

**1ο ΕΠΑΛ ΛΕΡΟΥ**  
**ΣΧΟΛΙΚΟ ΕΤΟΣ 2008-2009**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΜΕ ΤΙΤΛΟ:**



**«Ψυχογενής  
Ανορεξία»**

**Υπεύθυνοι Προγράμματος:**

1. Αλεξιάδης Γεώργιος (ΠΕ19)
2. Παπαφώτη Μαρία (ΠΕ18.11)

**Ομάδα Μαθητών:**

1. Δράκος Νικόλαος (Β΄ Τάξη)
2. Ελένη Γεωργία (Β΄ Τάξη)
3. Ελένης Σάββας (Β΄ Τάξη)
4. Καρπαθάκη Παναγιώτα (Β΄ Τάξη)
5. Κουμπάρου Κυριακή (Β΄ Τάξη)
6. Μαυρουδή Κωνσταντίνα (Β΄ Τάξη)
7. Παπανικολάου Γεώργιος (Β΄ Τάξη)

**Λέρος 2009**

# Πρόλογος

Το αντικείμενο μελέτης του παρόντος προγράμματος είναι η **ψυχογενής ανορεξία**, η οποία αποτελεί μία σημαντική μορφή διαταραχής στην πρόσληψη τροφής. Οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής έχουν συγκεντρώσει μεγάλο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Με τον όρο **διαταραχή πρόσληψης τροφής** εννοούμε μία επίμονη διαταραχή της διατροφής ή της σχετιζόμενης με τη διατροφή συμπεριφοράς, η οποία έχει σε σημαντικό βαθμό αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική υγεία ή την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου [1, 2].

Σκοπός του πρόγραμματος είναι η ενημέρωση για τους παράγοντες που ωθούν στην ψυχογενή ανορεξία και τους τρόπους εκδήλωσης του φαινομένου, η αντίληψη των διαστάσεων που έχει λάβει μέχρι σήμερα, η γνώση των μέσων καταπολέμησης του φαινομένου και η κατανόηση της σημασίας της πρόληψης μέσα από τη σωστή διατροφή.

Τα παραπάνω στοιχεία οργανώνονται και περιγράφονται στα ακόλουθα κεφάλαια:

Στο **πρώτο κεφάλαιο** παρουσιάζεται αρχικά η υπό μελέτη διαταραχή και αναλύονται οι παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνισή της, ενώ στη συνέχεια εξετάζονται οι τρόποι με τους οποίους εκδηλώνεται η ψυχογενής ανορεξία.

Το **δεύτερο κεφάλαιο** περιγράφει τις διαστάσεις που έχει λάβει η ψυχογενής ανορεξία μέχρι σήμερα, μέσα από φωτογραφικό υλικό και στατιστικά στοιχεία ερευνών.

Στο **τρίτο κεφάλαιο** αναλύονται οι τρόποι με τους οποίους μπορεί να καταπολεμηθεί η ψυχογενής ανορεξία.

Το **τέταρτο κεφάλαιο** καταδεικνύει τη σημασία της πρόληψης και εστιάζει στο ρόλο της σωστής διατροφής προς αυτή την κατεύθυνση.

Στο **παράρτημα Α** παρουσιάζεται ένας πίνακας με συνιστώμενες ημερήσιες διαιτητικές παροχές για ένα φυσιολογικό άτομο σε διάφορες ηλικίες.

Τέλος, το **παράρτημα Β** περιέχει τις διαφάνειες της παρουσίασης που συνοδεύει την παρούσα εργασία γύρω από την ψυχογενή ανορεξία.

# Περιεχόμενα

<b>1</b>	<b>Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ .....</b>	<b>3</b>
1.1	ΑΙΤΙΕΣ.....	4
1.1.1	Κακοποίηση.....	4
1.1.2	Οικογένεια.....	5
1.1.3	Ψυχολογικοί Παράγοντες.....	6
1.1.4	Το Φύλο και η Ηλικία.....	7
1.1.5	Βιολογία – Γενετική – Εγκέφαλος.....	8
1.1.6	Άτομο.....	9
1.1.7	Κοινωνικοί – πολιτισμικοί παράγοντες – Κουλτούρα.....	10
1.2	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ – ΤΡΟΠΟΙ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ .....	11
<b>2</b>	<b>ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ .....</b>	<b>12</b>
2.1	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	12
2.2	ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΟ ΥΛΙΚΟ .....	14
<b>3</b>	<b>ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ .....</b>	<b>19</b>
3.1	ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ .....	20
3.2	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ .....	20
3.3	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ .....	21
3.4	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	22
3.5	ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	23
3.6	ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ .....	24
<b>4</b>	<b>Η ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΩΣ ΜΕΣΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ....</b>	<b>26</b>
	<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>31</b>
	<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>33</b>
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α .....</b>	<b>34</b>
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....</b>	<b>36</b>

---

# 1 Η ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

---

Το πρώτο βήμα για τη γνωριμία με την ψυχογενή ανορεξία θα πρέπει να είναι η διάκρισή της από άλλες καταστάσεις που βιώνουν οι άνθρωποι. Η ψυχογενής ανορεξία είναι κάτι διαφορετικό από την απώλεια της όρεξης. Απώλεια της όρεξης για φαγητό μπορεί να έχουμε και σε άλλες καταστάσεις χωρίς να έχουμε ψυχογενή ανορεξία (π.χ. σε καταστάσεις κατάθλιψης ή άγχους). Αντίθετα, η ψυχογενής ανορεξία (ή *νευρογενής ανορεξία - anorexia*) είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης αστίας. Άτομα με τη διαταραχή αυτή λένε ότι «νιώθουν παχιά» όταν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ή ακόμα κι όταν έχουν απισχανθεί, κι αυτό γιατί η απώλεια του βάρους δεν καθησυχάζει τον φόβο της παχυσαρκίας. Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη του σώματός τους ολόκληρου και της εξωτερικής τους σωματικής εικόνας - δεν μπορούν να αναγνωρίσουν σωματικές αισθήσεις συμπεριλαμβανόμενου του αισθήματος της πείνας, πιστεύουν ότι το σώμα τους ή διάφορα μέρη του είναι «πολύ παχιά» ακόμα κι όταν είναι κάτω από το φυσιολογικό βάρος.

