγγραφέων, οι οποίοι διαφωνούν μόνο σε ότι αφορά την πρακτική οργάνωση και εφαρμογή της, τη σημαντικότητα της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης και του προσανατολισμού της. Ωστόσο, η νοσοκομειακή περίθαλψη μπορεί να αποφευχθεί στις ελάσσονες μορφές Ψυχογενούς Ανορεξίας με την προϋπόθεση ότι στην έξω-νοσοκομειακή θεραπευτική προσέγγιση η ασθενής θα πάρει βάρος μετά από ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα. Πρωταρχική φροντίδα στην θεραπεία της ασθενούς με Ψυχογενή Ανορεξία είναι η αποκατάσταση του υποσιτισμού και των επιπλοκών του στην υγεία της ασθενούς (Le Grange, 1999). Η απόφαση για την εισαγωγή της ασθενούς εξαρτάται από την

σωματική της κατάσταση και από την ύπαρξη των συνθηκών εκείνων που θα διασφαλίσουν τη συνεργασία της. Αν η απώλεια βάρους της κυμαίνεται από 25 έως 30% από το φυσιολογικό βάρος, τότε η εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο κρίνεται απαραίτητη (Leonard & Mehler, 2001). Το ίδιο απαραίτητη κρίνεται όταν η απώλεια βάρους έχει λάβει χώρα σε ταχείς ρυθμούς, όταν διαπιστώνονται σοβαρές καρδιακές ή ηλεκτρολυτικές διαταραχές και όταν η ασθενής παρουσιάζει συνοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές όπως είναι η κατάθλιψη και ιδίως η ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού, η ψύχωση, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και οι βαριές διαταραχές προσωπικότητας

Τα ενδονοσοκομειακά ψυχιατρικά προγράμματα για ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία στοχεύουν στην θρεπτική πληρότητα και περιλαμβάνουν τον συνδυασμό συμπεριφορικών πρακτικών, ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας. Η επιτυχία τους εξαρτάται από τις δεξιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και από τον υψηλό βαθμό συνεργασίας της ψυχιατρικής ομάδας, ώστε να καλλιεργηθεί η απαραίτητη θεραπευτική συμμαχία με την ασθενή. Απαραίτητο
στοιχείο της θεραπευτικής προσπάθειας είναι η συνεργασία, η υποστήριξη και η εμπιστοσύνη των μελών της οικογένειας της ασθενούς.

Η νοσηλευτική φροντίδα σε γενικές γραμμές στοχεύει στην πρόσληψη μισού έως ενός κιλού την εβδομάδα, αρχίζοντας από ένα πλάνο διατροφής 800-1000 θερμίδων ημερησίως, το οποίο αυξάνεται κατά 200-300 θερμίδες ανά τέσσερις με πέντε ημέρες, μέχρις ενός σημείου όπου η ασθενής λαμβάνει αρκετές θερμίδες προκειμένου να κρατηθεί σε μία σταθερή πρόσληψη βάρους. Το πρωινό ζύγισμα, η συχνή παρακολούθηση των κλινικών και των εργαστηριακών δεικτών που αφορούν στις επιπλοκές του υποσιτισμού, η αποτροπή των εμετών και της χρήσης άλλων καθαρτικών τεχνικών με τη στενή επίβλεψη μετά τα γεύματα, η φαρμακευτική βοήθεια για την αποκατάσταση του ύπνου και η καταστολή της υπερκινητικότητας και του άγχους της ασθενούς με ηρεμιστικά ή αγχολυτικά, συνθέτουν μία ολοκληρωμένη ενδονοσοκομειακή παρέμβαση σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία. Σημαντικό για τις ασθενείς είναι η υποστήριξη και η ενθάρρυνση των συζητήσεων αναφορικά με τα προβλήματα της ζωής και των σχέσεών τους και όχι η ενίσχυση της αποκλειστικής τους ενασχόλησης με τα θέματα της διατροφής και του βάρους τους.

Για τις περισσότερες ασθενείς με ανορεξία, η διαδικασία της επίτευξης του φυσιολογικού σωματικού βάρους μέσα στα πλαίσια του νοσοκομείου είναι απλή και διαρκεί 10-14 εβδομάδες (Le Grange, 1999). Οι έρευνες προτείνουν ότι αν η ασθενής

νοσηλευτεί μέχρι να επιτύχει και να διατηρήσει για λίγες ημέρες το 85-90% του ιδανικού σωματικού βάρους, τότε οι πιθανότητες υποτροπής της στα επόμενα πέντε χρόνια μειώνονται σημαντικά, συγκριτικά με το να διακόψουν την θεραπεία όταν έχουν χαμηλότερο βάρος (Leonard & Mehler, 2001). Η περίοδος μετά την νοσηλεία δεν παύει να αποτελεί μία εξαιρετικά δύσκολη χρονική περίοδο με μεγάλη πιθανότητα υποτροπής της διαταραχής, η οποία σύμφωνα με τις έρευνες κυμαίνεται από 30%-70%, ενώ ειδικότερα οι ασθενείς με «περιοριστικού τύπου» ανορεξία είναι σύνηθες να αναπτύξουν επεισόδια υπερφαγίας (Evans *et al.*, 2005). Η ανάγκη ενδονοσοκομειακής περίθαλψης με απομόνωση είναι άμεσα συνδεδεμένη με τις φυσιοπαθολογικές συντεταγμένες της ανορεκτικής συμπεριφοράς (Venisse, 1987). Ο Girard (1978) περιέγραψε την απομόνωση σαν μία «*προσπάθεια για επέμβαση επί των εγκατεστημένων συνηθειών που διακόπτει τις συγκρουσιακές αντιδράσεις με το περιβάλλον σχετικά με το θέμα της διατροφής και των γευμάτων, που σταματά τους χειρισμούς των γονέων, μειώνει το άγχος τους και επιτρέπει στον καθένα να ξαναβρεί την αυτονο*μία *του*». Ωστόσο, θεμελιώδης αρχή είναι η θεραπευτική εργασία που αρχίζει στη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης να συνεχίζεται και μετά την ολοκλήρωσή της. Όπως επισημαίνουν οι Kestemberg και Decobert (1972), η νοσοκομειακή περίθαλψη και η απομόνωση δεν μπορούν να είναι παρά «*μεταβατικά στάδια, μία αναγκαία συνοδεία όπως είναι και ο έλεγχος του βάρους και της φυσικής κατάστασης - αλλά όχι μοναδική και απατηλή θεραπεία, ακόμα και στις περιπτώσεις που η εξαφάνιση του συμπτώματος στεφανώνει το τελικό αποτέλεσμα*» (Kestemberg & Decobert, 1972, σελ. 301). Άλλωστε, οι μακροχρόνιες νοσηλείες ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά τη δυνατότητα επίτευξης μίας μακροχρόνιας αποκατάστασης (Gowers, Weetman, Shore, Hossain, & Elvins, 2000). Αν η αποθεραπεία δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί, τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα η ασθενής με ανορεξία (στερημένη από την «αμυντική» της συμπεριφορά και αντιμέτωπη απότομα με τις δυσκολίες μίας ζωής της οποίας διαισθάνεται καλύτερα τα «κενά» χωρίς να μπορεί ακόμα να τα γεμίσει), αναγκάζεται να εφαρμόσει ξανά την ανορεξική της συμπεριφορά. Σε αυτό ακριβώς το στάδιο της θεραπείας φαίνεται να παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον ορισμένες γνωσιακές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις, όπως οι ομάδες εξάσκησης στην επιβεβαίωση του εαυτού, στις κοινωνικές επιδεξιότητες και στην έκφραση των συναισθημάτων, όπου συναντώνται οι ασθενείς με ανορεξία και άλλοι ασθενείς που εκφράζουν παρόμοια συναισθήματα και παρουσιάζουν ένα παραπλήσιο προβληματισμό. Σύμφωνα με την Bruch (1973), τέτοιες ομάδες

επιτρέπουν στις ασθενείς με ανορεξία να αποκαταστήσουν την «έλλειψη εμπιστοσύνης» που βιώνουν κατά την αποκόλλησή τους από την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.

5.2 Κοινωνικοί παράγοντες στις ΔΠΤ

Το σύγχρονο κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο ορίζει το ιδανικό γυναικείο σώμα ως αδύνατο, με αποτέλεσμα όλο και περισσότερες γυναίκες να πιέζονται να ανταποκριθούν σε αυτό (Striegel-Moore *et al.*, 1986). Μία σειρά ερευνητικών μελετών αναδεικνύουν τον σημαντικό ρόλο των ΜΜΕ στην άνθιση και τη διατήρηση της βουλιμίας, καθώς εκείνα οριοθετούν τα πρότυπα ελκυστικότητας για τους άνδρες και τις γυναίκες κάθε ηλικίας (Anastasio, Rose, & Chapman,1999; Thompson & Heinberg, 1999). Τα ΜΜΕ καθημερινά προβάλουν ένα γυναικείο πρότυπο το οποίο συνδυάζει την κομψότητα, το καλλίγραμμο σώμα, το όμορφο πρόσωπο και την ευφυΐα.

Οι σημερινές γυναίκες στη Δυτική κοινωνία, στην προσπάθειά τους να γίνουν αποδεκτές και όμορφες, να αποφύγουν την αρνητική κριτική από εξωτερικούς παράγοντες ή να μη χάσουν τα προσόντα που συνδέονται με την καλή εξωτερική εμφάνιση, οδηγούνται σε νοσηρές προσπάθειες αδυνατίσματος. Η σύγκρισή τους με τα μη-ρεαλιστικά πρότυπα ομορφιάς και λεπτότητας, τους δημιουργεί δυσαρέσκεια με το σώμα τους και πλήττει την αυτοπεποίθησή τους, αφού η απόσταση που τις χωρίζει από το τέλειο πρότυπο είναι συχνά μεγάλη, με αποτέλεσμα να χτίζονται οι νοσηρές βάσεις για την εμφάνιση των ΔΠΤ.

5.2.1 Η φεμινιστική προσέγγιση στις ΔΠΤ

Η σύγχρονη φεμινιστική θεωρία αντιλαμβάνεται τη δυσαρέσκεια με το σώμα ως ένα κοινωνικό φαινόμενο και όχι ως αποτέλεσμα της παθολογίας της γυναίκας. Στη σημερινή κοινωνία, το σώμα της γυναίκας κρίνεται από τη νεαρή της ηλικία, δεχούμενο επιβράβευση ή κριτική, ανάλογα με το βαθμό στον οποίο συγκλίνει ή όχι με το υπάρχον πρότυπο. Τα νεαρά κορίτσια αρχίζουν να αντιλαμβάνονται το σώμα τους ως ένα σώμα που βλέπεται και που οι άλλοι κοιτούν, προσπαθώντας αγωνιωδώς

να αποφύγουν μία ενδεχόμενη αρνητική κριτική ή ακόμη και απόρριψη που καραδοκεί. Σύμφωνα με την θεωρία του McKinley (1998), η αντικειμενικοποίηση της συνείδησης του σώματος αποτελείται από την εσωτερίκευση των πολιτισμικών κριτηρίων, την παρακολούθηση του σώματος και της πίστης που αναφέρονται στον έλεγχο της εμφάνισης. Η παρακολούθηση του σώματος αναφέρεται σε μία διαδικασία κατά την οποία η γυναίκα αντιλαμβάνεται και παρακολουθεί το σώμα της σαν να είναι ένα αντικείμενο. Η εσωτερίκευση των πολιτισμικών κριτηρίων αναφέρεται στη διαδικασία κατά την οποία μία γυναίκα εσωτερικεύει τα κοινωνικά κριτήρια εμφάνισης σε τέτοιο βαθμό, ώστε αυτά να γίνονται μέρος της ψυχικής της εσωτερικής διεργασίας, ενώ τα πιστεύω ελέγχου εμφάνισης αναφέρονται στο βαθμό πίστης μίας γυναίκας ότι μπορεί να πλησιάσει τα πολιτισμικά κριτήρια για το σώμα της.

Έρευνες στη θεωρία του McKinley ανέφεραν ότι μία γυναίκα που παρουσιάζει υψηλή αξιολόγηση στην παρακολούθηση του σώματος, θεωρεί περισσότερο σημαντική την αξία της εξωτερικής της εμφάνισης από την αξία των συναισθημάτων. Η υψηλότερη παρακολούθηση σώματος έχει σχετιστεί επίσης με τη δυσαρέσκεια με το σώμα, με τη χαμηλή αποδοχή του εαυτού, με προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις καθώς και στη λήψη φαγητού. Η έκταση της ντροπής για το σώμα έχει χρησιμοποιηθεί ως ένδειξη του βαθμού εσωτερίκευσης των πολιτισμικών κριτηρίων. Η μεγαλύτερη ντροπή με το σώμα έχει σχετιστεί με υψηλότερη αποδοχή των πολιτισμικών κριτηρίων, ενώ τα πιστεύω ελέγχου της εμφάνισης έχουν συσχετιστεί με συχνότερο περιορισμό του φαγητού (McKinley, 1999).

Τα ΜΜΕ, η οικογένεια και η συνομήλικη ομάδα θεωρούνται οι σημαντικότεροι κοινωνικοί παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση των ΔΠΤ.



5.2.2 Ο ρόλος των ΜΜΕ στις ΔΠΤ

Τα σύγχρονα ΜΜΕ επηρεάζουν αρνητικά την εικόνα του σώματος της σημερινής γυναίκας μέσα από μία διαδικασία προβολής εικόνων που έχουν ως πρότυπο- ιδεώδες το υπερβολικά αδύνατο γυναικείο σώμα (Thompson & Heinberg, 1999). Σύμφωνα με έρευνες, η εκδήλωση των ΔΠΤ συσχετίζεται με την έκθεση στις εικόνες που προβάλλουν τα ΜΜΕ (Hsu, Chesler, & Santhouse 1990; Irving, 1990; Morry & Staska,2001; Stice, Schupak-Neuberg, Shaw, & Stein, 1994; Stice, Spangler, & Agras, 2001). Οι κοινωνικοπολιτισμικές μελέτες υποστηρίζουν ότι η έκθεση στις εικόνες περιοδικών και η ακόλουθη εσωτερίκευση του ιδεώδους προτύπου λεπτότητας δημιουργούν στις γυναίκες έντονη δυσαρέσκεια με το σώμα τους (Stice & Shaw, 2002) και συσχετίζονται με την εμφάνιση ΔΠΤ (Stice *et al.*, 1994). Ακόμη και η μικρής διάρκειας έκθεση γυναικών σε εικόνες που προβάλλουν τα ιδεώδη αδύνατα γυναικεία σώματα, μπορεί να δημιουργήσει ανησυχία για το βάρος τους, δυσαρέσκεια με το σώμα τους, την αντίληψη ότι είναι παχύτερες από το κανονικό, κακή διάθεση και την αίσθηση ότι δεν είναι ελκυστικές (Heinberg & Thompson, 1995). Η δυσαρέσκεια με το σώμα αποτελεί έναν καθοριστικό παράγοντα ευπάθειας στις ΔΠΤ

(Killen, Taylor, Hayward, Haydel, Wilson, Hammer, Kraemer, BlairGreiner, & Strachowski, 1996; Stice *et al.*, 2001).

Σύμφωνα με την θεωρία του Festinger (1954) ένα άτομο κάνει υποκειμενικές συγκρίσεις με άλλα άτομα όταν απουσιάζουν οι αντικειμενικές πληροφορίες σχετικά με τους κοινωνικούς κώδικες και τα κριτήρια, με σκοπό την εκτίμηση του εαυτού του. Στόχοι της σύγκρισης συχνά αποτελούν τα άτομα υψηλού «κύρους», όπως είναι τα μοντέλα, οι ηθοποιοί και οι διασημότητες. Οι Mills, Polivy, Herman, και Tiggemann (2002) ανέφεραν ότι τα άτομα που έκαναν δίαιτα αξιολογούσαν το τρέχον και το ιδανικό σχήμα του σώματός τους ως μικρότερο, ενώ απαρνιόντουσαν τη λήψη τροφής έπειτα από την έκθεση σε ιδεώδη σωματικά πρότυπα. Σύμφωνα με τους Joshi και Herman (2004) τα άτομα που περιόριζαν το φαγητό τους παρουσίαζαν υψηλότερη κοινωνική αυτοεκτίμηση και θετικότερη εικόνα του σώματός τους αφού εκτέθηκαν σε εικόνες αδυνάτων μοντέλων, ενώ στα άτομα που δεν εμφάνιζαν διατροφικούς περιορισμούς, οι εικόνες αυτές είχαν αρνητική επίδραση. Σε έρευνα των Halliwell και Dittmar (2004), μετά από έκθεση σε εικόνες που έδειχναν αδύνατα μοντέλα, οι συμμετέχουσες εμφάνισαν αρνητική αντίληψη της εξωτερικής τους εμφάνισης απ' ότι οι συμμετέχουσες που δεν εκτέθηκαν στις ίδιες εικόνες.

Μέσα από μία κοινωνικο-ψυχολογική οπτική, ο δυσανάλογος αριθμός των γυναικών συγκριτικά με τον αριθμό των ανδρών που πλήττεται από την Ψυχογενή Βουλιμία σηματοδοτεί τη μερική συμβολή της ταυτότητας του φύλου στην αιτιολογία της διαταραχής. Η ταυτότητα του φύλου αποτελεί μέρος της κοινωνικής ταυτότητας ενός ατόμου και αναφέρεται στο βαθμό της ταυτοποίησής του με τα κοινωνικά στερεότυπα που αφορούν στο εκάστοτε φύλο. Οι γυναίκες, στην προσπάθεια τους να νοιώσουν περισσότερο άξιες και αποδεκτές, προσπαθούν να αποκτήσουν μία θετικότερη κοινωνική ταυτότητα. Εκείνες που έχουν τα περισσότερα θηλυκά στοιχεία και που ενστερνίζονται το παραδοσιακό γυναικείο πρότυπο έχουν περισσότερες πιθανότητες να εσωτερικεύσουν το ιδεώδες πρότυπο της λεπτότητας (Klingenspor, 1994).

5.2.3 Η οικογένεια ως κοινωνική επίδραση

Οι έρευνες στην διεθνή βιβλιογραφία φανερώνουν ότι τα άτομα με βουλιμία πιέζονται να είναι αδύνατα από τον περίγυρό τους και ιδιαίτερα από την οικογένειά

τους, περισσότερο από τα υγιή άτομα (Woodside, Bulik, Halmi, Fichter, Kaplan, Berrettini, Strober, Treasure, Lilenfeld, Klump, & Kaye, 2002). Σε έρευνες σε μικρά κορίτσια η αρνητική κριτική από την οικογένεια και ιδιαίτερα από τη μητέρα έχει συσχετιστεί με τη δυσαρέσκεια με το σώμα (Smolak, Levine, & Schermer, 1999; Thelen & Cormier, 1995). Τα παιδιά των οποίων οι γονείς είχαν περιορισμούς απέναντι στο φαγητό ήταν πιθανότερο να αναπτύξουν συμπεριφορές όπως είναι η πολυφαγία, απ' ότι τα παιδιά των οποίων οι γονείς δεν είχαν περιορισμούς απέναντι στο φαγητό (Fisher & Birch, 1999). Ένας από τους λόγους για τους οποίους ορισμένοι γονείς συχνά καταφεύγουν σε περιοριστικές πρακτικές γύρω από το φαγητό, είναι όταν αντιλαμβάνονται το παιδί τους είναι παχύσαρκο ή όταν φοβούνται ότι μπορεί να γίνει παχύσαρκο (Birch & Fisher, 2000; Francis, Hofer, & Birch, 2001).

Συχνά, τα προβλήματα με τη λήψη τροφής ακολουθούν ένα συνεχιζόμενο μοτίβο στις μητέρες και τις κόρες, με τη συμπεριφορά της μητέρας απέναντι στο φαγητό να αντανακλάται και στη συμπεριφορά της κόρης (Hill & Franklin, 1998).

Έρευνες στη λειτουργία της οικογένειας έχουν συνδέσει ειδικά ενδοοικογενειακά χαρακτηριστικά με την εμφάνιση ΔΠΤ. Οι Felker και Stievers (1994) εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στο φύλο και στο οικογενειακό περιβάλλον αναφορικά με τον κίνδυνο εμφάνισης Ψυχογενούς Ανορεξίας ή Ψυχογενούς Βουλιμίας σε δείγμα 219 αγοριών και 174 κοριτσιών και κατέληξαν ότι ανάμεσα στους σημαντικότερους παράγοντες που συνδέονταν με την κίνδυνο εμφάνισης ΔΠΤ ήταν η χαμηλή εκφραστικότητα, η υψηλή σύγκρουση και ο έλεγχος.

Πέραν από τη συμβολή του ρόλου της οικογένειας στην εμφάνιση των ΔΠΤ, η επιρροή της συνομήλικης ομάδας του παιδιού και του εφήβου είναι σημαντική στη διαμόρφωση της προδιάθεση στις ΔΠΤ.

5.2.4 Η συμβολή της συνομήλικης ομάδας στις ΔΠΤ

Ιδιαίτερα κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία, οι φίλοι και οι συνομήλικοι αποτελούν το στενότερο κοινωνικό περίγυρο, ο οποίος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς ενός ατόμου. Κοινωνικά κριτήρια όπως το να είναι κανείς αδύνατος για να αρέσει, είναι ένα από τα μηνύματα που άρρητα διαχέονται ως επιτακτικές προσδοκίες από το ένα παιδί στο άλλο στη μικρή κοινωνία του σχολείου (Crandall, 1988). Από τα πρώτα σχολικά χρόνια, τα παιδιά δέχονται

υψηλές πιέσεις από τον περίγυρό τους να αδυνατίσουν και έρχονται συχνά για πρώτη φορά σε επαφή με τον όρο «δίαιτα» στα σχολικά τους χρόνια.

Μία σειρά μελετών αναδεικνύουν το πείραγμα ως βασικό αιτιολογικό παράγοντα στην έναρξη των προβλημάτων σε σχέση με τη διατροφή και την αρνητική εικόνα του σώματος ενός παιδιού. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα υπέρβαρα παιδιά έχουν περισσότερες πιθανότητες να δεχθούν πειράγματα και στιγματιστικές συμπεριφορές σχετικά με το βάρος τους, καθ' ότι τα παιδιά αυτά «παραβιάζουν» τις νόρμες σχετικά με την ιδεώδη εξωτερική εμφάνιση. Σε πρόσφατη έρευνα των Neumark-Sztainer, Falkner, Story, Perry, Hannan, και Mulert (2002), το 63% ενός δείγματος υπέρβαρων κοριτσιών και το 85% ενός δείγματος υπέρβαρων αγοριών ανέφερε ότι δεχόταν πειράγματα σχετικά με το βάρος του από τους συνομήλικους και από την οικογένειά του. Το 22% των κοριτσιών και το 18% των αγοριών που δέχτηκε πειράγματα σχετικά με το βάρος του ενέδιδε συστηματικά σε επεισόδια υπερφαγίας.

Η δυσαρέσκεια που πολλά παιδιά βιώνουν με το βάρος τους μπορεί να τα οδηγήσει στη χρήση μεθόδων ελέγχου του βάρους όπως είναι η δίαιτα (Patton, Carlin, Shao, Hibbert, Rosier, Selzer, & Bowes, 1997). Ιδιαίτερα στην εφηβεία η δίαιτα αυξάνει την πιθανότητα να πάρει ένα άτομο βάρος και να εισχωρήσει σε ένα κύκλο παθολογικών συμπεριφορών σε σχέση με το φαγητό (Field, Austin, Taylor, Malspeis, Rosner, Rockett, Gillman, & Colditz, 2003). Οι έρευνες κατανοούν τη δυσαρέσκεια με το σώμα ως μία αναγκαία προϋπόθεση για την εμφάνιση και την εκδήλωση των ΔΠΤ. Οι Killen *και συν.* (1996) ανέφεραν ότι τα νεαρά κορίτσια που παρουσίαζαν υψηλότερη ενασχόληση με το σχήμα και με το βάρος του σώματός τους ήταν πιθανότερο να αναπτύξουν συμπτώματα διατροφικής ψυχοπαθολογίας μετά από χρονικό διάστημα τεσσάρων ετών.

Τέλος, σημαντικός θεωρείται ο ρόλος της συναναστροφής των νεαρών κοριτσιών με μεγαλύτερης ηλικίας κορίτσια, στη μετάδοση των στάσεων που εξιδανικεύουν το αδύνατο σώμα και το παγιώνουν ως ιδεώδες. Οι Wardle και Watters (2004) σε δείγμα 200 κοριτσιών ηλικίας εννέα έως έντεκα ετών, ανέφεραν ότι η συχνότερη έκθεση και η συναναστροφή με μεγαλύτερης ηλικίας κορίτσια στο σχολείο, σχετίστηκε με την εσωτερίκευση του αδύνατου προτύπου, με αυξημένη αγωνία για το βάρος τους και με μεγαλύτερη συχνότητα δίαιτας. Τα μεγαλύτερης ηλικίας κορίτσια θεωρείται ότι έχουν ήδη εσωτερικεύσει τα κοινωνικά κριτήρια σχετικά με το πώς ένα άτομο είναι περισσότερο αρεστό και μέσω των ομάδων

ασκούν επιρροές στα μικρότερα κορίτσια στα πλαίσια της μικροκοινωνίας του σχολείου.

Στις παραπάνω μελέτες διαφαίνονται οι πολύπλοκες σχέσεις ανάμεσα στην θυματοποίηση που βιώνει ένα παιδί που το πειράζουν οι συμμαθητές του λόγω του βάρους του, στη δυσαρέσκεια που νιώθει με το σώμα του, στην εσωτερίκευση ενός ιδεώδους σώματος το οποίο αναγκάζεται να εξιδανικεύσει λόγω της κοινωνικής αποδοχής που αυτό δέχεται, στη χαμηλή αυτοεκτίμηση και στο εν δυνάμει επικίνδυνο κυνήγι της λεπτότητας μέσο της δίαιτας η οποία έχει επανειλημμένως συσχετισθεί στη βιβλιογραφία με την εκδήλωση των ΔΠΤ. Ένα σημαντικό μειονέκτημα των κοινωνικών προσεγγίσεων στις ΔΠΤ είναι η απουσία σχέσεων αιτίας-αιτιατού ανάμεσα στον ρόλο των κοινωνικών παραγόντων και στην εκδήλωση των ΔΠΤ. Τα κοινωνικά μοντέλα κατανόησης των ΔΠΤ περισσότερο υποδεικνύουν μία συσχέτιση ανάμεσα στα ΜΜΕ, την επιρροή της οικογένειας, του στενού συνομήλικου περιβάλλοντος και της διατροφικής ψυχοπαθολογίας, η φύση της οποίας ωστόσο δεν έχει διευκρινιστεί επαρκώς στις έρευνες. Ένα επιπλέον μειονέκτημα στις εν λόγω κοινωνικές προσεγγίσεις είναι η έλλειψη θεραπευτικών και άμεσα αποτελεσματικών προτάσεων για τις ασθενείς με ΔΠΤ, με αποτέλεσμα οι προσεγγίσεις αυτές να περιορίζονται σε μία ενδιαφέρουσα μεν, αλλά ελλιπή δε, θεωρητική προσπάθεια κατανόησης του φαινομένου.

Επιπροσθέτως, οι κοινωνικές προσεγγίσεις προσδίδουν ελλιπή βαρύτητα στις ειδικές ψυχολογικές διεργασίες των ασθενών, οι οποίες άλλωστε, είναι κεντρικές στην παθογένεση των ΔΠΤ. Η έκθεση σε παραπλανητικά αψεγάδιαστα πρότυπα ομορφιάς από μόνη της δεν μπορεί να αποτελέσει αιτιολογικό παράγοντα εκδήλωσης των ΔΠΤ, αν δεν διαμοσελαβηθούν μία σειρά νοητικών διεργασιών από την πλευρά του ίδιου του ευπαθούς ατόμου, ανάμεσα στα εξωτερικά ερεθίσματα και τη συμπεριφορά του. Οι βαθύτερες δυσλειτουργικές πρώιμες πεποιθήσεις, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, οι διαστρεβλώσεις και οι παραποιήσεις της εξωτερικής εμπειρίας αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της συνείδησης του ατόμου και της ενεργητικής του υπόστασης μέσα στον εξωτερικό περίγυρο. Μία ολοκληρωμένη κατανόηση λοιπόν των ΔΠΤ προϋποθέτει, αν μη τι άλλο, την ενδελεχή διερεύνηση του νοητικού χάρτη του ασθενούς και της αλληλεπίδρασής του με τις σύγχρονες κοινωνικές αρνητικές επιρροές, η οποία θα συμβάλλει και στην εφαρμογή αντίστοιχων αποτελεσματικών θεραπευτικών μεθόδων.

5.3 Οικογενειακές θεωρίες των ΔΠΤ

Ιστορικά οι οικογένειες των ασθενών με ψυχικές διαταραχές έχουν κατηγορηθεί ως υπαίτιες για τα προβλήματα των παιδιών τους. Ο Gull (1874) θεωρούσε τις οικογένειες των ασθενών με ανορεξία ως *«γενικά τους χειρότερους ακόλουθους»* και πίστευε ότι οι ασθενείς είναι απαραίτητο να απομακρυνθούν από το οικογενειακό τους περιβάλλον προκειμένου να γίνουν καλά (Colahan & Robinson, 2002). Για έναν περίπου αιώνα από τότε που ο Lasègue (1873) σχηματοποίησε για πρώτη φορά την νευρική ανορεξία, η διαταραχή θεωρείτο μία μη-ειδική, αντιδραστική στο περιβάλλον νεύρωση των γυναικών, με τις ρίζες της στη δυσλειτουργική οικογένεια. Τα θεωρητικά μοντέλα και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις της οικογενειακής θεραπείας στην αντιμετώπιση των ΔΠΤ επικεντρώνονται στον παθολογικό ρόλο της οικογένειας που καθιστά το άτομο ευάλωτο στην εμφάνισή τους. Πυρήνας των οικογενειακών προσεγγίσεων είναι η «χρησιμοποίηση» των ΔΠΤ από τις ασθενείς σαν ένα μέσο για να εκφράσουν την ύπαρξη κάποιας δυσλειτουργίας στα πλαίσια της οικογένειάς τους, η οποία επίσης μπορεί να χρησιμοποιεί το σύμπτωμα ως ένα μέσο για να διατηρεί την ισορροπία της.

5.3.1 Η «Ψυχοσωματική οικογένεια»

Ο Minuchin (1975) ως πρωτοπόρος της δομικής οικογενειακής θεραπείας, υποστήριξε το μοντέλο της *«ψυχοσωματικής οικογένειας»* σύμφωνα με το οποίο ένα συγκεκριμένο οικογενειακό πλαίσιο είναι αναγκαίο προκειμένου να αναπτυχθεί μία ΔΠΤ[6]. Συγκεκριμένες οικογενειακές λειτουργίες και μοτίβα αλληλεπιδρούν με την παθολογική συμπεριφορά της νεαρής εφήβου, οι οποίες διακρίνονται από τέσσερα χαρακτηριστικά: την υπερεμπλοκή, την υπερπροστασία, την αυστηρότητα και την αποφυγή επίλυσης των συγκρούσεων. Τα συμπτώματα της Ψυχογενούς Ανορεξίας θεωρούνται ότι υποβοηθούν στη συντήρηση των παθολογικών αυτών οικογενειακών διεργασιών. Ο Minuchin (1978) τόνισε την ακραία μορφή εγγύτητας και έντασης στις οικογενειακές αλληλεπιδράσεις, όπου οι ατομικές διαφοροποιήσεις απουσιάζουν, με αποτέλεσμα το άτομο να χάνεται μέσα στο σύστημα και να έχει δυσκολία στην αποσύνδεση και στην επίτευξη της ατομικότητας.

[6] Τα στοιχεία αυτά είναι μέσω του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης, τμήμα παροχής ηλεκτρονικής πληροφόρησης, του οποίου γίναμε συνδρομητές

Το μοντέλο του Minuchin δεν συνθέτει μία μεμονωμένη αιτιολογική επεξήγηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας, αντίθετα αναδεικνύει την αλληλεπιδραστική φύση μίας συνεχόμενης διαδικασίας ανάμεσα στην αναγκαία προϋπόθεση μίας «νοσηρής» οικογένειας αφενός και αφετέρου στην εμφάνιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Μία σειρά ερευνών διαπιστώνουν τα χαρακτηριστικά και τον παθολογικό ρόλο της οικογένειας στην εμφάνιση και τη διατήρηση των ΔΠΤ.

Οι ασθενείς με βουλιμία περιγράφουν τις οικογένειές τους ως μη-συνοχικές και μη-οργανωμένες, με απουσία παροχής φροντίδας και τρυφερότητας και με αλληλοσυγκρουόμενες σχέσεις ανάμεσα στα μέλη τους, σε σχέση με τις ασθενείς με ανορεξία οι οποίες περιγράφουν τις οικογένειές τους ως συνοχικές, σταθερές και οργανωμένες, αλλά με χαμηλότερα επίπεδα ανοχής στις συγκρούσεις (Vidovic *et al.*, 2005). Οι Vidovic *και συν*. (2005) μελέτησαν τις διαφορές στην αντίληψη της οικογενειακής συνοχής, της ευελιξίας και της επικοινωνίας ανάμεσα σε γυναίκες ασθενείς με ΔΠΤ και στις μητέρες τους και ανέφεραν ότι οι κόρες αντιλαμβάνονταν τις οικογένειές τους ως λιγότερο συνοχικές και λιγότερο προσαρμοστικές, από ότι οι μητέρες τους, οι οποίες θεωρούσαν ότι η επικοινωνία με τις κόρες τους ήταν δυσλειτουργική. Οι ασθενείς με περιοριστικού τύπου ανορεξία είχαν παρόμοιες αντιλήψεις για τις οικογένειές τους με τις υγιείς μάρτυρες, αντιλαμβανόμενες τις οικογένειές τους ως ισορροπημένες, λόγω τις εγγενούς τάσης τους να αποφεύγουν τις συγκρούσεις και να χρησιμοποιούν αμυντικούς μηχανισμούς άρνησης. Οι συγγραφείς κατέληξαν ότι οι ασθενείς με υπερφαγικό/καθαρτικό τύπο ανορεξίας και οι ασθενείς με βουλιμία αντιλαμβάνονταν ότι η οικογένειές τους παρουσίαζαν διαταραγμένη επικοινωνία, λιγότερη συνοχή και προσαρμοστικότητα. Σύμφωνα με έρευνα των Rowa, Kerig, και Geller (2001), οι ασθενείς με ανορεξία συγκριτικά με υγιή άτομα, βίωναν σοβαρά προβλήματα με τα ενδοοικογενειακά όρια μέσα στην οικογένεια και ιδιαίτερα με τα όρια στη σχέση με τον πατέρα και με τη μητέρα τους.

Το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών με βουλιμία έχει συνδεθεί με επιθετική αλληλοεμπλοκή, αμοιβαία αλληλοκατηγορία, έλεγχο μεταξύ της κόρης και των γονέων και αντιδραστικό θυμό ανάμεσα στη μητέρα και την κόρη (Humphrey, 1989). Οι προσπάθειες της κόρης να αυτονομηθεί και να διεκδικήσει τις δικές της ξεχωριστές ανάγκες υπονομεύονται από έναν μηχανισμό εχθρικής υποταγής απέναντι στους γονείς. Σύμφωνα με τους Fassino *και συν*. (2003), η οικογένεια αποτελεί το πλαίσιο για ανώριμες και συγκεχυμένες δυναμικές σχέσεων, οι οποίες ευθύνονται για την εμφάνιση ψυχοτραυματικών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία. Επίσης, οι

συγγραφείς επισημαίνουν ότι το επικρατών οικογενειακό κλίμα γίνεται αντιληπτό από το παιδί ως δυσλειτουργικό, μη-στοργικό και αποτελεί ισχυρό παράγοντα πρόβλεψης για την εκδήλωση ΔΠΤ. Συνολικά, ο παθογνωμικός ρόλος της οικογένειας έγκειται στην περιορισμένη ψυχολογική ανεξαρτησία κάθε μέλους της και στους ισχνά καθορισμένους ρόλους, με αποτέλεσμα να υπερτερεί ένα μη-ευνοϊκό περιβάλλον για υγιή προσωπική ανάπτυξη.

5.3.2 Ο ρόλος της μητέρας και ο ρόλος του πατέρα

Πρόσφατες έρευνες επισημαίνουν την πιθανή σύνδεση ανάμεσα στη γονεϊκή υπερπροστατευτικότητα και τη μετέπειτα εκδήλωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας (Shoebridge & Gowers, 2000). Ειδικά ο ρόλος της μητέρας έχει λάβει ιδιαίτερο θεωρητικό και ερευνητικό ενδιαφέρον (Fassino *et al*., 2002, 2003; Selvini-Palazzoli, 1981). Οι μητέρες των ασθενών με ΔΠΤ έχουν χαρακτηριστεί ως *«παθολογικές»* (Selvini-Palazzoli, 1981), αν και ορισμένες μελέτες αδυνατούν να υποστηρίξουν επαρκώς τα υποθετικά αυξημένα επίπεδα ψυχοπαθολογίας τους. Οι Fassino *και συν*. (2002, 2003) εντόπισαν στις μητέρες και στις κόρες, χαμηλά επίπεδα ευθύτητας προς τον εαυτό τους, τα οποία εκφράζονταν με μία στάση έντονης κριτικής. Η αστάθεια του μητρικού χαρακτήρα θεωρείται ότι οδηγεί στην αποτυχία παροχής ενός υγιούς προτύπου για τις κόρες τους κατά την κρίσιμη περίοδο διαμόρφωσης της ταυτότητάς τους (Fassino *et al.*, 2002; Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnic, & Tocilj, 2005).

Αδύναμος, δίχως θέληση και επιμονή, περιγράφεται ο πατέρας των ασθενών με ΔΠΤ από τους Vidovic *και συν*. (2005). Η δημιουργία ισχυρής σχέσης ανάμεσα στον πατέρα και την κόρη είναι διακυβευμένη, καθ’ ότι ο πατέρας τείνει να εγκαταλείπει στις στιγμές όπου παρουσιάζονται διαπροσωπικές ή ενδοοιοκογενειακές δυσκολίες και αποσύρεται από τον αναγκαίο προστατευτικό του ρόλο. Ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία αντιλαμβάνονται ότι η φροντίδα του πατέρα τους είναι ανεπαρκής σε σχέση με την φροντίδα της μητέρας τους (Fassino *et al*., 2003).

Στα πλαίσια μίας πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, η οικογένεια δίχως να αποτελεί ένα μεμονωμένο αιτιολογικό παράγοντα στην εμφάνιση των ΔΠΤ, λειτουργεί ωστόσο ως ένας κεντρικός μηχανισμός ευπάθειας και διατήρησης των ΔΠΤ. Η οικογένεια μετέχει σε ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο αλληλεπίδρασης, στο οποίο η αλλαγή καθίσταται εξαιρετικά δύσκολη (Colahan & Robinson, 2002). Η επεξεργασία και η κατανόηση της λειτουργίας και της δυναμικής της οικογένειας

αποτελεί σημαντικό θεραπευτικό στόχο παρέμβασης στις οικογενειακές ψυχοθεραπείες. Στο σημείο αυτό θα γίνει αναφορά στις οικογενειακές θεραπείες και στις σημαντικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί αναφορικά με την αποτελεσματικότητά τους.