Η ψυχογενής ανορεξία περιγράφηκε τον περασμένο αιώνα ως «νευρογενής φυματίωση», με βάση την περίπτωση μιας νέας γυναίκας που αδυνάτιζε, χωρίς όμως να παρουσιάζει πυρετό, βήχα ή δύσπνοια, τα κλασικά συμπτώματα της φυματίωσης. Από τότε ανακοινώθηκαν πολλές μελέτες που έβλεπαν την ψυχογενή ανορεξία είτε ως οργανική είτε ως ψυχική ασθένεια. Σήμερα δεχόμαστε ότι πρόκειται για μια ψυχοσωματική διαταραχή. Εμφανίζεται για καθαρά ψυχολογικούς λόγους, αλλά, καθώς το σώμα υποφέρει, οι βλάβες μπορεί να γίνουν οργανικές και μόνιμες.

Τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει μια αλματώδη αύξηση των διαταραχών διατροφής. Το ποσοστό της νευρογενούς ανορεξίας κυμαίνεται από 0,4 σε 0,7% και κυρίως εκδηλώνεται σε γυναίκες ηλικίας 15-19 ετών. Είναι η μοναδική ψυχιατρική διαταραχή που μπορεί να οδηγήσει απ' ευθείας στο θάνατο με ποσοστό θνησιμότητας γύρω στο 10% σύμφωνα με τα στοιχεία της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας. Ένα επίσης ανησυχητικό εύρημα είναι πως έχουν αρχίσει να αναφέρονται αυξανόμενα περιστατικά νευρογενούς ανορεξίας σε ηλικίες 8-13 ετών, γεγονός που ήδη είχε καταγραφεί από το 1992 από τους ερευνητές Lask και Bryant-Waugh.

## 1.1 Αιτίες

Τα αίτια της ψυχογενούς ανορεξίας φαίνεται να είναι πολυπαραγοντικά και η αναζήτηση ενός και μοναδικού αιτιολογικού παράγοντα είναι ένα άκαρπο εγχείρημα [2]. Το αν και κατά πόσο η ψυχογενής ανορεξία θα εκδηλωθεί και θα επιμείνει συνεχίζοντας την πορεία της, είναι κάτι που θα εξαρτηθεί κατά κύριο λόγο από την παρουσία συνθηκών, οι οποίες ενεργοποιούν την επιρρέπεια του ατόμου σε ειδικούς παράγοντες κινδύνου ή το κατευθύνουν προς προστατευτικούς μηχανισμούς [3]. Όλες οι σύγχρονες προσεγγίσεις συγκλίνουν στο ότι μία τέτοια διαταραχή πρόσληψης τροφής έρχεται σαν μια «προσωπική απάντηση» του ατόμου στις συνθήκες ζωής, με τις οποίες βρίσκεται αντιμέτωπο. Αυτός είναι και ο λόγος που συνίσταται η οποιαδήποτε ερμηνεία επιχειρείται να δοθεί, να στηρίζεται σε μια προσεκτική μελέτη της πολυεπίπεδης αλληλεπίδρασης ενός συνόλου παραγόντων, βιολογικών και ψυχολογικών, που διαπλέκονται με το κοινωνικό περιβάλλον και την κουλτούρα του και οικοδομούν ένα είδος προδιαθεσικού πλαισίου για την ανάπτυξη και εκδήλωση τέτοιων διαταραχών.

### 1.1.1 Κακοποίηση

Σύμφωνα με τα δεδομένα κάποιων ερευνών, οι αναφορές για σεξουαλική κακοποίηση είναι συχνότερες στον πληθυσμό των πάσχόντων από διαταραχές πρόσληψης τροφής σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσοστό στο γενικό πληθυσμό. Κατά συνέπεια, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι τα άτομα που έχουν εμπειρίες κακοποίησης κατά την παιδική τους ηλικία, διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να εκδηλώσουν κάποια από τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Ασφαλώς, τα στοιχεία αυτά θα μπορούσαν να τεθούν υπό αμφισβήτηση, δεδομένου ότι πολλές φορές οι θεραπευόμενοι αναφέρονται σε εμπειρίες και συμβάντα του παρελθόντος, τα οποία δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα. Αυτό συνήθως γίνεται μέσα στα πλαίσια μιας ασυνείδητης προσπάθειας του θεραπευόμενου να ανταποκριθεί σε αυτό που ο ίδιος θεωρεί ότι ο θεραπευτής του αναμένει, προσδοκά ή υποθέτει ότι του έχει συμβεί. Ωστόσο, είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι τέτοιες αναφορές σε εμπειρίες κακοποίησης δεν προκύπτουν μόνο από πάσχοντες που βρίσκονται σε θεραπευτική διαδικασία, αλλά και σε πάσχοντες που δε δέχονται καμία θεραπευτική παρέμβαση.

Μεταγενέστερες ερευνητικές προσπάθειες για να επιβεβαιωθεί αυτό το αποτέλεσμα απέτυχαν κι έτσι ο ρόλος της σεξουαλικής κακοποίησης στην αιτιοπαθογένεια των διαταραχών πρόσληψης τροφής παραμένει αβέβαιος [4].

Συχνές είναι οι αναφορές των ερευνητικών δεδομένων και στη σωματική και λεκτική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, σε ό,τι αφορά τους πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία. Συγκεκριμένα έχουν προκύψει από τις έρευνες τρία στοιχεία της εμπειρίας κακοποίησης, τα οποία οδηγούν σε στενό συσχετισμό της κακοποιητικής εμπειρίας και της εκδήλωσης της διαταραχής:

1. το να έχει συμβεί η κακοποίηση σε πολύ μικρή ηλικία
2. το να περιλαμβάνει η κακοποιητική εμπειρία την επιβολή του ενήλικου στο παιδί με τη χρήση της σωματικής του δύναμης – υπεροχής
3. το να είναι ο ενήλικος αυτός μέλος της οικογένειας του παιδιού – θύματος.

### **1.1.2 Οικογένεια**

Ο Salvador Minuchin [5] υποστήριξε ότι η δυναμική της οικογένειας σχετίζεται στενά με την εκδήλωση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, αφενός το παιδί θεωρείται σωματικά – οργανικά ευάλωτο, και αφετέρου η οικογένεια του παιδιού εμφανίζει κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που προάγουν την ανάπτυξη και εκδήλωση της διαταραχής πρόσληψης τροφής. Κατά συνέπεια, η διαταραχή του παιδιού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αποφυγή των συγκρούσεων μεταξύ των υπολοίπων μελών της οικογένειας, καθώς η συμπτωματολογία του παιδιού υποκαθιστά άλλες, βαθύτερες ενδοοικογενειακές συγκρούσεις [4].

Τα χαρακτηριστικά των οικογενειών των πασχόντων από ψυχογενή ανορεξία έχουν συγκεντρωθεί από μελέτες των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των ίδιων των ασθενών, αλλά και μέσα από μελέτες των χαρακτηριστικών των οικογενειών τους. Θα πρέπει, ωστόσο, να διατηρούμε επιφυλάξεις γι' αυτά τα δεδομένα, γιατί δε γνωρίζουμε αν όσα παρατηρούμε και καταγράφουμε είναι η αιτία της διαταραχής ή το αποτέλεσμα αυτής. Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα των ερευνών ποικίλλουν ανάλογα και με τις ερευνητικές μεθόδους ή τις πηγές των δεδομένων. Για παράδειγμα, οι ίδιοι οι ασθενείς, όταν ερωτηθούν, συχνά αναφέρουν υψηλά επίπεδα ενδοοικογενειακών συγκρούσεων, σε αντίθεση με τους γονείς τους που δεν κάνουν τέτοιες αναφορές. Σε μια μελέτη, που παρατηρήθηκε μια σχετική διαφοροποίηση των

γονέων της πειραματικής ομάδας (γονείς πασχόντων από ψυχογενή ανορεξία) από τους γονείς της ομάδας ελέγχου, οι πρώτοι ανέφεραν υψηλά επίπεδα απομόνωσης, χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εμπλοκής όλων των μελών και χαμηλά επίπεδα ψυχολογικής και ηθικής στήριξης [4].

Γενικότερα, φαίνεται ότι οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις αποτελούν χαρακτηριστικό γνώρισμα των οικογενειών των πασχόντων από ψυχογενή ανορεξία. Παρόλα αυτά, όταν οι οικογένειες αυτές αξιολογήθηκαν ως προς στοιχεία όπως: αυστηρότητα, εγγύτητα, επικριτικά σχόλια, εχθρότητα και συναισθηματική εμπλοκή, δεν παρουσίασαν υψηλά επίπεδα συγκρούσεων. Αυτό ίσως έχει να κάνει με το γεγονός ότι υιοθετείται από τις οικογένειες αυτές μια τακτική αποφυγής των συγκρούσεων. Όταν όμως οι οικογένειες αυτές αξιολογούνται μετά την αποθεραπεία του πάσχοντος μέλους, παρουσιάζουν μια βελτιωμένη εικόνα τουλάχιστον ως προς την λειτουργικότητά τους. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με την ιδέα ότι η συμπτωματολογία του ασθενούς υποκαθιστά βαθύτερες ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, γιατί, αν συνέβαινε αυτό, θα έπρεπε σε τέτοιες έρευνες οι συγκρούσεις να έχουν αναδυθεί στην επιφάνεια μετά τη βελτίωση του ασθενούς.

### **1.1.3 Ψυχολογικοί Παράγοντες**

Η πλειονότητα των θεωριών που έχουν αναπτυχθεί για να εξηγήσουν τις ψυχολογικές συνιστώσες της ψυχογενούς ανορεξίας, εστιάζουν στο διαταραγμένο τρόπο με τον οποίο ο πάσχων βιώνει τον εαυτό του, το σώμα του και την προσωπική του ταυτότητα. Ο τρόπος που βιώνει ο πάσχων την αυτοαξία του είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την εξωτερική του εμφάνιση και τα επιτεύγματά του. Η υπέρμετρη ενασχόληση με το σώμα ερμηνεύεται σαν μια απεγνωσμένη προσπάθεια να αντιμετωπίσει τα υποβόσκοντα αισθήματα αδυναμίας και ακαταλληλότητας. Άλλωστε, δεν είναι τυχαίο το ότι έχουν αναγνωριστεί ως προδιαθεσικοί παράγοντες τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: χαμηλή αυτοεκτίμηση, χαμηλό αυτοσυναίσθημα, έλλειψη πίστης προς τον εαυτό, έλλειψη πίστης προς τις δυνατότητές του, συνεχής τάση συμμόρφωσης με τις επιθυμίες των άλλων, τάση ικανοποίησης των αναγκών των άλλων, έντονη δυσαρέσκεια με το σωματικό βάρος, δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματος.

#### 1.1.4 Το Φύλο και η Ηλικία

Το φύλο και η ηλικία είναι από τους πιο βασικούς παράγοντες που συντείνουν στην εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας. Ένα ποσοστό που αγγίζει το 90% των πασχόντων από αυτή τη διαταραχή είναι έφηβες ή νεαρές ενήλικες γυναίκες, γεγονός που οφείλεται κατά πολλούς στο ότι οι γυναίκες επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τα πρότυπα που προβάλλει η κοινωνία και τα οποία φαίνεται να ενισχύουν θετικά την επιθυμία να είναι κανείς αδύνατος. Δεν είναι τυχαίο ότι οι δίαιτες είναι πολύ συχνές ανάμεσα σε γυναίκες νεαρής ηλικίας, της Καυκάσιας φυλής και υψηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, στην ίδια ομάδα δηλαδή που σημειώνεται το υψηλότερο ποσοστό ψυχογενούς ανορεξίας.

Είναι λίγες οι έρευνες που έχουν εστιάσει στο να κατανοήσουμε τη ψυχογενή ανορεξία στους άνδρες. Η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών, που έχουν λάβει την διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής, είναι 1:10. Ωστόσο, οι επαγγελματίες που ειδικεύονται στη θεραπεία των διαταραχών αυτών στους άνδρες διατυπώνουν την υποψία τους ότι η νευρογενής ανορεξία καταγράφεται σε μικρότερο του πραγματικού βαθμού για τους άνδρες, βαθμός που δεν αντανακλά τα αληθινά ποσοστά, που οι ειδικοί αυτοί θεωρούν ότι για συγκεκριμένες υποομάδες ανδρών μάλλον είναι απροσδόκητα υψηλά. Για παράδειγμα, πρόσφατες έρευνες αναφέρουν αρκετά υψηλά ποσοστά νευρικής ανορεξίας σε ομοφυλόφιλους άνδρες.