5.3.3 Οικογενειακές θεραπείες των ΔΠΤ

5.3.3.1 Δομική οικογενειακή θεραπεία

Η πρώτη εφαρμογή της οικογενειακής θεραπείας της ανορεξίας πραγματοποιήθηκε το 1970 από τον Minuchin, ο οποίος εστιάστηκε στην αναγκαιότητα της αλλαγής της δομής και του τρόπου με τον οποίο η οικογένεια διαχειριζόταν τα προβλήματα που προέκυπταν από την καθημερινότητά της, σαν το κύριο μέσο ανάκαμψης της ασθενούς. Ο Minuchin διεύρυνε το ενδιαφέρον από το *«άρρωστο παιδί, στο άρρωστο παιδί μέσα στην οικογένεια»* (Minuchin *et al*., 1975). Πρότεινε *«το μοντέλο των ανοιχτών συστημάτων»* σύμφωνα με το οποίο συγκεκριμένοι τύποι οικογενειακής οργάνωσης σχετίζονταν στενά με την εκδήλωση και τη διατήρηση των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων των παιδιών, αλλά και αντίστροφα: τα ψυχοσωματικά συμπτώματα των παιδιών έπαιζαν σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της ομοιόστασης ολόκληρης της οικογένειας (Minuchin *et al*., 1975). Στις συνεδρίες οικογενειακού γεύματος η οικογένεια καλείται να γευματίσει υπό την παρουσία του θεραπευτή και των ενδεχόμενων υποδείξεών του, ο οποίος μέσα από τις εκτιμήσεις του παρεμβαίνει άμεσα στα δυσλειτουργικά μοτίβα αλληλεπίδρασης που σχετίζονται με το φαγητό (Rosman, Minuchin, & Liebman,1975).

Το πρόβλημα διευρύνεται από πρόβλημα φαγητού σε πρόβλημα στις διαπροσωπικές σχέσεις και οι γονείς παροτρύνονται να σταματούν να χρησιμοποιούν το πρόβλημα προκειμένου να «παρακάμπτουν» τις διαφωνίες τους, με τη «δικαιολογία» ότι είναι το μοναδικό ζήτημα που έχει πραγματική σημασία (Minuchin *et al*., 1975). Τα ποσοστά της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας της δομικής οικογενειακής θεραπείας είναι υψηλά. Μετά τη λήξη της, το 86% των ασθενών ανάρρωσαν σε επαναξιολόγηση που έλαβε χώρα ένα χρόνο μετά το τέλος της θεραπείας (Lock & Le Grange, 2005). Προηγούμενες μελέτες επισήμαναν ότι οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία βελτιώνονται γρηγορότερα όταν τουλάχιστον ένας από τους δύο γονείς μπαίνει σε θεραπεία και ο ίδιος (Eisler, Dare, Hodes, Russell, Dodge, Le Grange, 2001).

5.3.3.2 Στρατηγική οικογενειακή θεραπεία

Πρωτοπόροι της στρατηγικής οικογενειακής θεραπείας ήταν η ομάδα του Μιλάνου, με κύριους εκπρόσωπους τον Haley και την Selvini-Palazzoli. Η συγκεκριμένη σχολή συμφωνούσε με την προσέγγιση των Minuchin αναφορικά με τη συμβολή της εγγύτητας των ενδοοικογενειακών σχέσεων, των θολών ορίων ανάμεσα στα μέλη της οικογενείας και της τάσης των μελών να αποφεύγουν ανοιχτά τις διαφωνίες και τις συγκρούσεις, στην εμφάνιση των ΔΠΤ (Vidovic *et al.*, 2005).

Η στρατηγική θεραπεία είναι περισσότερο περιορισμένη στα σημεία στα οποία επικεντρώνεται και η θεραπεία απευθύνεται κυρίως στην επίδραση των ανορεκτικών συμπτωμάτων στην ασθενή και στην οικογένεια (Lock & Le Grange, 2005). Στοχεύει στον μετασχηματισμό του «οικογενειακού παιχνιδιού» μέσα από την απόδοση ενός θετικού νοήματος στη συμπεριφορά των μελών της οικογένειας (π.χ. το νεαρό κορίτσι με ανορεξία ενδέχεται να εκφράζει μέσα από το σύμπτωμα του μία έντονη επιθετικότητα προς τη μητέρα του, σαν μία λανθάνουσα ένδειξη αγάπης). Οι φαύλοι κύκλοι που οδηγούν στην όξυνση της κατάστασης και οι άκαμπτες, μη- παραγωγικές προσπάθειες της οικογένειας να επιφέρει αλλαγή, αποτελούν το κύριο αντικείμενο των παρεμβάσεων στη στρατηγική οικογενειακή θεραπεία. Ο θεραπευτής δεν είναι κατευθυντικός, αντίθετα ενδυναμώνει την οικογένεια να εξερευνήσει, να παρατηρήσει και να προτείνει η ίδια αλλαγές μέσα στα πλαίσια της οικογένειας (Lock & Le Grange, 2005). Αν και ο θεραπευτικός εστιασμός στην επίδραση των ανορεκτικών συμπτωμάτων στην ασθενή και στην οικογένεια παρουσιάζει θεωρητικό ενδιαφέρον, ωστόσο η απουσία συστηματικών μελετών της αποτελεσματικότητας της συγκεκριμένης θεραπείας αναπόφευκτα δυσχεραίνει την θεωρητική της υπόσταση.

5.3.3.3 Το Μοντέλο του Maudsley

Η σύγχρονη ομάδα των ερευνητών του Νοσοκομείου Maudsley του Λονδίνου θεωρεί ότι απουσιάζουν τα επαρκή στοιχεία που στηρίζουν την ευθύνη των οικογενειών για την «παραγωγή» ασθενών με ανορεξία (Dare, Le Grange, Eisler, & Rutherford, 1994). Μέσα από μία θετική θεώρηση της ασθενούς και της οικογένειας, ο θεραπευτής καλείται να παίξει έναν συμβουλευτικό ρόλο με στόχο να επανατοποθετηθεί ο έλεγχος στους γονείς της ασθενούς με ανορεξία, οι οποίοι θα ταΐζουν το παιδί τους, όπως το έκαναν παλαιότερα. Η θεραπεία περιλαμβάνει ένα οικογενειακό γεύμα το οποίο προσφέρει την ευκαιρία στον θεραπευτή να εκμάθει

στους γονείς τη λήψη τροφής και να εντοπίσει ενδεχόμενες προβληματικές διαστάσεις, όπως είναι ο θυμός, οι ανεπαρκείς επιλογές της τροφής ή η αποφυγή της διεκδικητικότητας (Lock & Le Grange, 2005). Η θεραπεία είναι βραχυπρόθεσμη και οι αλλαγές επιχειρούνται στα μοτίβα της οικογενειακής συμπεριφοράς που δυσκολεύουν τη διαδικασία πρόσληψης τροφής. Η θεραπεία χωρίζεται σε τρεις ευδιάκριτες φάσεις: την επανατροφοδότηση του πελάτη, τις διαπραγματεύσεις για ένα νέο μοτίβο σχέσεων και τον τερματισμό (Le Grange, 1999).

Η πρώτη ελεγχόμενη κλινική μελέτη σε ενήλικους ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία ήταν η μελέτη των Russell, Szmukler, Dare, και Eisler, (1987) στο νοσοκομείου Maudsley του Λονδίνου. Σε κλινικό δείγμα 80 ασθενών με ΔΠΤ, οι ερευνητές συνέκριναν την οικογενειακή θεραπεία του Maudsley με μία ατομική, υποστηρικτικού τύπου θεραπεία. Οι ασθενείς με έναρξη της διαταραχής πρίν τα 19 έτη και με διάρκεια της διαταραχής μικρότερη των τριών ετών οι οποίοι μετείχαν σε οικογενειακή θεραπεία παρουσίασαν καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με την ομάδα της υποστηρικτικής θεραπείας, ενώ το ποσοστό διατήρησης των αποτελεσμάτων ήταν μεγαλύτερο σε αξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε πέντε χρόνια αργότερα. Δεν παρατηρήθηκαν ωστόσο σημαντικές διαφορές ως προς την αποτελεσματικότητα των δύο παρεμβάσεων στις ασθενείς εκείνες των οποίων η διάρκεια της διαταραχής τους ήταν μεγαλύτερη των τριών ετών. Μάλιστα παρατηρήθηκε μία τάση υπέρ της ατομικής θεραπείας σε υποομάδα των ασθενών που παρουσίαζαν μεταγενέστερη έναρξη της διαταραχής, συγκριτικά με τις ασθενείς που παρουσίαζαν πρώιμη έναρξη της διαταραχής, οι οποίοι επιπροσθέτως παρουσίασαν μεγαλύτερη ψυχολογική προσαρμοστικότητα μετά τη λήξη της θεραπείας σε σύγκριση με τις ασθενείς που ολοκλήρωσαν την οικογενειακή θεραπεία (στο Lock & Le Grange, 2005).

Ακολούθησαν δύο άλλες έρευνες οι οποίες συνέκριναν έναν τύπο μικτής οικογενειακής θεραπείας (“Conjoint Family Therapy”) με έναν τύπο χωριστής οικογενειακής ψυχοθεραπείας (“Separate Family Therapy”) (Eisler *et al*., 2000; Le Grange, Eisler, Dare, & Russell, 1992). Η μικτή οικογενειακή θεραπεία ήταν ελαφρώς αποτελεσματικότερη από τον χωριστό τύπο οικογενειακής θεραπείας, ενώ το ποσοστό διατήρησης των θετικών αποτελεσμάτων σε αξιολόγηση πέντε ετών αργότερα ήταν ιδιαίτερα υψηλό (70%) ανεξάρτητα από το είδος της οικογενειακής θεραπείας (Lock & Le Grange, 2005). Οι Robin, Siegel, Moye, Gilroy, Dennis, και Sikand (1999) ανέδειξαν τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα μίας συμπεριφορικής μορφής οικογενειακής θεραπείας (“Behavioral Family Systems Therapy”) σε σχέση

με μία μορφή ατομικής ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας (“Ego-Oriented IndividualTherapy”) στο ποσοστό ανάκτησης βάρους και επιστροφής των εμμηνορυσιακών κύκλων των ασθενών με ανορεξία.

Η έρευνα των Geist, Heinmaa, Stephens, Davis, και Katzman (2000) συνέκρινε σε ενδονοσοκομειακό πλαίσιο την οικογενειακή θεραπεία του Maudsley με μία ψυχο-εκπαιδευτική θεραπεία οικογένειας και κατέληξε σε παρόμοια αποτελεσματικότητα ανάμεσα στις δύο παρεμβάσεις. Ωστόσο, η διεξαγωγή των θεραπειών σε νοσοκομειακό πλαίσιο καθιστά δύσκολο το διαχωρισμό ανάμεσα στην επίδραση του περιβάλλοντος και της δράσης των θεραπειών (Lock & Le Grange, 2005). Οι Dare, Eisler, Russel, Treasure, και Dodge (2001) εντόπισαν βελτιώσεις
μετρίου μεγέθους σε τρεις μορφές οικογενειακής θεραπείας σε σχέση με μία μη-κατευθυντική θεραπεία, αλλά χωρίς καμία από τις τρεις συγκεκριμένες μορφές ψυχοθεραπείας να υπερέχει έναντι των υπολοίπων.

5.3.3.4 Ομαδική οικογενειακή θεραπεία

Η ιδέα της ταυτόχρονης θεραπείας πολλών οικογενειών περιγράφτηκε για πρώτη φορά από τον Laqueur το 1964 ενώ εφαρμόστηκε ως θεραπεία στις οικογένειες των ασθενών με ΔΠΤ στα τέλη της δεκαετίας του 1980 (Colahan & Robinson, 2002). Οι οικογένειες των οποίων ένα μέλος τους εμφανίζει ΔΠΤ βιώνουν έντονη κοινωνική απομόνωση καθώς και συναισθήματα ντροπής και ενοχής που πηγάζουν σε μεγάλο βαθμό από την απώλεια των κοινωνικών τους συναναστροφών. Σύμφωνα με την ομαδική οικογενειακή θεραπεία, η συνάντηση οικογενειών σε
θεραπευτικό πλαίσιο όπου και άλλες οικογένειες βιώνουν παρόμοια συναισθήματα και δυσκολίες, συμβάλλει στην ανάπτυξη μίας αίσθησης ασφάλειας και ηρεμίας και έχει ισχυρή δράση ενάντια στις επιπτώσεις του στιγματισμού. Κάθε οικογένεια απομακρύνεται από το επίκεντρο της θεραπείας καθώς αποτελεί μέρος μίας ομάδας, με αποτέλεσμα τα μέλη της να νιώθουν περισσότερο άνετα (Scholz & Asen, 2001). Γενικά οι δείκτες αποχώρησης από την ομαδική οικογενειακή θεραπεία είναι ιδιαίτερα χαμηλοί (Lock & Le Grange, 2005).

Οι Scholz και Asen (2001) και οι Colahan και Robinson (2002) ανέφεραν αξιόλογη βελτίωση της συμπτωματολογίας ενός μεγάλου αριθμού ασθενών, ειδικότερα στην αύξηση του βάρους τους, στην επιστροφή των εμμηνορυσιακών τους

κύκλων, στη σταθεροποίηση της πρόσληψης της τροφής τους, στη μείωση των επεισοδίων υπερφαγίας και των καθαρτικών τους συμπεριφορών. Ωστόσο οι συγγραφείς δεν υπολόγισαν τα συγκεκριμένα ποσοστά βελτίωσης των συμπτωμάτων, ούτε ανέφεραν τις μετρήσεις που χρησιμοποίησαν για να εξάγουν τα αποτελέσματα τους. Τέλος, παρά τα σημαντικά οφέλη της, η ομαδική οικογενειακή θεραπεία έχει δεχτεί κριτική ότι μπορεί να οδηγήσει τις μετέχουσες οικογένειες στο να νιώσουν ένοχες και κατηγορούμενες για τις διαταραχές των μελών τους (Squire-Dehouck, 1993 στο Colahan & Robinson, 2002).

Συνοψίζοντας, τα οικογενειακά μοντέλα κατανόησης των ΔΠΤ εντοπίζουν το πρόβλημα στο σύστημα και όχι στο άτομο, μία θεώρηση που αναπόφευκτα και άρρητα συνδέεται με μία παθητική στάση της ασθενούς απέναντι στο πρόβλημά της. Απουσιάζει δηλαδή η σημαντική θεωρητική διάσταση, όπου η ασθενής ελέγχει ως ένα βαθμό αλλά και μετέχει ενεργητικά στον μηχανισμό του προβλήματός της. Από την σειρά των συγκριτικών κλινικών μελετών στο νοσοκομείο Maudsley προκύπτει ότι η θεραπεία οικογένειας αποτελεί την θεραπεία επιλογής στη
Ψυχογενή Ανορεξία όταν η ασθενής είναι κάτω των 18 ετών. Όμως η αποτελεσματικότητα των οικογενειακών θεραπειών αποδυναμώνεται εν μέρει από τις εγγενείς δυσκολίες που ενέχει η κινητοποίηση μίας «παθολογικής» οικογένειας να ξεκινήσει θεραπεία. Άλλωστε οι μελέτες επιβεβαιώνουν τη βαθιά αντίσταση της οικογένειας με μέλος που εμφανίζει ΔΠΤ σε εξωγενείς παρεμβάσεις (Selvini-Palazzoli, 1974; 1988). Μάλιστα οι χρόνιες άμυνες και η άρνηση της οικογένειας απέναντι στα υπάρχοντα προβλήματα και τις συγκρούσεις συνήθως χρησιμοποιούνται από την ίδια την οικογένεια, προκειμένου εκείνη να διατηρήσει την «αν-ισορροπία» της, ενώ η θεραπεία εν τέλει φαντάζει να «απειλεί» το γκρέμισμά της.

Οι κλινικές μελέτες παρουσιάζουν μία σειρά περιορισμών, όπως είναι η περιορισμένη στατιστική τους ισχύ, η απουσία χρήσης δομημένων εγχειριδίων και η έλλειψη ισοδυναμίας των μετρήσεων αποτελεσματικότητας. Αμφισβητείται και η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων, ενώ το ποσοστό διακοπής της θεραπείας σε ορισμένες έρευνες είναι υψηλό και αγγίζει το 40%, όπως στην έρευνα των Dare *και συν*. (2001) (Lock & Le Grange, 2005). Η μερική αποτελεσματικότητα της θεραπείας της οικογένειας στη Ψυχογενή Ανορεξία δεν θα πρέπει να ερμηνευτεί ως μη-αμφισβητήσιμη ένδειξη της αιτιολογικής της συμμετοχής στη διαταραχή.

Τέλος, δυσανάλογα μεγάλος είναι ο όγκος της βιβλιογραφίας γύρω από τα οικογενειακά θεωρητικά μοντέλα και τη θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας σε

σύγκριση με άλλες ΔΠΤ, τα ποσοστά των οποίων είναι τριπλάσια στον γενικό πληθυσμό και κατά συνέπεια καθιστούν εξίσου αναγκαία την ανάπτυξη νέων και αποτελεσματικότερων μορφών παρέμβασης που θα ανταποκρίνονται ειδικά σε αυτές.

Για παράδειγμα, σημαντική είναι η έλλειψη επαρκών ερευνητικών μελετών της οικογενειακής θεραπείας στη Ψυχογενή Βουλιμία. Οι περιορισμένες σε αριθμό μελέτες είναι περιγραφικές μελέτες ατομικών περιπτώσεων (Lock & Le Grange, 2005). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία δεν διαφαίνονται συστηματικά οφέλη των οικογενειακών θεραπειών όταν αυτές έχουν συγκριθεί με άλλες ατομικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, ενώ απουσιάζουν οι ενδείξεις που στοιχειοθετούν την ανωτερότητα ενός συγκεκριμένου είδους σε σχέση με άλλα είδη οικογενειακής θεραπείας (Falloon, 2003). Ο συνδυασμός των προαναφερθείσων περιορισμών και η μερική θεραπευτική αποτελεσματικότητα των υπαρχόντων μορφών οικογενειακής θεραπείας, αποδυναμώνει ως ένα βαθμό την οικογενειακή θεραπεία ως θεραπεία πρώτης επιλογής στις ΔΠΤ.

5.4 Ψυχοδυναμικές θεωρίες στις ΔΠΤ

Οι προηγούμενες προσεγγίσεις εστιάζουν στη συμπεριφορά του ατόμου, είτε σαν μέλος του οικογενειακού συστήματος, του κοινωνικού περίγυρου, είτε σε σχέση με το φαγητό. Το ίδιο το σύμπτωμα είναι το επίκεντρό τους. Η ψυχαναλυτική θεωρία στην προσπάθειά της να καλύψει το κενό αυτό, εστιάζει στην κατανόηση του συμπτώματος υπό το πρίσμα του ενδοψυχικού κόσμου του ασθενούς, παρέχοντας υποθέσεις για τη *λειτουργία* που επιτελεί η συμπτωματική συμπεριφορά για τον ίδιο.

Η δομή και η οργάνωση της προσωπικότητας, οι συγκρούσεις, οι άμυνες και τα ελλείμματά της, αποκαλύπτουν χρήσιμες πληροφορίες για την θεραπευτική οδό στις ΔΠΤ[7]. Οι ΔΠΤ ψυχαναλυτικά έχουν συνδεθεί με Οιδιπόδειες αλλά και προ-Οιδιπόδειες ρίζες ή πηγές προέλευσης (Boris, 1984a, 1984b; Sours, 1974; Wilson,Hogan, & Mintz, 1992). Το θεωρητικό υπόβαθρο της Melanie Klein και του DonaldWinnicott έχει χρησιμοποιηθεί στην ερμηνεία της ανορεξίας και της βουλιμίας από σύγχρονους συγγραφείς (Farrell, 1995; Schwartz, 1988). Έχει επισημανθεί η

[7] Η ενότητα που αναφέρεται στις ψυχοδυναμικές θεωρίες και θεραπείες των ΔΠΤ βασίζεται σε βιβλιογραφική έρευνα του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης.

σχέση απουσίας μεταβατικού χώρου και μεταβατικών φαινομένων με τις ΔΠΤ (Boris, 1984a, 1984b; Birksted-Breen, 1989; Rizzuto, 1988) και ο ρόλος του σώματος ως μεταβατικό αντικείμενο στη βουλιμία (Farrell, 1995; Sugarman & Kurash, 1982).

5.4.1 Οιδιπόδειες θεωρητικές προσεγγίσεις

Ο Freud συνέδεσε τα βουλιμικά συμπτώματα και τον αυτοπροκαλούμενο εμετό με την υστερία. Στο βιβλίο του *«Τρείς Μελέτες για την Θεωρία της Σεξουαλικότητας» ("Three Essays on the Theory of Sexuality", 1905)* ο Freud συνδέει τη διατροφή με τη σεξουαλικότητα του ατόμου και ερμηνεύει την αηδία απέναντί της ως αποτέλεσμα της απώθησης του στοματικού ερωτισμού. Ο Freud εξισώνει το στόμα με το αιδοίο και αναγνωρίζοντας τη μετάθεση γενετήσιων επιθυμιών στο στόμα, θεωρεί την άρνηση τροφής μία ασυνείδητη άμυνα απέναντι στις φαντασιώσεις μίας γονιμοποίησης από αυτό. Το Εγώ μεταλλάσσει τη σύγκρουση από γενετήσιου επιπέδου σε στοματικού τύπου, ώστε να κυριαρχήσει στη γενετήσια διαμάχη, μεταφέροντας την πάλη σε ένα ασφαλέστερο και πιο ελεγχόμενο περιβάλλον (Ritvo, 1984). Οι φαντασιώσεις εγκυμοσύνης μέσω του στόματος είναι εκείνες που οδηγούν στην καταναγκαστική πρόσληψη τροφής. Το φούσκωμα στην κοιλιά συμβολίζει το παιδί στη μήτρα και οι ενοχές που προκύπτουν από τον ανταγωνισμό με τη μητέρα, ωθούν στην αποβολή του φαγητού με τον αυτοπροκαλούμενο εμετό, ως μία υποταγή στη μητέρα μέσο της τιμωρίας του φυσικού σώματος. Η καθαρτική πράξη του εμετού έχει ως ασυνείδητο στόχο να αποερωτικοποιήσει την επιθυμία, να αποβάλει το φαλλικό σύμβολο-μωρό, να τιμωρήσει και να ανακουφίσει μαζοχιστικά τις τύψεις που δημιουργεί η φαντασίωση κατάληψης και κατοχής από τον πατέρα (Masserman, 1941; Schwartz, 1988). Η αμηνόρροια, χαρακτηριστικό σύμπτωμα της ανορεξίας, θεωρείται επίσης ότι συμβολίζει την άρνηση της γενετήσιας σεξουαλικότητας.

Το οιδιπόδειο σύμπλεγμα, η τάση δηλαδή του παιδιού για έντονη ερωτική έλξη προς τον γονέα του άλλου φύλου και για έντονο ανταγωνισμό προς τον γονέα του ιδίου φύλου και η αδυναμία του να το ξεπεράσει προκειμένου να εξελιχθεί ομαλά το Υπερεγώ (η συνείδηση μεταξύ καλού και κακού που οδηγεί στη δημιουργία της ταυτότητας του ατόμου) τίθονται στο επίκεντρο της ερμηνείας των ΔΠΤ. Μεταγενέστερες του Freud οιδιπόδειες ερμηνείες που έχουν προταθεί για την ψυχαναλυτική κατανόηση του ανορεξικού και του βουλιμικού συμπτώματος, σχετίζονται με τον φθόνο του πέους και τη φαντασίωση του μικρού κοριτσιού ότι έχει πέος. Αυτή η φαντασίωση περιλαμβάνει είτε την επιθυμία απόκτησης παιδιού από

τον πατέρα, που ισοδυναμεί ασυνείδητα με την απόκτηση πέους και αποτελεί την θετική, κλασσική πλευρά του Οιδιπόδειου συμπλέγματος, είτε τη φαντασίωση απόκτησης πέους ώστε να ταυτιστεί με το αρσενικό φύλο και να ανταγωνιστεί με τον πατέρα για τον έλεγχο και την κατοχή της μητέρας. Η τελευταία φαντασίωση αναφέρεται σε μία αρνητική Οιδιπόδεια θέση, προγενέστερη αναπτυξιακά της θετικής, η οποία προκαλεί διαταραγμένες αντικειμενότροπες σχέσεις, οι οποίες έχουν στόχο τον έλεγχο της μητέρας και την άρνηση κάθε τριαδικότητας.

Πιο πρόσφατα, η Lawrence (2001) πρότεινε την κατανόηση των ΔΠΤ ως ιδιαίτερες περιπτώσεις οιδιπόδειων ψευδαισθήσεων. Υποστήριξε ότι οι ΔΠΤ ενδυναμώνουν τις φαντασιώσεις ελέγχου στους εσωτερικευμένους γονείς και στις σχέσεις τους και λειτουργούν επίσης ως μηχανισμοί άμυνας κατά του καταθλιπτικού πόνου που πηγάζει από την οιδιπόδεια κατάσταση. Οι ερωτικές φαντασιώσεις με τον γονέα του αντίθετου φύλου και τα συναισθήματα επιθετικότητας, ζήλιας και ανταγωνισμού προς τον γονέα του ίδιου φύλου, προκαλούν ενοχές και οδύνη στο άτομο, το οποίο βρίσκει λύση και αμύνεται μέσω της ανορεξικής ή της βουλιμικής συμπτωματικής συμπεριφοράς. Ενώ στην ανορεξία τα εσωτερικευμένα αντικείμενα βιώνονται ως μονίμως σε αναστολή ή παγωμένα, στη βουλιμία βιώνονται ως υπό επίθεση μανιωδώς και αδιαλείπτως.

Η ισχνότητα του σώματος των ασθενών ενδεχομένως ταυτίζεται με το αρσενικό φύλο, ενώ ο αυτοπροκαλούμενος εμετός ταυτίζεται μερικώς με τον φαλλό σε ενούρηση ή σε εκσπερμάτωση (Lewin, 1933). Η υιοθέτηση του γυναικείου ρόλου και οι συγκρούσεις γύρω από αυτό το θέμα περιγράφονται ως κεντρικής σημασίας (Farrell, 1995; Masserman, 1941; Schwartz, 1986). Κατά τον Schwartz (1988), ενώ οι ασθενείς με βουλιμία που έχουν κανονικό βάρος έχουν αρσενικές ταυτίσεις, οι ασθενείς με ανορεξία αναγνωρίζουν ότι δεν διαθέτουν πέος και μέσο της αυτολιμοκτονίας γίνονται το πέος φαντασιωσικά με στόχο να μην έχουν ανάγκη ούτε τον πατέρα, ούτε κανέναν άνδρα. Η διαφορά τίθεται δηλαδή μεταξύ της επιθυμίας για ανταγωνισμό με τον πατέρα, της στοργής της μητέρας καθώς και μίας παντοδύναμης επιθυμίας ελέγχου της μητέρας και κατάργησης του τριγώνου (Masserman, 1941). Αρκετές ασθενείς με ανορεξία και βουλιμία επιχειρούν να αναβάλλουν επ’ αόριστον τη συνειδητοποίηση του φύλου στο οποίο ανήκουν προσπαθώντας να ταυτιστούν και με τα δύο φύλα, ώστε να είναι αυτάρκης και σίγουροι ότι μπορούν να παρέχουν τα πάντα οι ίδιοι στον εαυτό τους (Farrell, 1995).

5.4.2 Ψυχοδυναμική θεραπεία στις ΔΠΤ

Η ψυχοδυναμική θεραπεία εστιάζεται στις αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στον ασθενή και τον θεραπευτή και κυρίως στα συναισθηματικά βιώματα του ασθενούς. Πρωταρχικό μέλημα του θεραπευτή είναι η ενσυναισθητική ακρόαση και η προσπάθεια ερμηνείας του αναδυόμενου μεταβιβαστικού υλικού με βάση τα παρατηρήσιμα γεγονότα. Μεταβίβαση αποτελεί η αναζωπύρωση συναισθημάτων της παιδικής ηλικίας (αγάπη, μίσος, φόβος, κλπ) που έχει ο θεραπευόμενος για πρόσωπα του άμεσου περιβάλλοντός του και χωρίς να καταλαβαίνει τη διαφορά, τα αισθάνεται ξανά στο παρόν για τον ψυχοθεραπευτή του. Σε πιο πρώιμες οργανώσεις της προσωπικότητας, όπως αυτές των ασθενών με βουλιμία και ανορεξία που έχουν καθηλωθεί σε αρχαϊκά στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης χωρίς να έχουν καταφέρει να εξελιχθούν επιτυχώς, οι αναδυόμενες κατά τη θεραπεία εμπειρίες έχουν λάβει χώρα πριν την ανάπτυξη της γλώσσας. Στην περίπτωση αυτή, το μεταβιβαστικό υλικό γίνεται καλύτερα κατανοητό μέσω του βιώματος της αντιμεταβίβασης από τον ψυχοθεραπευτή (Kernberg, 1988). Πρόκειται για τη συναισθηματική αντίδραση που προκαλεί η μεταβίβαση στον ίδιο τον θεραπευτή και η οποία αν αγνοηθεί, δεν συνειδητοποιηθεί και δεν ερμηνευτεί, μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες στην εξέλιξη της θεραπείας.

5.4.3 Θεραπευτικές δυσχέρειες και ιδιαιτερότητες

Οι περισσότεροι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η ψυχανάλυση στην κλασσική της μορφή δεν είναι η θεραπεία που ενδείκνυται για τις ασθενείς με ανορεξία (Bruch, 1978; Selvini-Palazzoli, 1978). Η **«αντίσταση στη μεταβίβαση»**, όπου ο θεραπευτής καθίσταται ως Άλλος, ως εχθρός, απειλώντας με εισχώρηση και καταστροφική διάρρηξη, είναι οι βασικοί λόγοι που καθιστούν την κλασσική ψυχοδυναμική θεραπεία ένα ιδιαίτερα δύσκολο εγχείρημα. Η δυσχέρεια στους συνειρμούς είναι ακόμη μία τροχοπέδη στη θεραπεία. Η σχέση όμως με τον θεραπευτή προοδευτικά μπορεί να διευθετηθεί ευνοϊκά, καθώς η συνετή και η διακριτική του στάση θεωρείται μεταβατικό αντικείμενο κρατημένο σε απόσταση ασφαλείας για την ασθενή. Μέσω της ευχαρίστησης του χειρισμού, η οποία γίνεται αντικείμενο ερμηνείας και μοιράζεται με τα τον θεραπευτή, γίνεται δυνατή η επένδυση του θεραπευτή ως άλλου, διαμέσου μίας κατοπτρικής διαδικασίας, ώστε να καταφέρει η ασθενής να

αντιμετωπίσει το είδωλο της **«κακής μητέρας»**. Οι ιδιαίτερες δυσκολίες στη μεταβίβαση καθιστούν προτιμότερη τη χρήση του αναλυτικού ψυχοδράματος στην αρχή της θεραπείας και στις σοβαρότερες περιπτώσεις ασθενών, το οποίο προσφέρει μεταθέσεις της μεταβίβασης (Vénisse, 1987). Η άκαμπτη σκέψη και οι δυσκολίες στο συμβολισμό, στην εσωτερική δηλαδή αναπαράσταση των εξωτερικών αντικειμένων, είναι τα βασικά χαρακτηριστικά των ΔΠΤ (Boris, 1984; Sohn, 1985). Η διατροφή και η πέψη μπορούν να θεωρηθούν ως μεταφορές για την αντίληψη εμπειριών του εξωτερικού κόσμου και για την επεξεργασία τους.

Οι σοβαρές δυσχέρειες στην αντίληψη και στην επεξεργασία των εξωτερικών εμπειριών έχουν αποδοθεί στην πρώιμη σύγχυση της σχέσης μητέρας-βρέφους. Η απουσία βιώματος εαυτού, χωρίς να είναι ο εαυτός προέκταση της μητέρας, κάνει τις ανάγκες της ασθενούς να καλύπτονται είτε κατά τύχη, είτε στα κρυφά, προκειμένου να διατηρηθεί η φαντασίωση ότι δεν διαφοροποιείται από τη μητέρα. Η σύγχυση αποτελεί συνέπεια του εξωτερικού κόσμου, με τη μορφή του φαγητού πάνω στο σώμα της. Ο εσωτερικός και ο εξωτερικός κόσμος αλληλεπιδρούν και υπάρχει ένας τρίτος χώρος ανάμεσά τους κατά τον Winnicott, ο οποίος παρέχει μία ενδιάμεση περιοχή η οποία απουσιάζει από την ασθενή με ΔΠΤ. Αυτό αποτελεί μείζον πρόβλημα για τον θεραπευτή. Η ασθενής αμύνεται προσπαθώντας να ελέγξει τον ψυχαναλυτή, ώστε να μην πετύχει συναισθηματική επαφή μαζί του. Εάν ωστόσο η επαφή αυτή δεν εισαχθεί πολύ προοδευτικά, τότε μπορεί να προκαλέσει μεγάλη αναστάτωση στην ασθενή (Rizzuto, 1988).

5.4.4 Μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση

Κατά τη μεταβίβαση, ο θεραπευτής εκλαμβάνεται ως η βίαιη και χωρίς κατανόηση μητέρα, που βρίσκεται εκεί για να χρησιμοποιήσει την ασθενή για τις δικές της ανάγκες και αδυνατεί να κατανοήσει ή να επεξεργαστεί κάθε υλικό του θεραπευόμενου. Η επίγνωση των βίαιων αντιλήψεων που έχουν οι ασθενείς για την εσωτερικευμένη σχέση με τη μητέρα τους και των προσδοκιών τους από τη θεραπεία, παρέχει τον απαραίτητο χώρο στον θεραπευτή ώστε να σκέφτεται και να δείχνει ενδιαφέρον, αποφεύγοντας να οδηγεί την αντιμεταβίβαση σε σύγχυση, έλεγχο και σαδισμό, είτε στον τόνο της φωνής του είτε στο περιεχόμενο των ερμηνειών του. Στόχος της ασθενούς είναι να νιώσει ελεγκτική και ελεγχόμενη, ώστε να μην βιώνει κανένα αποχωρισμό (Farrell, 1995).

Ιδιαιτέρως αρχαϊκά αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα προκαλούνται από τις ασθενείς με ανορεξία στο θεραπευτή, όπως είναι η αποστροφή, ο θυμός, το μίσος και η οργή. Πολλοί θεραπευτές νιώθουν την επιθυμία να ταΐσουν τις ασθενείς πρίν ξεκινήσουν τη θεραπεία μαζί τους. Ίσως για τον λόγο αυτόν οι Bruch και Selvini-Palazzoli (1978) πρότειναν να ξεκινά η αναλυτική θεραπεία αφού οι ασθενείς ανακτήσουν ένα συγκεκριμένο βάρος. Ο Sohn (1985) επίσης αναφέρεται σε αρχαϊκά συναισθήματα που προκαλούν οι ασθενείς με ΔΠΤ στους θεραπευτές τους. Προτείνει μάλιστα, πως οι ασθενείς με βουλιμία προκαλούν ανορεξικά αισθήματα στους θεραπευτές, ενώ οι ασθενείς με ανορεξία προκαλούν αντίστοιχα βουλιμικά αισθήματα. Ο θεραπευτής καταλήγει με μεταφορική διατροφική διαταραχή να αισθάνεται ότι το **«θεραπευτικό φαγητό»** του δεν δύναται να γευθεί ή δεν θα είναι ποτέ αρκετό. Σύμφωνα με τους Wilson *και συν*. (1992), κατά την αντιμεταβίβαση, ο θεραπευτής βιώνει εξάντληση, αποθάρρυνση, θυμό, γελοιοποίηση και επιθυμία να απαλλαγεί από την ασθενή. Τα παραπάνω αντιμεταβιβαστικά βιώματα θα πρέπει με κάποιο τρόπο να τεθούν σε θεραπευτική χρήση προκειμένου να βοηθήσουν τις ασθενείς εντός της θεραπευτικής σχέσης. Η Rizzuto (1988) υποστηρίζει ότι η άμυνα ενάντια στη μεταβίβαση είναι η ίδια η μεταβίβαση, καθώς μητέρα και παιδί έχουν αποφύγει κάθε κατανόηση της υποκειμενικής εμπειρίας του παιδιού. Κατά τη μεταβίβαση, η ασθενής προσπαθεί να αποφύγει την επανάληψη του τραύματος της μη-κατανόησης ή της αίσθησης επίθεσης εναντίον της. Δεν επιθυμεί να μιλήσει, καθώς δεν πιστεύει ότι κάποιος θα την ακούσει ή θα την κατανοήσει.

Ως προς τις ερμηνείες, εκείνες θεωρείται ότι πρέπει να προσφέρονται και όχι να επιβάλλονται στην ασθενή. Σύμφωνα με τον Boris (1984), οι ασθενείς με ΔΠΤ αντιστέκονται στις διεισδυτικές ερμηνείες και ως εκ τούτου θα πρέπει εκείνες να παρουσιάζονται στον μεταβατικό - κατά Winnicott - χώρο, ο οποίος λείπει από τις συγκεκριμένες ασθενείς. Μόνο μετά τη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος μπορούν να είναι αποτελεσματικές οι ερμηνείες και αυτό προϋποθέτει τη μη-επιθετική στάση του θεραπευτή, ο οποίος οφείλει να αντιστέκεται σταθερά στα έντονα αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα που προκύπτουν από την αρχαϊκή σχέση μητέρας-παιδιού. Ο σιωπηλός σεβασμός του κεντρικού εαυτού της ασθενούς, ίσως είναι η μόνη τεχνική προσέγγιση που θα ευνοήσει τη δημιουργία θεραπευτικής συμμαχίας, καθώς παρέχει στη θεραπευόμενη το χρόνο και την ενσυναίσθηση που χρειάζεται για να εδραιώσει την αυτονομία της (Boris, 1984). Ο θεραπευτής θα πρέπει να γίνει ό,τι η μητέρα δεν κατάφερε ή τουλάχιστον, ό,τι το παιδί θεωρεί ότι η

μητέρα δεν κατάφερε, ένας περιέχων χώρος, ένας επεξεργαστής δηλαδή των συναισθημάτων, των σκέψεων και των ανησυχιών της ασθενούς (Farrell, 1995). Η αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής θεραπείας στις ΔΠΤ έναντι άλλων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, έχει διερευνηθεί σε μία σειρά από κλινικές μελέτες στις οποίες θα αναφερθούμε στο σημείο αυτό.

5.4.5 Αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής θεραπείας στις ΔΠΤ

Οι ελεγχόμενες μελέτες της αποτελεσματικότητας των ψυχοδυναμικών θεραπειών είναι ελάχιστες και αυτό δυσχεραίνει κάποιες φορές την επιλογή τους στη θεραπεία των ΔΠΤ. Από τις υπάρχουσες μελέτες προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα: ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με συνυπάρχουσες διαταραχές προσωπικότητας επωφελείται από τον συνδυασμό ψυχοδυναμικής θεραπείας και γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας. Επίσης, η συχνότητα των συνεδριών και η διάρκεια της θεραπείας παίζει ρόλο στην ελάττωση της βουλιμικής συμπτωματικής συμπεριφοράς [(Howard, Kopta, Krouse, & Orlinsky, 1986) στον Tobin, 1993]. Αντικρουόμενα είναι τα ευρήματα άλλων μελετών που υποδεικνύουν την απουσία στατιστικά σημαντικών πλεονεκτημάτων της ψυχοδυναμικής θεραπείας σε σχέση με τη γνωσιακή-συμπεριφορική και την οικογενειακή θεραπεία, στην εξέλιξη των ασθενών με ΔΠΤ (Sohlberg, Rosmark, Norring, & Holmgren, 1987). Σύμφωνα με τους Kachele *και συν*. (2001) η ψυχοδυναμική θεραπεία σε νοσηλευόμενους ασθενείς με ΔΠΤ θα πρέπει να έχει διάρκεια τουλάχιστον οκτώ έως δώδεκα εβδομάδες, ενώ ωφέλιμη θα ήταν η παράταση της θεραπείας μόνο σε ασθενείς μεγαλύτερους των 40 ετών. Σε επανεξέταση των ασθενών μετά από δυόμισι χρόνια από την ολοκλήρωση της νοσηλείας τους, το 33% των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία και το 25% των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία δεν παρουσίαζαν συμπτωματική συμπεριφορά ΔΠΤ, ενώ η εντατικοποίηση της ψυχοδυναμικής θεραπείας δεν φάνηκε να επιδρά στα αποτελέσματα (Kachele *et al*., 2001). Απουσιάζουν επίσης οι επαρκείς έρευνες που να στοιχειοθετούν ότι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία είναι λιγότερο αποτελεσματική από τις ψυχοδυναμικές θεραπείες στις ασθενείς που έχουν συνοσηρότητα με οριακή διαταραχή προσωπικότητας (Wilson, 1996).

Η εστιασμένη διαπροσωπική θεραπεία, η οποία αποτελεί μία θεραπεία ψυχοδυναμικά προσανατολισμένη, επικεντρώνεται στα διαπροσωπικά προβλήματα

της ασθενούς και όχι αποκλειστικά στην τρέχουσα συμπτωματολογία της. Σε μελέτη της μακροπρόθεσμης αποτελεσματικότητας τριών ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων σε ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία των Fairburn, Norman, Welch, O'Connor, Dol, και Peveler (1995), οι ασθενείς οι οποίοι μετείχαν σε γνωσιακή-συμπεριφορική ή εστιασμένη διαπροσωπική θεραπεία εξελίχθηκαν καλύτερα μακροπρόθεσμα σε σχέση με εκείνες οι οποίες μετείχαν σε θεραπεία συμπεριφοράς. Από τις ασθενείς που μετείχαν σε θεραπεία συμπεριφοράς, το 86% εμφάνισε ΔΠΤ τρία έως έντεκα χρόνια μετά τη θεραπεία, σε αντίθεση με τις ασθενείς που μετείχαν σε γνωσιακή-συμπεριφορική ή διαπροσωπική θεραπεία, οι οποίες νόσησαν σε ποσοστά 37% και 28% αντίστοιχα.

Ως προς την ψυχοδυναμική ομαδική θεραπεία στη Ψυχογενή Βουλιμία, οι μελέτες είναι σπανιότερες, ενδεχομένως διότι είναι περισσότερο χρονοβόρες. Οι ομάδες αυτές απαιτούν τουλάχιστον 25 συνεδρίες στο σύνολο, είναι μη-κατευθυντικές και μπορούν να είναι είτε ανοιχτές είτε περιορισμένου χρόνου. Οι περιορισμένες χρονικά ομάδες προτιμώνται, καθώς επιτρέπουν στα μέλη τους μία μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου, αυτονομίας και εκπλήρωσης. Οι περισσότερες ομαδικές θεραπείες περιλαμβάνουν έναν συνδυασμό θεραπευτικών προσεγγίσεων, όπως είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική, η εκπαιδευτική, η ενδοσκοπική και η υποστηρικτική θεραπεία. Ωστόσο, απουσιάζει η στατιστικά σημαντική διαφορά στην αποτελεσματικότητα της ατομικής ή της ομαδικής ψυχοθεραπείας στη Ψυχογενή Βουλιμία (McKisack & Waller, 1997).

5.4.6 Μοντέλα εξάρτησης των ΔΠΤ

Το λεγόμενο μοντέλο εθισμού της βουλιμίας θεωρεί ότι η βουλιμία αποτελεί την έκφραση μίας θεμελιώδους εξαρτητικής διαταραχής. Εντοπίζει τη βουλιμία σε παρόμοιους ψυχολογικούς και βιολογικούς μηχανισμούς που ευθύνονται για τον αλκοολισμό και για άλλες διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες. Στηρίζεται στις παρατηρηθείσες ομοιότητες ανάμεσά τους, όπως είναι: (α) η **έντονη επιθυμία** του ατόμου να ενδώσει στη συμπεριφορά, (β) η **παρορμητικότητα**, (γ) οι **βασανιστικές σκέψεις** του ατόμου σε σχέση με τη συμπεριφορά του, (δ) το **κίνητρο του ατόμου** να ενδώσει στη συμπεριφορά προκειμένου να ανακουφιστεί από τα αρνητικά του συναισθήματα, (ε) η **άρνηση** της σοβαρότητας του προβλήματος, (στ) η **επανάληψη** της παθολογικής συμπεριφοράς παρά τις αρνητικές της συνέπειες, (ζ) οι συχνές και

αποτυχημένες προσπάθειες του ατόμου να απαλλαγεί από το πρόβλημα. Σύμφωνα με μία συναφή άποψη, οι ασθενείς με βουλιμία είναι βιολογικά ευάλωτοι σε ορισμένες τροφές, όπως το άμυλο ή η ζάχαρη, με αποτέλεσμα να εθίζονται σε αυτές και να καταναλώνουν ολοένα και μεγαλύτερες ποσότητές τους. Ωστόσο, η βιολογική βάση της βουλιμίας ως εξάρτηση θεωρεί την πάθηση ως αθεράπευτη ασθένεια, την οποία η ασθενής πρέπει να αποδεχτεί και να ρυθμίσει τη ζωή της σύμφωνα με αυτήν (Fairburn, 1999). Η υπόθεση της βουλιμίας ως εξάρτηση φαίνεται επίσης ελλιπής διότι οι ασθενείς με βουλιμία χαρακτηρίζονται από υπερβολικές τάσεις αυτοπεριορισμού, ενώ τα άτομα που είναι εθισμένα σε ουσίες από την έλλειψή του. Θεραπευτικά, η μείωση του αυτοπεριορισμού αποτελεί στόχο για τη βουλιμία, ενώ η ενίσχυσή του αποτελεί στόχο στον εθισμό. Πέρα από τις θεωρητικές προσεγγίσεις που εννοιολογούν τις ΔΠΤ με τις διαταραχές της εξάρτησης, οι ΔΠΤ έχουν συνδεθεί και με άλλες κλινικές διαταραχές.

5.5 Σύνοψη των κυριότερων θεωρητικών προσεγγίσεων και των συναφών θεραπειών για τις ΔΠΤ.

Η σύνθετη φύση των ΔΠΤ διαφαίνεται από την πολλαπλότητα των θεωρητικών προσεγγίσεων στο πεδίο, οι οποίες αποσαφηνίζουν τους διαφορετικούς παράγοντες γένεσης και διατήρησής τους. Ανάλογα με την υπό μελέτη θεωρητική προσέγγιση, ο ρόλος και η συμβολή των ειδικών παραγόντων εναλλάσσεται.

Συνοψίζοντας την κάθε θεωρητική προσέγγιση, παρατηρείται ότι:

Οι κοινωνικές προσεγγίσεις στις ΔΠΤ επικεντρώνονται στις επιδράσεις των ΜΜΕ, της συνομήλικης ομάδας, των κοινωνικών προσδοκιών που περιβάλλουν τον ρόλο της σημερινής γυναίκας και του ευρύτερου κοινωνικοπολιτισμικού πλαισίου στη διαμόρφωση ενός ιδεώδους προτύπου λεπτότητας που την εξαναγκάζει να συμμορφωθεί σε αυτό. Η μεγάλη συχνότητα των ΔΠΤ στους Δυτικούς πολιτισμούς ενισχύει την υπόθεση ότι η ανορεξία και η βουλιμία δεν μπορεί παρά να έχουν και κοινωνικές ρίζες.

Ωστόσο, σημαντικές ελλείψεις εντοπίζονται στις σύγχρονες κοινωνικές θεωρίες των ΔΠΤ, όπως είναι η απουσία απορρεουσών θεραπευτικών προτάσεων για τις ασθενείς και η μεμονωμένη αιτιολογική βαρύτητα στις κοινωνικές επιδράσεις, δίχως

την αναγκαία επεξήγηση του αλληλεπιδραστικού ρόλου των κεντρικών ψυχολογικών διεργασιών των ασθενών. Η εξωτερική εμπειρία άλλωστε διαμεσολαβείται και φιλτράρεται από τον νοητικό κόσμο της ασθενούς, από τη συνείδησή της, από τις πίστεις, την ιστορία και την αυτοεικόνα της. Η κατανόηση του νοητικού αυτού κόσμου, στην οποίο άλλωστε στοχεύει και η παρούσα έρευνα, είναι απαραίτητη για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή κατάλληλων θεραπειών στις ασθενείς με ΔΠΤ.

Οι οικογενειακές θεωρίες των ΔΠΤ εστιάζονται στην επίδραση της δομής και της λειτουργίας της οικογένειας στη εμφάνιση και τη διατήρηση των ΔΠΤ. Η επιρροή του Minuchin υπήρξε καθοριστική στη Ψυχολογία καθότι ανέδειξε το ρόλο της πάσχουσας οικογένειας πέραν από την πάσχουσα ασθενή. Ωστόσο, η παθητικοποίηση των ασθενών με ΔΠΤ μοιάζει αναπόφευκτη μέσα από τις θεραπευτικές αρχές που οι οικογενειακές προσεγγίσεις υιοθετούν. Ως έναν βαθμό, ο ρόλος της ασθενούς μειώνεται ως ύπαρξη μέσα στο σύστημα. Εκείνη παλεύει λιγότερο ενάντια στο πρόβλημά της, καθ' ότι η ενεργητική συμμετοχή του κάθε μέλους διαχέεται μέσα σε αυτό. Παράλληλα, οι άμυνες και οι αντιστάσεις των νοσούντων οικογενειών στην θεραπευτική συμμετοχή, η χαμηλή στατιστική ισχύς και η μειωμένη συγκριτική αποτελεσματικότητα των υπαρχόντων κλινικών μελετών στις θεραπείες οικογένειας, δεν στοιχειοθετούν την επιλογή τους ως θεραπεία πρώτης επιλογής για τις ΔΠΤ.

Οι ψυχοδυναμικές θεωρίες κατανοούν τα συμπτώματα των ΔΠΤ μέσα από τη συνειδητή λειτουργία που επιτελεί η ασθένεια για το ίδιο το άτομο. Οι ερμηνείες της ανορεξίας και της βουλιμίας μέσα από τις οιδιπόδειες και αντικειμενότροπες προσεγγίσεις παραμένουν ιδιαίτερα γοητευτικές σε ένα θεωρητικό επίπεδο κατανόησης και προβληματισμού. Ωστόσο, η αποκλειστική επικέντρωση των θεωρητικών αυτών προσεγγίσεων στους ασυνείδητους μηχανισμούς που ριζώνουν τη διατροφική παθολογία της, καθιστούν την ασθενή ως ένα βαθμό, παθητική στη λειτουργία της διαταραχής της. Η απουσία μέχρις στιγμής κλινικών μελετών που να στοιχειοθετούν την επιλογή της ψυχοδυναμικής θεραπείας έναντι άλλων θεραπειών για τις ΔΠΤ αποτελεί ένα μειονέκτημα της ψυχοδυναμικής θεωρητικής προσέγγισης. Για τον λόγο αυτόν, οι μελλοντικές έρευνες αποτελεσματικότητας της ψυχοδυναμικής θεραπείας κρίνονται αναγκαίες.

Οι ΔΠΤ έχουν συσχετισθεί με τις διαταραχές της εξάρτησης και με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, ωστόσο τα αποτελέσματα των ερευνών χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Σε θεραπευτικό επίπεδο δεν διαφαίνονται επαρκείς και

αποτελεσματικές προτάσεις που να απορρέουν από τις θεωρητικές αυτές προσεγγίσεις.

Η παρουσίαση των βιολογικών μοντέλων των ΔΠΤ διαφωτίζει τον ρόλο των βιολογικών παραγόντων που μετέχουν στη γένεση και τη διατήρησή τους. Όμως τα βιολογικά μοντέλα αδυνατούν να ορίσουν επακριβώς αν τα βιοχημικά ευρήματα που προκύπτουν από τις κλινικές μελέτες προϋπάρχουν ή έπονται της έναρξης της ΔΠΤ. Επιπροσθέτως, η περισσότερο κατασταλτική παρά θεραπευτική φύση των ψυχοφαρμακευτικών παρεμβάσεων, η αδυναμία τους να τροποποιήσουν τις βαθύτερες πεποιθήσεις των ασθενών με ΔΠΤ για το βάρος και το σχήμα του σώματός τους, τα αντιφατικά ευρήματα αναφορικά με για την αποτελεσματικότητά τους και οι επαναλαμβανόμενες υποτροπές των ασθενών με τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, αποδυναμώνουν την επιλογή τους ως θεραπεία για τις ΔΠΤ. Από την παρουσίαση των κυριότερων σύγχρονων θεωρητικών και θεραπευτικών αναφορών στις ΔΠΤ, διαφαίνεται μία σημαντική έλλειψη επαρκώς ολοκληρωμένων θεωρητικών μοντέλων της κατανόησής τους και τεκμηριωμένων θεραπευτικών μεθόδων. Προκύπτει λοιπόν η ανάγκη για μία ορθή θεωρητική κατανόηση των ΔΠΤ, η οποία θα είναι εμπειρικά τεκμηριωμένη και θεραπευτικά αποτελεσματική. Με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία, το γνωσιακό-συμπεριφορικό μοντέλο διαφαίνεται το πληρέστερο και το εγκυρότερο θεωρητικό μοντέλο στις ΔΠΤ με τις αποτελεσματικότερες θεραπευτικές μεθόδους. Η παρούσα έρευνα υιοθετεί τις βασικές αρχές του γνωσιακού-συμπεριφορικού μοντέλου, χωρίς ωστόσο να μειώνει τη σημασία της συμβολής και άλλων μηχανισμών στην εμφάνιση των ΔΠΤ, όπως είναι οι κοινωνικοί, οι ασυνείδητοι και οι βιολογικοί μηχανισμοί. Σύμφωνα με το γνωσιακό-συμπεριφορικό μοντέλο των ΔΠΤ, καθοριστικές στην εμφάνιση και τη διατήρηση των ΔΠΤ είναι οι υπερτιμημένες ιδέες των ασθενών που αναφέρονται στο σχήμα και το βάρος του σώματός τους και η καθημερινή λειτουργία της σκέψης τους. Οι νοητικές αυτές δομές και διεργασίες συνθέτουν τον πυρήνα της παρέμβασης στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία.

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία στη Ψυχογενή Βουλιμία, έχει λειτουργήσει αποτελεσματικά και με επαρκή ερευνητική τεκμηρίωση (Fairburn *et al.*,1993). Σήμερα, οι έρευνες επισημαίνουν ότι τα τελευταία 40 χρόνια η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία αποτελεί την αποτελεσματικότερη ψυχολογική θεραπεία, η οποία βασίζεται σε εμπειρικά τεκμηριωμένα στοιχεία (Wilson, 1999). Στο σημείο

αυτό θα γίνει μία αναφορά στις βασικές γνωσιακές-συμπεριφορικές θεωρίες των ΔΠΤ.

5.5.1 Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεωρία των ΔΠΤ

Σύμφωνα με τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεωρία, ο πυρήνας της ψυχοπαθολογίας των ΔΠΤ εντοπίζεται στην ύπαρξη ενεργοποιημένων υπερτιμημένων ιδεών που αναφέρονται στο σχήμα, το βάρος του σώματος και τη λήψη φαγητού (Wolff & Serpell, 1998). Στη βιβλιογραφία εμφανίζεται ένας πλουραλισμός στις εκφράσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί για τον ορισμό των υπερτιμημένων αυτών ιδεών. Ο Crisp (1967) αναφέρθηκε στην ***«φοβία του βάρους»***, ο Russell (1970) στον ***«νοσηρό φόβο του πάχους»*** ενώ η Bruch (1973) στην ***«αναζήτηση της λεπτότητας»***. Τα σχήματα αυτά συνδέονται με εσωτερικές αναπαραστάσεις όπως είναι η αυτοεκτίμηση, ο αυτοέλεγχος, η ομορφιά, η αξία, η χρησιμότητα, η ευτυχία (Παπακώστας, 1994). Το **«γνωσιακό προφίλ»** των ασθενών με ΔΠΤ χαρακτηρίζεται από νοητικές δομές και δραστηριότητες που σχετίζονται με την λήψη τροφής και την εικόνα του σώματος (βάρος, σχήμα, μέγεθος) οι οποίες συνδέονται καθοριστικά με πεποιθήσεις που αναφέρονται στον εαυτό και στις άξιες του (Βάρσου, 1997). Αφού οι πρώιμες πεποιθήσεις σχηματοποιηθούν, τότε το άτομο αξιολογεί την αξία του σχεδόν αποκλειστικά με βάση το σχήμα και το βάρους του σώματός του. Η επεξεργασία των πληροφοριών λειτουργεί σύμφωνα με μία σειρά γνωσιακών διαστρεβλώσεων που συντελούν στην ενδυνάμωση της αρχικής πίστης. Η ενεργοποίηση των γνωσιακών διαστρεβλώσεων συνδέεται με την υπερβολική ενασχόληση του ατόμου με καθημερινές σκέψεις που σχετίζονται με το βάρος, το φαγητό και τη δίαιτα, με αποτέλεσμα να διατηρούνται οι πρώιμες δυσπροσαρμοστικές στάσεις.

Ακόμα όμως και στα πλαίσια άλλων ψυχολογικών προσεγγίσεων, όπως της ψυχοδυναμικής, τονίζεται η σημαντικότητα του εντοπισμού και του θεραπευτικού εστιασμού στον ρόλο των γνωσιακών διαστρεβλώσεων. Ο Μαρκίδης (1997) για παράδειγμα, επισήμανε τον προσυπολογισμό των γνωσιακών διαστρεβλώσεων στη ψυχοδυναμική θεραπεία των ΔΠΤ και υποστήριξε ότι ο εντοπισμός, η αξιολόγηση και η θεραπευτική τους αντιμετώπιση αποτελεί έναν από τους βασικούς κανόνες της ψυχοδυναμικής θεραπείας και κεντρικό συστατικό της αποτελεσματικότητάς της.

5.5.2 Οι γνωσιακές διαστρεβλώσεις στις ΔΠΤ

Οι γνωσιακές διαστρεβλώσεις θεωρούνται κεντρικοί παράγοντες στην εμφάνιση και τη διατήρηση των κλινικών διαταραχών (Radomsky, De Silva, Todd, Treasure, & Murphy, 2002; Shafran & Robinson, 2004). Μία σειρά γνωσιακών διαστρεβλώσεων έχουν διαπιστωθεί στην κατάθλιψη (Beck, 1976), στη διαταραχή πανικού (Clark, 1986), στην υποχονδρίαση (Warwick, Clark, Cobb, & Salkovskis, 1996), στις ΔΠΤ (Fairburn, 1985) και στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Salkovskis, 1985). Παραδείγματα γνωσιακών διαστρεβλώσεων είναι η καταστροφολογική παρερμηνεία των σωματικών αισθήσεων στη διαταραχή πανικού, *(π.χ. «αφού δεν μπορώ να αναπνεύσω τότε θα πεθάνω»)* (Clark, 1986), τα συστηματικά λάθη της σκέψης στην κατάθλιψη *(π.χ. «νιώθω θλίψη και ανημπόρια άρα θα νιώθω πάντα έτσι»)* (Beck, 1995), η αυξημένη αίσθηση ευθύνης στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή *(π.χ. «αν σκεφτώ κάτι κακό, πρέπει να κάνω κάτι για να το προλάβω»)* (Salkovskis, Wroe, Gledhill, Morrison, Forrester, Richards, Reynolds, & Thorpe, 2000) και οι διαστρεβλωμένες γνωσίες και πίστεις αναφορικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος στις ασθενείς με ΔΠΤ *(π.χ. «είμαι ευτυχισμένη μόνο εάν είμαι λεπτή»)* (Cooper, Cohen-Tovee, Todd, Wells, & Tovee, 1997; Mizes & Christiano, 1995) οι οποίες διατηρούν τις ΔΠΤ (Garner & Bemis, 1982; Mizes, 1992). Σύμφωνα με τους Shafran *και συν.*, (1999), οι γνωσιακές διαστρεβλώσεις λαμβάνουν χώρα όταν η σκέψη είναι συνεπής, αναληθής και λοξή ("skewed") και διατηρούν επίσης τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά του ατόμου. Το γνωσιακό σύστημα των ασθενών με ΔΠΤ έχει περιγραφεί σε τρία βασικά επίπεδα (Παπακώστας, 1994): (α) **Μεγάλη αντιπροσώπευση *σχημάτων* / *πεποιθήσεων*** που σχετίζονται με τη λήψη τροφής, το βάρος και το σχήμα του σώματος και διασύνδεση των σχημάτων αυτών με σχήματα αξιών, χρησιμότητας, αρετής, ελέγχου (*«πρέπει να είμαι λεπτή, το να είσαι λεπτή είναι επιτυχία, γοητεία, ευτυχία», «πρέπει να αποφύγω να είμαι χοντρή, το να είναι κανείς χοντρός είναι αποτυχία, αποστροφικό, δυστυχία», «το να ενδίδω εύκολα σε πειρασμούς είναι κακό, είναι σημάδι αδυναμίας», «ο αυτοέλεγχος είναι καλός γιατί είναι ένδειξη δύναμης και πειθαρχίας», «οτιδήποτε λιγότερο από την απόλυτη επιτυχία είναι αποτυχία»),* (β) ***Σκέψεις* για το φαγητό**, τα είδη τροφής, το θερμιδικό περιεχόμενο, σχεδιασμό διαίτης και εικόνες παραμορφωμένου σώματος ή τμημάτων του, εικόνες

ρούχων ή τροφής *(π.χ. «πρέπει να κρατηθώ μακριά από το φαγητό», «σήμερα θα δείξω δύναμη και θα αρχίσω δίαιτα»)*, (γ) ***Γνωσιακές διαστρεβλώσεις / διεργασιακά λάθη***: η φυσιολογική λειτουργία και η διεργασία της σκέψης αναφέρεται στους κανόνες της τυπικής λογικής που ευθύνονται για τη διαμόρφωση μίας σκέψης ή την εξαγωγή ενός συμπεράσματος. Μία γνωσιακή διαστρέβλωση ορίζεται ως κάθε συστηματική αλλοίωση της τρέχουσας εμπειρίας του ατόμου, σε τέτοιο βαθμό όπου η σκέψη του για τα τρέχοντα γεγονότα παύει να είναι αντικειμενική.

Σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο των Garner και Bemis (1982), οι πιο χαρακτηριστικές γνωσιακές διαστρεβλώσεις είναι: το **«αυθαίρετο συμπέρασμα»** (*«είμαι μοναδική αν είμαι λεπτή»*), η **«υπεργενίκευση»** (*«ήμουν παχιά όταν έτρωγα υδατάνθρακες, άρα πρέπει να τους αποφύγω για να μην γίνω υπέρβαρη»*), η **«μεγέθυνση»** (*«το να πάρω πέντε κιλά είναι η απόλυτη καταστροφή»*), η **«διπολική σκέψη»** (*«αν δεν έχω τον απόλυτο έλεγχο τότε δεν έχω καθόλου έλεγχο»*), η **«προσωποποίηση»** (*«δύο άνθρωποι γελούσαν όταν πέρασα από δίπλα τους...σίγουρα είπαν ότι είμαι χοντρή»*), η **«μαγική σκέψη»** (*«άμα φάω ένα γλυκό, τότε αυτό αυτόματα θα μεταμορφωθεί αυτόματα σε στομαχικό λίπος»*) και η **«επιλεκτική προσοχή»** (δηλ. ο εστιασμός της προσοχής στα ερεθίσματα αυτά που επιβεβαιώνουν τους φόβους και τις ανησυχίες της ασθενούς).

Ένα σημαντικό κλινικό εύρημα είναι ότι σε ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία το υπολειπόμενο επίπεδο της ενασχόλησής τους με το σχήμα και το βάρος του σώματός τους κατά τη λήξη μίας επιτυχημένης θεραπείας μπορεί να προβλέψει την πιθανή υποτροπή τους (Farrell, Shafran, & Lee, 2004). Το εύρημα αυτό είναι συναφές με τις γνωσιακές προσεγγίσεις στις ΔΠΤ που αποδίδουν κεντρικό αιτιολογικό και διατηρητικό ρόλο στις δυσπροσαρμοστικές πεποιθήσεις των ασθενών αναφορικά με το βάρος και το σχήμα του σώματός τους. Μάλιστα, οι Wilson και Fairburn (2002) υποστηρίζουν ότι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία επιτυγχάνει τα ισχυρά της αποτελέσματα με το να τροποποιεί τις ειδικές γνωσιακές διαστρεβλώσεις που εμπλέκονται στην εκδήλωση μίας διαταραχής.

5.5.3 Γνωσιακά-συμπεριφορικά μοντέλα της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Οι ρίζες των γνωσιακών-συμπεριφορικών μοντέλων της Ψυχογενούς Ανορεξίας ανάγονται στις κλινικές παρατηρήσεις της ψυχιάτρου Hilde Bruch, η οποία αν και

ήταν ψυχαναλύτρια, ήταν η πρώτη που επισήμανε τον σημαντικό ρόλο του τρόπου σκέψης των ασθενών με ανορεξία. Η Bruch ανέφερε *«την αίσθηση αναποτελεσματικότητας που παραλύει και διαπερνά τη σκέψη και τις δραστηριότητες των ανορεξικών ασθενών» (Bruch, 1973).* Με βάση τις κλινικές της παρατηρήσεις, η Bruch τόνισε τη σημαντικότητα του δυσπροσαρμοστικού τρόπου σκέψης στην εμφάνιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Η ίδια αντιλήφθηκε τον υποσιτισμό ως μία έκφραση της προσπάθειας της ασθενούς να επιτύχει αυτονομία, ικανότητα, έλεγχο και αυτοσεβασμό. Υποστήριξε ότι η αποτυχία της μητέρας να αναγνωρίσει και να επιβεβαιώσει την ανάγκη ανεξαρτησίας του παιδιού της, παράγει και αναπαράγει μία εσωτερική σύγχυση σε τρεις αλληλο-επηρεαζόμενες διαταραχές στο παιδί, οι οποίες συνοπτικά περιλαμβάνουν: (α) την τάση να υπερεκτιμά το σωματικό του βάρος (λανθασμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος) που συνυπάρχει με έναν έντονο και μόνιμο φόβο πάχους, (β) την ανικανότητα τόσο να αναγνωρίσει το ενδογενές αίσθημα της πείνας, του κορεσμού και της σεξουαλικότητας (αγνόηση των αναγκών του σώματος), όσο και να δηλώσει συναισθηματική συμμετοχή (γ) την αίσθηση ανικανότητας που χαρακτηρίζεται από αισθήματα απώλειας ελέγχου.

Στις ασθενείς με ανορεξία, η παρουσία δυσπροσαρμοστικών στάσεων σε σχέση με το βάρος, τη λήψη τροφής και το σχήμα του σώματος αποτελεί ένα καθοριστικό στοιχείο της συγκεκριμένης διαταραχής (Russell, 1983). Μεταγενέστερα, οι απόψεις της Bruch (1973) επαναπροσδιορίστηκαν και αναπτύχθηκαν από τους Garner και Bemis (1982) σε δύο μελέτες στις οποίες εφάρμοσαν τις αρχές της γνωσιακής θεωρίας και θεραπείας του Beck για την κατάθλιψη (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) στη Ψυχογενή Ανορεξία. Η γνωσιακή-συμπεριφορική τοποθέτηση των Garner και Bemis (1982) έχει περιγραφεί λεπτομερώς από τη Vitousek (1990; 1993; 1994) και τους συναδέλφους της σε μία σειρά επιστημονικών άρθρων που έχουν επικεντρωθεί στον ρόλο της επεξεργασίας των πληροφοριών (Vitousek & Hollon, 1990), της αυτό-εικόνας (Vitousek & Ewald 1993) και των παραγόντων της προσωπικότητας (Vitousek & Manke, 1994). Η Vitousek αναφέρει ότι σύμφωνα με το γνωσιακό-συμπεριφορικό μοντέλο, τα ανορεκτικά και τα βουλιμικά συμπτώματα διατηρούνται από ένα σύνολο υπερεκτιμημένων ιδεών για τις προσωπικές προεκτάσεις και τις επιπτώσεις που έχουν για την ασθενή το βάρος και το σχήμα του σώματός της. Η κεντρική πεποίθηση στις ασθενείς με ΔΠΤ, είναι ότι η άξια του εαυτού αναπαρίσταται στο βάρος και το σχήμα του σώματος. Οι στάσεις αυτές προέρχονται από την αλληλεπίδραση σταθερών ατομικών χαρακτηριστικών, όπως

είναι η τελειομανία, ο ασκητισμός και η δυσκολία στον συναισθηματικό έλεγχο, με τα περιβάλλοντα κοινωνικο-πολιτισμικά πρότυπα και ιδανικά που εξιδανικεύουν τη γυναικεία εμφάνιση και που ευνοούν τη σύνδεση των προσωπικών αξιών με το βάρος. Μόλις διαμορφωθούν, οι πεποιθήσεις αυτές οδηγούν τα άτομα σε στερεοτυπική λήψη τροφής και εξαλειπτικές συμπεριφορές, στην ανταπόκριση σε συναφή ενισχυτικά γεγονότα και στην επεξεργασία των πληροφοριών ανάλογα μέσα από μία σειρά προβλέψιμων γνωσιακών προκαταλήψεων, οι οποίες επίσης εξυπηρετούν τη διατήρηση των διαταραγμένων πεποιθήσεων και συμπεριφορών τους (Vitousek, 1996).

Ο Slade (1982) πρότεινε το μοντέλο *«παραγοντικής ανάλυσης»* κατά το οποίο η έντονη ανάγκη για έλεγχο είναι κεντρική στην εμφάνιση και τη διατήρηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Η ανάγκη αυτή εκφράζεται μέσα από τη δίαιτα, η οποία ενισχύεται θετικά μέσα από το αίσθημα επιτυχίας και ενισχύεται αρνητικά από την φοβική αποφυγή της πρόσληψης βάρους και άλλων σχετιζόμενων δυσκολιών. Η δίαιτα διατηρείται, το σωματικό βάρος μειώνεται και ο μηχανισμός της διαταραχής γίνεται αυτοδιατηρητικός.

5.5.4 Το μοντέλο των Fairburn, Shafran, και Cooper (1999) για τη διατήρηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Σε μία σχετικά πρόσφατη προσπάθεια να διασαφηνιστούν οι διαδικασίες που μετέχουν στη διατήρηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας οι Fairburn, Shafran, και Cooper (1999) πρότειναν ένα νέο και υποσχόμενο γνωσιακό-συμπεριφορικό μοντέλο που εστιάζεται σε μία βαθιά ριζωμένη ανάγκη της ασθενούς για αυτο-έλεγχο και ειδικότερο για έλεγχο της τροφικής ανάλωσης. Αναπτυξιακά, ο αυτοέλεγχος θεωρείται το αποτέλεσμα μίας αίσθησης αναποτελεσματικότητας και τελειομανίας της ασθενούς, που αλληλεπιδρά με χρόνια αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης (Bruch, 1973; Fairburn, Shafran, & Cooper, 1999; Vitousek & Manke, 1994). Όπως αναφέρει η Bruch (1973), αρχικά τα άτομα που αναπτύσσουν Ψυχογενή Ανορεξία πειραματίζονται προσπαθώντας να ασκήσουν έλεγχο σε διάφορους τομείς της ζωής τους, όπως στην εργασία, στην άθληση ή σε άλλα ενδιαφέροντά τους, αλλά σύντομα ο έλεγχος απέναντι στο φαγητό υπερισχύει σημαντικά έναντι των άλλων.

Σύμφωνα με τον Slade (1982), ο διατροφικός έλεγχος βιώνεται ως μία επιτυχημένη συμπεριφορά στα πλαίσια μίας αντιλαμβανόμενης αποτυχίας σε όλους τους άλλους τομείς της ζωής τους. Είναι η ενεργός πάλη της ασθενούς ενάντια στη πείνα η οποία διεξάγεται πεισματικά, και αν και οδυνηρή, με τις προσπάθειες που εκείνη επιβάλλει αποτελεί τελικά μία πηγή έντονης ικανοποίησης. Άλλοι λόγοι που καθιστούν το φαγητό ένα επιτυχές αντικείμενο ελέγχου σχετίζονται με την ταύτιση μίας αποτελεσματικής δίαιτας με το αίσθημα επιτυχούς αυτοελέγχου. Επίσης, η δίαιτα σε ένα μέλος της οικογένειας μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στη συμπεριφορά άλλων μελών της οικογένειας. Η επίδραση αυτή, έχει ιδιαίτερη σημασία για την ασθενή με ανορεξία, η οποία συχνά έχει βιώσει, ή συνεχίζει ακόμη να βιώνει, δυσλειτουργικές και συγκρουσιακές σχέσεις μέσα στην οικογένειά της (Fairburn, Shafran, & Cooper, 1999; Vandereycken, Kog, & Vanderlinden, 1989).

Επιπροσθέτως, η εμφάνιση της διαταραχής στην εφηβεία, σε συνδυασμό με τη χρήση της απίσχνασης και της συνακόλουθης πείνας, πιθανώς λειτουργεί ως ένα μέσο είτε για να παλινδρομήσει η ασθενής στο προεφηβικό σώμα, είτε για να διατηρήσει σταθερό και αμετάβλητο το εφηβικό στάδιο το οποίο μπορεί να αποτελεί για την ίδια μία απειλή στον αυτοέλεγχό της (Crisp, 1980; Strober, 1991). Τέλος, ο συνδυασμός του περιορισμού της τροφής με τη βαθιά αίσθηση ελέγχου ενισχύεται και από τις αξίες και τα πρότυπα της Δυτικής κοινωνίας, η οποία άρρητα ενισχύει τη χρήση δίαιτας και ταυτίζει τη δίαιτα με τον επιτυχή αυτοέλεγχο (Fairburn, Shafran & Cooper, 1999).

5.5.5 Γνωσιακά μοντέλα της Ψυχογενούς Βουλιμίας

Η σύνθετη φύση της Ψυχογενούς Βουλιμίας αντανακλάται στα γνωσιακά μοντέλα της διαταραχής, το πρώτο εκ των οποίων αναπτύχθηκε από τον Fairburn και τους συνεργάτες του (Fairburn 1981; 1997; Wilson & Fairburn, 1993). Στο γνωσιακό μοντέλο της Ψυχογενούς Βουλιμίας, κεντρικό ρόλο διαδραματίζουν μία σειρά γνωσιακών και συμπεριφορικών παραγόντων που συντελούν στη διατήρησή της.

5.5.5.1 Η ενασχόληση με το σώμα

Βασικός αιτιολογικός παράγοντας στην εκδήλωση της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι η τάση των ασθενών να αξιολογούν την αυτοαξία τους σχεδόν αποκλειστικά με βάση το σχήμα και το βάρος του σώματός τους (Fairburn, 1999). Η ενασχόληση με τον σωματικό εαυτό θεωρείται αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μίας σειράς δυσλειτουργικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας της ασθενούς (π.χ. η τελειομανία, η χαμηλή αυτοεκτίμηση), των κοινωνικών προτύπων που εξιδανικεύουν τη λεπτότητα, και των δυσλειτουργικών οικογενειακών δυναμικών. Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία εξιδανικεύουν τη λεπτότητα και αξιολογούν τον εαυτό τους πρωταρχικά με βάση το βάρος και το σχήμα του σώματός τους καθ' ότι η εμφάνισή τους φαίνεται για τις ίδιες περισσότερο ελεγχόμενη από άλλες πτυχές της ζωής τους.

5.5.5.2 Ο διαιτητικός περιορισμός

Η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η χρόνια ενασχόληση και δυσαρέσκεια με το σώμα τους οδηγεί τα ευάλωτα άτομα σε ακραίες μεθόδους διαιτητικού περιορισμού (Fairburn, 1997). Η ένταση και η αυστηρότητα του διαιτητικού περιορισμού θεωρείται η έκφραση μίας συνδυαστικής επιρροής της χαρακτηριολογικής τελειομανίας των ασθενών και της διχοτομικής σκέψης που διακατέχει τον τρόπο με τον οποίο επεξεργάζονται το φαγητό, το βάρος και το σχήμα του σώματός τους (π.χ. *«οτιδήποτε λιγότερο από το τέλειο σχήμα σώματος είναι απεχθές», «αν δεν μπορέσω να ακολουθήσω πιστά 100% την δίαιτά μου, τότε ας εγκαταλείψω την προσπάθεια»).* Οι γνωσιακές αυτές διαστρεβλώσεις σε συνδυασμό με το διαιτητικό περιορισμό (ο οποίος ενισχύει την πείνα) εκλύουν αρνητικά συναισθήματα και οδηγούν σε επακόλουθα επεισόδια υπερφαγίας.

5.5.5.3 Ο κύκλος βουλιμίας-κάθαρσης

Ενώ τα βουλιμικά επεισόδια εξισορροπούν αρχικά τα αρνητικά συναισθήματα των ασθενών, στη συνέχεια η ενοχή και οι τύψεις διακατέχουν τον ψυχισμό τους, με αποτέλεσμα εκείνες να αυξάνουν περαιτέρω τις προσπάθειές τους να αδυνατίσουν. Ως αποτέλεσμα δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος ο οποίος διατηρεί τις βαθιά ριζωμένες υπερτιμημένες ιδέες των ασθενών για τη σημασία του σχήματος και του βάρους του σώματός τους. Τα βουλιμικά επεισόδια στη συνέχεια οδηγούν σε αντιρροπιστικές μεθόδους που στοχεύουν στην αποφυγή πρόσληψης βάρους (π.χ.