Η εκδήλωση αυτών των διαταραχών στους άνδρες διαφοροποιείται καθώς οι άνδρες ασχολούνται λιγότερο με το να φθάσουν σε ένα συγκεκριμένο ιδανικό βάρος ή με το μέγεθος των ρούχων που φοράνε και εστιάζουν περισσότερο σε θέματα που αφορούν τη γράμμωση των μυών τους και την αποφυγή εναπόθεσης λίπους σε συγκεκριμένα σημεία του σώματός τους.

Δεδομένου ότι η έναρξη της ψυχογενούς ανορεξίας έπεται μιας περιόδου αυστηρής διαίτας ή μιας γενικότερης ανησυχίας για το βάρος, η συμβολή των προτύπων, που προβάλλονται για το ρόλο του κάθε φύλου και την ιδανική εικόνα αυτού, είναι αδιαμφισβήτητα καθοριστικής σημασίας για την ανάπτυξη της διαταραχής. Σε καμία περίπτωση, βέβαια, αυτό δε σημαίνει ότι όλοι όσοι κάνουν δίαιτα θα εμφανίσουν νευρογενή ανορεξία, καθώς είναι πολυάριθμοι οι παράγοντες που θα πρέπει να συγκλίνουν για να δημιουργηθεί το κατάλληλο υπόβαθρο για την εκδήλωση μιας τέτοιας διαταραχής.



### 1.1.5 Βιολογία – Γενετική – Εγκέφαλος

Υπάρχουν δεδομένα που στηρίζουν την άποψη ότι τόσο οι γενετικοί όσο και οι βιολογικοί παράγοντες συμβάλλουν τρόπον τινά στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας. Ο ρόλος των γενετικών καταβολών και της κληρονομικής προδιάθεσης αποδεικνύεται μέσα από τη σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών πρόσληψης τροφής στους βιολογικούς συγγενείς των πασχόντων. Το εύρημα αυτό παραπέμπει στην πιθανή ύπαρξη μηχανισμών μεταβίβασης των διαταραχών αυτών στα μέλη μιας οικογένειας. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες συγγενείς των πασχόντων γυναικών έχουν 5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ψυχογενή ανορεξία.

Στο γενετικό επίπεδο, υπάρχουν δεδομένα που θέλουν τη νευρογενή ανορεξία να εμφανίζεται με ποσοστά σύμπτωσης σχεδόν 50% μεταξύ των μονοζυγωτικών διδύμων, σε σύγκριση με ποσοστό 10% μεταξύ των ετερόζυγωτικών διδύμων ή των μη δίδυμων αδελφών.

Σε ό,τι αφορά τον εγκέφαλο, η προσοχή των ερευνητών έχει εστιάσει στις υποθαλαμο-υποφυσιακές ανωμαλίες. Ο υποθάλαμος είναι ένα εγκεφαλικό κέντρο «κλειδί» του προσθεγκεφάλου, με μια σειρά ευδιάκριτων πυρήνων. Βλάβη σε έναν από τους πυρήνες αυτούς διαταράσσει μία ή περισσότερες συμπεριφορές σχετιζόμενες με τα κίνητρα όπως η θρέψη, η πρόσληψη νερού, η ρύθμιση της θερμοκρασίας, η σεξουαλική και η μαχητική συμπεριφορά. Επίσης, ο υποθάλαμος ρυθμίζει και την έκκριση ορμονών, μέσω της επίδρασης που ασκεί στην υπόφυση. Τα ενδογενή οπιοειδή πεπτίδια (εγκεφαλίνες, ενδορφίνες) είναι χημικές ουσίες, που απελευθερώνονται από τον ίδιο τον οργανισμό μας με στόχο να μειώσουν την αίσθηση του πόνου. Τα οπιοειδή πεπτίδια απελευθερώνονται κατά τη διάρκεια περιόδων αποστέρησης τροφής και θεωρείται ότι παίζουν ρόλο στις διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Σε ό,τι αφορά τους νευροδιαβιβαστές, δηλαδή τις πρώτες ύλες που συνθέτει κάθε νευρώνας από πρόδρομα μόρια, που προέρχονται από την τροφή, το ενδιαφέρον εστιάζεται στη σεροτονίνη και τη νορεπινεφρίνη. Στους πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία τα επίπεδα της νορεπινεφρίνης είναι χαμηλά, γεγονός που εγείρει ερωτηματικά. Υπό κανονικές συνθήκες ο εγκέφαλος διατηρεί ένα σχετικά σταθερό επίπεδο κάθε νευροδιαβιβαστή ακόμα και σε περιόδους νηστείας. Αν υπάρχει όμως στη διατροφή υψηλή ή χαμηλή συγκέντρωση των απαραίτητων για τη σύνθεση ενός

συγκεκριμένου νευροδιαβιβαστή πρόδρομων ουσιών, ο εγκέφαλος μπορεί να συνθέσει μια κάπως μεγαλύτερη ή μικρότερη από τη συνήθη ποσότητα του νευροδιαβιβαστή αυτού. Έχει προκύψει από τις έρευνες ότι τα άτομα με νευρογενή ανορεξία παρουσιάζουν μια διαταραχή της σεροτονινεργικής δραστηριότητας, ενώ τα αυξημένα επίπεδα σεροτονίνης προάγουν το αίσθημα πληρότητας – κορεσμού, με αποτέλεσμα να μειώνεται η επιθυμία για την πρόσληψη τροφής.

Θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας όμως ότι οι έρευνες, που εστιάζουν αποκλειστικά στους μηχανισμούς του εγκεφάλου που σχετίζονται με το αίσθημα της πείνας, την πρόσληψη τροφής και το αίσθημα πληρότητας – κορεσμού, δεν έχουν να προσφέρουν πολλά στις γνώσεις μας για άλλα κύρια χαρακτηριστικά – στοιχεία των διαταραχών αυτών, και κυρίως για το ότι είναι κεντρικό στοιχείο ο έντονος, επίμονος φόβος του πάσχοντος ότι θα γίνει υπέρβαρος – ο φόβος του πάχους.