αυτοπροκαλούμενος εμετός, κατάχρηση διουρητικών και καθαρτικών), οι οποίες ενισχύουν θετικά τα επεισόδια υπερφαγίας καθ΄ ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται ότι οι μέθοδοι αυτές είναι αποτελεσματικές στη μείωση της πιθανότητας πρόσληψης βάρους. Οι ασθενείς αισθάνονται ότι έχουν αποβάλλει τις θερμίδες που είχαν προηγουμένως καταναλώσει και μετά νιώθουν ελεύθερες να ξαναφάνε, ιδιαίτερα αν βρεθούν στις κατάλληλες ψυχοπιεστικές συνθήκες. Η απώλεια του ελέγχου που οι ασθενείς βιώνουν ενισχύει την αρνητική εικόνα του εαυτού τους, με αποτέλεσμα ένας ανατροφοδοτούμενος φαύλος κύκλος να διατηρεί και να εδραιώνει τη βουλιμία (Fairburn, 1997).

5.5.5.4 Το γνωσιακό μοντέλο διατήρησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας των Cooper, Wells, και Todd (2004).

Το πιο σύγχρονο γνωσιακό μοντέλο διατήρησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι το μοντέλο των Cooper, Wells, και Todd (2004). Το μοντέλο αυτό καλύπτει το φάσμα των αναπτυξιακών παραγόντων που από την αρχή της ζωής του ατόμου συντελούν στη διαμόρφωση των παθολογικών μορφών σίτισης π.χ. η νοοτροπία του ότι «*αν χάσω βάρος θα είμαι επιτυχημένη*», ενώ «*αν πάρω βάρος θα είμαι αποτυχημένη*». Οι συγγραφείς επισήμαναν ότι οι λανθασμένες διεργασίες της συλλογιστικής των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία, αποτελούν μέρος του φαύλου κύκλου της βουλιμίας, όπως και οι βαθύτερες πεποιθήσεις τους κατέχουν κύρια θέση στην αιτιοπαθογένεια και τη διαιώνιση της διαταραχής.

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η ενεργοποίηση και η διατήρηση των βουλιμικών επεισοδίων λαμβάνει χώρα στα πλαίσια του ακόλουθου μηχανισμού: ένας πυροδοτικός παράγοντας ενεργοποιεί μία ή περισσότερες αρνητικές πίστεις της ασθενούς για τον εαυτό της *(π.χ. «δεν είμαι αρεστή», «δεν είμαι αγαπητή, «είμαι αποτυχημένη»),* ένα φάσμα αυτόματων αρνητικών σκέψεων που σχετίζονται με την αποδοχή του ατόμου από τους άλλους ή τον εαυτό του, καθώς και έντονα συναισθήματα άγχους, κατάθλιψης και ενοχής. Η λήψη του φαγητού ταυτόχρονα αποτρέπει αλλά αποτελεί ταυτόχρονα και έναν τρόπο διαχείρισης των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων μέσω της μείωσης της υπερδιέγερσης. Το βίωμα αυτό νοηματοδοτείται θετικά από την ασθενή και ενισχύεται μέσα από μία σειρά θετικών πίστεων για το φαγητό που σχετίζονται με: (1) **σκέψεις** για τους τρόπους με

τους οποίους η λήψη φαγητού θα βοηθήσει με τις αρνητικές της σκέψεις και τα αρνητικά της συναισθήματα, (2) **φόβους** για τις συνέπειες αν δεν λάβει χώρα η λήψη φαγητού (π.χ. ο φόβος απώλειας ελέγχου των σκέψεων και των συναισθημάτων, ή η μη-δυνατότητα διαχείρισης της δυσφορίας).

Η λήψη του φαγητού επίσης συνδέεται με αρνητικές πεποιθήσεις που σχετίζονται με τις πιθανές συνέπειες της πρόσληψης σωματικού βάρους ή της αλλαγής του σχήματος *("θα παχύνω, θα πάρω βάρος").* Η ασθενής εισβάλλει σε μία συγκρουσιακή κατάσταση ανάμεσα σε θετικές και αρνητικές πεποιθήσεις, η οποία επιλύεται μέσα από μία τρίτη ομάδα πεποιθήσεων που θεωρούνται επιτρεπτικές των πεποιθήσεων για το φαγητό και οι οποίες μειώνουν την προσωπική ευθύνη της ασθενούς και «μεταμορφώνοντας» το φαγητό σε ένα μη-ελεγχόμενο αντικείμενο. Η λήψη τροφής λαμβάνει χώρα, ακολουθούμενη από αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα για το φαγητό, για μία ακόμη φορά, οι οποίες ενεργοποιούν τις αρνητικές πεποιθήσεις και διατηρούν τον φαύλο κύκλο. Ταυτόχρονα, το φαγητό λειτουργεί αποφευκτικά απέναντι στα αρνητικά συναισθήματα και για τον λόγο αυτό διατηρείται ως μηχανισμός ανακούφισης. Όταν οι αρνητικές πεποιθήσεις για το φαγητό γίνουν ισχυρότερες από τις θετικές πεποιθήσεις, τότε η ασθενής περνάει από την υπερφαγία σε αυτοπροκαλούμενο εμετό.

Μία σειρά ερευνών υποστηρίζουν την υπόθεση ότι οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία διαμορφώνουν διαφορετικές πεποιθήσεις για το σχήμα και το βάρος του σώματός τους, συγκριτικά με ασθενείς που παρουσιάζουν άλλες ψυχιατρικές διαταραχές ή με ομάδες ελέγχου (π.χ. Cooper & Faiburn, 1992; Cooper & Hunt, 1998; Garner, Olmsted, & Garfinkel, 1983). Ο ρόλος των δυσπροσαρμοστικών πεποιθήσεων στη διατήρηση της βουλιμίας έχει διαπιστωθεί σε έρευνα των Cooper και Hunt (1998). Οι βαθύτερες πεποιθήσεις γυναικών ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία, με κατάθλιψη και ομάδας ελέγχου, διερευνήθηκαν με το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς "Eating Disorder Belief Questionnaire" (EDBQ; Cooper, Cohen-Tovee, Todd, Wells, & Tovee, 1997). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι αρνητικές πεποιθήσεις ήταν χαρακτηριστικές σε ασθενείς με βουλιμία και σε ασθενείς με κατάθλιψη, ενώ οι πεποιθήσεις που σχετίζονταν με το σχήμα και το βάρος του σώματος ήταν ανυψωμένες σε ασθενείς με ΔΠΤ.

Οι Mizes και Christiano (1995) διερεύνησαν τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις για το φαγητό, το σχήμα, το βάρος, την αυτοεπάρκεια, τις μη-λογικές διαδικασίες σκέψης και τις αντιληπτικές διαστρεβλώσεις που σχετίζονταν με τις ΔΠΤ. Οι

συγγραφείς κατέληξαν ότι οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία παρουσίαζαν μία σειρά χαρακτηριστικών γνωσιακών διαστρεβλώσεων για το σχήμα και το βάρος του σώματός τους.

Σε μετα-ανάλυση 66 ερευνητικών μελετών των Cash και Deagle (1997) σε γνωσιακές διαστρεβλώσεις που σχετίζονται με την εικόνα σώματος, επισημάνθηκε ότι στις γυναίκες με ΔΠΤ, η χαρακτηριστική τάση τους να υπερεκτιμούν το σχήμα του σώματός τους είναι περισσότερο έντονη όταν οι προκαταλήψεις στη μνήμη, την προσοχή και τον τρόπο διεξαγωγής συμπερασμάτων συνυπάρχουν. Με άλλα λόγια, η υπερεκτίμηση του σχήματος και του βάρους είναι ένα χαρακτηριστικό μίας αρνητικότερης κατασκευής νοήματος η οποία ενεργοποιείται από εσωτερικά και εξωτερικά συγκυριακά ερεθίσματα. Προκύπτει ότι οι ασθενείς με βουλιμία εναποθέτουν εξαιρετικά υψηλή σημαντικότητα στη λεπτότητα σαν δείκτη της αυτοαξίας τους και είναι πιθανότερο να οδηγηθούν σε λανθασμένες αρνητικές κρίσεις για το σχήμα και το βάρος του σώματός τους, όταν μία αρνητική πεποίθηση για τον εαυτό τους είναι ενεργοποιημένη (Cash & Deagle, 1997).

Μία σειρά μελετών υποστηρίζει ότι οι γνωσιακές διαστρεβλώσεις, όπως είναι η επιλεκτική προσοχή στα μέρη του σώματος τα οποία η ασθενής απεχθάνεται, ενισχύουν την ενασχόληση με το σχήμα του σώματός της και συμβάλλουν στο διαιτητικό της περιορισμό (Fairburn *et al.*, 1999; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003). Άλλα θεωρητικά μοντέλα τονίζουν την επεξεργασία γενικότερων απειλητικών πληροφοριών και προτείνουν ότι οι ασθενείς με ΔΠΤ αποτρέπουν την προσοχή τους από προσωπικές απειλές (Waller, & Meyer, 1997 στο Shafran, Lee, Cooper, Palmer, & Fairburn, 2007). Σύμφωνα με τους Fairburn, Cooper, και Shafran (2003) η Ψυχογενής Ανορεξία, η Ψυχογενής Βουλιμία και οι Άτυπες Διαταραχές Διατροφής μοιράζονται κοινούς διατηρητικούς μηχανισμούς, συμπεριλαμβανομένων των προκαταλήψεων της προσοχής. Η παρουσία των προκαταλήψεων της προσοχής σε ασθενείς με ΔΠΤ έχει περαιτέρω διαπιστωθεί σε πρόσφατη πειραματική μελέτη των Shafran *και συν*. (2007).

Περαιτέρω επαλήθευση του ρόλου των κεντρικών δυσπροσαρμοστικών πίστεων και πεποιθήσεων αναφέρθηκε σε έρευνα των Waller, Dickson, και Ohanian, (2002) σύμφωνα με την οποία οι δυσπροσαρμοστικές πίστεις ενός ατόμου προωθούν την τελειομανία και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και συντελούν στην εκδήλωση των ΔΠΤ. Τέλος, οι Wade και Lowes (2002) μελέτησαν τους παράγοντες ευπάθειας στην ανάπτυξη των υπερτιμημένων ιδεών που αφορούν στις προεκτάσεις του σχήματος και

του βάρους του σώματος. Οι μεταβλητές που έχουν εντοπιστεί στη βιβλιογραφία ως παράγοντες κινδύνου στις ΔΠΤ (π.χ. σχόλια τρίτων για το φαγητό, τελειομανία) και ειδικότερα η χαμηλή αυτοεκτίμηση, συσχετίστηκαν σημαντικά με τα τρέχοντα επίπεδα των υπερτιμημένων ιδεών αναφορικά με τις δυσλειτουργικές διατροφικές τους συμπεριφορές.

Συνοψίζοντας, το γνωσιακό μοντέλο υποστηρίζει ότι η τάση των ασθενών με ΔΠΤ να αξιολογούν την αυτοαξία τους αποκλειστικά με βάση το σχήμα και το βάρος του σώματός τους, αποτελεί κεντρικό προδιαθεσικό παράγοντα στις ΔΠΤ. Ο ρόλος της χαμηλής αυτοεκτίμησης και της τελειομανίας και η αλληλεπίδρασή τους με τις πεποιθήσεις που αξιολογούν την αυτοαξία του ατόμου με βάση το βάρος και το σχήμα του σώματός του, θεωρούνται βασικοί αιτιολογικοί παράγοντες των διαταραχών αυτών. Τα αποτελέσματα των σύγχρονων ερευνών προσδίδουν εμπειρική τεκμηρίωση στα γνωσιακά μοντέλα των ΔΠΤ, τα οποία επισημαίνουν τον καθοριστικό ρόλο των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων και των γνωσιακών διαστρεβλώσεων αναφορικά με το σχήμα και το βάρος του σώματός τους. Ο εντοπισμός του δυσπροσαρμοστικού τρόπου σκέψης των ασθενών με ΔΠΤ μέσα από τις υπάρχουσες έρευνες αποτελεί μία σημαντική υποστήριξη για την εγκυρότητα του γνωσιακού μοντέλου των ΔΠΤ. Οι δυσπροσαρμοστικές αυτές πεποιθήσεις και διεργασίες συνδέονται με τη δυσαρέσκεια που νιώθουν οι ασθενείς με ΔΠΤ με το σώμα τους.

5.5.5.5 Θεωρητικές αρχές και βάσεις παρέμβασης στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεωρία και θεραπεία πλαισιώνουν την ασθενή με ΔΠΤ στο επίκεντρο του μηχανισμού του προβλήματος. Η ασθενής είναι η προδράστης που σκέφτεται, που προσπαθεί να κατανοήσει τον εαυτό της, τις εμπειρίες της και τον κόσμο γύρω της, δίχως να λειτουργεί ως παθητικός δέκτης μίας σειράς οικογενειακών συγκρούσεων, ασυνείδητων ενορμήσεων, βιολογικών ή γενετικών δυσλειτουργικών που εναποθέτονται έξω από τον κέντρο του ελέγχου της. Το χτίσιμο μίας αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης είναι πρωτεύουσας σημαντικότητας στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (O'Leary & Wilson, 1987).

Ο Beck απέδωσε τη σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου με την έννοια του **«συνεργατικού εμπειρισμού»** (“collaborative empiricism”). Ο όρος αυτός περιγράφει τον επίμονο και διαρκή «δοκιμαστικό» έλεγχο των νοητικών χαρτογραφήσεων του ασθενούς στα πλαίσια μίας θεραπευτικής σχέσης η οποία διέπεται από τη συνεργασία, την αλληλοκατανόηση και τη συμμαχία. Θεραπευτής και θεραπευόμενος είναι συνεργάτες σε μία κοινή προσπάθεια η οποία συνεχώς παροτρύνει τον θεραπευόμενο *«να κοιτάξει, να σκεφθεί, να αναρωτηθεί, να εξερευνήσει, να συλλάβει, να προβλέψει, να βιώσει, να δοκιμάσει, να κατανοήσει»* (Παπακώστας, 1994).

Σύμφωνα με τους Truax και Mitchell (1971) ο γνωσιακός θεραπευτής θα πρέπει ιδανικά να επιδεικνύει τις μη-ειδικές θεραπευτικές του δεξιότητες όπως είναι η ζεστασιά, η αυθεντικότητα και η ειλικρίνεια. Είναι σημαντικό ο θεραπευτής να κερδίσει την εμπιστοσύνη και τον σεβασμό της ασθενούς. Στα πλαίσια της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας, η ασθενής θα διεκπεραιώσει καθήκοντα που ενδέχεται να είναι απειλητικά για την ίδια και αντίθετα στις βαθιά ριζωμένες πεποιθήσεις της ως προς το φαγητό και τον έλεγχο του βάρους της. Για παράδειγμα, στην θεραπεία της Ψυχογενούς Βουλιμίας θα της ζητηθεί να τρώει τρία γεύματα την ημέρα, ώστε να μειώσει τη δίαιτα, τα βουλιμικά επεισόδια και τις αντιρροπιστικές της συμπεριφορές με στόχο να φυσιολογικοποίησει τη διατροφική της συμπεριφορά. Ωστόσο, οι περισσότερες ασθενείς με βουλιμία φοβούνται ότι αυτό θα τους οδηγήσει στην πρόσληψη βάρους. Για τους λόγους αυτούς, η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών της ασθενούς προϋποθέτει την απόλυτη εμπιστοσύνη της στον θεραπευτή και την πίστη της στην αξιοπιστία της θεραπευτικής μεθόδου (Wilson & Pike, 1993).

Πολλές ασθενείς με βουλιμία ντρέπονται για τη συμπεριφορά τους και είναι ευάλωτες σε ερεθίσματα που σηματοδοτούν απόρριψη από τρίτους. Η ντροπή είναι πιθανόν να συνδέεται όχι μόνο με τις συνέπειες της ΔΠΤ αλλά και με βαθιά ριζωμένες δυσλειτουργικές πεποιθήσεις που δομούν τη γενικότερη αρνητική εικόνα του εαυτού τους. Πρωτεύουσας σημαντικότητας για τον θεραπευτή είναι η μετάδοση στην ασθενή της άνευ ορίων αποδοχής, της κατανόησης του προβλήματός της και της αντίληψής του μέσα από την προοπτική της ασθενούς. Ειδικότερα στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, η ενσυναίσθηση ταυτίζεται με την ακριβή κατανόηση, από τον θεραπευτή και έπειτα από την ασθενή, των γνωσιακών μηχανισμών που πυροδοτούν και διατηρούν το πρόβλημα. Αυτό δεν σημαίνει ότι ο θεραπευτής δίνει ερμηνείες για τα βαθύτερα αίτια της ΔΠΤ όπως συμβαίνει στη ψυχοδυναμική

ψυχοθεραπεία, αλλά ότι μπορεί να προβλέπει τα ερεθίσματα που ενισχύουν το πρόβλημα και τις ακόλουθες αρνητικές σκέψεις, τις διαστρεβλώσεις της τρέχουσας εμπειρίας και τις αναποτελεσματικές συμπεριφορές που το διαιωνίζουν. Ο θεραπευτής βρίσκεται διαρκώς σε μία κατάσταση «ετοιμότητας» ώστε να μπορεί να προσφέρει μία πειστικότερη και λογικότερη ερμηνεία για τα ίδια γεγονότα (Wilson & Pike, 1993). Σημαντικές δεξιότητες του θεραπευτή αποτελούν η διαπροσωπική επικοινωνία και η φροντίδα (Wilson & Pike, 1993). Ο θεραπευτής είναι σημαντικό να γνωρίζει την φύση των ΔΠΤ, να έχει ειδικευτεί στην θεραπεία τους και να κατέχει τις απαραίτητες γνώσεις για τις βιολογικές διαταραχές που συνδέονται με τις ΔΠΤ και να μπορεί να παρεμβαίνει ή να παραπέμπει την ασθενή, αν και όταν αυτό χρειαστεί. Η επαρκής κλινική εμπειρία βοηθά τον θεραπευτή στην αναγνώριση και τη θεραπεία των συνοσηρών ψυχικών διαταραχών, όπως είναι η κατάθλιψη.

5.5.5.6 Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία στις ΔΠΤ

Τα τελευταία τριάντα πέντε περίπου χρόνια η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία έχει αξιολογηθεί ως αποτελεσματικότερη των άλλων βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων θεραπειών (Καλπάκογλου, 2001). Μία βασική θεωρητική αρχή της γνωσιακής-συμπεριφορικής προσέγγισης είναι ότι το άτομο είναι πομπός και δέκτης μηνυμάτων καθώς διαθέτει ένα γνωσιακό σύστημα επεξεργασίας πληροφοριών, το οποίο έχει ως αποστολή την «χαρτογράφηση» του εξωτερικού κόσμου, προκειμένου εκείνο να μπορέσει να τον καταλάβει αλλά και να τον χειριστεί (Παπακώστας, 1994).

Ο πυρήνας της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας βασίζεται σε τρεις βασικές αρχές: (α) η γνωσιακή λειτουργία επηρεάζει τη συμπεριφορά, (β) η γνωσιακή λειτουργία είναι ελεγχόμενη και μεταβάλλεται, (γ) η γνωσιακή λειτουργία έχει την ικανότητα να επηρεάσει τις επιθυμητές αλλαγές (Dobson, 1988). Τα γενικά χαρακτηριστικά της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας θα παρουσιαστούν στο σημείο αυτό. Πολλά από τα χαρακτηριστικά αυτά συναντώνται και σε άλλες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία: (1) είναι βραχυπρόθεσμη, καθώς η διάρκεια της κυμαίνεται μεταξύ 15-22 συνεδρίες, ανάλογα πάντα με τις ανάγκες της κάθε περίπτωσης, συνήθως διαρκεί μία ώρα, αλλά σε ομαδικές συνεδρίες είναι δυνατόν να διαρκέσει μία ώρα και τριάντα λεπτά, (2) διαθέτει πρόγραμμα ημέρας και κάθε συνεδρία έχει συγκεκριμένη δομή, (3) είναι προσανατολισμένη στο πρόβλημα, δηλαδή εστιάζεται στον ορισμό και τη λύση των

προβλημάτων του πελάτη, (4) εστιάζεται στο παρόν, καθώς ενδιαφέρεται για το εδώ και τώρα, (5) χρησιμοποιεί το μοντέλο μάθησης καθώς πιστεύει ότι η δυσλειτουργική συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα λανθασμένης μάθησης, (6) χρησιμοποιεί την επιστημονική μέθοδο, η οποία περιλαμβάνει την συλλογή στοιχείων, τη διαμόρφωση υποθέσεων, την επεξεργασία και την αξιολόγηση αποτελεσμάτων, (7) η ασθενής αναλαμβάνει εργασίες για το σπίτι, για την επαλήθευση των πληροφοριών που έδωσε στον θεραπευτή την ώρα της συνεδρίας, αλλά και για την εξάσκηση σε γνωσιακές δεξιότητες, (8) προϋποθέτει την συνεργασία θεραπευτή και πελάτη για το καλύτερο αποτέλεσμα στην θεραπεία, (9) ο ρόλος του θεραπευτή είναι ενεργητικός και κατευθυντικός σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας, (10) χρησιμοποιείται ο Σωκρατικός διάλογος, ώστε ο ασθενής να αναγνωρίσει τις υποκειμενικές σκέψεις του, αλλά και να ανακαλύψει εναλλακτικές λύσεις στα προβλήματά του (Καλπάκογλου, 2001).

5.5.5.7 Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία στη Ψυχογενή Ανορεξία

Οι αρχές της γνωσιακης-συμπεριφορικής θεραπείας στη Ψυχογενή Ανορεξία στηρίζονται στην προσέγγιση που έχει αναπτυχθεί από τον Beck και τους συνεργάτες για την θεραπεία της κατάθλιψης (Beck *et al.,* 1979). Ο Beck υποστηρίζει πως το άτομο σχηματίζει κανόνες για τους τρόπους με τους οποίους λειτουργεί ο κόσμος γύρω του από τα πρώτα στάδια της ζωής του. Ειδικά για τους ασθενείς με κατάθλιψη, οι κανόνες αυτοί βασίζονται σε λανθασμένες ιδέες, που στη μετέπειτα ζωή του έχουν την ικανότητα να διαστρεβλώνουν κάθε είδους εμπειρία μέσω των σφαλμάτων στην αντίληψη και τη σκέψη του (Beck *et al*., 1979, στο Shafran, Teachman, Kerry, & Rachman, 1999). Με βάση την θεωρία του Beck, η ψυχική υγεία του ατόμου βασίζεται στον τρόπο με τον οποίο εκείνος σκέφτεται, βλέπει και κρίνει τον εαυτό του και τις δυνατότητες του. Όταν αυτός ο τρόπος είναι αρνητικός τότε εκλύονται και εκδηλώνονται οι ψυχολογικές διαταραχές. Σύμφωνα με τον Beck (1987), ο λανθασμένος τρόπος σκέψης είναι δυνατόν να προέρχεται από πολλές καταστάσεις όπως είναι η λάθος πληροφόρηση, η ανικανότητα να ξεχωρίζει το άτομο την πραγματικότητα από την φαντασία και από μηχανισμούς λανθασμένης μάθησης. Αφού λοιπόν ο τρόπος με τον οποίο το άτομο βλέπει τον εαυτό του είναι προϊόν και αποτέλεσμα μάθησης, τότε μπορεί και να θεραπευτεί, φτάνει να μάθει να σκέφτεται με έναν πιο λογικό και λειτουργικό τρόπο (Γεωργαντά, 2003). Οι παραδοσιακές γνωσιακές θεραπευτικές παρεμβάσεις τροποποιήθηκαν ώστε να προσαρμοστούν στις

ιδιαιτερότητες και τις ειδικές εκδηλώσεις που παρουσιάζουν οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία. Ορισμένες εκδηλώσεις περιλαμβάνουν: (α) την «σύντονη με το Εγώ» φύση της διαταραχής όπου τα συναισθήματα και οι αξίες που εγείρει είναι συμβατές και αποδεκτές από τη συνείδησή των ασθενών, (β) την αλληλεπίδραση των σωματικών και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών, (γ) τις ιδιοσυγκρασιακές δυσλειτουργικές πεποιθήσεις που σχετίζονται με την τροφή και το βάρος του σώματος, (δ) τα ελλείμματα στην έννοια του εαυτού και τη συγκρότηση της ταυτότητας.

<u>Τα στάδια της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας στη Ψυχογενή Ανορεξία</u>

1ο στάδιο*: Εξοικείωση με το γνωσιακό μοντέλο και χτίσιμο της θεραπευτικής σχέσης*

Προϋπόθεση για την γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, όπως και για οποιαδήποτε ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, είναι η δέσμευση της ασθενούς στην θεραπεία. Οι πρώτες συναντήσεις με την ασθενή είναι πολύ σημαντικές ώστε εκείνη να δεσμευτεί και να αντιληφθεί τον εαυτό της ως ενεργητική και συμμετοχική στη διαδικασία της θεραπείας. Αυτή η αρχή ή αλλιώς ο «*συνεργατικός εμπειρισμός*» καθιστά τη γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση κατεξοχήν κατάλληλη για την δύσκολη και με πολλές αντιστάσεις ασθενή. Εκείνη ενθαρρύνεται να συμμετέχει σε μία πειραματική διαδικασία ανακάλυψης του τρόπου με τον οποίο οι πεποιθήσεις και οι συμπεριφορές της επηρεάζουν την ίδια της την εμπειρία, αλλά και να εξετάσει προσεκτικά τα μέσα που έχει επιλέξει και τις συνέπειές τους για να επιβεβαιώσει τις βαθύτερες πεποιθήσεις της. Στις πρώτες συνεδρίες η έμφαση είναι στην βοήθεια που πρέπει να δίνεται στην ασθενή ώστε εκείνη να αναπτύξει, εκφρασμένο με τα δικά της λόγια, έναν λεπτομερή και εξαντλητικό κατάλογο των «υπέρ» και των «κατά» της διαταραγμένης της συμπεριφοράς σε σχέση με το φαγητό. Αυτό λειτουργεί αφοπλιστικά στην ασθενή καθώς έχει συνηθίσει να ακούει μόνο για τους κίνδυνους της συμπεριφοράς αυτής. Η τεχνική αυτή επιτρέπει επίσης στον θεραπευτή να εισάγει πρακτικές για την τροποποίηση των δυσπροσαρμοστικών σκέψεων και ιδεών, οι οποίες αποτελούν βασική μέθοδο θεραπευτικής αλλαγής στα πλαίσια της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας.

2ο στάδιο*: Τροποποίηση της συμπεριφοράς*

Βασικό στοιχείο της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η προσπάθεια για βελτίωση της λήψης τροφής και του σωματικού βάρους της ασθενούς. Οι προσπάθειες αυτές ενσωματώνονται και συντονίζονται με την εξέταση των πεποιθήσεών της και συντονίζονται με αυτή. Στην αρχική φάση της θεραπείας προσδιορίζεται για κάθε ασθενή ένα εύρος βάρους / στόχου π.χ. 45-48 kg, το
οποίο πρέπει να βρίσκεται πάνω από το οριακό βάρος για την λειτουργία της εμμήνου ρύσεως και ο ρυθμός με τον οποίο πρέπει να επιτυγχάνεται η αύξηση βάρους. Η πρόοδος προς αυτούς τους στόχους καταγράφεται συστηματικά. Το θεραπευτικό αυτό σύστημα είναι περισσότερο εφικτό σε ασθενείς που νοσηλεύονται. Στην αρχή, η ασθενής παροτρύνεται να τρώει «μηχανικά», σύμφωνα με τις οδηγίες, σε όσον αφορά στην σύσταση, την ποσότητα και τα διαστήματα των γευμάτων. Οι τροφές τις οποίες η ασθενής θεωρεί απαγορευμένες προστίθενται σταδιακά στο σχήμα της διατροφής της.

***3ο στάδιο**: Γνωσιακή αναδόμηση*

Ο πυρήνας της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας στηρίζεται στην εκπαίδευση της ασθενούς συγκεκριμένων τρόπων ελέγχου της εγκυρότητας των σκέψεων, των παραμέτρων ενίσχυσης και των τρόπων επεξεργασίας των πληροφοριών που χρησιμοποιεί και που επηρεάζουν τη συμπεριφορά της απέναντι στο φαγητό. Η τακτική αξιολόγηση των σκέψεων εξηγείται με παραδείγματα και η ασθενής εξασκείται μέσω ασκήσεων που σταδιακά διεκπεραιώνει μόνη της ανάμεσα στις συνεδρίες. Η ασθενής καλείται να καταγράψει και να σχηματίσει το πλέγμα όλων των συνδέσεων που σχετίζονται με τις ανησυχίες της για το βάρος της και τη λήψη τροφής και να εκφράσει τις προβλέψεις της για το τι θα προκύψει αν τις παραβιάσει ή αν υποταχθεί στις υποθέσεις που προκύπτουν από αυτές. Τα λάθη συλλογιστικής που διαπιστώνονται στις καταγραφές της επεξεργασίας των πληροφοριών προσδιορίζονται και συζητούνται με στόχο η ασθενής να είναι σε θέση να εντοπίζει τις καταστάσεις αυτές όπου τα λάθη συλλογιστικής επηρεάζουν την ικανότητά της να ερμηνεύει τα γεγονότα γύρω της. Συνήθη συλλογιστικά λάθη των ασθενών με ανορεξία είναι η επιλεκτική προσοχή, η διχοτομική σκέψη, η
υπεργενίκευση, η ταμπελοποίηση, η καταστροφοποίηση, η προκατειλημμένη επιβεβαίωση και η χρήση «δυο μέτρων-δυο σταθμών». Για την αντιμετώπιση των υπερτιμημένων ιδεών της ασθενούς, ο θεραπευτής εφαρμόζει την τεχνική της «γνωσιακής ασυμφωνίας» (δηλ. τη διατάραξη από τον θεραπευτή της ψευδαίσθησης

αρμονίας και συμμετρίας των πίστεων της ασθενούς, με το να τονίζει στην ασθενή ότι το λογικό της σύστημα είναι ελλειμματικό) προκειμένου να ενσταλάξει την αμφιβολία στις βασικές της πεποιθήσεις και όχι να αμφισβητήσει άμεσα την εγκυρότητα των πεποιθήσεών της (Παπακώστας, 1994). Στη συνέχεια, η ασθενής εκπαιδεύεται σε τρόπους εφαρμογής των ερωτήσεων και των υπερτιμημένων ιδεών που της προκαλούν δυσφορία, ακολουθώντας την παρακάτω διαδοχή: (α) *«Ποιες είναι οι ενδείξεις για την πεποίθηση μου αυτή;»*, (β) *«Υπάρχουν άλλες διαφορετικές εξηγήσεις;»*, (γ) *«Ποια είναι τα επακόλουθα αν αυτή η πεποίθηση είναι σωστή;»*, (δ) *«Ποια είναι τα επακόλουθα αν αυτή η πεποίθηση είναι λανθασμένη;»*, (ε) *«Είναι προσαρμοστικό για μένα να πράξω σύμφωνα με την πεποίθηση αυτή;»*, (στ) *«Ποια μπορεί να είναι η εναλλακτική λύση;»*.

Μερικές από τις προβλέψεις που κάνουν οι ασθενείς μπορούν να τροποποιηθούν σε υποθέσεις και να αξιολογηθούν με περαιτέρω συλλογή στοιχείων. Ο θεραπευτής και η ασθενής μπορούν συνεργαζόμενοι να σκεφτούν συγκεκριμένα πειράματα που στοχεύουν στον έλεγχο ειδικών υπερτιμημένων ιδεών ή πεποιθήσεων. Για παράδειγμα, μία ασθενής που πιστεύει ότι το περιβάλλον της θα την αντιμετωπίσει θετικά αν χάσει ένα κιλό, ενθαρρύνεται να συλλέξει πληροφορίες για το αν οι άλλοι είναι ικανοί να ανακαλύψουν τις μικρές διακυμάνσεις στο βάρος της. Στην συνέχεια ενθαρρύνεται να τροποποιήσει την συμπεριφορά της για να αξιολογήσει αν το περιβάλλον της αντιδρά περισσότερο στις μεταβολές του βάρους της ή σε άλλες όψεις της συμπεριφοράς της ή των εκφραζόμενων συναισθημάτων της.

Καθώς η θεραπεία εξελίσσεται, ο θεραπευτικός εστιασμός μετατοπίζεται από τα εστιακά συμπτώματα της ανορεξίας, σε άλλες γενικές πλευρές του εαυτού που σχετίζονται με την προδιάθεση της ασθενούς στην εμφάνιση της διαταραχής. Για παράδειγμα γίνεται μία προσπάθεια να τροποποποιηθούν οι απόψεις της ασθενούς για τον εαυτό της. Χαρακτηριστικά θέματα που προκύπτουν είναι αυτά που αναφέρονται σε ελλείμματα της έννοιας του εαυτού και της αυτεπίγνωσης και αφορούν σε πεποιθήσεις της για επιτεύξεις και ικανότητες. Σε μετέπειτα στάδια της θεραπείας, οι ασθενείς ενθαρρύνονται να πειραματίζονται με νέες πρακτικές για την επίτευξη στόχων, όπως είναι οι νέες πηγές ενισχύσεων με τη δόκιμη ευχάριστων δραστηριοτήτων και η υιοθέτηση νέων μέτρων για την αξιολόγηση της αξίας του εαυτού.

Η χρονική διάρκεια που συνίσταται για την γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία είναι μεγαλύτερη σε σχέση με άλλες διαταραχές. Συχνά φτάνει τα δύο χρόνια με εβδομαδιαία συχνότητα συνεδριών. Η μεγάλη διάρκεια της θεραπείας των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία οφείλεται αφενός στις αντιστάσεις των ασθενών στην αλλαγή και στις χρόνια εδραιωμένες και ανθεκτικές δυσπροσαρμοστικές τους πεποιθήσεις που αναφέρονται στη σημασία του βάρους και του σχήματος του σώματός τους.

Στα πλαίσια της γνωσιακής-συμπεριφορικής προσέγγισης για την αποκατάσταση της Ψυχογενούς Ανορεξίας οι Vitousek και Hollon (1990) αναφέρθηκαν στη σχηματική επεξεργασία και στην παρότρυνση για θεραπεία των ασθενών που προβάλλουν μεγάλη αντίσταση στην θεραπεία (Vitousek, Watson, & Wilson,1998). Ωστόσο, παρ' όλες τις σύγχρονες περιγραφές μίας γενικής θεραπευτικής προσέγγισης, δεν έχει διαμορφωθεί ένα δομημένο, έγκυρο και εδραιωμένο εγχειρίδιο για την θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας (Wilson, 1999). Επιπροσθέτως, οι μέχρι τώρα έρευνες για την αποτελεσματικότητα της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας στη Ψυχογενή Ανορεξία έχουν χαρακτηριστεί ως ελλιπείς (Fairburn & Harrison, 2003).

<u>Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία στη Ψυχογενή Βουλιμία</u>

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία στη Ψυχογενή Βουλιμία έχει τα ακόλουθα βασικά χαρακτηριστικά (Fairburn, 1999): (1) Βασίζεται στο γνωσιακό μοντέλο της εμφάνισης και της διατήρησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας που αποτελεί και την αφετηρία για τον θεραπευτικό σχεδιασμό (Fairburn, 1997; Fairburn & Cooper, 1999). Το μοντέλο διατήρησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας έχει επανειλημμένως επαληθευθεί μέσα από έρευνες, πχ. σε έρευνα των Cooper και Steere (1995) ένα χρόνο μετά τη θεραπεία, οι ασθενείς που είχαν ολοκληρώσει γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία διατήρησαν τα θεραπευτικά τους αποτελέσματα, ενώ οι ασθενείς που είχαν λάβει συμπεριφορική θεραπεία στο μεγαλύτερο τους ποσοστό υποτροπίασαν. Τα αποτελέσματα αυτά αναδεικνύουν την έγκυρη θεωρητική βάση του γνωσιακού μοντέλου στη βουλιμία, (2) Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία δεν στοχεύει απλά στην αλλαγή της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς, αλλά στη βαθύτερη αλλαγή των δυσλειτουργικών στάσεων της ασθενούς ως προς το σχήμα και το βάρος του σώματός της. Η τροποποίηση των βαθύτερων δυσλειτουργικών στάσεων της ασθενούς επιτυγχάνεται αρχικά με την παρότρυνση της ασθενούς να αναλογιστεί το

μακροχρόνιο κόστος της αξιολόγησης της αυτοαξίας μέσο του σωματικού της βάρους. Θεραπευτικός στόχος αποτελεί η υιοθέτηση νέων ευέλικτων και προσαρμοστικών πεποιθήσεων που θα κατευθύνουν τη συμπεριφορά της. Μέρος της γνωσιακής αυτής αλλαγής είναι και η διερεύνηση των αιτιών που δημιούργησαν τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις (π.χ. η επιρροή του πρώιμου περιβάλλοντος), με στόχο η ασθενής να τις κατανοήσει, να αποκτήσει μία αίσθηση ελέγχου απέναντι στο παρελθόν της και ταυτόχρονα να προλάβει την επανεμφάνιση του προβλήματος στο μέλλον, (3) Η θεραπεία περιλαμβάνει τη σύνθεση συμπεριφορικών και γνωσιακών τεχνικών που βοηθούν την ασθενή να διαχειρίζεται τα εσωτερικά και διαπροσωπικά ερεθίσματα που την οδηγούν σε βουλιμικά επεισόδια και σε επανορθωτικές μεθόδους ελέγχου του βάρους της, να έχει μεγαλύτερο αυτοέλεγχο στην ρύθμιση της διατροφικής της συμπεριφοράς και να εκπαιδεύεται σε στρατηγικές πρόληψης υποτροπής. Οι τεχνικές περιλαμβάνουν τη γνωσιακή αναδόμηση του Beck (1979), την αυτοπαρατήρηση των δυσλειτουργικών σκέψεων και συμπεριφορών, την εκπαίδευση στην επίλυση προβλήματος, (4) Γίνεται σε εξωνοσοκομειακή βάση μία φορά την εβδομάδα για περίπου έξι μήνες, (5) Είναι μία ενεργητική διαδικασία, ημιδομημένη, εστιασμένη στο πρόβλημα, στο εδώ και τώρα και στο μέλλον, όχι στο παρελθόν και (6) Ο θεραπευτής προσφέρει πληροφορίες, συμβουλές, στήριξη και ενθάρρυνση.

Αρχικά γίνεται μία λεπτομερής αξιολόγηση από τον θεραπευτή, στην οποία οι εκτιμήσεις του για την ασθενή είναι εκτεταμένες και πολύπλευρες. Η αξιολόγηση γίνεται: (α) κλινικά, καθώς αναζητείται η πιθανή ύπαρξη γενικότερης ψυχοπαθολογίας (π.χ. κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές), (β) συμπεριφορικά, καθώς διερευνώνται οι συνθήκες κάτω από τις οποίες λαμβάνουν χώρα τα βουλιμικά επεισόδια, η ποσότητα και το είδος της τροφής και των αντιρροπιστικών μεθόδων και, (γ) γνωσιακά, καθώς οι σκέψεις και τα συναισθήματα της ασθενούς καταγράφονται πρίν, μετά, αλλά και καθ’ όλη τη διάρκεια του επεισοδίου (Παπακώστας, 1994).

Η γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση στη Ψυχογενή Βουλιμία έχει περιγραφεί από τον Fairburn και τους συνεργάτες τους σε δομημένο θεραπευτικό εγχειρίδιο (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993). Η θεραπεία της βουλιμίας χωρίζεται σε 19 εξωνοσοκομειακές συνεδρίες και η συνολική της διάρκεια είναι 20 εβδομάδες. Στην αρχή της θεραπείας οι συνεδρίες πραγματοποιούνται μία φορά την εβδομάδα αλλά μπορεί να είναι συχνότερες στις περιπτώσεις εκείνες όπου η ασθενής παρουσιάζει

αυτοκτονικότητα, μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο ή όταν η εξωνοσοκομειακή παρέμβαση έχει αποβεί απέλπιδη. Αναλυτικότερα, τα θεραπευτικά στάδια είναι:

***1ο στάδιο**: Συμπεριφορική αλλαγή*

Πρωταρχικός στόχος είναι η επαναφορά της ασθενούς σε τρία ημερήσια γεύματα. Η διάρκεια του πρώτου σταδίου είναι τέσσερις εβδομάδες και η συχνότητα των συνεδριών είναι δύο φορές την εβδομάδα. Αρχικά, γίνεται η παρουσίαση του γνωσιακού μοντέλου για την έκλυση και τη διατήρηση της βουλιμίας στα πλαίσια μίας γενικότερης ευαισθητοποίησης της ασθενούς στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία. Για παράδειγμα, η διατήρηση της βουλιμίας εξηγείται στην ασθενή με τον ακόλουθο τρόπο: *«οι αυστηροί διαιτητικοί κανόνες ενισχύουν τα βουλιμικά επεισόδια και τον αυτοπροκαλούμενο εμετό»*. Στη συνέχεια τονίζονται η δομή και οι στόχοι της θεραπείας, ενώ δίνονται πληροφορίες για τη διατροφή και τον έλεγχο του βάρους. Ο θεραπευτής προσπαθεί να πείσει την ασθενή για τη σημαντικότητα της επίτευξης γνωσιακών και συμπεριφορικών αλλαγών.

Η συμπεριφορική αλλαγή ξεκινά με τις αυτοκαταγραφές της ασθενούς σε καθημερινή βάση. Η ασθενής παροτρύνεται να αναγνωρίζει τα επαναλαμβανόμενα μοτίβα των βουλιμικών επεισοδίων, των επανορθωτικών μεθόδων, τα συναισθήματα και τις σκέψεις της (π.χ. *«αν σταματήσω να κάνω εμετό τότε θα παχύνω»*). Στόχος είναι η σύνδεση του φαγητού με μία σειρά αντίστοιχων γνωσιακών διεργασιών (π.χ. *«τι περνούσε από το μυαλό σου πριν φας;»*) Η ασθενής ενθαρρύνεται να αναγνωρίζει τις αρνητικές της σκέψεις και τα συναισθήματα αυτά που συνδέονται με τα βουλιμικά επεισόδια.

Θεραπευτής και θεραπευόμενη σχεδιάζουν συνεργατικά μία σειρά εναλλακτικών δραστηριοτήτων ως υποκατάστατα της βουλιμίας με στόχο να αντιμετωπίσει η ασθενής τις «επικίνδυνες» για την ίδια καταστάσεις. Επιπροσθέτως, η ασθενής μαθαίνει να ζυγίζεται μία φορά την εβδομάδα και εκπαιδεύεται: (α) στην φασματική έννοια του βάρους, στις σωματικές επιπτώσεις των βουλιμικών επεισοδίων και των επανορθωτικών μεθόδων, (β) στη μη-αποτελεσματικότητα των επανορθωτικών μεθόδων για την ρύθμιση του βάρους, (γ) στις αρνητικές συνέπειες της δίαιτας καθ' ότι η παραβίαση των διαιτητικών κανόνων αποτελεί για την ασθενή ένδειξη ότι έχει ελαττωματικό αυτοέλεγχο, αντί να συνειδητοποιήσει ότι οι κανόνες από μόνοι τους είναι αυστηροί και λανθασμένοι και την οδηγούν στην εγκατάλειψη προσπάθειας να ξεπεράσει τη βουλιμία.

***2ο στάδιο**: Γνωσιακή αλλαγή*

Η διάρκεια τους δεύτερου θεραπευτικού σταδίου είναι οκτώ εβδομάδες και οι συνεδρίες γίνονται σε εβδομαδιαία βάση. Βασικοί θεραπευτικοί στόχοι είναι η μείωση της δίαιτας, η γνωσιακή αναδόμηση, η εκπαίδευση στην επίλυση προβλήματος και η θεραπευτική αντιμετώπιση της λανθασμένης σωματικής αντίληψης.

Αρχικά η ασθενής εκτίθεται σταδιακά σε φαγητά που αποφεύγει. Στη συνέχεια μαθαίνει να αμφισβητεί τις δυσλειτουργικές της σκέψεις και τα γνωσιακά λάθη που διατηρούν το πρόβλημα του φαγητού. Παροτρύνεται να αντικαταστήσει τις αρνητικές της σκέψεις με προσαρμοστικούς τρόπους σκέψης μέσω της διερεύνησης των επιχειρημάτων που υποστηρίζουν ή αμφισβητούν τη σκέψη και τη δημιουργία ενός λογικού συμπεράσματος που θα καθοδηγήσει την επακόλουθη συμπεριφορά της. Ο εντοπισμός και η τροποποίηση βαθύτερων δυσλειτουργικών στάσεων και πεποιθήσεων ακολουθεί. Η ασθενής ερωτάται τί κερδίζει με τη χρήση των πεποιθήσεων στη διερμηνεία της πραγματικότητας (π.χ. παροτρύνεται να κατανοήσει ότι η αξιολόγηση της αυτοαξίας της μέσο του σωματικού της βάρους την οδηγεί σε μακροχρόνια δυσαρέσκεια με τον εαυτό της, σε εμμονή με το σχήμα και το βάρος της και στην παραμέριση άλλων βασικότερων προβλημάτων όπως είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, οι διαπροσωπικές δυσκολίες, η έλλειψη διεκδικητικότητας). Στόχος είναι η υιοθέτηση λιγότερο αυστηρών και περισσότερο ευέλικτων στάσεων και κανόνων ζωής. Για παράδειγμα, ως προς τη σημαντικότητα του αυτοελέγχου, η ασθενής μπορεί να αποφασίσει ότι ενός βαθμού αυτοέλεγχος είναι επιθυμητός, αλλά η ανάγκη της για μόνιμο και απόλυτο αυτοέλεγχο αποβαίνει δυσλειτουργική. Ο νέος λειτουργικός και προσαρμοστικός κανόνας στην πορεία θα κατευθύνει και τη συμπεριφορά της ασθενούς.

Μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας αποτελεί και η διερεύνηση των αιτιών που δημιούργησαν τις δυσλειτουργικές της πεποιθήσεις, όπως ο ρόλος του πρώιμου περιβάλλοντος ή των κοινωνικών πιέσεων να είναι αδύνατη. Αυτό βοηθά την ασθενή να κατανοήσει και να αποκτήσει μία αίσθηση ελέγχου απέναντι στο παρελθόν της αλλά και να κατευθυνθεί κατάλληλα για τους τρόπους πρόληψης της επανεμφάνισης του προβλήματος στο μέλλον.

***3ο στάδιο**: Πρόληψη υποτροπής*

Στο τελευταίο θεραπευτικό στάδιο, τρεις συνολικά συνεδρίες λαμβάνουν χώρα ανά δύο εβδομάδες η κάθε μία. Ο στόχος είναι να διατηρηθούν οι αλλαγές μετά τη λήξη της θεραπείας, ενώ υπενθυμίζεται στην ασθενή ότι η πρόοδός της θα συνεχίζεται και μετά τη λήξη της θεραπείας. Οι προσδοκίες της ασθενούς πρέπει να είναι ρεαλιστικές και να συζητιούνται συνεργατικά με τον θεραπευτή. Οι λανθασμένες προσδοκίες (οι οποίες μπορεί να είναι ενισχυμένες ιδιαιτέρως όταν προϋπάρχει μία πεποίθηση τελειομανίας) καθιστούν την ασθενή ευάλωτη στην πιθανή καταστροφολογική ερμηνεία ενός μελλοντικού συμπτώματος, ως ένδειξη πλήρους υποτροπής. Είναι σημαντικό να τονιστεί στην ασθενή η έννοια της φασματικότητας και της διαβάθμισης της υποτροπής όπως και η σημασία υιοθέτησης μίας στάσης «επίλυσης προβλήματος» στις δύσκολες στιγμές και όχι πανικού και εγκατάλειψης απέναντι στο πρόβλημα. Ιδιαίτερα βοηθητικός είναι ο σχεδιασμός ενός γραπτού προγράμματος αντιμετώπισης μελλοντικών καταστάσεων όπου το φαγητό μπορεί να ξαναγίνει πρόβλημα, η συνεχόμενη εκμάθηση αυτορρύθμισης στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων, η αποφυγή δίαιτας και η εφαρμογή των θεραπευτικών δεξιοτήτων στην πράξη από την ασθενή.

Αποτελεσματικότητα της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας στις ΔΠΤ

Η γνωσιακή-συμπεριφορική είναι ένα πολυδιάστατο είδος ψυχοθεραπείας, που χρησιμοποιεί γνωσιακές και συμπεριφορικές προσεγγίσεις οι οποίες εξατομικεύονται στις ιδιαίτερες ανάγκες της κάθε ασθενούς. Σύμφωνα με τους Wilson και Fairburn (1993) η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία βοηθάει τους διαφορετικούς ασθενείς μέσα από διαφορετικούς μηχανισμούς. Είναι μία θεραπεία που έχει συγκεκριμένα θεραπευτικά αποτελέσματα και δεν λειτουργεί μέσο μη- ειδικών μηχανισμών που μοιράζονται όλες οι μορφές ψυχοθεραπείας καθ’ ότι είναι αποτελεσματικότερη από άλλες εναλλακτικές θεραπείες (Fairburn & Hay, 1992; Wilson, 1999) που επίσης θα μπορούσαν να έχουν αντίστοιχα και συγκρίσιμα μη- ειδικά αποτελέσματα και έχει διαφορετικό χρόνο δράσης από άλλες θεραπείες (Fairburn *et al.,* 1993). Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία έχει επίσης άμεσα αποτελέσματα (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, & Kraemer, 2000) τα οποία διαφαίνονται στις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας (Wilson, 1999).

Διαφορετικοί είναι οι ενδιάμεσοι μηχανισμοί οι οποίοι ενεργούν στις διαφορετικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, ακόμη και αν αυτές οδηγούν τελικά σε παρόμοια θεραπευτικά αποτελέσματα (Ricca, Mannucci, Zucchi, Rotella, & Faravelli, 2000). Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, σύμφωνα με τους Fairburn *και συν*. (1993), λειτουργεί μέσο της άμεσης τροποποίησης των διατροφικών συνηθειών των ασθενών και των στάσεών τους αναφορικά με το σχήμα και το βάρος του σώματός τους. Κατά συνέπεια, η μείωση του βαθμού των γενικών ψυχιατρικών χαρακτηριστικών και η βελτίωση της κοινωνικής τους λειτουργικότητας αποτελούν κατά βάση δευτερογενείς συνέπειες (Fairburn *et al.,* 1993).

Αποτελεσματικότητα της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας στη Ψυχογενή Βουλιμία

Μείωση της συμπτωματολογίας μέσω της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία ευρέως θεωρείται ως η θεραπεία επιλογής στη Ψυχογενή Βουλιμία (Fairburn, 1997; Loeb *et. al.,* 2000; Ricca *et al.,* 2000; Walsh, Wilson, Loeb, Devlin, Pike, Roose, Fleiss, & Waternaux, 1997; Wilson & Fairburn, 1998; Wilson, 1999). Σήμερα, η βασισμένη σε εγχειρίδιο δομημένη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία αποτελεί την θεραπεία με τη μεγαλύτερη εμπειρική στήριξη (Wilson & Fairburn, 1998). Σύμφωνα με μία σειρά επισκοπήσεων που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης θεραπείας, το 40-50% των ασθενών που την ακολουθούν, θεραπεύονται από τη βουλιμία (Anderson & Maloney, 2001; Fairburn, 1997; Keel & Mitchell, 1997; Wilson, 1999). Σύμφωνα με επισκόπηση των Anderson και Maloney (2001) η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία μειώνει τη συχνότητα της υπερφαγίας κατά 75% και τη συχνότητα των αντιρροπιστικών μεθόδων κατά 78% μετά τη λήξη της. Σε έρευνα των Peterson και Mitchell (1999) η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία οδηγεί το 75% των ασθενών στη μείωση της συχνότητας των επεισοδίων υπερφαγίας και των συμπεριφορών κάθαρσης μετά τη λήξη της θεραπείας. Σε πρόσφατη έρευνα των Wilson, Fairburn, και Agras (2002), τα επεισόδια υπερφαγίας και του αυτοπροκαλούμενου εμετού μειώθηκαν κατά 80% στο τέλος της θεραπείας σε σύντομο χρονικό διάστημα. Παράλληλα, ο διαιτητικός περιορισμός των ασθενών μειώθηκε σημαντικά την τέταρτη εβδομάδα, ενώ το 62% της συνολικής τους καλυτέρευσης ήταν εμφανές την έκτη εβδομάδα. Αντίστοιχα ήταν τα αποτελέσματα της αναδρομικής έρευνας της

Vitousek (1996) που βρήκε ότι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία οδηγεί το 80% των ασθενών στη μείωση του κύκλου υπερφαγίας-κάθαρσης και σε πλήρη εξάλειψη των βουλιμικών επεισοδίων στο 50% των ασθενών (Vitousek 1996; Wilson, 1995).

Άλλα θεραπευτικά αποτελέσματα που επιτυγχάνονται μέσω της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας είναι η μείωση της δίαιτας και κυρίως η βελτίωση των υπερτιμημένων ιδεών της ασθενούς που αναφέρονται στη σημασία του βάρους και του σχήματος του σώματος (Fairburn, 1999). Σύμφωνα με τους Anderson και Maloney (2001) η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία έχει θετική θεραπευτική επίδραση στα κεντρικά χαρακτηριστικά της Ψυχογενούς Βουλιμίας, δηλαδή: (α) στις συμπεριφορές υπερφαγίας και κάθαρσης, (β) στην ενασχόληση με το σχήμα και με το βάρος του σώματος, (γ) στον περιορισμό της τροφής, και (δ) στην αυτοεκτίμηση των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία. Οι έρευνες στις συνεδρίες παρακολούθησης (follow-up) βρίσκουν ικανοποιητική διατήρηση των θεραπευτικών αλλαγών στους έξι μήνες και στον ένα χρόνο μετά τη λήξη της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας στο 50% με 63% των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία (Fairburn, 1997).

Παράλληλα, ικανοποιητικά θεραπευτικά αποτελέσματα της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας έχουν εντοπιστεί στη γενικότερη ψυχοπαθολογία των ασθενών με ΔΠΤ, όπως π.χ. στην κατάθλιψη, την αυτοεκτίμηση, την κοινωνική λειτουργικότητα και τις διαταραχές προσωπικότητας (Garner, Rockert, Davis, Garner, Olmsted, & Eagle, 1993).

5.5.5.8 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, ασκεί την Κοινωνική Εργασία, σε υποστηρικτικό-συμβουλευτικό- θεραπευτικό επίπεδο. Ο Κ.Λ μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική εκφόρτιση του ασθενή και στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων αυτών. Η παραδοχή ότι υπάρχει η ασθένεια ,η ερμηνεία και η επεξήγησή της, είναι απαραίτητη με στόχο την ρεαλιστική αντιμετώπισή της, και των επιπτώσεων της στην καθημερινή ζωή του ατόμου.

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα του ασθενούς μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Παραδοσιακά ο Κοινωνικός Λειτουργός έρχεται σε επικοινωνία με τον εισερχόμενο άρρωστο και με τους συγγενείς του (εάν υπάρχουν).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, προσεγγίζει και βοηθά τον άρρωστο και το περιβάλλον του με διάλογο, με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης. Γενικά, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης. Συλλέγει στοιχεία κοινωνικού ιστορικού για τον ασθενή και την οικογένεια του, που θα χρησιμοποιηθούν στο ιατρικό έργο για τη θεραπεία του ασθενούς.

Α. Στον ασθενή:

- Στην προσαρμογή του στο Νοσοκομείο. Ο ρόλος του Κοιν. λειτουργού σχετίζεται τόσο με την προετοιμασία του ατόμου να ενταχτεί και να προσαρμοστεί στο νοσοκομειακό πλαίσιο όσο και να δεχτεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα
- Επιδιώκει τη μείωση του άγχους του ασθενούς, τη ρύθμιση γενικότερα των συναισθημάτων του.

Το άγχος ως προς τα προσωπικά προβλήματα μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή να αναβάλλει ή να αρνηθεί την θεραπεία ή να επιβραδύνει όποια πρόοδο προς ανάρρωση.

- Βοηθάει στην αποδοχή της προτεινόμενης αγωγής. Θεωρείται άκρως απαραίτητη η προετοιμασία και υποστήριξη του ασθενούς πριν και μετά από μία σοβαρή ιδιαίτερα χειρουργική επέμβαση.
- Μεριμνά για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του.
- Δικαίωμα προσέγγισης στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειας του.
- Δικαίωμα ενημέρωσης (πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση- θεραπεία- προοπτική).
- Απόλυτο σεβασμό μοναδικότητας του ασθενούς (εξατομικευμένη φροντίδα, διαφύλαξη του απόρρητου).
- Το συμφέρον του ασθενούς και την άρνησή του να γίνει αντικείμενο πειραμάτων.
- Το σεβασμό της ιδιωτικής του ζωής και της αξιοπρέπειάς του, καθώς και την ίση μεταχείριση (ανεξάρτητα από οικονομική και κοινωνική θέση, θρησκευτικές και πολιτικές πεποιθήσεις).

Οι ασθενείς δικαιούνται κάθε προσπάθεια εξασφάλισης των δικαιωμάτων που τους ανήκουν, με απόλυτο σεβασμό και ευθύνη στην εμπιστευτικότητα και το ιδιωτικό τους περιβάλλον.

- Φροντίζει για την αποδοχή των νέων δεδομένων της υγείας του. Ενημερώνει και παροτρύνει τον ασθενή στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών της κοινότητας για την κάλυψη μιας σειράς αναγκών του.
- Η συναισθηματική στήριξη του αρρώστου είναι πολυδιάστατη και πρέπει να ξεκινά πρώτα απ΄όλα από μια σωστή εκτίμηση. Αξιολογούμε τα υπάρχοντα κοινωνικά προβλήματα που συνυπάρχουν με τη πάθηση του ασθενούς.
- Σημαντικό βήμα για την προσέγγιση του ασθενούς είναι η καλή επικοινωνία η οποία εξασφαλίζεται μέσω διαλόγου κυρίως. Ενός διαλόγου που αποπνέει σεβασμό στον ασθενή και να του παρέχει την απαιτούμενη πληροφόρηση και υποστήριξη.

Β. Στην οικογένεια του ασθενούς

Δεν νοείται κοινωνική εργασία στο ασθενή χωρίς την προσέγγιση της οικογένειας. Με την έννοια της ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης, για την ουσιαστική αντιμετώπιση των ποικίλων προβλημάτων που απορρέουν από την ασθένεια. Η ασθένεια ή η εισαγωγή σε ένα νοσοκομείο ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζει όλη την οικογένεια. Πρώτος στόχος (ειδικά όταν ο ασθενής αντιμετωπίζει πολύ σοβαρό πρόβλημα υγείας), είναι η ανακούφιση της οικογένειας από όλα εκείνα τα συναισθήματα που έχουν δημιουργηθεί στα μέλη από την εμφάνιση της νόσου (σοκ -άγχος –φόβος –πανικός –θυμός –ενοχές – απογοήτευση). Βοηθά την οικογένεια να ανασυντάξει τις δυνάμεις της γύρω από την πραγματικότητα, ώστε να είναι σε θέση να την αντιμετωπίσει.

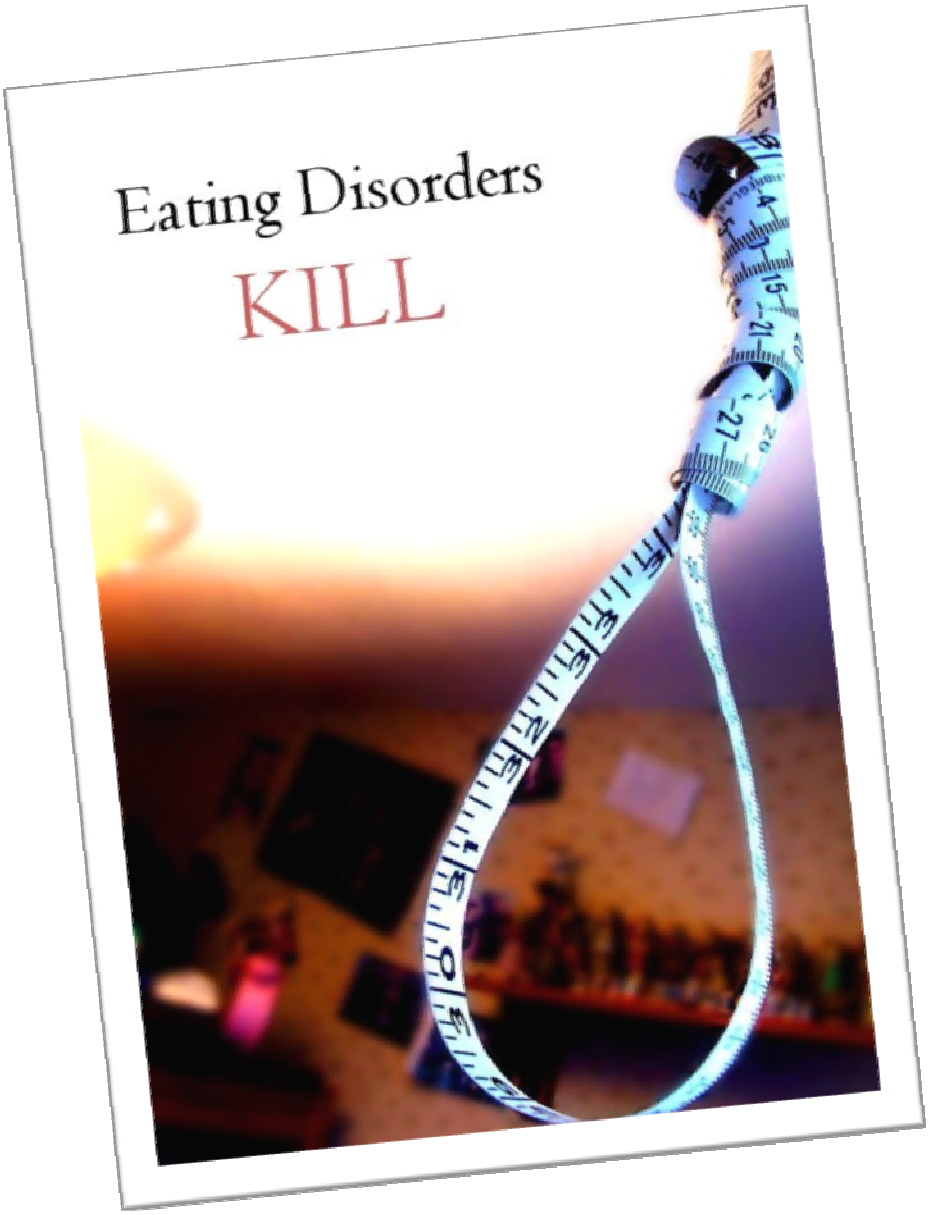
Διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ της οικογένειας και του ασθενή. Στηρίζει την οικογένεια και την παροτρύνει να μην εγκαταλείψει τον ασθενή αλλά να σταθεί δίπλα του, βοηθώντας στην δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας μεταξύ των μελών της, με ενθαρρυντική στάση προς τα μέλη να εκφράσουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους.

Θα πρέπει ο Κοινωνικός Λειτουργός να αναγνωρίσει τα υποστηρικτικά συστήματα του ασθενή, τα οποία θα πρέπει να ενισχύονται και να δραστηριοποιούνται προς την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς.



Neda

ΜΕΡΟΣ 2^{ο} – ΕΡΕΥΝΑ



Κεφάλαιο 1 – Μεθοδολογία

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το συγκεκριμένο κεφάλαιο αναφέρεται στη μέθοδο που επιλέχθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας καθώς και στο περιεχόμενο των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν ως εργαλείο έρευνας. Η διαδικασία διεξαγωγής μίας κοινωνικής έρευνας ακολουθεί δύο διακριτά στάδια. Κατά το πρώτο στάδιο, το στάδιο του σχεδιασμού, διατυπώνονται οι σκοποί της έρευνας και προσδιορίζονται τα ζητούμενα βάσει υποθέσεων εργασίας, ακολούθως δεν επιλέγεται η μέθοδος πραγματοποίησης της και σχεδιάζεται η βήμα προς βήμα υλοποίηση της. Κατά το δεύτερο, το στάδιο της υλοποίησης, συλλέγονται τα απαραίτητα στοιχεία, ακολουθεί η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που προκύπτουν και γίνεται η σύνθεση τους και διατύπωση των σχετικών συμπερασμάτων.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν εκείνη της δημοσκόπησης. Δημοσκόπηση είναι η συστηματική συλλογή πληροφοριών από ερωτώμενους με σκοπό την κατανόηση ή την πρόβλεψη της συμπεριφοράς του τμήματος του πληθυσμού που μας ενδιαφέρει. (Σταθακόπουλος, 2001, p 82).Η συλλογή των πληροφοριών γίνεται με την βοήθεια ερωτηματολογίου, το οποίο περιέχει κλειστού τύπου και ερωτήσεις με διαβαθμισμένες σε κλίμακα απαντήσεις.

Τρείς είναι οι συνήθεις μέθοδοι συμπλήρωσης ενός ερωτηματολογίου: **α) ταχυδρομικώς, β) τηλεφωνικώς, γ) με προσωπική συνέντευξη** (Σταθακόπουλος, 2001,p 82). Στην συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της προσωπικής συνέντευξης. Σύμφωνα με τον Σταθακόπουλο (2001) στην προσωπική συνέντευξη, ο ερευνητής και ο ερωτώμενος βρίσκονται πρόσωπο με πρόσωπο και ο ερωτώμενος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο. Η συνέντευξη μπορεί να είναι **προγραμματισμένη**, που σημαίνει ότι ο ερωτώμενος έχει ήδη συμφωνήσει να απαντήσει στο ερωτηματολόγιο. Η συνέντευξη, όμως, μπορεί να είναι και **απρογραμμάτιστη,** που σημαίνει ότι ο ερευνητής σταματάει τυχαία ανθρώπους, είτε στο δρόμο είτε σε σημεία συγκέντρωσης ατόμων και τους ζητάει να συμμετάσχουν στην έρευνα και να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο επιτόπου. Στην συγκεκριμένη έρευνα η προσωπική συνέντευξη ήταν απρογραμμάτιστη αφού επιλέχθηκαν τυχαία φροντιστήρια ξένων γλωσσών σε αστικές και μη αστικές περιοχές του Ηρακλείου της

Κρήτης. Η μόνη προγραμματισμένη συνέντευξη ήταν με τις ιδιοκτήτριες των φροντιστηρίων, οι οποίες ενημερώθηκαν για τη θεματολογία και τον σκοπό της έρευνας. Επίσης, αναφέρθηκε στις ιδιοκτήτριες ότι η έρευνα αφορά αποκλειστικά εφήβους ηλικίας από 11 έως 18 ετών.

Τα πλεονεκτήματα που χαρακτηρίζουν την απρογραμμάτιστη προσωπική συνέντευξη είναι τα ακόλουθα:

Α) Έχει το μεγαλύτερο ποσοστό συμπληρωμένων ερωτηματολογίων,
Β) Επιτρέπει τη χρήση οποιασδήποτε μορφής ερώτησης,
Γ) Έχει την δυνατότητα προσαρμογής,
Δ) Επιτρέπει την διευκρίνιση ασαφών ερωτήσεων,
Ε) Είναι δυνατή η χρήση οπτικών εικόνων,
Στ) Έχει μικρότερο κόστος και καλύτερη εποπτεία από την προγραμματισμένη.

Τα μειονεκτήματα που παρουσιάζει η μέθοδος της απρογραμμάτιστης συνέντευξης είναι τα ακόλουθα:
Α) Τα ο δείγμα είναι μη πιθανότητας (μη αντιπροσωπευτικό) και
Β) Η συνέντευξη είναι πολύ σύντομη(Σταθακόπουλος,2001,p82).

Βασικός προβληματισμός επιλογής θέματος:το θέμα της πτυχιακής εργασίας είναι ΔΠΤ. Οι ΔΠΤ είναι σοβαρές ψυχιατρικές ασθένειες που σχετίζονται άμεσα με τη διατροφή του ατόμου και που έχουν αντίκτυπο τόσο στη διατροφική του κατάσταση όσο και στη σωματική και ψυχική του υγεία. Κύριος προβληματισμός που οδήγησε στη συγκεκριμένη επιλογή θέματος είναι ότι οι ΔΠΤ αποτελούν ένα από τα πιο διαδεδομένα φαινόμενα της σύγχρονης κοινωνίας. Επιπροσθέτως, δεν έχει λάβει χώρα ανάλογη έρευνα και εργασία στο τμήμα κοινωνικής εργασίας, παρόλο που θεωρούμε το θέμα επίκαιρο, πολυδιάστατο και με το πέρασμα του χρόνου εκτείνεται ολοένα και περισσότερο σε όλες τις ηλικιακές βαθμίδες ανεξαρτήτου φύλου, καταγωγής και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. ,

Σκοπός: ο σκοπός της έρευνας είναι να προσδιοριστούν τα συναισθήματα των μαθητών σχετικά με τη διατροφή και κατά πόσο η διατροφική τους συμπεριφορά προσεγγίζει εκείνη των ατόμων με ΔΠΤ.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ: η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε φροντιστήρια ξένων γλωσσών. Συμπεριλαμβάνει 100 άτομα η επιλογή των οποίων έγινε τυχαία. Για την συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο **" Eating Attitudes Test" (EAT 26)** που χρησιμοποιήθηκε το 1998 από το Εθνικό πρόγραμμα διαταραχών πρόσληψης τροφής (National Eating Disorders Screening Program). Είναι πιθανόν το μόνο διαγνωστικό εργαλείο που χρησιμοποιείται για την διερεύνηση των συμπτωμάτων και των κριτηρίων διάγνωσης των ΔΠΤ. Ο **Dr Garner** μας παραχώρησε την άδεια να χρησιμοποιήσουμε το eat 26 (μέσω του Δρ Δοϊρανλή, www.eatingdisorders.gr). Μέσω της συμπλήρωσης ερωτηματολογίων, τα οποία θα περαστούν σε ειδικό πρόγραμμα (SPSS), θα γίνει ποσοτική και ποιοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων. Στο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιούνται και δημογραφικού τύπου ερωτήσεις, καθώς η έρευνα γίνεται σε συγκεκριμένο πληθυσμό.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της ερευνάς μας είναι το ΕΑΤ 26. Το ΕΑΤ 26 είναι το πλέον έμπιστο ερωτηματολόγιο το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί κατά κόρον στην έρευνα των ατόμων που πάσχουν από Διατροφικές Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Για τη χρησιμοποίηση του ερωτηματολογίου χρειάστηκε να πάρουμε έγκριση από ο Εθνικό πρόγραμμα διαταραχών πρόσληψης τροφής (National Eating Disorders Screening Program) και τον συντάκτη του Dr Garner .Το ερωτηματολόγιο ΕΑΤ 26 έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές παρεμφερείς έρευνες, για πτυχιακές εργασίες και διδακτορικά, στην Ελλάδα και στο εξωτερικό όπως είναι : Ανίχνευση Διατροφικών Διαταραχών σε αθλήτριες υψηλού στίβου το 2008.

ΔΕΙΓΜΑ

Στόχος της έρευνας ήταν να καταγραφεί το ποσοστό των εφήβων σε αστικές και μη αστικές περιοχές του Ηρακλείου της Κρήτης που πιθανότατα πάσχουν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Δεδομένου ότι η έρευνα αυτή δεν ασχολείται με τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο των εφήβων όλης της Ελλάδος. Ο πληθυσμός της παρούσας έρευνας ήταν ένα τυχαίο- αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων του Νομού Ηρακλείου. Για το λόγο αυτό στα ερωτηματολόγια απάντησαν αποκλειστικά έφηβοι από διάφορες μη αστικές περιοχές του Ηρακλείου της Κρήτης, καθώς και έφηβοι που κατοικούν στο κέντρο και στα περίχωρα της πόλης.
Από τον πληθυσμό αυτό επιλέχθηκαν τυχαία (μη στατιστικό δείγμα) 100 έφηβοι, από τους οποίους οι 50 ήταν κορίτσια και οι άλλοι 50 αγόρια ηλικίας 11- 18.

Συγκεντρώνοντας το δείγμα των 100 ερωτηματολογίων μπορούμε να βγάλουμε μία αντιπροσωπευτική εικόνα των εφήβων σε σχέση με τις Διατροφικές Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, αν και το δείγμα ήταν μικρό σε σχέση με τον πληθυσμό του Ηρακλείου ήταν τυχαίο και αντιπροσωπευτικό.

ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Πριν αρχίσει η διαδικασία της έρευνας με την διανομή των ερωτηματολογίων, προηγήθηκε μία πιλοτική έρευνα σε 20 έφηβους σε διάφορες περιοχές της Αθήνας. Κατά τη διάρκεια της πιλοτικής διαδικασίας οι ερωτηθέντες είχαν απορίες σχετικά με ορισμένες ερωτήσεις και ζήτησαν την αποσαφήνισή τους. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούσαν δημογραφικές ερωτήσεις όπως πώς να γράψουν το ύψος ή τον πληθυσμό αλλά και με την αποσαφήνιση κάποιων λέξεων τις οποίες δεν γνώριζαν κυρίως έφηβοι μεταξύ 11 έως 13 ετών. Για το λόγο αυτό, ενσωματώθηκαν στις ερωτήσεις παρενθέσεις, ώστε να είναι πιο κατανοητές από τους έφηβους καθώς και στην ερώτηση που αφορούσε τον πληθυσμό στον οποίο διαμένουν άλλαξε και έγινε πολλαπλής επιλογής του τύπου: α) αστική περιοχή, β) μη αστική περιοχή. Κατηγορίες δημιουργήθηκαν για όλες τις δημογραφικές ερωτήσεις, ώστε το ερωτηματολόγιο να είναι πιο κατανοητό και πιο εύχρηστο. Επιπροσθέτως, αλλάχθηκαν αρκετές λέξεις με πιο απλές συνώνυμες τους, ώστε το ερωτηματολόγιο να είναι πιο κατανοητό και πιο διασκεδαστικό, χωρίς να απαιτεί χάσιμο χρόνου για την επεξήγησή τους.

Ωστόσο, δεν παρουσιάστηκαν σημαντικά προβλήματα κατά τη διάρκεια της πιλοτικής διαδικασίας έτσι ώστε να αλλάξει είτε η μορφή και η δομή του ερωτηματολογίου, είτε να απορριφτεί τελείως το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η διαδικασία για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ακολούθησε τα παρακάτω βήματα :

- Προσέγγιση των εφήβων σε Φροντιστήρια Ξένων Γλωσσών στο κέντρο του Ηρακλείου, καθώς και σε μη αστικές περιοχές.
- Συνεννόηση με της ιδιοκτήτριες των φροντιστηρίων για τους στόχους της έρευνας, τον τρόπο της διεξαγωγής, τον χρόνο που απαιτείται καθώς και σε ποια ηλικιακή ομάδα απευθύνεται. Συζήτηση συνεργασίας.
- Σύντομη περιγραφή της έρευνας, των στόχων της, του ερευνητή και συζήτηση συνεργασίας.

- Συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους ερωτηθέντες, αφού είχε προσδιοριστεί η ηλικία τους.

Η όλη διαδικασία είχε πολλά πλεονεκτήματα. Υπήρχε πρόθυμη διάθεση και από την πλευρά των καθηγητών, που έδωσαν την έγκριση τους για τη διεξαγωγή της έρευνας στον επαγγελματικό τους χώρο, αλλά και από την πλευρά των εφήβων, που με ζήλο έκαναν ερωτήσεις σχετικά με το θέμα. Έπειτα από μια τόσο καλή συνεργασία ήταν εύκολη και γρήγορη η συγκέντρωση των ερωτηματολογίων μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Μερικά από τα προβλήματα τα οποία παρουσιάστηκαν αφορούσαν την φύση του χώρο, όπου σε κάποιες περιπτώσεις η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε στα διαλείμματα, χρόνος πολύ σύντομος, ενώ σε άλλες περιπτώσεις σπαταλήθηκε αρκετός διδακτικός χρόνος, γεγονός που δυσκόλευε το έργο των καθηγητριών ώστε να φέρουν σε πέρας το μάθημά τους.

Ακόμη, μία αντιξοότητα ήταν η δυσκολία της μεταφοράς μας στις μη αστικές περιοχές, διότι δεν υπήρχε συγκοινωνία που να εξυπηρετεί τις προκαθορισμένες ώρες που θα γίνονταν οι συναντήσεις. Τέλος, αν και ο αριθμός των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν στις μη αστικές περιοχές ήταν μικρός χρειάστηκε να πάμε αρκετές φόρες, λόγω του ότι τα τμήματα ήταν ολιγομελή με αποτέλεσμα το δείγμα μας να είναι διασκορπισμένο σε διαφορετικές μέρες και ώρες. Όπως προαναφέραμε η καλή συνεργασία με τις καθηγήτριες μας βοήθησε να ξεπεράσουμε αυτά τα προβλήματα(σε κάποιες περιπτώσεις μας μετέφεραν οι ιδιοκτήτριες των φροντιστηρίων) και να έχουμε το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Κεφάλαιο 2 – Αποτελέσματα

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας βάσει των ερωτηματολογίων και των στόχων που έχουν τεθεί. Στόχος της έρευνας αυτής ήταν η καταγραφή του ποσοστού των εφήβων που πάσχουν από Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Επιπλέον εξετάζεται το δημογραφικό και διατροφικό προφίλ των εφήβων που διαμένουν στον Νομό Ηρακλείου Κρήτης σε αστικές και επαρχιακές περιοχές. Ένας ακόμη στόχος της έρευνας ήταν να προσδιοριστούν τα διαγνωστικά κριτήρια που οδηγούν σε διατροφική διαταραχή, η άποψη των εφήβων για την αυτό-εικόνα τους και οι πιέσεις που δέχονται από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον για την εξωτερική τους εμφάνιση.