Είναι σαφές ότι η αιτιολογία και οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί της νευρογενούς ανορεξίας δεν έχουν ευκρινώς αναγνωρισθεί. Ωστόσο, έχουν σημειωθεί πρόοδοι στη μοριακή γενετική και παράλληλα αυξάνονται συνέχεια οι γνώσεις στο χώρο των βιολογικών παραμέτρων, που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση του σωματικού βάρους (π.χ. λεπτίνη). Όλες αυτές οι εξελίξεις ενισχύουν την αισιοδοξία ότι θα σημειωθεί πρόοδος στον τομέα της παθοφυσιολογίας των διαταραχών πρόσληψης τροφής και στον προσδιορισμό των ειδικών γονιδίων, που ενδεχομένως αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες ανάπτυξης των διαταραχών αυτών.

### **1.1.6 Άτομο**

Φαίνεται μέσα από τις έρευνες ότι είναι αυξημένος ο κίνδυνος να εκδηλωθεί κάποιο διατροφικό πρόβλημα σε νεαρά άτομα που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα (διαβήτη, άσθμα) ή σε άτομα που παρουσιάζουν πρώιμη ήβη. Ένα άλλο στοιχείο που δείχνει να σχετίζεται με την πιθανότητα εμφάνισης ψυχογενούς ανορεξίας είναι η αναπτυξιακή φάση που διάγει το άτομο.

Επίσης, υψηλός είναι ο κίνδυνος να λάβουν διάγνωση νευρογενούς ανορεξίας και άτομα που ανήκουν σε συγκεκριμένες επαγγελματικές κατηγορίες, στις οποίες αναμένεται ότι η ενασχόληση με το βάρος και την εικόνα του σώματος είναι έντονη (μοντέλα, χορευτές, γυμναστές, παρουσιαστές, αθλητές, καλλιτέχνες, στρατιωτικοί, αναβάτες ιππασίας, παλαιστές, body builders) [2]. Σε τέτοιου είδους επαγγέλματα, οι

πιέσεις που ασκούνται για την απώλεια βάρους ή τη διατήρηση του σωματικού βάρους σε ένα επίπεδο, είναι πολύ μεγάλες. Γενικότερα σε αυτούς τους επαγγελματικούς χώρους επικρατεί η αντίληψη ότι η εξωτερική εμφάνιση και η εικόνα του σώματος είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την επαγγελματική επιτυχία και τα επιτεύγματα.

### **1.1.7 Κοινωνικοί – πολιτισμικοί παράγοντες – Κουλτούρα**

Φαίνεται να υπάρχει μια ευρέος φάσματος ποικιλία σε ό,τι αφορά το σωματικό βάρος των ατόμων που ζουν σε διαφορετικά κοινωνικοπολιτισμικά περιβάλλοντα. Βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες διαπλέκονται για να καθορίσουν αν τελικά ένα άτομο θα γίνει παχύσαρκο ή το αντίθετο, δηλαδή αν θα είναι λεπτόσωμο ή αδύνατο. Οι επιρροές του πολιτισμικού περιβάλλοντος, ακόμα και των θρησκευτικών πεποιθήσεων, θα καθορίσουν τον τρόπο που βλέπουμε την απίσχναση. Η μορφοποίηση των διαφόρων προλήψεων, προκαταλήψεων και τελετουργιών θα καθοριστεί από τις διάφορες γνώσεις, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά γενικότερα [2].

Ο ουσιαστικός ρόλος της κουλτούρας στην εγκατάσταση ρεαλιστικών, σε αντίθεση με διαταραγμένων, αντιλήψεων αναφορικά με το σώμα υπογραμμίζεται μέσα από το υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης των διαταραχών πρόσληψης τροφής στις βιομηχανικές κοινωνίες (Αμερική, Καναδά, Ιαπωνία, Αυστραλία, Ευρώπη). Ως ένας από τους προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη τέτοιων διαταραχών έχει αναγνωρισθεί και η δυτικόμορφη κουλτούρα, που προβάλλει το πρότυπο της λεπτόσωμης σιλουέτας και την ίδια στιγμή ωθεί προς την κατανάλωση πλούσιων ποσοτήτων τροφής (και κυρίως του «γρήγορου φαγητού»). Με το πέρασμα των ετών, τα πρότυπα που η κοινωνία προβάλλει για την εικόνα του ιδανικού σώματος διαφοροποιούνται. Τις τελευταίες δεκαετίες, στην κουλτούρα των δυτικών κοινωνιών, έχει παρατηρηθεί μια σταθερή πορεία προς ολοένα και πιο αδύνατα σώματα ως τα ιδανικά. Το ιδανικό αυτό φαίνεται να είναι το όχημα μέσω του οποίου οι άνθρωποι μαθαίνουν να αισθάνονται ότι είναι ή να φοβούνται μήπως γίνουν παχύσαρκοι.

Η δύναμη και τεράστια επιρροή των κοινωνικών επιδράσεων στη διαμόρφωση του σωματικού βάρους εντοπίζεται στο γεγονός ότι οι επιδράσεις αυτές είναι πολυεπίπεδες στην εκδήλωσή τους και μπορούν να αναγνωριστούν στην οικογένεια, στις διάφορες υπηρεσίες, στην κοινότητα και στην κοινωνία εν γένει.

Το γεγονός ότι ένας τεράστιος αριθμός γυναικών επιχειρεί να ελέγξει την πρόσληψη τροφής, το μέγεθος και σχήμα του σώματός του, φαίνεται να καθορίζεται από την κουλτούρα της κάθε κοινωνίας. Η ψυχογενής ανορεξία φαίνεται να ανθίζει σε κοινωνίες που προβάλλουν ως αξίες την αδύνατη σιλουέτα, την ανεξαρτησία και τα προσωπικά επιτεύγματα και σε κοινωνίες στις οποίες οι ρόλοι των γυναικών είναι συχνά συγκεκριμένοι και αντιφατικοί. Η νευρογενής ανορεξία θεωρείται ότι προκύπτει ως αποτέλεσμα της προσπάθειας των γυναικών να διαχειριστούν τις αλλαγές στο ρόλο τους.

Η έμφαση, που έχει δοθεί τα τελευταία χρόνια στον αιτιολογικό ρόλο των κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων σε ότι αφορά τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, έχει συμβάλλει στην εντατικοποίηση των προσπαθειών να τροποποιηθεί η επίδραση αυτών των μεταβλητών στα άτομα κυρίως της εφηβικής και νεαρής ενήλικης ζωής. Ίσως με τέτοιου είδους προσπάθειες να ανατραπεί η προβολή αυτού του προτύπου της λεπτόσωμης σιλουέτας ως ενδεικτικό της ελκυστικότητας, της επιτυχίας, της δύναμης και του ελέγχου κι έτσι να μπορούμε να μιλάμε για πρόληψη της ανάπτυξης αυτών των διαταραχών.