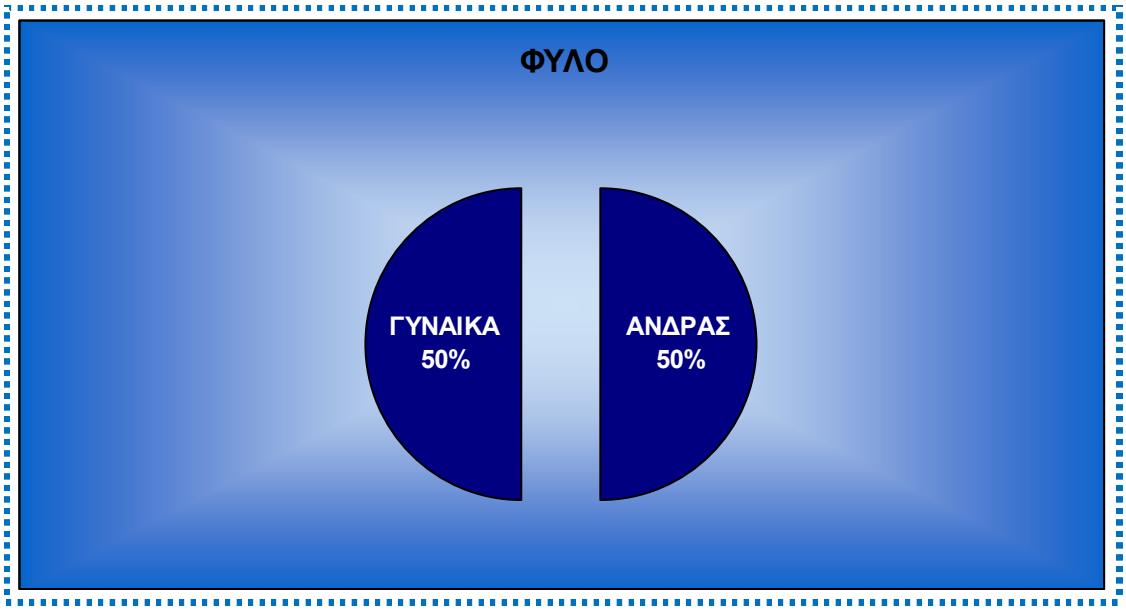
Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν συνολικά από 100 άτομα εκ των οποίων 50 ήταν αγόρια και 50 κορίτσια, τα οποία διαμένουν σε διάφορες περιοχές του Ηρακλείου Κρήτης. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων θα ξεκινήσει με το ποσοστό των εφήβων που έχει διαγνωστεί ότι πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, θα ακολουθήσουν πίνακες με δημογραφικά χαρακτηριστικά, αθλητισμός, θα δείξουμε τη σημασία της αυτό-εικόνας και τέλος το ποσοστό των εφήβων που ασχολούνται με τη δίαιτα και τρέφονται με διαιτητικά προϊόντα. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων θα γίνει με τη μορφή πινάκων και διαγραμμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ

Το δημογραφικό προφίλ των εφήβων που έλαβαν μέρος σε αύτη την έρευνα είναι ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία. Στους πίνακες που ακολουθούν εξετάζεται το δημογραφικό προφίλ με βάση το φύλο, το οποίο αποτελεί και το βασικό στοιχείο σύγκρισης, την ηλικία, το βάρος, το ύψος καθώς και τον τόπο διαμονής των εφήβων σε αστικές και μη περιοχές του Νομού Ηρακλείου.

2.1.1 ΤΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΦΥΛΟ

Διάγραμμα 2.1.1



Στο παραπάνω διάγραμμα διαπιστώνουμε ότι στην συγκεκριμένη έρευνα και κατόπιν εντολής το δείγμα μας έπρεπε να είναι ίσα μοιρασμένο. Πιο συγκεκριμένα οι έφηβοι που απάντησαν αποτελούνταν από 50 κορίτσια και 50 αγόρια.

2.1.2. ΤΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Πίνακας 2.1.2

			ΗΛΙΚΙΑ			
		11-12	13-14	15-16	17-18	ΣΥΝΟΛΟ
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	12%	24%	6%	8%	50%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	6%	23%	17%	4%	50%
	ΣΥΝΟΛΟ	18%	47%	23%	12%	100%

Όπως διαπιστώνουμε από τον πίνακα 2.2.2 το ερωτηματολόγιο απευθυνόταν σε έφηβα αγόρια και κορίτσια. Για ευκολία και μεγαλύτερη πρακτικότητα δημιουργήσαμε 4 κατηγορίες ηλικιών από 11 έως και 18 ετών.

Πιο συγκεκριμένα ο πίνακας αυτός μας δείχνει ότι η πρώτη κατηγορία, δηλαδή άτομα ηλικίας 11-12 ετών ήταν 12% αγόρια και 6% κορίτσια. Με ποσοστό 24% ήταν αγόρια ηλικίας 13 -14 ετών έναντι 23 % που ήταν κορίτσια. Στην τρίτη κατηγορία

που αφορά έφηβους ηλικίας 15 – 16 ετών, διαπιστώνουμε ότι το 6% αποτελείται από αγόρια, ενώ το 17% είναι κορίτσια. Τέλος η τέταρτη κατηγορία μας αποτελείται από έφηβους 17 – 18 ετών και ποσοστιαία βλέπουμε ότι το 8% αφορά αγόρια και το 4% κορίτσια.

2.1.3 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΒΑΡΟΣ

Πίνακας 2.1.3

			ΒΑΡΟΣ			
		30-50	**51-70**	**71-90**	**91 ΚΑΙ ΠΑΝΩ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	14,1%	28,3%	6,1%	1%	49,5%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	21,2%	26,3%	3%	0%	50,5%
	ΣΥΝΟΛΟ	35,4%	54,5%	9,1%	1%	100%

Ο πίνακας 2.2.3 μας δείχνει το βάρος των εφήβων σε σχέση με το φύλο. Και στην περίπτωση αυτή δημιουργήσαμε 4 κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αφορά έφηβα αγόρια και κορίτσια που το βάρος του κυμαίνεται από 30 έως 50 κιλά. Η δεύτερη κατηγορία 51 έως 70 κιλά, η τρίτη κατηγορία 71- 90 κιλά και τέλος η τέταρτη κατηγορία που το βάρος των εφήβων κυμαίνεται από 91 κιλά και πάνω.

Στην πρώτη κατηγορία, που θεωρούμε ότι αποτελείται από έφηβους με πολύ χαμηλό βάρος, παρατηρούμε ότι τα κορίτσια συγκεντρώνουν ένα αρκετά αυξημένο ποσοστό 21.2% έναντι των αγοριών 14.1%. Στην δεύτερη κατηγορία παρατηρούμε ότι τα ποσοστά είναι μοιρασμένα, δηλαδή το 28,3% αποτελείται από αγόρια, ενώ το 26,3% από κορίτσια. Η κατηγορία αυτή αφορά την πιο υγιή μερίδα του δείγματος μας. Στην τρίτη κατηγορία παρατηρούμε ότι το 6.1% αφορά τα έφηβα αγόρια και το 3% έφηβα κορίτσια. Αν και τα κιλά είναι αρκετά σε σχέση με τις ηλικίες που έλαβαν μέρος στην έρευνα το 6.1 % των αγοριών δεν είναι ανησυχητικό, διότι τα αγόρια έχουν πιο βαρύ σκελετό και είναι ψηλότερα σε σχέση με τα κορίτσια. Τέλος, στην κατηγορία 91 κιλών και άνω βλέπουμε ότι μόλις το 1% των αγοριών ανήκουν σε αυτήν.

2.1.4 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΥΨΟΣ

Πίνακας 2.1.4

			ΥΨΟΣ			
		1,20-1,40	**1,41-1,60**	**1,61-1,80**	**1,81 +**	**ΣΥΝΟΛΟ**
ΦΥΛΟ	**ΑΝΔΡΑΣ**	2%	17,2%	26,3%	5,1%	50,5%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	0%	24,2%	25,3%	0%	49,5%
	ΣΥΝΟΛΟ	2%	41,4%	51,5%	5,1%	100%

Όπως και στους προηγούμενους πίνακες έτσι και σε αυτόν δημιουργήσαμε κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αφορά έφηβους ύψους 1.20 cm- 1.40 cm και παρατηρούμε ότι μόλις το 2% των αγοριών ανήκει σε αυτή την κατηγορία. Αυξημένο είναι το ποσοστό της δεύτερης κατηγορίας (1.41 cm – 1.60 cm) , όπου το 17.2% αφορά τα αγόρια της έρευνάς μας και το 24.2% τα κορίτσια. Το μεγαλύτερο ποσοστό το συγκεντρώνει η τρίτη κατά σειρά κατηγορία, έφηβους ύψους από 1.61cm έως 1.80cm, τα αγόρια αποτελούν το 26.3% και τα κορίτσια το 25.3%. Στην τέταρτη και τελευταία κατηγορία παρατηρούμε ότι το 5.1% τον αγοριών έχει ύψος από 1.81 cm και άνω.

2.1.5 ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΦΥΛΟΥ- ΥΨΟΥΣ-ΒΑΡΟΥΣ

Πίνακας 2.1.5

			ΒΑΡΟΣ			
1.20-140CM		30-50	51-70	71-90	91+	ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	1%	-	1%	-	2%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	-	-	-	-	-
1.41- 1.60CM						
	ΑΝΔΡΑΣ	10%	6%	-	-	16%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	11%	11%	2%	-	24%
1.61-1.80CM						
	ΑΝΔΡΑΣ	3%	21%	1%	1%	26%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	9%	15%	1%	-	25%
1.81CM +						
	ΑΝΔΡΑΣ	-	1%	4%	-	5%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	-	-	-	-	
ΣΥΝΟΛΟ		-	-	-	-	100%

Ο πίνακας 2.2.5. μας δίνει μία συνολική εικόνα των δημογραφικών χαρακτηριστικών που αναφέραμε παραπάνω. Σκοπός αυτού του πίνακα είναι να δούμε τις ακραίες τιμές του δείγματός μας. Αναλυτικότερα, παρατηρούμε ότι η πρώτη ακραία μας τιμή αφορά το 1% των έφηβων αγοριών όπου ενώ το ύψος τους δεν ξεπερνά το 1.40 cm το βάρος του κυμαίνεται από 71-90 κιλά. Παρακάτω διαπιστώνουμε ότι οι έφηβοι με ύψος που δεν ξεπερνά το 1.60, σε ποσοστό 10% για τα αγόρια και 11% για τα κορίτσια ανήκουν στην κλίμακα 30-50 κιλών, τιμές που κατά προσέγγιση θεωρούνται φυσιολογικές με βάση την ηλικία. Στην δεύτερη κατηγορία βάρους (50-70 κιλά) παρατηρούμε ότι σε ποσοστό 6% αφορά τα αγόρια και σε ποσοστό 11% κορίτσια. Στην κατηγορία αυτή μπορούμε να πούμε ότι ανήκουν άτομα που έχουν κάποια παραπάνω κιλά από το φυσιολογικό βάρος σε σχέση με το ύψος τους. Τέλος, για την κατηγορία αυτή βλέπουμε ότι με ποσοστό 2% υπάρχουν κορίτσια που τα κιλά τους κυμαίνονται από 71 έως 90 κιλά, δηλαδή πολύ πάνω από τη φυσιολογική τιμή με βάση τον δείκτη μάζας σώματος σε σχέση με το ύψος.

Η τρίτη μας κατηγορία ανά γραμμή αφορά εφήβους με ύψος από 1.61- 1.80cm. σε αυτή την περίπτωση παρατηρούμε ότι το 3% των αγοριών και το 9% των κοριτσιών είναι φυσιολογικά (ανά περιπτώσεις) προς λιποβαρή. Φυσιολογικές φαίνονται οι τιμές τις τρίτης κατηγορίας κατά στήλη, όπου τα αγόρια εμφανίζονται με ποσοστό 21% και τα κορίτσια 15%. Με κάποια παραπάνω κιλά είναι το 2% των αγοριών έναντι του 1% των κοριτσιών. Τέλος, οι τιμές της τέταρτης κατηγορίας παρουσιάζονται φυσιολογικές.

2.1.6 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΤΟΠΟ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Πίνακας 2.1.6

		ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ		
		ΑΣΤΙΚΟΣ	**ΜΗ ΑΣΤΙΚΟΣ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
ΦΥΛΟ	**ΑΝΔΡΑΣ**	**30%**	**20%**	**50%**
	ΓΥΝΑΙΚΑ	**30%**	**20%**	**50%**
	ΣΥΝΟΛΟ	**60%**	**40%**	**100%**

Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει το ποσοστό των ερωτηθέντων που διαμένουν στο κέντρο της πόλης και σε εκείνους που μένουν σε χωριά του Νομού Ηρακλείου.

Αναλυτικότερα διαπιστώνουμε ότι το 60% των ατόμων διαμένουν στο κέντρο του Ηρακλείου, εκ των οποίων το 30% είναι αγόρια και το υπόλοιπο 30% κορίτσια. Σε επαρχιακές περιοχές εμφανίζεται το 40% το οποίο είναι μοιρασμένο στη μέση, δηλαδή το 20% αντιπροσωπεύει αγόρια και επίσης 20% κορίτσια.

2.1.7 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ Δ.Π.Τ

Πίνακας 2.1.7

ΕΧΕΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΕΙ ΟΤΙ ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ Δ.Π.Τ					
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		ΝΑΙ	ΟΧΙ	MISSING VALUE	ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΣΤΙΚΟΣ	3%	56.5%	-	59,5%
	ΜΗ ΑΣΤΙΚΟΣ	2,1%	37.4%	1%	40.5%
	ΣΥΝΟΛΟ	5,1%	93,9%		100%

Στον πίνακα 2.2.7 συγκρίνουμε τα διαγνωσμένα περιστατικά με Δ.Π.Τ σε σχέση με τον τόπο διαμονής. Το αποτέλεσμα, όπως ήταν αναμενόμενο, μας δείχνει ότι οι έφηβοι του αστικού κέντρου που έχει διαγνωστεί ότι πάσχουν από κάποια Δ.Π.Τ. ανέρχεται στο ποσοστό του 3% έναντι του 2.1% των ατόμων που κατοικούν σε χωριά του Ηρακλείου. Οι διαφορά μεταξύ τους μπορεί να είναι μικρή παρόλα αυτά να μην παραβλέψουμε το γεγονός ότι οι επαρχιακές περιοχές έχουν μικρότερη πληροφόρηση σε σχέση με τέτοια ζητήματα.

2.2 ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ Δ.Π.Τ.

Ένα πρώτο βήμα της έρευνας αυτής ήταν να εξεταστεί το γενικό σύνολο που έχει διαγνωστεί ότι πάσχει από Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Θέλουμε να δούμε ακριβώς το ποσοστό του υγιούς και μη πληθυσμού, καθώς και να το διαχωρίσουμε με βάση το φύλο που είναι και το βασικό μας γνώρισμα στην συγκεκριμένη έρευνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.1

Έχει διαγνωσθεί ότι πάσχετε από διαταραχή πρόσληψης τροφής (ανορεξία, βουλιμία κ.τ.λ.) τους τελευταίους 6 μήνες				
		ΝΑΙ	**ΟΧΙ**	***ΣΥΝΟΛΟ***
ΦΥΛΟ	**ΑΝΔΡΑΣ**	2%	48,5%	50,5%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	3%	46,5%	49,5%
	ΣΥΝΟΛΟ	5%	95%	100%

Όπως μπορούμε να διακρίνουμε από τον πίνακα 2.2.1. το ποσοστό των εφήβων που έχει διαγνωστεί κατά τους 6 τελευταίους μήνες ότι πάσχει από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής αντιστοιχεί στο 5%, έναντι του 95% που αντιστοιχεί στον υγιή πληθυσμό (ή δεν πάσχει ή δεν έχει διαγνωστεί). Αναλυτικότερα, διαπιστώνουμε ότι σαν διαγνωσμένα περιστατικά το 2% αφορά τους άνδρες και το 3% τις γυναίκες. Αντίστοιχα, το 48.5% αφορά το ποσοστό των υγιών αγοριών, έναντι του 46.5% των κοριτσιών.

2.2.2 ΠΟΣΟΣΤΟ ΥΠΟΨΙΑΣ ΓΙΑ Δ.Π.Τ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1.2

ΥΠΟΨΙΑΖΕΣΤΕ ΟΤΙ ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΔΠΤ				
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	**ΣΥΝΟΛΟ**
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	4%	46%	**50%**
	ΓΥΝΑΙΚΑ	5%	45%	**50%**
	ΣΥΝΟΛΟ	**9%**	**91%**	***100%***

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι το 4% για τους άνδρες και το 5% για τις γυναίκες υποψιάζονται ότι πάσχουν από κάποιας μορφής Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής. Συγκριτικά με τον πίνακα 3.1.1, όπου είδαμε τα ποσοστά των εφήβων που έχει διαγνωστεί από ειδικό ότι πάσχουν από κάποιας μορφής Δ.Π.Τ., παρατηρούμε ότι τα ποσοστά της υποψίας είναι περίπου τα διπλάσια. Το γεγονός αυτό μας δείχνει ότι πολλοί έφηβοι ενώ βαθιά μέσα τους γνωρίζουν ότι κάτι δεν πάει καλά, σιωπούν κ αποφεύγουν να αντικρίσουν με θάρρος το πρόβλημα.

2.2.3 ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΦΗΒΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΕΠΙΣΚΕΦΤΕΙ ΕΙΔΙΚΟ

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1.3

ΕΧΕΤΕ ΠΟΤΕ ΕΠΙΣΚΕΦΤΕΙ ΓΙΑΤΡΟ Η ΨΥΧΟΛΟΓΟ ΓΙΑ ΚΑΠΟΙΑ Δ.Π.Τ.					
ΦΥΛΟ		ΝΑΙ	ΟΧΙ	MISSING VALUE	ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	3%	47%	0%	50%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	3%	46%	1%	50%
	ΣΥΝΟΛΟ	6%	93%	1%	100%

Ο πίνακας 2.1.3. αναφέρεται στο ποσοστό των εφήβων που έχει επισκεφτεί γιατρό ή ψυχολόγο για κάποια διατροφική διαταραχή. Στον συγκεκριμένο πίνακα βλέπουμε ότι το 3% των ανδρών, καθώς και το 3% των γυναικών έχουν επισκεφτεί ειδικό, έναντι του 47% και 46% αντίστοιχα που δεν έχει χρειαστεί να κάνουν μία τέτοια ενέργεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.3 ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ

Ο αθλητισμός αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας των εφήβων. Από την παιδική κιόλας ηλικία, τα παιδία έρχονται σε επαφή με τον αθλητισμό μέσω του σχολείου. Ο αθλητισμός έχει συνδεθεί άμεσα με την καλή υγεία και την καλή φυσική κατάσταση. Παρόλα αυτά, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου ο αθλητισμός και ιδιαίτερα ο πρωταθλητισμός οδηγεί τους νέους σε εξαντλητική εξάσκηση και λιγοθερμιδικές δίαιτες. Ο ακρογωνιαίος λίθος αυτών των καταναγκαστικών ενεργειών οδηγεί πολλές φορές τους νέους στην νευρική ανορεξία και νευρογενή βουλιμία καθαρτικού τύπου.

Πίνακας 2.3.1

	ΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ ΜΕ ΤΟΝ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟ					
ΦΥΛΟ		**ΕΝΤΑΤΙΚΑ**	**ΣΥΧΝΑ**	**ΣΠΑΝΙΑ**	**ΚΑΘΟΛΟΥ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
	ΑΝΔΡΑΣ	21%	18%	8%	3%	50%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	6%	22%	12%	10%	50%
	ΣΥΝΟΛΟ	27%	40%	20%	13%	100%

Ο πίνακας 2.3.1 μας δείχνει τη σχέση των εφήβων με τον αθλητισμό και τη διαφορά ως προς τη συχνότητα μεταξύ των δύο φύλων. Αναλυτικότερα παρατηρούμε ότι το 21% των αγοριών ασχολείται εντατικά με τον αθλητισμό σε σχέση με το 6% των κοριτσιών. Συχνή επαφή με τον αθλητισμό φαίνεται να έχει το 18% των αγοριών, έναντι του 22% των κοριτσιών. Σπάνια ασχολία με τον αθλητισμό δηλώνει ότι έχει το 8% των αγοριών και το 12% των κοριτσιών. Τέλος, τα αγόρια που δεν ασχολούνται καθόλου με τον αθλητισμό αποτελούν μόλις το 3% έναντι των κοριτσιών που σε ποσοστό 10% δεν έχουν επαφή με το αντικείμενο.

2.3.2 ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΘΕΡΜΙΔΕΣ

Πίνακας 2.3.2

	ΣΚΕΦΤΟΜΑΙ ΟΤΙ ΚΑΙΩ ΘΕΡΜΙΔΕΣ ΟΤΑΝ ΓΥΜΝΑΖΟΜΑΙ							
ΦΥΛΟ		ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	15,8%	6,3%	3,2%	5,3%	8,4%	10,5 %	49,5%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	12,6%	8,4%	4,2%	11,6%	6,3%	7,4%	50,5%
	ΣΥΝΟΛΟ	28,4%	14,7%	7,4%	16,9%	14,7%	17,9 %	100%

Στόχος της ερώτησης « σκέφτομαι ότι καίω θερμίδες όταν γυμνάζομαι» είναι να φανεί το ποσοστό των ατόμων που απλώς απολαμβάνουν την γυμναστική από εκείνους που εξασκούνται εντατικά μόνο και μόνο για την απώλεια βάρους. Όταν το μυαλό των εφήβων γεμίζει από σκέψεις « θα κάνω περισσότερες ώρες γυμναστικής γιατί πρέπει να γίνω σαν το μοντέλο που είδα στο περιοδικό», δημιουργείται ένα είδος ψυχαναγκασμού.

Πιο συγκεκριμένα το 15.8% των αγοριών δήλωσε ότι όταν κάνει γυμναστική πάντα σκέφτεται ότι καίει θερμίδες όπως επίσης και το 12.6% των κοριτσιών. Συνολικά παρατηρούμε ότι το 28.4% ανεξαρτήτου φύλου κάνουν αυτή την έντονη σκέψη, ποσοστό που δεν μπορεί να περάσει απαρατήρητο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.4 ΑΥΤΟ-ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΠΕΡΙΓΥΡΟΣ

Η αυτοεικόνα των εφήβων είναι στενά συνδεδεμένη με το σωματικό είδωλο, και αυτό ισχύει και για τα δύο φύλα. Επιπρόσθετα το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι έφηβοι με το σώμα τους, προβλέπει γενικά το επίπεδο της αυτοεκτίμησης τους, ειδικότερα για τα κορίτσια. Αυτή η σχέση, του σωματικού ειδώλου με την αυτοεκτίμηση, σε όποιο βαθμό κι αν υφίσταται, αντανακλά μέρος της κοινωνικής πραγματικότητας, επειδή η αποδοχή από το φιλικό κύκλο σχετίζεται και με το σωματότυπο.

Όμως όπως αναφερθήκαμε και πιο πάνω το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι έφηβοι με το σώμα τους, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την αντιμετώπιση των άλλων απέναντι τους. Η αυτοεικόνα των εφήβων αντανακλά τις στάσεις των άλλων ή τις αντιλήψεις τους, σχετικά με το πιστεύουν οι άλλοι για αυτούς, καθώς επίσης και τις δικές τους αξιολογήσεις για το πόσο ελκυστικό μπορεί να είναι ένα ιδιαίτερο γνώρισμα της προσωπικότητας τους. Το σωματικό είδωλο καθρεφτίζεται στην κοινωνία και πάντα προκύπτει έπειτα από συγκρίσεις του ατόμου με τους υπόλοιπους.

Γενικότερα τα αγόρια έχουν πιο θετικό σωματικό είδωλο από τα κορίτσια. Τα κορίτσια τείνουν να είναι πιο επικριτικές με την εμφάνισή τους και -τις περισσότερες φορές- θεωρώντας ότι έχουν πιο πολλά κιλά από ότι έχουν στην πραγματικότητα, επιθυμούν να αδυνατίσουν (συμπεριφορά άμεσα σχετιζόμενη με την ανορεξία!). Αυτή η τάση των κοριτσιών υποχωρεί βαθμιαία στα μέσα της εφηβείας, αν και η δυσαρέσκειά τους για το σώμα τους συνεχίζει να αυξάνεται καθ' όλη τη διάρκεια της εφηβείας. Από την άλλη πλευρά τα αγόρια είναι πιο ικανοποιημένα από την εμφάνισή τους και το μόνο που ζητούν είναι, αν όχι τίποτα, απλά να είναι πιο μυώδη, μια τάση που αρχίζει να είναι πιεστική όλο και περισσότερο στις σημερινές κοινωνίες των "**πλαστικών μοντέλων**".

Πίνακας 2.4.1

	ΤΡΟΜΑΖΩ ΣΤΗΝ ΙΔΕΑ ΟΤΙ ΕΙΜΑΙ ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ							
ΦΥΛΟ		**ΠΑΝΤΑ**	**ΣΥΝΗΘΩΣ**	**ΣΥΧΝΑ**	**ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ**	**ΣΠΑΝΙΑ**	**ΠΟΤΕ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
	ΑΝΔΡΑΣ	9,1%	3%	5,1%	17,2%	4%	11.1%	49,5%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	12,1%	1%	11,1%	17,2%	5,1%	4%	50,5%
	ΣΥΝΟΛΟ	**21,2%**	**4%**	**16,2%**	**34,4%**	**9,1%**	**15,1%**	**100%**

Στόχος της ερώτησης αυτής είναι να δούμε το ποσοστό των εφήβων που αισθάνονται έντονο φόβο στη σκέψη να είναι υπέρβαροι. Η αντίδραση στο φόβο αυτό μπορεί να οδηγήσει στην αντίθετη κατεύθυνση. Αυτό ισχύει για κάθε φόβο, όχι μόνο με εκείνον του φαγητού. Οι έφηβοι τότε θέτουν σαν στόχο να χάσουν βάρος, ξεκινώντας εξαντλητικές δίαιτες, ώστε να τείνουν όσο γίνεται περισσότερο πιο μακριά από την εικόνα του υπέρβαρου. Η δίαιτα σε αυτές τις ηλικίες είναι συνήθως ένα βήμα πριν τη διατροφική διαταραχή.

Από τον παραπάνω πίνακα διακρίνουμε ότι το 9.1% των αγοριών κ το 12.1% των κοριτσιών διακατέχονται από έντονο φόβο του να είναι υπέρβαροι. Το 4% συνολικά κυριεύονται συνήθως από αυτόν τον φόβο. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων απάντησαν ότι κάποιες φορές τους απασχολεί αυτή η σκέψη με ποσοστό 34.4%, ενώ το 15.1% δήλωσε πως ποτέ δεν έχουν σκεφτεί κάτι τέτοιο.

2.4.2 ΠΟΙΑ ΕΙΚΟΝΑ ΠΙΣΤΕΥΟΥΝ ΟΙ ΕΦΗΒΟΙ ΟΤΙ ΔΙΝΟΥΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟΥΣ

Πίνακας 2.4.2.

ΝΙΩΘΩ ΟΤΙ ΟΙ ΑΛΛΟΙ ΘΑ ΠΡΟΤΙΜΟΥΣΑΝ ΝΑ ΤΡΩΩ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ								
ΦΥΛΟ		ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	5%	7%	3%	7%	2%	26%	50%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	4%	6%	5%	4%	11%	20%	50%
	ΣΥΝΟΛΟ	**9%**	**13%**	**8%**	**11%**	**13%**	**46%**	**100%**

Βάσει του πίνακα 2.4.2 παρατηρούμε ότι οι έφηβοι πιστεύουν ότι ο περίγυρος δεν θα προτιμούσε να έτρωγαν περισσότερο. Το συμπέρασμα αυτό φαίνεται σε ποσοστό 46% συνολικά, έναντι του 9% όπου οι έφηβοι πιστεύουν το ακριβώς αντίθετο, δηλαδή ότι οι άλλοι θα προτιμούσαν να τρέφονται οι έφηβοι περισσότερο.

2.4.3 ΑΠΟΨΗ ΤΡΙΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΔΥΝΑΤΟ ΣΩΜΑΤΟΤΥΠΟ

Πίνακας 2.4.3

	ΑΛΛΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΠΙΣΤΕΥΟΥΝ ΟΤΙ ΕΙΜΑΙ ΠΟΛΥ ΑΔΥΝΑΤΟΣ,Η							
ΦΥΛΟ		ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	2%	6%	6%	14%	13%	9%	50%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	7%	5%	5%	7%	9%	17%	50%
	ΣΥΝΟΛΟ	9%	11%	11%	21%	22%	26%	100%

Με βάση τον παραπάνω πίνακα το 9% των εφήβων συνολικά πιστεύει ότι οι γύρο τους θεωρούν ότι είναι πολύ αδύνατοι. Παρόλα αυτά το 26% είναι η μεγαλύτερη τιμή μας και αντιπροσωπεύει τα άτομα που λαμβάνουν το μήνυμα από τον περίγυρο ότι πιθανότατα έχουν είτε φυσιολογικό βάρος, είτε κάποια παραπάνω κιλά.

2.4.4 ΠΙΕΣΗ ΓΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΤΡΟΦΗ

Πίνακας 2.4.4

	ΝΙΩΘΩ ΟΤΙ ΟΙ ΑΛΛΟΙ ΜΕ ΠΙΕΖΟΥΝ ΝΑ ΦΑΩ							
ΦΥΛΟ		**ΠΑΝΤΑ**	**ΣΥΝΗΘΩΣ**	**ΣΥΧΝΑ**	**ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ**	**ΣΠΑΝΙΑ**	**ΠΟΤΕ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
	ΑΝΔΡΑΣ	6%	0%	6%	15%	9%	14%	50%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	10%	5%	5%	9%	9%	12%	50%
	ΣΥΝΟΛΟ	**16%**	**5%**	**11%**	**24%**	**18%**	**26%**	**100%**

Όταν οι γονείς λένε στα παιδία τους ότι πρέπει να τρώνε περισσότερο το κάνουν συνήθως επειδή θέλουν το καλό τους και ενδιαφέρονται γι αυτά. Παρόλα αυτά οι γιαγιάδες είναι διάσημες στο να πιέζουν τα εγγόνια τους να φάνε περισσότερο, επειδή φαίνονται πολύ αδύνατα ακόμα και όταν αυτά δεν είναι. Αλλά αν άνθρωποι, οι οποίοι βρίσκονται πολύ κοντά στα παιδία, τους επισημαίνουν διαρκώς ότι δεν τρώνε αρκετά, αυτό αποτελεί ένα καλό σημάδι που οι έφηβοι θα πρέπει να προβληματιστούν και να δώσουν προσοχή.

Ο πίνακας 2.4.4 μας δείχνει ότι το 16% του δείγματός μας δέχεται καθημερινή πίεση όσον αφορά την τροφή. Από το ποσοστό αυτό το 6% αφορά τα αγόρια και το 10% τα κορίτσια. Στην αντίπερα όχθη με ποσοστό που αποτελεί και τη μεγαλύτερη τιμή μας, βλέπουμε τα παιδία που δεν δέχονται τέτοια πίεση, ίσως επειδή δεν υπάρχει σοβαρός λόγος για να αυξήσουν την ποσότητα των γευμάτων τους. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 26%, εκ του οποίου το 14% αφορά τα αγόρια και το 12% τα κορίτσια.

2.4.5 ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΙΟ ΑΔΥΝΑΤΟ ΣΩΜΑ

Πίνακας 2.4.5

ΕΙΜΑΙ ΑΠΑΣΧΟΛΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΝΑ ΕΙΜΑΙ ΠΙΟ ΑΔΥΝΑΤΟΣ- Η								
ΦΥΛΟ		**ΠΑΝΤΑ**	**ΣΥΝΗΘΩΣ**	**ΣΥΧΝΑ**	**ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ**	**ΣΠΑΝΙΑ**	**ΠΟΤΕ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
	ΑΝΔΡΑΣ	8,1%	3%	1%	9,1%	8,1%	21,2%	50,5%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	9,1%	6,1%	3%	12,1%	9,1%	10,1%	49,5%
	ΣΥΝΟΛΟ	17,2%	9,1%	4%	21,2%	17,2%	31,3%	100%

Ο πίνακας 2.4.5 μας δείχνει την επιθυμία τον εφήβων να αποκτήσουν ένα πιο αδύνατο σώμα από αυτό που έχουν. Την μέση τιμή αποτελούν οι απαντήσεις «πάντα» και «σπάνια», με ποσοστό 17.2% στο σύνολο, δηλαδή το 8.1% αφόρα τα αγόρια και το 9.1% τα κορίτσια. Το 31.3%, αποτελεί τη μέγιστη τιμή, όπου το 21.2% των αγοριών δεν επιθυμούν ένα πιο αδύνατο σώμα σε σχέση με το 10.1% των κοριτσιών. Συμπερασματικά, βλέπουμε μια μεγαλύτερη τάση των κοριτσιών στο να αποκτήσουν ένα πιο αδύνατο και καλλίγραμμο σώμα συγκριτικά με τα αγόρια, που δεν δείχνουν έντονο ενδιαφέρον στο σύνολό τους.

2.4.6 ΔΙΑΙΤΑ

Πίνακας 2.4.6.

ΚΑΝΩ ΔΙΑΙΤΑ								
ΦΥΛΟ		ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	**ΣΥΝΟΛΟ**
	ΑΝΔΡΑΣ	3%	4%	2%	8%	8%	25%	**50%**
	ΓΥΝΑΙΚΑ	2%	5%	5%	12%	7%	19%	**50%**
	ΣΥΝΟΛΟ	**5%**	**9%**	**7%**	**20%**	**15%**	**44%**	**100%**

Και σε αυτόν τον πίνακα τα κορίτσια έχουν ένα προβάδισμα σε σχέση με τα αγόρια. Βασιζόμενοι στην κλίμακα από «πάντα έως και κάποιες φορές» τα κορίτσια με ποσοστό 24% δηλώνουν ότι κάνουν δίαιτα, είτε εντατικά, είτε περιστασιακά,

έναντι του 17% των αγοριών. Στην διαδικασία της δίαιτας για απώλεια βάρους δεν έχει μπει ποτέ το 25% των αγοριών και αντίστοιχα το 19% των κοριτσιών.

2.4.7 ΔΕΝ ΑΚΟΥΩ ΤΗΝ ΠΕΙΝΑ ΜΟΥ

Όταν αγνοούμε την πείνα μας αυτό γενικά σημαίνει ότι πιστεύουμε ότι υπάρχει κάτι πιο σημαντικό από αυτό. Μερικές φορές το γεγονός αυτό είναι αλήθεια- όταν για παράδειγμα βρισκόμαστε σε κίνδυνο. Όταν όμως αποφεύγουμε την πείνα μας με σκοπό να γίνουμε πιο αδύνατοι, τότε είναι σαν να λέμε στο σώμα μας ότι δεν γνωρίζει τις ανάγκες του. Η πείνα είναι για το σώμα ο τρόπος για να πει ότι χρειάζεται ενέργεια. Όταν δεν υπακούμε στο «σινιάλο», ο οργανισμός αισθάνεται ότι λιμοκτονεί, με αποτέλεσμα να αποθηκεύσει ενέργεια και κατ επέκταση ο μεταβολισμός να πέσει. Με τον τόπο αυτό, έχουμε τα αντίθετα αποτελέσματα από τα αναμενόμενα, δηλαδή αντί να αδυνατίζουμε παχαίνουμε.

Πίνακας 2.4.7

	ΑΠΟΦΕΥΓΩ ΝΑ ΤΡΩΩ ΟΤΑΝ ΠΕΙΝΑΩ						
ΦΥΛΟ	ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΝΔΡΑΣ	0%	3%	3%	11%	14%	19%	50%
ΓΥΝΑΙΚΑ	1%	2%	3%	11%	17%	16%	50%
ΣΥΝΟΛΟ	1%	5%	6%	22%	31%	35%	100%

Με βάση τον παραπάνω πίνακα, λαμβάνουμε ένα ξεκάθαρο μήνυμα ότι οι έφηβοι του δείγματός μας ακούνε την πείνα τους και δεν την παρακάμπτουν με ποσοστό 35%. Οι έφηβοι που κυρίως περιστασιακά αγνοούν την πείνα τους αποτελούν το 22%, δηλαδή 11% για τα αγόρια και ομοίως για τα κορίτσια.

2.4.8 ΤΡΟΦΗ ΣΕ ΜΙΚΡΑ ΚΟΜΜΑΤΙΑ

Το να κόβουμε την τροφή μας σε μικρές μπουκιές είναι συνήθως ο σωστός τρόπος. Οι μικρότερες μπουκιές είναι ευκολότερο να μασηθούν, να καταπωθούν, να χωνευτούν και γενικότερα το να τρως πιο αργά βοηθάει το στομάχι να καταλάβει εγκαίρως πότε είναι γεμάτο. Όταν κόβεις την τροφή σε τόσο μικρές μπουκιές, μπορεί να σημαίνει ότι προσπαθείς να επιβραδύνεις το φαγητό και αυτό σταδιακά οδηγεί στην αποφυγή τελείως από το φαγητό. Επιπροσθέτως, όταν κόβουμε την τροφή σε ίσα και ίδια σε αριθμό κομμάτια κάθε φορά, μπορεί να σημαίνει ότι έχουμε εμμονή με το φαγητό. Αυτό συνήθως αποτελεί σύμπτωμα διατροφικής διαταραχής.

Πίνακας 2.4.8

	ΚΟΒΩ ΤΗΝ ΤΡΟΦΗ ΜΟΥ ΣΕ ΜΙΚΡΑ ΚΟΜΜΑΤΙΑ							
ΦΥΛΟ		**ΠΑΝΤΑ**	**ΣΥΝΗΘΩΣ**	**ΣΥΧΝΑ**	**ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ**	**ΣΠΑΝΙΑ**	**ΠΟΤΕ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
	ΑΝΔΡΑΣ	7%	3%	7%	14%	7%	12%	**50%**
	ΓΥΝΑΙΚΑ	11%	11%	4%	7%	7%	10%	**50%**
	ΣΥΝΟΛΟ	**18%**	**14%**	**11%**	**21%**	**14%**	**22%**	**100%**

Όπως αναφέραμε και παραπάνω ιδιαίτερη σημασία στην κοπή της τροφής σε μικρά κομμάτια δίνει το 7% των αγοριών και το 11% των κοριτσιών. Στο αντίθετο άκρο, δηλαδή των εφήβων που δεν αφιερώνουν καθόλου χρόνο για τη διαδικασία αυτή, με ποσοστό 12% συναντάμε τα αγόρια και με ποσοστό 10% τα κορίτσια. Συγκεντρωτικά, αυτή είναι κ η μέγιστη τιμή μας.

2.4.9 ΘΕΡΜΙΔΙΚΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ

Στη σύγχρονη κοινωνία που ζούμε και από μικρή κιόλας ηλικία οι έφηβοι μαθαίνουν για τις θερμίδες, τα γραμμάρια, τους υδατάνθρακες κ.τ.λ. Ο ιδιαίτερος ζήλος για τη γνώση αυτών των πραγμάτων πολλές φορές οδηγεί τους έφηβους στο να δημιουργήσουν μια λίστα με απαγορευμένες τροφές. Η λίστα αυτή εμφανίζεται συνήθως όταν το άτομο κάνει συχνά δίαιτα. Είναι γεγονός ότι κάποιες τροφές είναι καλύτερες από κάποιες άλλες, είτε επειδή έχουν λιγότερες θερμίδες, είτε θεωρούνται ευεργετικές. Όταν κάποιος καταναλώνει κακές τροφές, δηλαδή τροφές πλούσιες σε

υδατάνθρακες και λιπαρά, συνήθως μετά έχει το αίσθημα της ενοχής. Η ενοχή μετά το φαγητό μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε κάθαρση, εντούτοις αυτό μπορεί να είναι ένα βήμα προς τη διατροφική διαταραχή.

Πίνακας 2.4.9

	ΓΝΩΡΙΖΩ ΤΟ ΘΕΡΜΙΔΙΚΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΩΝ ΤΡΟΦΩΝ ΠΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΩ							
ΦΥΛΟ		ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	3%	7%	1%	7%	8%	24%	50%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	3%	10%	2%	14%	8%	13%	50%
	ΣΥΝΟΛΟ	6%	17%	3%	21%	16%	37%	100%

Με βάση των παραπάνω πίνακα, διαπιστώνουμε ότι τα κορίτσια ασχολούνται περισσότερο με τις θερμίδες απ ότι τα αγόρια. Πιο αναλυτικά σε ποσοστό 24% βλέπουμε ότι τα αγόρια του δείγματός μας δεν γνωρίζουν καθόλου το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφών που καταναλώνουν καθημερινά. Το 10% των κοριτσιών δηλώνουν ότι συνήθως γνωρίζουν τι θερμίδες περιέχουν τα φαγητά που τρώνε, ενώ το 14%, που αποτελεί και τη μέγιστη τιμή των απαντήσεων των κοριτσιών, δηλώνουν ότι κάποιες φορές είναι γνώστες του θερμιδικού περιεχομένου των τροφών που καταναλώνουν.

2.4.10 ΑΠΟΦΥΓΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΤΡΟΦΩΝ

Η διατροφή με χαμηλούς σε ποσότητα υδατάνθρακες ή με καθόλου υδατάνθρακες απαιτούνται συνήθως από σκληρές δίαιτες, όπου τροφές όπως είναι το ρύζι, το ψωμί και τα ζυμαρικά ανήκουν στη λίστα με τις απαγορευμένες τροφές. Ακόμα και αν το άτομο βρει τον τρόπο να αντισταθεί σε αυτούς τους πειρασμούς και μετά από την ολοκλήρωση της δίαιτας, η επιθυμία γι αυτές τις τροφές παραμένει. Το συνονθύλευμα καλών και κακών σκέψεων καθώς και η συνεχής άρνηση στο σώμα να πάρει τις τροφές που επιθυμεί, προετοιμάζουν το έδαφος για την ανάπτυξη είτε ενός βαθύτερου

περιορισμού, είτε ωθούν τα άτομα σε υπερφαγικά επεισόδια.

Πίνακας 2.4.10

ΑΠΟΦΕΥΓΩ ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΥΝ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ								
ΦΥΛΟ		ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	0%	5,1%	5,1%	4%	17,2%	19,2%	50,5%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	2%	3%	6,1%	7,1%	13,1%	18,2%	49,5%
	ΣΥΝΟΛΟ	2%	8,1%	11,1%	11,1%	30,3%	37,4%	100%

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των εφήβων δεν αποφεύγουν τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες(ρύζι, ψωμί, ζυμαρικά), με ποσοστό 37.4%. Αθροιστικά από τις επιλογές «πάντα» έως και «κάποιες φορές», διαπιστώνουμε ότι έστω και με διαφορετική συχνότητα τα έφηβα αγόρια αποφεύγουν τις τροφές αυτές με ποσοστό 14.2% και το ίδιο συμβαίνει και με τα κορίτσια με ποσοστό 18.2%.

2.4.11 ΕΝΟΧΗ

Πίνακας 2.4.11

		ΝΙΩΘΩ ΕΝΟΧΗ ΜΕΤΑ ΤΟ ΦΑΓΗΤΟ						
ΦΥΛΟ		**ΠΑΝΤΑ**	**ΣΥΝΗΘΩΣ**	**ΣΥΧΝΑ**	**ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ**	**ΣΠΑΝΙΑ**	**ΠΟΤΕ**	ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	**0%**	**0%**	**1%**	**7%**	**7%**	**35%**	50%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	**4%**	**3%**	**2%**	**10%**	**11%**	**20%**	50%
	ΣΥΝΟΛΟ	4%	3%	3%	17%	18%	55%	100%

Ο πίνακας 2.4.11 μας πραγματεύεται την ενοχή μετά το φαγητό. Η ενοχή είναι συνήθως ένα προμήνυμα των διατροφικών διαταραχών. Παρατηρώντας τον πίνακα συμπεραίνουμε ότι τα κορίτσια συγκεντρώνουν μεγαλύτερα ποσοστά ενοχής μετά το φαγητό. Το 4% των κοριτσιών δήλωσαν ότι πάντα αισθάνονται ενοχή έπειτα από κάθε γεύμα. Συγκεντρωτικά από τις υποκατηγορίες «πάντα» έως και «κάποιες

φορές», τα κορίτσια νιώθουν ενοχή μετά το φαγητό σε ποσοστό 19%, έναντι των αγοριών με 8%.

2.4.12 ΑΠΟΦΥΓΗ ΤΡΟΦΩΝ ΜΕ ΖΑΧΑΡΗ

Πίνακας 2.4.12

		ΑΠΟΦΕΥΓΩ ΤΡΟΦΕΣ ΜΕ ΖΑΧΑΡΗ						
ΦΥΛΟ		ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	2%	4%	6%	9%	6%	23%	50%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	2%	3%	6%	14%	12%	13%	50%
	ΣΥΝΟΛΟ	4%	7%	12%	23%	18%	36%	100%

Όπως και στον πίνακα 2.4.10 παρατηρούμε παρόμοια αποτελέσματα. Αναλυτικότερα, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων φαίνεται ότι ποτέ δεν αποφεύγει τροφές με ζάχαρη, ενώ σε διασπασμένα ποσοστά συμβαίνει το αντίθετο. Αγόρια και κορίτσια δήλωσαν με ποσοστό 2% ότι δεν καταναλώνουν πότε τροφές με ζάχαρη.

2.4.13 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΤΡΟΦΕΣ

Οι διαιτητικές τροφές έχουν εισβάλει στη ζωή μας τα τελευταία χρόνια ως μια εναλλακτική επιλογή με λιγότερες θερμίδες. Με τον τρόπο αυτό έχουμε τη δυνατότητα να καταναλώνουμε τροφές που άλλοτε θα ήταν απαγορευμένες λόγω της θερμιδικής τους αξίας. Σίγουρα δεν είναι ο πιο σωστός τρόπος διατροφής, διότι είναι ευρέως γνωστό ότι οι light τροφές κατέχουν τη μερίδα του λέοντος ως απαγορευμένες και επικίνδυνες για την υγεία τροφές.

Πίνακας 2.4.13

ΤΡΩΩ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΤΡΟΦΕΣ								
ΦΥΛΟ		ΠΑΝΤΑ	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΥΧΝΑ	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ	ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	2%	8%	2%	11%	11%	16%	50%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	2%	4%	5%	6%	21%	12%	50%
	ΣΥΝΟΛΟ	4%	12%	7%	17%	32%	28%	100%

Το αξιοσημείωτο αυτού του πίνακα είναι ότι τα αγόρια μπορεί να μην κάνουν συχνά δίαιτα αλλά φαίνεται ότι χρησιμοποιούν διαιτητικές τροφές σε μεγαλύτερη συχνότητα από τα κορίτσια. Με βάση την κλίμακα από «πάντα» έως «κάποιες φορές», τα αγόρια συγκεντρώνουν ένα ποσοστό της τάξεως του 23%, έναντι του 17% που αφορά τα κορίτσια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.5 ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ

Τα επεισόδια υπερφαγίας φαίνονται αγώνας για τα άτομα που παλεύουν καθημερινά με αυτά και η κάθαρση αρχίζει να φαντάζει ως μία λογική λύση. Παρόλα αυτά, η κάθαρση αυξάνει δραματικά το αίσθημα της ενοχής.

Πίνακας 2.5.1

ΕΧΕΤΕ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ								
ΦΥΛΟ		**ΠΑΝΤΑ**	**ΣΥΝΗΘΩΣ**	**ΣΥΧΝΑ**	**ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ**	**ΣΠΑΝΙΑ**	**ΠΟΤΕ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
	ΑΝΔΡΑΣ	2%	3%	2%	13%	11%	19%	**50%**
	ΓΥΝΑΙΚΑ	-	2%	4%	6%	13%	25%	**50%**
	ΣΥΝΟΛΟ	**2%**	**5%**	**6%**	**19%**	**24%**	**44%**	**100%**

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 44% των εφήβων συνολικά δεν έχουν καθόλου επεισόδια υπερφαγίας. Με βάση την κλίμακα από «πάντα» έως και «κάποιες φορές», διαπιστώνουμε ότι το 20% των έφηβων αγοριών και το 12% των κοριτσιών εμφανίζουν σε διαφορετική συχνότητα επεισόδια υπερφαγίας. Το ποσοστό των αγοριών είναι αρκετά ανεβασμένο και συνδέεται άμεσα με τους παρακάτω πίνακες.

2.5.2 ΑΙΣΘΗΣΗ ΜΗ ΚΟΡΕΣΜΟΥ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Πίνακας 2.5.2 α

ΟΤΑΝ ΤΡΩΤΕ ΕΧΕΤΕ ΤΗΝ ΑΙΣΘΗΣΗ ΟΤΙ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΤΕ				
ΦΥΛΟ		**ΝΑΙ**	**ΟΧΙ**	**ΣΥΝΟΛΟ**
	ΑΝΔΡΑΣ	12%	38%	**50%**
	ΓΥΝΑΙΚΑ	10%	40%	**50%**
	ΣΥΝΟΛΟ	**22%**	**78%**	**100%**

Ο πίνακας 2.5.2 α μας δείχνει το ποσοστό των εφήβων που έχουν την αίσθηση όταν τρώνε ότι δεν μπορούν να σταματήσουν. Το ποσοστό των αγοριών είναι μεγαλύτερο από εκείνο των κοριτσιών. Πιο συγκεκριμένα, τα αγόρια συγκεντρώνουν ποσοστό 12% και τα κορίτσια 10%. Την συχνότητα των επεισοδίων αυτών θα την δούμε εκτενέστερα στον πίνακα 2.5.2 β.

2.5.2 β ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Πίνακας 2.5.2 β

		ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ											
ΦΥΛΟ		1	2	3	4	5	7	8	9	10	12	30	ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	5%	5%	15%	5%	5%	5%	-	5%	-	-	5%	50%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	15%	5%	5%	5%	-	-	5%	-	10%	5%	-	50%
	ΣΥΝΟΛΟ	20%	10%	20%	10%	5%	5%	5%	5%	10%	5%	5%	100%

Ο παραπάνω πίνακας είναι συνέχεια του πίνακα 2.5.2 α και μας δείχνει την συχνότητα όπου τα άτομα έχουν την αίσθηση ότι δεν μπορούν να σταματήσουν. Μία φορά το μήνα τα έφηβα κορίτσια και με ποσοστό 15% έχουν την αίσθηση ότι δεν μπορούν να σταματήσουν, ενώ τα αγόρια φέρουν ένα ποσοστό του 5%. Το ακριβώς αντίστροφο συμβαίνει με τα αγόρια όταν η συχνότητα αυξάνεται στις 3 φορές τον μήνα, δηλαδή 15% για τα αγόρια και 5% για τα κορίτσια. Μεγάλη εντύπωση μας κάνει η καθημερινή αίσθηση που την συναντάμε μόνο στα αγόρια με ποσοστό 5%.

2.5.3 ΑΥΤΟ- ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΟΣ ΕΜΕΤΟΣ (ΚΑΘΑΡΣΗ)

Πίνακας 2.5.3 α

ΕΧΕΤΕ ΑΥΤΟ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕΙ ΕΜΕΤΟ				
ΦΥΛΟ		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	5.2%	44.3%	49.5%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	10.3%	40.2%	50.5%
	ΣΥΝΟΛΟ	15.5%	84.5%	100%

Με βάση τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι το 5.2% των αγοριών έχει προκαλέσει εσκεμμένα εμετό, ενώ για το ίδιο ακριβώς γεγονός τα κορίτσια με

μεγαλύτερο ποσοστό, 10.3%, έχει πράξει το ίδιο. Η συχνότητα της πράξης αυτής φαίνεται στον πίνακα 2.5.3 β.

2.5.3 β ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Πίνακας 2.5.3 β

ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ								
ΦΥΛΟ		1	2	3	5	6	7	ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	13.3%	-	6.7%	-	6.7%	6.7%	33.3%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	26.7%	6.7%	13.3%	6.7%	-	-	66.7%
	ΣΥΝΟΛΟ	40%	6.7%	20%	6.7%	6.7%	6.7%	100%

Ο παραπάνω πίνακας είναι συνέχεια του πίνακα 2.5.3.α και μας δείχνει την συχνότητα που οι έφηβοι έχουν προκαλέσει εσκεμμένα εμετό μέσα σε διάστημα ενός μήνα. Αναλυτικότερα, μία φορά το μήνα έχει αυτό- προκαλέσει εμετό το 13.3% των αγοριών και το 26.7% των κοριτσιών. Το ποσοστό αυτό είναι πάρα πολύ μεγάλο, ιδιαίτερα για τα κορίτσια. Με ποσοστό 13.3% συναντάμε τα κορίτσια που πραγματοποιούν κάθαρση 3 φορές τον μήνα, ενώ τα αγόρια για την ίδια συχνότητα τα συναντάμε με ποσοστό 6.7%. Τέλος, έξι και επτά φορές τον μήνα πραγματοποιούν κάθαρση μόνο τα αγόρια με ποσοστό 6.7% και στις δύο περιπτώσεις.

2.5.4 ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Πίνακας 2.5.4

ΕΧΕΤΕ ΣΚΕΦΤΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ				
ΦΥΛΟ		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	4%	46.5%	50.5%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	8.1%	41.4%	49.5%
	ΣΥΝΟΛΟ	12.1%	87.9%	100%

Η απόπειρα αυτοκτονίας έχει συνδεθεί άμεσα με τις διατροφικές διαταραχές, επειδή τα άτομα βιώνουν μια έντονη απέχθεια για το σώμα τους και κατ επέκταση για τον ίδιο τους τον εαυτό. Λόγο του ότι η νόσο αυτή είναι περισσότερο ψυχολογική, δεν είναι λίγα τα παραδείγματα που μας έχουν δείξει κατά το παρελθόν ότι χρησιμοποιούν την απόπειρα αυτοκτονίας ως λύση για να ξεφύγουν από τον καθημερινό εφιάλτη που ζουν.

Πιο συγκεκριμένα, το 12.1% του δείγματός μας έχει σκεφτεί να κάνει απόπειρα αυτοκτονίας. Από το ποσοστό αυτό, το 4% αφορά τα αγόρια και το 8.1% τα κορίτσια.

2.5.5 ΚΑΘΑΡΣΗ – ΧΡΗΣΗ ΧΑΠΙΩΝ

Πίνακας 2.5.5 α

		ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 6 ΜΗΝΕΣ ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕΙ ΕΜΕΤΟ Η ΚΑΝΕΙ ΧΡΗΣΗ ΧΑΠΙΩΝ			
ΦΥΛΟ		ΝΑΙ	ΟΧΙ	MISSSING VALUE	ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	3%	47.5%	-	50.5%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	7.1%	41.4%	1%	49.5%
	ΣΥΝΟΛΟ	**10.1%**	**88.9%**	**1%**	**100%**

Δεν είναι λίγες οι φορές που μέσω της τηλεόρασης διαφημίζονται μαγικά χάπια και προϊόντα, που υπόσχονται καλλίγραμμο σώμα και απώλεια βάρους σε σύντομο κιόλας χρονικά διάστημα. Τα προϊόντα αυτά είναι επικίνδυνα τόσα για τους ενήλικες όσο και για τους έφηβους, που με ένα μόνο τηλεφώνημα μπορούν άμεσα να τα προμηθευτούν, χωρίς να γνωρίζουν ότι τα χάπια που παίρνουν δεν έχουν καμία πιστοποίηση και ότι κινδυνεύουν.

Στην κατηγορία που προαναφέραμε συναντάμε το 3% των αγοριών και το 7.1% των κοριτσιών που κατά τους τελευταίους 6 μήνες έχουν κάνει χρήση επικίνδυνων χαπιών ή έχουν αυτό- προκαλέσει εμετό. Την συχνότητα της χρήσης αυτής την συναντάμε στον πίνακα 2.5.5.β.

2.5.5 β ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Πίνακας 2.5.5 β

		ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ					
ΦΥΛΟ		1	2	4	9	10	ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΝΔΡΑΣ	-	9.1%	-	9.1%	18.2%	36.4%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	9.1%	18.2%	18.2%	-	18.2%	63.6%
	ΣΥΝΟΛΟ	9.1%	27.3%	18.2%	9.1%	36.4%	100%

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι το σε συχνότητα 10 φορών τον μήνα, οι έφηβοι κάνουν χρήση καθαρτικών ή αυτό- προκαλούν εμετό, με ποσοστό 18.2% για τα αγόρια και όμοιο ποσοστό για τα κορίτσια. Θα μείνουμε μόνο στο ποσοστό αυτό, διότι παρατηρούμε ότι όποια χρήση και αν κάνουν οι έφηβοι αποτελεί καθημερινή ή τουλάχιστον συχνή διαδικασία γι αυτούς. Με μαθηματική ακρίβεια τα άτομα αυτά σύντομα θα οδηγηθούν σε κάποια διατροφική διαταραχή.

Κεφάλαιο 3 - Συμπεράσματα

Οι ΔΠΤ αποτελούν ένα από τα συχνότερα ψυχιατρικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι έφηβες και οι νεαρές γυναίκες σήμερα και η εκδήλωσή τους χαρακτηρίζεται από χρονιότητα, υψηλά ποσοστά υποτροπών και θνησιμότητα. Τα σύγχρονα επιδημιολογικά φανερώνουν ότι οι ΔΠΤ αποτελούν ένα ραγδαία αυξανόμενο φαινόμενο, το οποίο πλέον διαπερνά τα στενά πολιτισμικά όρια του Δυτικού πολιτισμού. Οι ΔΠΤ χαρακτηρίζονται από μία σειρά δυσπροσαρμοστικών στάσεων και πεποιθήσεων που σχετίζονται με το φαγητό, με το σχήμα και με το βάρος του σώματος. Τα σύγχρονα αιτιολογικά μοντέλα των ΔΠΤ στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν τους προδιαθεσικούς και τους διατηρητικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στις ΔΠΤ, επισημαίνουν τον ειδικό ρόλο και τη συμβολή μίας σειράς κοινωνικών, οικογενειακών, γνωσιακών, ασυνείδητων, βιολογικών και γενετικών μηχανισμών. Από τις βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις στις ΔΠΤ, απορρέουν μία σειρά θεραπευτικών παρεμβάσεων οι οποίες έχουν εφαρμοστεί στην θεραπεία τους.

Τα τελευταία 25 χρόνια, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία έχει θεωρηθεί μία εδραιωμένη μέθοδος, με έντονη εμπειρική υποστήριξη για τη θεραπεία των ΔΠΤ (Stunkard, 1997). Οι έρευνες αποτελεσματικότητας επισημαίνουν ότι η συγκεκριμένη θεραπεία είναι αποτελεσματικότερη από άλλες θεραπείες, ειδικά στη ψυχογενή βουλιμία, όπου θεωρείται μία από τις εντατικότερα ερευνημένες και αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις όλου του φάσματος της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας για τις ενήλικες κλινικές διαταραχές (American Psychiatric Association, 2000). Κεντρικός στόχος στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία είναι η αλλαγή του τρόπου σκέψης των ασθενών, ο οποίος σύμφωνα με αυτήν, επιτελεί κεντρικό ρόλο στη διατήρηση των ψυχικών διαταραχών. Ειδικότερα ο ρόλος των γνωσιακών διαστρεβλώσεων θεωρείται βασικός στη διατήρηση των ΔΠΤ και η μείωσή τους στα πλαίσια της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας οδηγεί στην καλυτέρευση των κλινικών συμπτωμάτων που παρουσιάζουν οι ασθενείς. Ενώ οι έρευνες στις ΔΠΤ αυξάνονται, οι ΔΠΤ δεν έχουν μειωθεί. Η διεξαγωγή συνεχόμενων ερευνών που συμβάλλουν στην κατανόηση των ψυχολογικών μηχανισμών που μετέχουν στη διατήρηση των ΔΠΤ, θεωρείται σημαντική προκειμένου να εδραιωθούν νέες και αποτελεσματικές προληπτικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Αναφορικά με την έρευνά μας μεγάλη έκπληξη μας έκαναν τα αποτελέσματα μας, που σε κάποιες περιπτώσεις ήταν αναμενόμενα και σε άλλες απροσδόκητα. Το δείγμα μας αποτελείται από 50 αγόρια και 50 κορίτσια, 11- 18 ετών, που διαμένουν στον νομό Ηρακλείου Κρήτης. Στο σημείο αυτό θα αναλύσουμε τα σημαντικότερα στοιχεία της έρευνάς. Βάσει άλλων στατιστικών εργασιών, έχουμε την ενημέρωση ότι οι διατροφικές διαταραχές πρόσληψης τροφής αφορούν περισσότερο τον γυναικείο πληθυσμό κάθε ηλικίας. Θεωρείται ότι το 3% του γενικού πληθυσμού παγκοσμίως αποτελείται από έφηβα ή νεαρά κορίτσια, τα οποία έχει διαγνωστεί ότι έχουν κυρίως Νευρική Ανορεξία, ενώ το ποσοστό που μας δίνουν για τα αγόρια δεν ξεπερνάει το 1%. Από την παρούσα έρευνα τα αποτελέσματα που πήραμε μας δίνουν διαφορετικούς αριθμούς. Πιο συγκεκριμένα τα διαγνωσμένα περιστατικά της ερευνάς μας από Δ.Π.Τ. αποτελούν τα κορίτσια με ποσοστό 3% και τα αγόρια με ποσοστό 2%. Επιπροσθέτως, οι έφηβοι που απλώς υποψιάζονται ότι πάσχουν από Δ.Π.Τ. είναι 4% αγόρια και 5% κορίτσια. Σημαντικά είναι τα ευρήματά μεταξύ των κατοίκων που διαμένουν σε αστικές περιοχές και σε εκείνους που ζούν σε χωριά, όπου το 3%

αποτελούν έφηβοι διαγνωσμένη Δ.Π.Τ. σε αστικές περιοχές και το 2.1% σε μη αστικές περιοχές. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι αν και το 2.1% μπορεί να είναι ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό, παρόλα αυτά είναι ευρέως γνωστό ότι οι επαρχιακές πόλεις και κυρίως τα χωρία δεν έχουν την ίδια ενημέρωση- πληροφόρηση σε τέτοιου είδους θέματα απ ότι οι κάτοικοι των μεγαλουπόλεων. Το ερώτημα που τίθεται είναι πόσο μεγαλύτερο θα ήταν το ποσοστό αν οι κάτοικοι μη αστικών περιοχών είχαν πιο ολοκληρωμένη ενημέρωση και αν μπορούσαν να μιλήσουν χωρίς να φοβούνται ότι μπορεί να στιγματιστούν από την κλειστή κοινωνία που ζουν;

Η έρευνά μας αποκαλύπτει την πολύ καλή σχέση των αγοριών με τον εντατικό αθλητισμό και την έντονη σκέψη των κοριτσιών ότι όταν γυμνάζονται κάνε θερμίδες. Μπορεί να ακούγεται ως λογική σκέψη, όταν όμως γίνεται εμμονή, τότε χάνεται η χαρά της άθλησης και μεταμορφώνεται σε έναν εξαντλητικό αγώνα με μοναδικό στόχο την απώλεια βάρους.

Λαμβάνοντας υπόψη μας τον δείκτη μάζας σώματος (BMI) = Βάρος (kg) / Ύψος (m), καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το δείγμα μας αποτελείται κυρίως από έφηβους με λίγα ή και περισσότερα κιλά παραπάνω από το φυσιολογικό. Κάτω του φυσιολογικού εμφανίζεται η μικρότερη μερίδα του δείγματός μας με ποσοστό 10% για τα αγόρια και 11% τα κορίτσια.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να διευκρινίσουμε ότι μέσω της έρευνας αυτής δεν φαίνεται το είδος της διαταραχής, δηλαδή αν έχουν τα άτομα νευρική ανορεξία-βουλιμία ή παχυσαρκία. Λαμβάνουμε μια συνολική εικόνα των Δ.Π.Τ. και με βάση τις ερωτήσεις που στόχο έχουν την διερεύνηση των συμπτωμάτων και της συχνότητας και διάρκεια τους.

Παρατηρήθηκε ότι επεισόδια υπερφαγίας εμφανίζει με βάση την κλίμακα από «πάντα» έως και «κάποιες φορές» το 20% των αγοριών και το 12% των κοριτσιών. Η αίσθηση μη κορεσμού εμφανίζεται περισσότερο στο αγόρια με ποσοστό 12% και 10% για τα κορίτσια. Η αίσθηση μη κορεσμού εμφανίζεται κυρίως 3 φορές το μήνα με ποσοστό 15%, ενώ σε καθημερινή βάση το 5% των αγοριών μας δήλωσε τη δυσαρέσκεια αυτή.

Κατά τους τελευταίους 6 μήνες, χρήση χαπιών ή κάθαρση κάνει το 3% των αγοριών και το 7.1% των κοριτσιών. Η μέγιστη συχνότητα της πράξης αυτής είναι 10 φορές τον μήνα, όπου το 18.2% των αγοριών και το 18.2% των κοριτσιών ανήκουν σε αυτή την κατηγορία.

Το 5.2% των αγοριών μας δήλωσε ότι πραγματοποιεί αυτό- προκαλούμενο εμετό και το 10.3% των κοριτσιών αντίστοιχα. Μία φορά τον μήνα είναι η συνηθισμένη κάθαρση των κοριτσιών με ποσοστό 26.7% και 13.3% των αγοριών, ενώ τη μεγαλύτερη συχνότητα, δηλαδή 7 φορές τον μήνα, παρατηρούμε τα αγόρια με ποσοστό 6.7%.

Σαν συνέχεια της δικής μας πτυχιακής εργασίας θα μπορούσε να είναι « διατροφικές διαταραχές πρόσληψης τροφής(γνωσιακές διαστρεβλώσεις) και αίσθημα ενοχής μετά το γεύμα». Η ενοχή παρατηρείται σε όλα τα είδη των Δ.Π.Τ. Αν και στη δική μας έρευνα δεν παρατηρήθηκε μεγάλο ποσοστό εφήβων που έπειτα από κάθε γεύμα να αισθάνονται ενοχή, πιστεύουμε ότι μια εκτενέστερη έρευνα κυρίως σε άτομα που έχουν διαγνωσ διαγνωστεί Δ.Π.Τ. θα μπορούσαμε να έχουμε καλύτερη εικόνα. Βασική σύγκριση της μέλλουσας έρευνας θα ήταν μεταξύ υγιούς και μη πληθυσμού. Η έρευνα θα μπορούσε να έχει ως εργαλεία έρευνας την χρήση ερωτηματολογίου αλλά και προσωπικής συνέντευξης. Όπως προαναφέραμε η γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία θεωρείται η πιο αποτελεσματική, άρα μέσω του γνωσιακού μοντέλου πιθανότατα να έχουμε ανέλπιστα αποτελέσματα και η έρευνα να βοηθήσει στην κατανόηση της ασθένειας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ ΑΦΟΡΑ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ……Η ΕΡΕΥΝΑ ΕΙΝΑΙ <u>ΑΝΩΝΥΜΗ</u> ΚΑΙ <u>ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΗ</u>.

Απαντήστε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις

1. **Ηλικία**

   11- 12 ☐ 13-14 ☐ 15- 16 ☐ 17- 18 ☐

2. **Φύλο**
   - ☐ Ανδρας
   - ☐ Γυναίκα
3. **Βάρος** (σε kg)

   30- 50 ☐ 51- 70 ☐ 71- 90 ☐ 91 και άνω ☐

4. **Ύψος** (σε cm)

   1.20- 1.40 ☐ 1.41- 1.60 ☐ 1.61- 1.80 ☐ 1.81 και άνω ☐

5. **Τόπος διαμονής σας** :

ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ☐ ΜΗ ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ☐

6. Έχει διαγνωσθεί ότι πάσχετε από διαταραχή πρόσληψης τροφής (ανορεξία, βουλιμία κ.τ.λ.) τους τελευταίους 6 μήνες;
   - ☐ Ναι
   - ☐ Όχι
7. Ασχολείστε με τον αθλητισμό;
   - ☐ Εντατικά
   - ☐ Συχνά
   - ☐ Σπάνια

- ☐ Καθόλου

8. Υποψιάζεστε ότι πάσχετε από κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής;
   - ☐ Ναι
   - ☐ Όχι
9. Έχετε ποτέ επισκεφτεί γιατρό η ψυχολόγο για κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής;
   - ☐ Ναι
   - ☐ Όχι
10. .Τρομάζω στην ιδέα να είμαι υπέρβαρος/η
    - ☐ Πάντα
    - ☐ Συνήθως
    - ☐ Συχνά
    - ☐ Κάποιες φορές
    - ☐ Σπάνια
    - ☐ Ποτέ
11. Αποφεύγω να τρώω όταν πεινάω
    - ☐ Πάντα
    - ☐ Συνήθως
    - ☐ Συχνά
    - ☐ Κάποιες φορές
    - ☐ Σπάνια
    - ☐ Ποτέ
12. Πιάνω τον εαυτό μου απασχολημένο με το φαγητό
    - ☐ Πάντα
    - ☐ Συνήθως
    - ☐ Συχνά
    - ☐ Κάποιες φορές
    - ☐ Σπάνια
    - ☐ Ποτέ
13. Κόβω την τροφή μου σε μικρά κομμάτια
    - ☐ Πάντα
    - ☐ Συνήθως
    - ☐ Συχνά
    - ☐ Κάποιες φορές
    - ☐ Σπάνια

- Ποτέ

14. Γνωρίζω το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφών που καταναλώνω
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές
    - Σπάνια
    - Ποτέ
15. Συγκεκριμένα αποφεύγω τροφές που περιέχουν πολλούς υδατάνθρακες (ψωμί, ρύζι, πατάτες, κλπ.)
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές
    - Σπάνια
    - Ποτέ
16. Νοιώθω ότι οι άλλοι θα προτιμούσαν να έτρωγα περισσότερο
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές
    - Σπάνια
    - Ποτέ
17. Προκαλώ εμετό μετά το φαγητό
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές
    - Σπάνια
    - Ποτέ
18. Νιώθω πολύ ένοχος/η μετά το φαγητό
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές

- Σπάνια
- Ποτέ

19. Είμαι απασχολημένος/η με την επιθυμία να είμαι πιο αδύνατος/η
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές
    - Σπάνια
    - Ποτέ
20. Σκέφτομαι ότι καίω θερμίδες όταν γυμνάζομαι
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές
    - Σπάνια
    - Ποτέ
21. Άλλοι άνθρωποι πιστεύουν ότι είμαι πολύ αδύνατος/η
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές
    - Σπάνια
    - Ποτέ
22. Απασχολούμαι με την σκέψη ότι έχω λίπος στο σώμα μου
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές
    - Σπάνια
    - Ποτέ
23. Όταν τρώω τα γεύματά μου αργώ περισσότερο από τους άλλους
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές

- Σπάνια
- Ποτέ

24. Αποφεύγω τροφές με ζάχαρη
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές
    - Σπάνια
    - Ποτέ
25. Τρώω διαιτητικές τροφές
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές
    - Σπάνια
    - Ποτέ
26. Νιώθω ότι το φαγητό ελέγχει την ζωή μου
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές
    - Σπάνια
    - Ποτέ
27. Έχω αυτο-έλεγχο σχετικά με το φαγητό
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές
    - Σπάνια
    - Ποτέ
28. Νιώθω ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές

- Σπάνια
- Ποτέ

29. Ξοδεύω πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές
    - Σπάνια
    - Ποτέ
30. Νιώθω άβολα όταν τρώω γλυκά
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές
    - Σπάνια
    - Ποτέ
31. Κάνω δίαιτα
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές
    - Σπάνια
    - Ποτέ
32. Μου αρέσει να είναι άδειο το στομάχι μου
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές
    - Σπάνια
    - Ποτέ
33. Νιώθω την ανάγκη να κάνω εμετό μετά το φαγητό
    - Πάντα
    - Συνήθως
    - Συχνά
    - Κάποιες φορές

- ☐ Σπάνια
- ☐ Ποτέ

34. Απολαμβάνω να δοκιμάζω νέα λιπαρά/παχυντικά φαγητά
    - ☐ Πάντα
    - ☐ Συνήθως
    - ☐ Συχνά
    - ☐ Κάποιες φορές
    - ☐ Σπάνια
    - ☐ Ποτέ
35. Έχετε επεισόδια υπερφαγίας όπου νιώθετε ότι δεν μπορείτε να σταματήσετε;
    - ☐ Πάντα
    - ☐ Συνήθως
    - ☐ Συχνά
    - ☐ Κάποιες φορές
    - ☐ Σπάνια
    - ☐ Ποτέ
36. Όταν τρώτε έχετε την αίσθηση ότι δεν μπορείτε να σταματήσετε;
    - ☐ Ναι
    - ☐ Όχι

    Αν απαντήσατε ναι, πόσες φορές το μήνα;☐
37. Εχετε ποτέ αυτοπροκαλέσει εμετό;
    - ☐ Ναι
    - ☐ Όχι

    Αν απαντήσατε ναι, πόσες φορές το μήνα;☐
38. Έχετε σκεφτεί να κάνετε απόπειρα αυτοκτονίας;
    - ☐ Ναι
    - ☐ Όχι
39. Κατά τους τελευταίους 6 μήνες, έχετε προκαλέσει εσκεμμένα εμετό ή έχετε κάνει χρήση χαπιών (διουρητικών, καθαρτικών κ.τ.λ.);
    - ☐ Ναι
    - ☐ Όχι

    Αν απαντήσατε ναι, πόσες φορές το μήνα;☐

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ!

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abdollahi, P., & Mann, T. (2001). Eating disorder symptoms and body image concerns in Iran: Comparisons between Iranian women in Iran and in America. *International Journal of Eating Disorders, 30,* 259-268.

Abou-Saleh, M.T., Younis, Y., & Karim, L. (1998). Anorexia Nervosa in an Arab Culture. *International Journal of Eating Disorders, 23,* 207-212.

Agras W.S, Dorian B, & Kirkley B.G.(1987). Imipramine in the treatment of bulimia: double-blind controlled study. *International Journal of Eating Disorders, 6,* 29-38.

Agras, W.S., Hammer, L., & McNicholas, F. (1999). A prospective study of eatingdisordered mothers on their children. *International Journal of Eating Disorders, 25(3),* 253-262.

Agras, W. S., & McCann, U. (1987). The efficacy and role of antidepressants in the treatment of bulimia nervosa. *The Society of Behavioral Medicine. 7 (4),* 18-22.

Agras, W.S., Rossiter, E.M., Arnow, B., Schneider, J., Telch, C.F., Raeburn, S.D., Bruce, B., Perl, M., & Koran, L.M. (1992). Pharmacological and cognitive-behavioural treatment for bulimia nervosa : a controlled comparison. *American Journal of Psychiatry, 149,* 82-87.

Agras, W.S., Schneider, J.A., Arnow, B., Raeburn, S.D., Telch, C.F. (1989). Cognitivebehavioral treatment with and without exposure plus response prevention in the treatment of bulimia nervosa, a reply to Leitenberg and Rosen. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57(6),* 778-779.

Agras, W.S., Walsh, T., Fairburn, C.G., Wilson, G.T., Kraemer, H.C. (2000). A Multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 57,* 459-466.

Albert, U., Venturello, S., Maina, G., Ravizza, L., & Boggetto, F. (2001). Bulimia nervosa with and without obsessive-compulsive syndromes. *Comprehensive Psychiatry, 42(6),* 456-460.

Alpers, G.W., & Tuschen-Caffier, B. (2001). Negative feelings and the desire to eat in bulimia nervosa. *Eating Behaviours, 2,* 339-352.

Ames-Frankel, J., Devlin, M.J., Walsh, B.T., Strasser, T.J., Sadik, C., Oldham, J.M.& Roose, S.P. (1992). Personality Disorder diagnoses in patients with Bulimia Nervosa: Clinical Correlates and Changes with Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry, 53,* 90-6.

Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E., & Brigidi, B. (2001). Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 39,* 765-776.

Anastasio, P.A., Rose, K.C., & Chapman, J. (1999). Can the media create public opinion? A social-identity approach. *Current Directions in Psychological Science, 8 (5),* 152-155.

Anderson, D.A., & Maloney, K.C. (2001). The efficacy of cognitive-behavioral therapy on the core symptoms if bulimia nervosa. *Clinical Psychology Review, 21(7),* 971-988.

Βάρσου, Ε. (1997). Γνωσιακή συμπεριφορική αντιμετώπιση. Διαταραχές πρόσληψης τροφής. 23ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο. Αθήνα. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.

Bacaltchuk, J.B., Hay, P., & Mari, J.J. (2000). Antidepressants versus placebo for the treatment of bulimia nervosa: a systematic review. Australian and New Zealand *Journal of Psychiatry, 34,* 310-317.

Barlow, J., Blouin, J., & Blouin, A. (1988). Treatment of bulimia with desipramine: a double blind crossover study. *Canadian Journal of Psychiatry, 33,*129-32.

Βάρσου, Ε. (2004). Συμμετοχή βιολογικών παραγόντων στη συμπεριφορά λήψης τροφής και τις διαταραχές της. Στο: (Επιμελητές έκδοσης) Κ. Σολδάτος, Ε. Λύκουρας, και Γ. Παπαδημητρίου. *Βιολογικοί συντελεστές στην αιτιοπαθογένεια των ψυχικών διαταραχών.* σελ. 179-187.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders.* New York: International University Press.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guildford.

Becker, C.B., DeViva, J.C., & Zayfert, C. (2003). Eating disorder symptoms among female anxiety disorder patients in clinical practice: The importance of anxiety comorbidity assessment. *Anxiety Disorders, 464,* 1-20.

Bell, R.M. (1985). *Holy anorexia.* Chicago: University of Chicago Press.

Bell, L. (2001). What predicts failure to engage in or drop out from treatment for bulimia nervosa and what implications does this have for treatment? *Clinical Psychology ad Psychotherapy, 8(6),* 424-435.

Beumont P.J.V. (2002). Clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Fairburn C.G., Brownell KD, eds. *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive Handbook.* 2nd ed. New York: Guildford Press, 162-170.

Biederman, J., Herzog, D.B., & Rivinus, T.M. (1985). Amitriptyline in the treatment of anorexia nervosa: A double-blind placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 5,* 10-16.