## 1.2 Συμπτώματα – Τρόποι Εκδήλωσης

Για να ξεκαθαρίσουμε τι ακριβώς είναι η ψυχογενής ανορεξία παραθέτουμε τα κριτήρια που θέτει το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας (American Psychiatric Association). Η παράθεση των κριτηρίων αυτών γίνεται για ενημερωτικούς, εκπαιδευτικούς λόγους και σε καμιά περίπτωση δεν αντικαθιστά μια εξειδικευμένη διάγνωση [6]:

- **Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του** πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό όριο σύμφωνα με την ηλικία του.
- **Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος** ή γίνει παχύσαρκο ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
- **Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται το βάρος** και το σχήμα του σώματός του ή άρνηση της σοβαρότητας που έχει πάρει το υπερβολικά χαμηλό του βάρος.
- Σε γυναίκες, **αμηνόρροια**, δηλαδή απουσία τριών τουλάχιστον διαδοχικών εμμηνορρυσιών.

---

## 2 ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

---

Αποτελεί αναμφισβήτητο γεγονός πως η ψυχογενής ανορεξία από τότε που πρωτοεμφανίστηκε μέχρι και σήμερα έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις. Προτού μελετήσουμε τους τρόπους καταπολέμησής της (κεφάλαιο 3) είναι χρήσιμο να αναφέρουμε ορισμένα στατιστικά στοιχεία που έχουν προκύψει από έρευνες και να παραθέσουμε φωτογραφικό υλικό δείχνοντας με αυτό τον τρόπο τη μεγάλη σημασία και επικινδυνότητα της συγκεκριμένης διαταραχής.

### 2.1 Στατιστικά Στοιχεία

Η ψυχογενής ανορεξία αφορά κυρίως τα έφηβα κορίτσια (δεκαπλάσια συχνότητα στα κορίτσια έναντι των αγοριών), παρουσιάζοντας δικόρυφη καμπύλη στα 14 και 18 χρόνια. Αφορά κυρίως την Καυκάσια φυλή, τα ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, τις πολύ καλές μαθήτριες και τις αθλήτριες και πρωταθλήτριες σε αθλήματα που απαιτούν παιδισμό στην εμφάνιση ή σε αυτά που το βάρος σώματος σχετίζεται με την επίδοση (μπαλέτο, ρυθμική γυμναστική, κολύμπι κ.ά.).

Η επίπτωση πριν από μερικά χρόνια ήταν περίπου 0.5-1%, ωστόσο το φαινόμενο φαίνεται πως αποκτά μεγαλύτερες διαστάσεις στην εποχή μας και αποτελεί σημαντικό θέμα υγείας, με μεγάλο προσωπικό και κοινωνικό κόστος. Οι συνέπειες της διαταραχής συνεχώς αυξάνονται και το φαινόμενο παρουσιάζεται σε μικρότερες ηλικίες (3% των περιπτώσεων αφορούν παιδιά <11 ετών), καθώς και σε ενήλικες γυναίκες. Αυξάνεται επίσης η επίπτωση στα αγόρια, στα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και σε άλλες φυλές [7].

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στις ΗΠΑ η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί την 3η συχνότερη νόσο στις έφηβες. Στην Αμερική, περίπου 10 εκατομμύρια γυναίκες και 1 εκατομμύριο άνδρες δίνουν μάχη ζωής και θανάτου με διατροφικές διαταραχές όπως η ψυχογενής ανορεξία. Λόγω της μυστικοπάθειας και της ντροπής που συνδέεται με τις διατροφικές διαταραχές, πολλά περιστατικά ενδεχομένως δεν αναφέρονται.

Επιπρόσθετα, πολλά άτομα είναι δυσαρεστημένα με την εικόνα του σώματός τους και ταλανίζονται από υποκλινικές διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές.

Για παράδειγμα, έχει αποδειχθεί ότι σε ποσοστό 80% οι Αμερικανίδες γυναίκες είναι δυσαρεστημένες με την εξωτερική τους εμφάνιση. Το ποσοστό θνησιμότητας που σχετίζεται με τη νευρογενή ανορεξία σε γυναίκες ηλικίας 15 έως 24 ετών είναι δώδεκα φορές υψηλότερο από το ποσοστό θνησιμότητας όλων των υπόλοιπων αιτιών θανάτου. Ας σημειωθεί ότι το αυξημένο αυτό ποσοστό θνησιμότητας αφορά αποκλειστικά και μόνο στα άτομα με νευρογενή ανορεξία, δίχως αυτό να σημαίνει ότι η νευρογενής ανορεξία αποτελεί τη βασική αιτία θανάτου μεταξύ όλων των γυναικών ηλικίας 15-24 ετών. Η νευρογενής ανορεξία έχει το υψηλότερο ποσοστό πρόωρης θνησιμότητας από όλες τις άλλες ψυχιατρικές ασθένειες.

Σε μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που έγινε το 2003, οι Hoek και van Hoeken διαπίστωσαν ότι το 40% των πιο πρόσφατων περιστατικών ψυχογενούς ανορεξίας απαντάται σε κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών. Από το 1935 έως το 1989, η συχνότητα εκδήλωσης νευρογενούς ανορεξίας σημείωσε σημαντική αύξηση, ιδίως σε γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών. Κάθε δεκαετία μετά το 1930, η συχνότητα εμφάνισης νευρογενούς ανορεξίας σε νεαρές γυναίκες ηλικίας 5-19 ετών σημείωσε αύξηση. Μόλις το ένα τρίτο των ατόμων με ανορεξία ακολουθούν θεραπευτική αγωγή. Η πλειονότητα των ατόμων με σοβαρές διατροφικές διαταραχές δεν τυγχάνουν της δέουσας περίθαλψης.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα μιας έρευνας που διεξήχθη σε έφηβα άτομα 15 ετών του Νομού Αττικής, από τη Μονάδα Εφηβικής Υγείας του Νοσοκομείου Παίδων «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ» [8]. Το δείγμα αποτελείται από 529 άτομα, εκ των οποίων 252 αγόρια και 277 κορίτσια.

### **ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΟ (ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ) ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ**

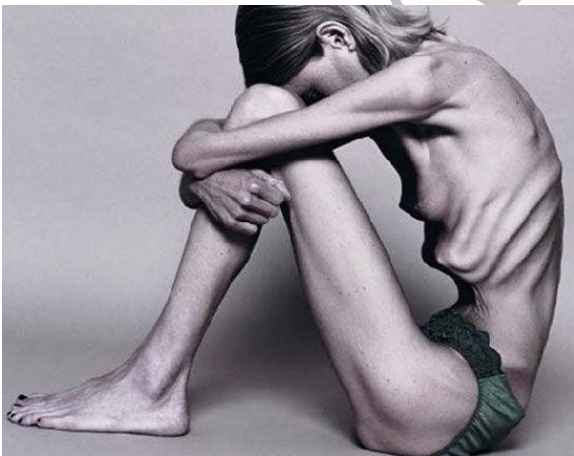
- 67/529 (12.66%) των εφήβων είχαν **χαμηλό** βάρος σώματος σε σχέση με το φύλο, το ύψος και την ηλικία.
- **32/529 (6%)** των εφήβων είχαν **πολύ χαμηλό (παθολογικό)** βάρος σώματος σε σχέση με το φύλο, το ύψος και την ηλικία.

- Τα κορίτσια με χαμηλό και πολύ χαμηλό βάρος σώματος είχαν τετραπλάσια συχνότητα από τα αγόρια (78% των παιδιών με πολύ χαμηλό βάρος σώματος ήταν κορίτσια).
- Αναλογία κοριτσιών/αγόρια με χαμηλό και πολύ χαμηλό βάρος σώματος: 4/1
- Από τα παιδιά με πολύ χαμηλό βάρος σώματος, 60% ανέφεραν ότι θα επιθυμούσαν να χάσουν επιπλέον βάρος και ότι τους απασχολεί πολύ η εικόνα σώματος.
- **(3.5% επί του συνόλου)**

Το συμπέρασμα από τα παραπάνω αποτελέσματα είναι το εξής: αν και δεν καταγράφονται όλα τα στοιχεία για μια πλήρη διάγνωση, τα παιδιά με πολύ χαμηλό βάρος σώματος και διαταραχή της εικόνας σώματος (3.5%), θεωρούνται υψηλού κινδύνου για να αναπτύξουν **ψυχογενή ανορεξία**.

## 2.2 Φωτογραφικό υλικό

Στο σημείο αυτό παραθέτουμε φωτογραφίες γυναικών και ανδρών με ψυχογενή ανορεξία, όπου οι επιπτώσεις της διαταραχής στο σώμα είναι εμφανέστερες [9].





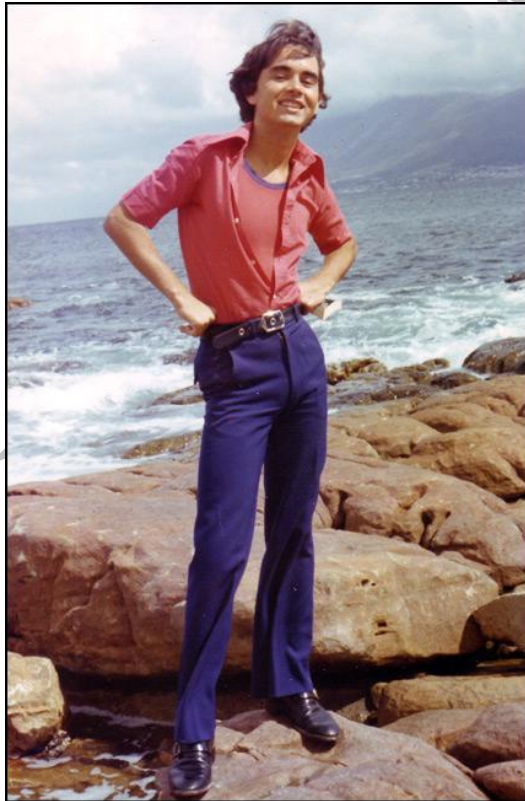




AEI







---

## 3 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

---

Εάν ανατρέξουμε στα στατιστικά δεδομένα και στο φωτογραφικό υλικό που παρουσιάστηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, μπορούμε άμεσα να κατανοήσουμε το βαθμό επικινδυνότητας που διατρέχει κάθε ψυχογενώς ανορεκτικός ασθενής. Είναι επιτακτικό, επομένως, να αναζητήσουμε τα μέσα αντιμετώπισης της νευρογενούς ανορεξίας. Η ψυχογενής ανορεξία είναι τόσο από την ιατρική πλευρά, όσο και από την πλευρά της ψυχοπαθολογίας, μία σύνθετη, σοβαρή και συχνά χρόνια διαταραχή που η θεραπεία της απαιτεί συνεχή προσπάθεια και προσοχή, και ένα πλήρες θεραπευτικό πλάνο που να περιλαμβάνει ιατρική και ψυχιατρική αντιμετώπιση, ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει πρώτιστα στην αποκατάσταση του φυσιολογικού βάρους και στην επαναφορά φυσιολογικών διατροφικών συνηθειών προκειμένου να διορθωθούν οι βιολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της ασιτίας που συντηρούν και διαιωνίζουν την παθολογική συμπεριφορά διατροφής. Οι συνοδοί στόχοι αφορούν την επισήμανση και την αντιμετώπιση των υποκείμενων ψυχολογικών, γνωσιακών, συμπεριφορικών, οικογενειακών και κοινωνικών προβλημάτων, έτσι ώστε να διατηρηθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα και να αποφευχθεί η υποτροπή.

Οι στόχοι της θεραπείας, λοιπόν, πρέπει να περιλαμβάνουν [10]:

- α) την αποκατάσταση του βάρους στο επίπεδο του βάρους-στόχου,
- β) την επαναφορά φυσιολογικού τρόπου διατροφής, με ενθάρρυνση του ασθενούς να εξοικιωθεί με μια κανονική και θερμιδικά ισορροπημένη πρόσληψη τροφών (περισσότερα αναφέρονται στο κεφάλαιο 4 όπου αναλύεται η έννοια της σωστής διατροφής),
- γ) τη διάγνωση και τη θεραπεία των ιατρικών επιπλοκών εξαιτίας της ασιτίας και των συμπεριφορών που τη συντηρούν,
- δ) την επισήμανση των αρνήσεων και των δυσλειτουργικών σκέψεων, πίστσεων και πεποιθήσεων,
- ε) την παρέμβαση της οικογένειας με σκοπό τη συνεργασία και την αποφυγή της εμπλοκής,

- στ) την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την ενίσχυση της αυτονομίας, τη διευκόλυνση της διαμόρφωσης ταυτότητας, τη στήριξη της διαδικασίας αυτοεκτίμησης και την αντιμετώπιση του αισθήματος αναξιοσύνης, και
- ζ) την προληπτική παρέμβαση και εκπαίδευση για την αποφυγή υποτροπής.