Bilukha, O.O., Utermohlen, V. (2001). Internalization of Western standards of appearance, body dissatisfaction and dieting in urban educated Ukrainian females. European *Eating Disorders Review, 10 (2),* 120-137.

Birch, L.L., & Fisher, J.O. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition, 71 (5),* 1054-1061.

Birksted-Breen, D. (1989). Working with an anorexic patient. *International Journal of Psychoanalysis, 70,* 29-40.

Bleuler, E. (1916/1934). *Textbook of Psychiatry.* (A. Brill, Trans.). New York: McMillan.

Blundell, J.E. (1984a). Serotonin and appetite. *Neuropharmacology, 23,* 1537-1551.

Blundell, J.E. (1984b). Systems and interactions: An approach to the pharmacology of eating and hunger. In Stunkard AJ, Stellar E (Eds.) *Eating and Its Disorders.* Raven Press, New York, 39-65.

Boris, H.N. (1984). The problem of anorexia nervosa. *International Journal of Psychoanalysis,* 65, 315-322.

Boris, H.N. (1984). On the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Psychoanalysis, 65,* 435-442.

Braun, D.L., Synday, S.R., Huang, A., & Halmi, K.A. (1999). More males seek treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 25,* 415-424.

Brownell, O'Neill. (1993).Obesity. In Barlow (Eds). *Clinical handbook of psychological disorders.* pp. 318-361.

Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medecine, 24 (2),* 187.

Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within.* New York: Basic Books.

Bruch, H. (1978). Anorexia nervosa – benign or malign neglect. *Hospital Practice, 13(3).*

Bulik, C.M. (1995). Anxiety disorders and eating disorders: a review of their relationship. *New Zealand Journal of Psychology, 24,* 51-62.

Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F.A., & Joyce, P.R. (1997). Lifetime comorbidity of alcohol dependence in women with bulimia nervosa. *Addictive Behaviors, 22,* 437- 446.

Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F.A., & Joyce, P.R. (1996). Lifetime anxiety disorders in women with bulimia nervosa. *Comparative Psychiatry, 22,* 368-374.

Bulik, C., Sullivan, P.F., Fear, J.L., & Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders, 28(2),* 139-147.

Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Wade, T.D., & Kendler, K.S. (2000). Twin studies of eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders, 27,* 1-20.

Bulik, C.M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S.E., Aggen, S., Sullivan, P.F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *American Journal of Psychiatry, 160,* 366-368.

Γεωργαντά, Ε. (2003). *Τι είναι Ψυχοθεραπεία.* Εκδόσεις Π. Ασημάκης.

Castonguay, L.G., Pincus, A.L., Agras, W., Hines, C. (1998). The role of emotion in group cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder: when things have to feel worse before they get better. *Psychotherapy Research, 8(2),* 225-238.

Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen. H. (2002). Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. *Personality and individual differences, 32, 707-714.*

Claes, L., Vertommen, W., & Vwertommen, H. (2001). Self-injurious behaviours in eatingdisordered patients. *Eating Behaviours, 2(3),* 263-272.

Cooper, J.C., & Steere, J. (1995). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa: implications for models of maintenance. *Behaviour Research and Therapy, 33(8),* 875-885.

Cooper, M., Cohen-Tovee, E., Todd, G., Wells, A., & Tovee, M. (1997). The Eating disorder belief questionnaire: preliminary development. *Behaviour Research and Therapy, 35(4),* 381-388.

Cooper, M., & Hunt, J. (1998). Core beliefs and underlying assumptions in bulimia nervosa and depression. *Behaviour Research and Therapy, 36,* 895-898.

Cooper, M., Todd, G., Wells, A. (2000). Bulimia nervosa: a cognitive therapy programme for clients. Jessica Kingsley publishers: London and Philadelphia.

Cooper, M., & Turner, H. (2000). Underlying assumptions and core beliefs in anorexia nervosa and dieting. *British Journal of Clinical Psychology, 39(2),* 215-218.

Cooper, M.J., Wells, A. & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology, 43,* 1-16.

Cooper, P.J. (1995). Bulimia nervosa and binge-eating. A self-help guide using cognitivebehavioral techniques. Robinson: London.

Cooper, Z., Cooper, P.J., & Fairburn, C.G. (1989). The validity of the Eating Disorder Examination and its subscales. *British Journal of Psychiatry, 154,* 807-812.

Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy, 39,* 499-511.

Corcos, M., & Jeammet, P. (2001). Eating disorders: psychodynamic approach and practice. Commentary. *Biomedical Pharmacotherapy, 55,* 479-488.

Crisp, A.H. (1967). Clinical aspects of anorexia nerosa. *Proceedings of the Nutrition Society, 26 (2),* R32.

Crisp, A.H., Lacey, J.H., Crutchfield, M. (1987). Clomipramine and drive in people with anorexia nervosa-an inpatient study. *British Journal of Psychiatry, 150,* 355-358.

Crisp, A.H. (1980). *Anorexia nervosa: Let Me Be.* New York: Gruen and Stratton.

Crisp, A.H., Callender, J.S., Halek, C., & Hsu, L.K. (1992). Long-term mortality in anorexia nervosa. A 20-year follow-up of the St. George's and Aberdeen cohorts. *British Journal of Psychiatry, 161,* 104-107.

Dally, P.J., & Sargent, W. (1960). A new treatment of anorexia nervosa. *British Medical Journal, 1,* 1770-3.

Dare, C., Le Grange, D., Eisler, I., & Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: the pre-treatment family process in 26 eating disorder families. *International Journal of Eating Disorders, 16,* 211-226.

Dare, C., Eisler, I., Russel, G., Treasure, J., Dodge, L. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 178,* 216-221.

Davis, R., Olmsted, M., Rockert, W., Marques, T., & Dolhanty, J. (1997). Group psychoeducation for bulimia nervosa with and without additional psychotherapy process sessions. *International Journal of Eating Disorders, 22,* 25-34.

Davison, G.S., & Neale, J.N. (1997). *Abnormal Psychology.* John Wiley.

DeSilva, P. (1995). Clinical Handbook of Psychological Disorders, 2nd Edition, Barlow, D.H. *Behaviour Research and Therapy, 33(1),* 121.

De Silva, P., Menzies, R.G., & Shafran, R. (2003). Spontaneous decay of compulsive urges: the case of covert compulsions. *Behaviour Research and Therapy, 41,* 129-137.

Devlin, B., Bacanu, S. A., & Klump, K. L. (2002). Linkage analysis of anorexia nervosa incorporating behavioural covariates. *Human Molecular Genetics, 11,* 689 -696.

Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV, 1994; American Psychiatric Association). *Eating Disorders,* 539-550.

Dobson, K.S. (1988). *Handbook of cognitive-behavioral therapies.* New York: Guilford Press.

Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., Le Grange, D (2001). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *British Journal of Psychiatry, 178,* 216-221.

Evans, D.L., Foa, E.B., Gur, R.E., Hendin, H., O'Brien, C.P., Seligman, M.E.P., Walsh, B.T. (2006). *Treating and Preventing adolescent mental health disorders.* Oxford University Press.

Fairburn, C.G. (1985). Cognitive behavioral treatment for bulimia. In D.M. Garner and P.E. Garfinkel (Eds). *Handbook of Psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia.* Guildford Press: New York.

Fairburn, C.G. (1997). Eating disorders. In: D.M. Clark, & C.G. Fairburn (Eds.). *The Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 209-242). Oxford: Oxford University Press.

Fairburn, C.G. (1999). *Overcoming binge eating disorder.* Translated in Greek: Βουλιμία, ξανακερδίστε τον έλεγχο. Εκδόσεις Πατάκης.

Fairburn, C.G., Agras, W.S., & Wilson, G.T. (1992). The research on the treatment of bulimia nervosa: practical and theoretical implications. In Anderson, G.H., & Kennedy, S.H. (Eds), *The Biology of Feast and Famine: Relevance to Eating Disorders.* New York: Academic Press.

Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 147,* 401-408.

Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1994). The assessment of eating disorders: Interview or selfreport questionnaire? *International Journal of Eating Disorders, 16,* 363-370.

Fairburn, C.G., Beglin, S.J & Davies, B. (1993). Eating habits and disorders among young women: An interview-based survey. In C.G. Fairburn, & G.T. Wilson (Eds), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (p. 134). New York: The Guildford Press.

Fairburn, C.G., Brownell, K.D. eds. (2002). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook,* 2nd ed. New York: Guildford Press.

Fairburn, C.G., Cooper, P. (1999). Eating disorders. In Hawton & Salkovskis (eds).

Cognitive-behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide. pp. 277-314.

Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Cooper, P.J. (1986). The clinical features and maintenance of bulimia nervosa. In Brownell, K.D., & Foreyt, J.P. (Eds): *Handbook of eating disorders: physiology psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia*. pp: 389-404.

Fairburn, C.G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th Edition). In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), Binge *Eating: Nature, Assessment and Treatment,* 317-360, New York: Guildford Press.

Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry, 56,* 468-476.

Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41,* 509-528.

Fairburn, C.G., Cowen, P.J., Harrison, P.J. (1999). Twin studies and the etiology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 26,* 349-358.

Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S., Hay, P.J., Davies, B.A., & O'Connor, M.E. (1998). Risk factors for binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry, 55,* 425-432.

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. Seminar. *The Lancet, Vol. 361,* 407-416.

Fairburn, C.G., & Hay, P.J. (1992). The treatment of bulimia nervosa. *Annals of Medicine, 24(4),* 297-302.

Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Carr, S.J., Solomon, R.A., O'Connor, M.E., Burton, J., Hope, R.A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 48,* 463-469.

Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C. Hope, R.A., O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa. Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry, 50,* 419-428.

Fairburn, C.G., Kirk, J., O' Connor, M., Anastasiades, P., & Cooper, P.J. (1987). Prognostic factors in bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology, 26,* 223-224.

Fairburn, G.C., Marcus D.M., & Wilson T.G.(1993). Cognitive-Behavioural Therapy for binge eating and Bulimia Nervosa: A comprehensive treatment manual. In C. G.

Fairburn & Wilson (Eds.). *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. pp. 361-401. New York: Guildford Press.

Fairburn, C.G, Peveler, R.C., Jones, R., Hope, R.A., & Doll, H.A. (1993). Predictors of 12- month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61(4),* 696-698.

Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Dol, H.A., Peveler, R.C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry, 52,* 304-312.

Fairburn, C.G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 37,* 1-13.

Fairburn, C.G., Stice, E., Cooper, Z., Doll, H.A., Norman, P.A., O' Connor, M.E. (2003). Understanding persistence in bulimia nervosa: A 5-year naturalistic study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71 (1),* 103-109.

Fairburn, C.G., Wilson, G. T. (1993). *Binge eating: nature, assessment and treatment.* The Guildford Press: New York, London.

Falloon, I.R.H. (2003). Family intervention for mental disorders: efficacy and effectiveness.*World Psychiatry, 2(1),* 20-28.

Farrell, C., Shafran, R., & Lee, M. (2006). Empirically evaluated treatments for body image disturbance: a review. *European Eating Disorders Review, 14,* 289-300.

Fassino, S., Amianto, F., Daga, G.A., Leombruni, P., Garzaro, L., Levi, M., & Rovera, G.G. (2003). Bulimic family dynamics: role of parents' personality - a controlled study with the temperament and character inventory. *Comprehensive Psychiatry, 44 (1),* 70-77.

Fassino, S., Svakic, D., Abbate-Daga, G., Leombrubi, P., Amianto., Stanic, A., Rovera, G.G. (2002). Anorectic family dynamics: temperament and character data. *Comprehensive Psychiatry, 43(2),* 114-120.

Festinger, L. (1954). An experimental investigation of the effect of unstable interpersonal relations in a group. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 49 (4),* 513-522.

Field, A.E., Austin, S.B., Taylor, C.B., Malspeis, S., Rosner, B., Rockett, H.R., Gillman,W.,Colditz, G,A. (2003). Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics, 112 (4),* 900-906.

Fisher, J.O., & Birch. L.L. (1999). Restricting access to foods and children's eating. *Appetite, 32 (3),* 405-419.

Freud, S. (1905). *Three Essays on the Theory of Sexuality*, London, 1962; Standard Ed., 7, Penguin Freud Library.

Ganley, R.M. (1989). Emotion and eating in obesity: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 8 (3),* 343-361.

Garfinkel, P.E., Moldofsky, H., Garner, D.M. (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa - bulimia as a distinct subgroup. *Archives of General Psychiatry, 37 (9),* 1036-1040.

Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering P., Spegg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., Kaplan, A.S. & Wodside, B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry, 152,* 1052-1058.

Garner, D.M., & Bemis, K.M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research, 6,* 123-150.

Garner, D.M. (1993). Binge eating in anorexia nervosa. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.). *Binge eating: Nature, Assessment and Treatment.* pp. 50-76. New York: Guildford Press.

Garner, D.M, Rockert, W., Davis, R., Garner, M.V., Olmsted, M., & Eagle, M. (1993). Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 150(1),* 37-46.

Gelder, M., Mayou, R. & Cowen, P. (2001). *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry.* Oxford: Oxford University Press.

Geist, R., Heinmaa, M., Stephens, D., Davis, R., & Katzman, D.K. (2000). Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry, 45 (2),* 173-178.

Girard, C., (1978). Hospitalisation et psychotherapie de l' anorexie mentale. *Psychiatrie de l' Enfant, 21,* 449-560.

Goldbloom, D., S., Olmsted, M., Davis, R, Clewes, J., Heinmaa, M., Rockert, W., & Shaw, B. (1997). A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioural therapy for bulimia nervosa: short-term outcome. *Behaviour Research and Therapy, 35(9),* 803-811.

Gowers, S.G., Weetman, J., Shore, A., Hossain, F., & Elvins, R. (2000). Impact of hospitalization on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 176 (2),* 138.

Le Grange, D., Eisler, I., Dare, C., & Russell, G.F.M. (1992). Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa – a pilot study. *International Journal of Eating Disorders, 12(4),* 347-357.

Le Grange, D., Lock, J.(2005). The dearth of psychological treatment studies for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 37(2),* 79-91.
Le Grange, D. (1999). Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. *International Journal of Clinical Psychology, 55,* 727-739.

Le Grange, D., Telch., C.F., & Tibbs, J. (1998). Eating attitudes and behaviors in 1,435 South-African Caucasian and non-Caucasian college students. *American Journal of Psychiatry, 155,* 250-254.

Grilo, C.M., Pogue-Geile, M.F. (1991). The nature of environmental influences on weight and obesity: A behavior genetic analysis. *Psychological Bulletin, 110(3),* 520-537.

Grilo, C.M., Maheb, R. M., Wilson, G.T. (2001). A comparison of different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69 (2),* 317-322.

Grilo, C.M., Masheb, R.M., and Wilson, G.T. (2001). Different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder: a replication. *Obesity Research, 9(7),* 418-422.

Gross, H.A., Ebert, M.H., Faden, V.B., Goldberg, Nee & Kaye (1981). A double-blind controlled trial of lithium carbonate in primary anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 1,* 376-381.

Gull, W.W. (1874). Anorexia Nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysteria). *Transactions of the Clinical Society of London, 7,* 22-8.

Halmi, K.A., Eckert, E., Falk, JR. (1982). Cyproheptadine for anorexia nervosa. *Lancet 1,* 1357-1358.

Halmi, K.A. (1995). Changing rates of eating disorders-what does it mean. *American Journal of Psychiatry, 152(9),* 1256-1257.

Halmi, K.A., Sunday, S.R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D.B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W.H., and Kaye, W.H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality and pathological eating behaviour. *American Journal of Psychiatry, 157,* 1799-1805.

Hamachek, D.E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: a Journal of Human Behavior, 15,* 27-33.

Hardy, B.W., & Waller, D.A. (1988). *Bulimia as a substance abuse.* In W.G. Johnson (Ed.). Advances in Eating Disorders, New York.

Hay, P. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviors: An Australian communitybased survey. *International Journal of Eating Disorders, 23,* 371-382.

Hay, P. (2003). Quality of Life and bulimic eating disorder behaviours: findings from a community-based sample. International *Journal of Eating Disorders, 33,* 434-442.

Hayaki, J., Friedman, M.A., & Brownell, K.D. (2002). Shame and severity of bulimic symptoms. *Eating Behaviors, 3(1),* 73-83

Heatherton, T.F., & Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin, 110 (1),* 86-108.

Heinberg, L.J., & Thomson, J.K. (1995). Body image and televised images of thinness andattractiveness: A controlled laboratory investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology, 14 (4),* 325-338.

Herman, C. P., & Polivy, J. (1980). *Restrained eating.* In A. Stunkard (Ed), Obesity, Philadelphia, PA: Saunders.

Hewitt, P.L., Flett, G.L., Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic selfpresentation in eating disorder attitudes, characteristics and symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 18 (4),* 317-326. 1995

Hill, A.J., & Franklin, J.A. (1998). Mothers, daughters and dieting: Investigating the transmission of weight control. *British Journal of Clinical Psychology, 37(1),* 3-13.

Hinz, L.D., & Williamson, D.A. (1987). Bulimia and depression: a review of the affective variant hypothesis. *Psychological Bulletin, 102 (1),* 150-158.

Hobes, M., Timini, S., & Robinson, P. (1997). Children of mothers with eating disorders: a preliminary study. *A Journal Article of Eating Disorders, 5 (1),* 11-24.

Hoebel, B.G., & Teitelbaum, P. (1966). Weight regulation in normal and hypothalamic and hyperphagic rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology, 61,*189-193.

Hoek, H.W., Bartelds, A., Bosveld, J., Vandergraaf, Y., Limpens, V., Maiwald, M. & Spaaij, C. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry, 152(9),* 1272-1278.

Hoek, H.W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 34,* 383-396.

Holderness, CC., Brooks-Gunn, J., & Warren MP. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse: Review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 16,* 1-34.

Hollender, M.H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry, 6,* 94-103.

Horne, R.L., Ferguson, J.M., & Pope, H.G. (1988). Treatment of bulimia with bupropion: multicenter controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry, 49,* 262-6.

Hsu, L.K.G., Chesler, B.E., & Santhouse, R. (1990). Bulimia nervosa in 11 sets of twins – a clinical report. *International Journal of Eating Disorders, 9(3),* 275-282.

Hughes, P.L., Wells, L.A., & Cunningham, C.J. (1986). Treating bulimia with desipramine. *Archives of General Psychiatry, 42,* 182-6.

Huon, G.F., Migyi, Q., and Xiao, G. (2002). A large-scale survey of eating disorder symptomatology among female adolescents in the People's Republic of China. *International Journal of Eating Disorders, 32,* 192-205.

Jambekar. S.A., Masheb, R.M., and Grilo, C.M. (2003). Gender differences in shame in patients with binge eating disorder. *Obesity Research, 11(4),* 571-577.

Jimerson, D.C., Wolfe, B.E., Metzger, E.D., Finkelstein, D.M., Cooper, T.B., Levine, J.M. (1997). Decreased serotonin function in bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 54 (6).*

Joiner, T.E. Jr., Heatherton, T.F., Rudd, M.D., Schmidt, N.B. (1997). Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: two studies testing a diathesis-stress model. *Journal of Abnormal Psychology, 106,* 145-153.

Jonas, J.M., & Gold, M.S. (1987). Treatment of bulimia with the opiate antagonist naltrexone: Preliminary data and theoretical implications. In: Hudson Jl, Pope HG, (Eds.), *Psychobiology of Bulimia,* APA Press.

Joshi, R., & Herman, C.P. (2004).Self enancing efects of exposure to thin body images. *International Journal of Eating Disorders,* 35 (3).

Καλπάκογλου, Θ. (2001). *Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία. Σύγχρονες ψυχοθεραπείες από την θεωρία στην εφαρμογή.* Εκδόσεις Π. Ασημάκης.

Kaplan, H.I., Sadock, B. J., & Grebb, J.A. (2000). *Ψυχιατρική,* τομ. Β'. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Kaye, W.H., Greeno, C.G., Moss, H., Fernstrom, J., Fernstrom, M., Lilenfeld, L.R., Weltzin, T.E., Mann, J.J. (1998). Alterations in serotonin activity and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 55,* 927-935.

Kaye, W., Strober, M., & Rhodes, M. (2002). Body image disturbance and other core symptoms in anorexia and bulimia nervosa. In K.A. Phillips, & D.J. Castle (Eds.), *Disorders of body image,* pp. 67-82. Philadelphia, PA: Wrightson Biomedical Publishers.

Keel, P. K., & Klump, K.L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin, 129(5),* 747- 769.

Kendler, K.S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A. Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 148,* 1627-1637.

Kennedy, S.H., Katz, R., Neitzert, C.S. Ralevski, E., & Mendlowitz, S. (1995). Exposure with response prevention treatment of anorexia nervosa-bulimic subtype and bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 33(6),* 685-689.

Killen, J.D., Taylor, .C.B., Hayward, C. Haydel, K.F., Wilson, D.M., Hammer, L., Kraemer, H, BlairGreiner, A., & Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and clinical Psychology, 64 (5),* 936-940.

Klingenspor, B. (1994). Gender identity and bulimic eating behavior. *Sex Roles, 31 (7-8),* 407-431.

Kreipe, R.E., & Birndorf, S.A. (2000). Eating disorders in adolescents and young adults. *Medical Clinics of North America, 84 (4),* 1027.

Lacey, J.H. (1982). Anorexia nervosa and a bearded female saint. *British Medical Journal, 285,* 1816-1817.

Lasègue C. (1873) De l'anorexie hystérique. *Archives Générales de Médecine, 1,* 384-403.

Leassle, R.G., Schweiger, U., & Pike, K.M. (1988). Depression as a correlate of starvation in patients with eating disorders. *A Journal Article of Eating Disorders, 23(7),* 719-725.

Levine, M.P. (1987). Eating disorders: useful facts for physicians. *Postgraduate Medecine,82(7),* 102.

Lewin, B D. (1933). The Body as Phallus. *Psychoanalytic Quarterly, 2,* 24-47.

Lewinsohn, P.M., Striegel-Moore, R.H., Seeley, J.R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39 (10),* 1284- 1292.

Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Moerk, K.C., & Striegel-Moore, R.H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders, 32,* 426-440.

Liddell, H.G., & Scott, R. (1972). *Greek and English Lexicon.* Oxford: Clarendon Press.

Lock, J., Le Grange, D. (2005). Family-based treatment of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders, 37,* S64-S67.

Lucas, A.R., Crowson, C.S., O'Fallon, W.M., and Melton, L.J. (1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 26,*397-405.

Μαδιανός, Μ. (1997). Επιδημιολογία των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, στο Χριστοδούλου Γ., *Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.* Αθήνα, ΙΕΑ.

Μαδιανός, Μ. (2004). *Κλινική Ψυχιατρική.* Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα.

Μαρκίδης, Μ. (1997). Προτάσεις για μια ψυχοδυναμική αντιμετώπιση. Διαταραχές πρόσληψης τροφής. 23ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο. Αθήνα. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.

Makino, M., Tsubol, K., Dennerstein, L. (2004). Prevalence of eating disorders: a comparison of western and non-western countries. *Medscape General Medicine, 6(3).*

Marrazzi, M.A., Luby, E.D. (1986). An auto-addiction model of chronic anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 5,*191-208.

Masserman, J. H. (1941). Psychodynamics in Anorexia Nervosa and Neurotic Vomiting. *Psychoanalytic Quarterly, 10,* 211-242.
McKinley, N.M. (1998).Gender differences in body esteem: the mediating effect of objectified body consciousness and weight discrepancy, *Sex roles, 39.*

McKinley, N.M. (1999).Women and objectified body consciousness: mothers and daughter's body experience in cultural developmental and familial context. *Developmental Psychology 35,* 760-769.

McKisack, C., & Waller, G. (1997). Factors influencing the outcome of group psychotherapy for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 22,* 1-13.

Mills, J.S., Polivy, J., Herman, C.P., & Tiggemann, M. (2002). Effects of exposure to thin media images: Evidence of self-enhancement among restrained eaters. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28 (12),* 1687-1699.

Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B., Liebmen, R., Milmsn, L., Todd, T. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children: family organization and family therapy, *Archives of General Psychiatry, 32,* 1031-1038.

Mitchell, J.E. (1992). Subtyping of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 11,* 327-332.

Mitchell, J.E., Christenson, G., & Jennings, J. (1989a). A placebo-controlled double blind crossover study of naltrexone hydrochloride in outpatients with normal weight bulimia. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 9,*94-7.

Mitchell, J. E., & Groat, R. (1984). A placebo-controlled, double-blind trial of amitriptyline in bulimia. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 4,* 186-193.

Mitchell, J.E., & de Zwaan, M. (1993). Pharmacological treatments for binge eating, In Fairburn, C.G, & Wilson, G.T.(Eds). *Binge eating: Nature, assessment and treatment*, pp. 250-269. New York: Guildford Press.

Mitchell, J.E., Pyle, R.L. Eckert, E.D., Hatsukami, D., Pomeroy, C., & Zimmerman, K. (1990). A comparison of antidepressants and structured group therapy in te treatment of bulimia nervosa, *Archives of General Psychiatry, 47,* 149-157.

Mitchell, J.E., Hoberman, H.N., Peterson, C.B., Mussell, M., & Pyle, R.L. (1996). Research on the psychotherapy of bulimia nervosa: half empty or half full. *International Journal of Eating Disorders, 20(3),* 219-229.

Mitchell, J.E., & Raymond, N.C. (1992). Cognitive-behavioural therapy in treatment of bulimia nervosa. In K.A. Halmi (Ed.), *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*, pp. 307-327. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Mizes, J.S. (1992). Validity of the Mizes Anorectic Cognitions Scale: A comparison between anorectics, bulimics and psychiatric controls, *Addictive Behaviours, 17,* 283-289.

Mizes J.S. (1995). Eating disorders: the facts, *Contemporary Psychology*, *40(2)*, 138-139.

Mizes, J.S., & Christiano, B.A. (1995). Assessment of cognitive variables relevant to cognitive behavioral perspectives in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, *33(1)*, 95-105.

Nakamura, K., Yamamoto, M., Yamazaki, O., Kawashima, Y., Muto, K., Someya, T., Sakurai, K., and Nozoe, S. (2000). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. *International Journal of Eating Disorders, 28*, 173-180.

Nasser, M.(1999). The social construction of anorexia nervosa, *European Eating Disorders Review, 7(5),* 392-392.

Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P.J., & Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors, *International Journal of Obesity, 26 (1),* 123-131.

Niedenthal, P.M., Tangey, J.P., & Gavanski, I. (1994). If only I weren't versus if only I hadn't: distinguishing shame and guilt in counterfactual thinking. *Journal of Personality and Social Psychology, 67 (4),* 585-595.

Nobakht, M., & Dezhkam, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders, 28,* 265-271.

O'Connor, M., Simmons, T., & Cooper, M. (2003). Assumptions and beliefs, dieting and predictors of eating disorder-related symptoms in young women and young men.

Eating Behaviours, 4, 1-6.

O' Leary, K.D., & Wilson, G.T. (1987). *Behavior Therapy: Application and Outcome.* (2nd Ed.). Englewood Cliffs, NJ: PrenticeHall.

Παπακώστας, Γ. (1993). ***Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία: Θεωρία και Πράξη*****. Κεφάλαιο 12: Διαταραχές Σίτισης. Ψυχογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία. Σελ: 379-399.**

Patton, G.C., Carlin, J.B., Shao, Q., Hibbert, M.E., Rosier, M., Selzer, R., & Bowes, G. (1997). Adolescent dieting: Healthy weight control or borderline eating disorder? Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 38 (3), 299-306.

Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. ***Behaviour Research and Therapy, 35(9),*** **793-802.**

Ratan, D., Gandhi, D., & Palmer, R. (1998). Eating disorders in British Asians. *International Journal of Eating Disorders, 24,* 101-105.

Reynolds, W.M. (1982). Development of reliable and valid short forms of the Marlow- Crowne Social Desirability Scale of Social Desirability. *Journal of Clinical Psychology, 38(1),* 119-125.

Ricca, V., Mannucci, E., Mazzani, B., Di Bernardo, M., Barciulli, E., Moretti, S., Cabras, P.L., Rotella, C.M. (1997). Cognitive-behavioral therapy versus combined treatment with group psychoeducation and fluoxetine in bulimic outpatients. *Eating and Weight Disorders, 2,* 94-99.

Ricca, V., Mannucci, E., Zucchi, T, Rotella, C.M., Faravelli, C. (2000). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics, 69,* 287-295.

Rizzuto, A.M. (1988). Transference, language and affect in the treatment of bulimarexia. *International Journal of Psychoanalysis, 34,* 439 – 467.

Russell, G.F.M. (1970). Anorexia nervosa: Its identity as an illness and its treatment. In J.H. Price (Ed.), ***Modern trends in psychological medicine.*** **London: Butterworths.**

Russell, G.F.M. (1983). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. In G.F.M. Russell, & L.Hersov (Eds.), *The neuroses and personality disorders.* Cambridge: Cambridge University Press.

Σίμος, Γ. (1996). Διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόσληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόληψης. Διδακτορική διατριβή, Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Salkovskis, P.N., Wroe, A.L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessivee compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy,*

38, 347-372.

Schwartz, H. (1988). *Bulimia: psychoanalytic treatment and theory.* Connecticut: International University Press.

Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2002). Clinical perfectionism: a cognitivebehavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy, 40,* 773-731.

Shafran, R., Lee, M., Payne, E., & Fairburn, C. (2006). The impact of manipulating personal standards on eating attitudes and behaviour. *Behaviour Research and Therapy, 44(6),* 897-906.

Shafran, R., Teachman, B.A., Kerry, S., & Rachman, S. (1999). A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion. *British Journal of Clinical Psychology, 38,* 167-179.

Shafran, R., Lee, M., Payne, E., & Fairburn, C. (2007). An experimental analysis of body checking. *Behaviour Research and Therapy, 45,* 113-121.

Shafran, R., Teachman, B.A., Kerry, S., & Rachman, S. (1999). A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion. *British Journal of Clinical Psychology, 38,* 167-179.

Sharp, C., Clark, S., Dunan, J., Blackwood, D., & Shapiro, C. (1994). Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. *International Journal of Eating Disorders, 15,* 125-134.

Soundy, T.J., Lucas, A.R., Suman, V.J., & Melton L.J., 3rd (1995).Bulimia Nervosa in
Rochester, Minnesota from 1980 to 1990. *Psychological Medecine, 25,* 1065-1071

Smolak, L., Levine, M.P., Schermer, F. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Dsorders, 25 (3),* 263- 271.

Squire-Dehouck, B. (1993). *Evaluation of conjoint family therapy versus family counselling in adolescent anorexia nervosa patients: A 2-year follow-up study.* Unpublished MSc. thesis, University of London, London.

Stice, E., Schupak-Neuberg, E, Shaw, H.E., & Stein, R.I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology, 103(4),* 836-840.

Stice, E. (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 36,* 931-944.

Stice, E., & Agras, W.S. (1998). Predicting onset and cessation bulimic behaviors during adolescence: a longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy, 29,* 257-276.

Stice, E., Agras, W.S., Hammer, L.D. (1999). Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study. *International Journal of Eating Disorders, 25(4),* 375-387

Stice, E., Hayward, C., Cameron, R.P., Killen, J.D., & Taylor, C.B. (2000). Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 109,* 438-444.

Stice, E., Spangler, D., & Agras, W.S. (2001). Exposure to media-portrayed thin-ideal images adversely affects vulnerable girls: A longitudinal experiment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20 (3),* 270-288.

Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology. A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research, 53,* 985-993.

Striegel-Moore, P.H., McAvay, G., Rodin, J. (1986). Psychological and behavioral correlates of feeling fat in women. *International Journal of Eating Disorders 5(5),* 935-947.

Striegel-Moore, R.H., Dohm, F.A., Pike, K.M., Wilfley, D.E., Fairburn, C.G. (2002). Abuse, bullying and discrimination as risk factors for binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry, 159,* 1902-1907.

Striegel-Moore, R.H., Dohm, F.A., Kraemer, H.C., Taylor, C,B., Daniels, S., Crawford, P.B., Schreiber, G.B. (2003). Eating disorders in white and black women. *American Journal of Psychiatry, 160,* 1326-1331.
Striegel-Moore, R.H., & Franko, D. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 34,* S19-S29.

Striegel-Moore, R.H., Wilfley, D.E., Pike, K.M., Dohm, F.A., & Fairburn, C.G. (2000). Recurrent binge eating in black American women. *Archives of Family Medecine, 9,* 83-87.

Sullivan, P.F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 152,* 1073-1074.

Szumska, I., Tury, F., Csoboth, C.T., Rethelyi, J., Purebl, G., Hajnal, A. (2005). The prevalence of eating disorders of eating disorders and weight-control methods among young women: a Hungarian representative study. *European Eating Disorders Review, 13 (4),* 278-284.

Taylor, S. (1995). Assessment of obsessions and compulsions: reliability, validity and sensitivity to treatment effects. *Clinical Psychology Review, 15,* 261-296.]

Taylor, S. (1998). Assessment of obsessive compulsive disorder. In R. Swinson, M.Antony, J. Richter, & S. Rachman (Eds.). *Obsessive-compulsive disorder: theory, research and treatment.* pp.229-257. New York: Guildford Press.

Tobin, D.L. (1993). Psychodynamic Psychotherapy and Binge Eating. In Fairburn, C.G. & Wilson, G.T. (Eds): *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment.* London: Guildford Press

Treasure, J., Schmidt, U., & VanFurth, E. (2003) *The handbook of eating disorders.* (2nd Ed.),West Sussex: Wiley Publishing.

Treasure, J., Schmidt, U., Troop, N., Tiller, J., Todd, G., Turnbull, S. A randomized controlled trial of sequential treatment for bulimia nervosa incorporating a self-care manual (1996). *British Journal of Psychiatry, 168,* 94-98.

Truax, C.B., & Mitcell, K.M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A.E. Bergin and S.L. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.* New York: John Wiley, pp: 299-344.

Turnbull, S., Ward, A., Treasure, J., Jick, H., & Derby, L. (1996). The demand for eatingdisorder care. An epidemiological study using the General Practice Research Database. *British Journal of Psychiatry, 169,* 705-712.

Vandereycken, W., & Pierloot, R. (1982). Pimozide combined with behavioral therapy in the short-term treatment of anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 66,* 445- 450.

Van Hoeken, D., Lucas, A.R., & Hoek, H.W. (1998). Epidemiology. In H.W. Hoek, J.L. Treasure, & M.A. Katzman (Eds.), *Neurobiology in the treatment of eating disorders* (pp. 97-126). Chichester: Wiley.

Venisse, J.L. (1987). *Η ψυχογενής ανορεξία.* Αθήνα: Χατζηνικόλη

Vitousek, K.B. & Hollon S.D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research, 14(2),* 191-214.

Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G.T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review, 18(4),* 391-420.

Vitousek, K.B., & Ewald, L.S. (1993). Self-representation in eating disorders: A cognitive perspective. In Z.V. Segal & S.J. Blatt (Eds.), *The Self in Emotional Distress: Cognitive and Psychodynamic Perspectives,* pp. 221-266. New York: Guildford.

Vitousek. K. & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology, 103(1),* 137-147.

Wadden, T.A.& Phelan, S. (2002). Assessment of quality of life in obese individuals. *Obesity Research, 10(1),* 50-57.

Wakeling, A.(1996).Epidemiology of anorexia nervosa. *Psychiatry Research, 62,* 3-9.

Wardle, J., & Watters, R. (2004). Sociocultural influences on attitudes to weight and eating: Results of a natural experiment. *International Journal of Eating Disorders, 35 (4),* 589-596.

Walsh, B.T., Hadigan, C.M., Devlin, M.J., Gladis, M., & Roose, S.P. (1991). Long-term outcome of antidepressant treatment for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 148,* 1206–1212.

Walsh, J., & Burns, F. (2000). Sexual maturation and control issues among sexually abused and non-abused anorexia patients. *British Journal of Clinical Psychology, 39 (3),* 307- 310.

Wilfley, D.E., Schwartz, M.B., Spurell, E.B., & Fairburn, C.G. (2000). Using the Eating Disorder Examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 27,* 259-269.

Williams, R.J., Taylor, J., & Ricciardelli, L.A. (2000). Sex-role traits and self-monitoring as dimensions of control: women with bulimia nervosa vs. controls. *British Journal of Clinical Psychology, 39 (3),* 317-320.

Williamson, D.A., Goreczny, A.J., Davis, C.J., Ruggiero, L., & McKenzie, S.J. (1988). Psychophysiological analysis of the anxiety model of bulimia nervosa. *Behavior Therapy, 19(1),* 1-9.

Williamson, D.A., Barker, S.E., Bertman, L.J., & Gleaves, D.H. (1995). Body image, body dysphoria, and dietary restraint: factor structure in non-clinical subjects. *Behaviour Research and Therapy, 33(1),* 85-93.

Wilson, C.P., Hogan, C.C., & Mintz, I.L. (1992). *Psychodynamic techniques in the treatment of eating disorders.* New York: Jason Aronson.

Wilson G.T., & Agras, W.S. (1992). The future of behavior therapy. *Psychotherapy, 29(1),* 39-43.

Wilson, G. T. (1999). Cognitive behavior therapy for eating disorders: progress and problems. *Behaviour Research and Therapy, 37,* S79-S95.

Wilson, G.T., & Fairburn, C.G. (1998). Treatment of eating disorders. In P.E. Nathan, & J.M. Gorman, *Treatments that work* (pp. 501-530). New York: Oxford University Press.

Wilson, G.T. & Fairburn, C.G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 61(2),*261-269.

Wilson, T., & Pike, K. (1993). Eating Disorders. In Barlow (Eds). Clinical Handbook of psychological disorders. pp. 278-317.

Wolff, G.E, & Clark, M.M (2001). Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive- behavioural group therapy for binge eating disorder. *Eating Behaviors, 2(2),* 97-104.

Wolff, G., & Serpell, L. (1998). A cognitive model and tratment strategies for anorexia nervosa. In H.W. Hoek, M. Katzman, & J. Treasure (Eds.). *Neurobioloy in the treatment of eating disrders.* pp: 407-430. Chichester: Wiley.

Woodside, D.B., Bulik, C.M., Halmi, K.A., Fichter, M.M., Kaplan, A., Berrettini, W.H.,Strober, M., Treasure, J., Lilenfeld, L., Klump, K., & Kaye, W.H. (2002). Personality,perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eatingdisorders. *International Journal of Eating Disorders, 31 (3),* 290-299.

Χριστοδουλου, Γ. Ν. (2000). *Ψυχιατρική Α' & Β' τόμος.* Εκδόσεις Βήτα, Medical Arts.

Young, E., McFatter, R., Clopton, J.R. (2001). Family functioning, peer influence and media influence as predictors of bulimic behaviour. *Eating Behaviours, 2(4),* 323-337.

Zaider, T.I., Johnson, J.G., Cockell, S.J. (2000). Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *International Journal of Eating Disorders, 28,* 58-67.

Zucker, B. G., Craske, M. G., Barrios, V. & Holguin, M. (2002). Thought action fusion: can it be corrected? *Behaviour Research and Therapy, 40,* 653-664.