### **3.1 Αποκατάσταση του βάρους**

Υπάρχει γενική συμφωνία ότι η αποκατάσταση του βάρους θα πρέπει να είναι κεντρικός και πρώιμος στόχος της θεραπείας. Το επιθυμητό βάρος-στόχος θα πρέπει να είναι το ατομικά καθορισμένο φυσιολογικό βάρος σώματος στο οποίο αποκαθίσταται η αναπαραγωγική λειτουργία.

Ο υπολογισμός του βάρους-στόχου γίνεται βάσει του Δείκτη Σωματικής Μάζας, που προσδιορίζεται από το πηλίκο του βάρους σε κιλά (kg), δια του τετραγώνου του ύψους σε εκατοστά (cm). Για ασθενείς ηλικίας 16 ετών και άνω, ο ελάχιστος Δείκτης Σωματικής Μάζας πρέπει να είναι 20. Γι' αυτούς που είναι 14 και 15 ετών ο Δείκτης Σωματικής Μάζας πρέπει να είναι τουλάχιστον 18.5 – 19.5. Για ασθενείς μικρότερης ηλικίας πρέπει να γίνεται χρήση ειδικών πινάκων.

Ως προς το περιεχόμενο των γευμάτων και τον υπολογισμό της θερμιδικής πρόσληψης, είναι καλύτερα εξ' αρχής ο καθορισμός τους να γίνεται από το διαιτολόγο ή το γιατρό. Είναι επίσης σημαντικό να επισημανθεί και να συμφωνηθεί με τον ασθενή ότι ο στόχος της θεραπείας είναι το φυσιολογικό βάρος και πως το υπερβολικό βάρος δεν είναι επιθυμητό και πρέπει να αποφεύγεται. Περισσότερα στοιχεία για αυτό που αποκαλούμε «σωστή διατροφή», η οποία συμβάλλει στην αποκατάσταση του βάρους, παρουσιάζονται στο κεφάλαιο 4 που ακολουθεί. Αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι ότι η συνεχής εκπαίδευση και υποστήριξη του ασθενούς για τη διατήρηση φυσιολογικών συνηθειών διατροφής αποτελεί ουσιαστική παράμετρο της θεραπείας καθ' όλη τη διάρκειά της.

### **3.2 Αντιμετώπιση Ιατρικών Επιπλοκών**

Η ιατρική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης του βάρους και των συνηθειών διατροφής θα πρέπει να περιλαμβάνει την εξέταση των ζωτικών σημείων, τον υπολογισμό πρόσληψης και απώλειας υγρών, την παρακολούθηση για ανάπτυξη οιδημάτων λόγω γρήγορης αύξησης του βάρους εξαιτίας κατακράτησης υγρών, την

αποφυγή συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, και την αντιμετώπιση των γαστρεντερικών συμπτωμάτων.

Ενίοτε παρατηρούνται σοβαρές επιπλοκές, όπως ηλεκτρολυτικές διαταραχές, καρδιακή ανεπάρκεια, υπόταση, αφυδάτωση, αρρυθμίες και νεφρική ανεπάρκεια που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση στο νοσοκομείο. Η χρήση ρινογαστρικού καθετήρα ή, σε εξαιρετικές περιπτώσεις, η χορήγηση παρεντερικής διατροφής είναι εναλλακτικές λύσεις που χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν κίνδυνοι για τη ζωή του ασθενή. Τέτοιου τύπου παρεμβάσεις θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο για όσο χρονικό διάστημα είναι απολύτως αναγκαίες, ενώ θα πρέπει να συνεχίζεται η μέριμνα για την αποκατάσταση της φυσιολογικής διατροφής.

### **3.3 Φαρμακευτική Αντιμετώπιση**

Παρά το γεγονός ότι τα τελευταία 40 χρόνια έχει σημειωθεί ιδιαίτερα σημαντική πρόοδος στην ψυχοφαρμακολογία, κανένα φάρμακο δεν έχει αποδειχθεί χρήσιμο στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας. Επειδή, λοιπόν, η κεντρική ψυχοπαθολογία της διαταραχής αυτής είναι εξαιρετικά ανθεκτική στη φαρμακευτική προσέγγιση, τα φάρμακα δεν πρέπει να χορηγούνται ως μοναδική θεραπεία. Η φαρμακευτική αγωγή όμως είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της αστίας και για τη θεραπεία της συνυπάρχουσας νοσηρότητας που παρατηρείται στους ανορεκτικούς ασθενείς με χρόνια πορεία (25% των πασχόντων).

Τα φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί περισσότερο είναι τα αντικαταθλιπτικά (αμιτριπτυλίνη, χλωριμιπραμίνη – σε ασθενείς με κατάθλιψη που επιμένει παρά την αύξηση του βάρους), τα νευροληπτικά (χλωροπρομαζίνη – κατά την ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση και ιδιαίτερα κατά την περίοδο που ο ασθενής παραμένει κλινήρης, έχουν χρησιμοποιηθεί βοηθητικά οι υψηλές δόσεις χλωροπρομαζίνης, οι οποίες γίνονται καλώς ανεκτές και συμβάλλουν στην επιτυχή ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, η πιμοζίδη σε χαμηλές δόσεις για την ψυχαναγκαστικότητα, το άγχος και τον ψυχωσικόμορφο τρόπο σκέψης) καθώς και τα αγχολυτικά φάρμακα (λοραζεπάμη) που χρησιμοποιούνται εκλεκτικά πριν από τα γεύματα για να μειώσουν το άγχος αναμονής που σχετίζεται με το φαγητό.

Οι περισσότεροι ειδικοί πιστεύουν ότι:

- Οι ασθενείς με υποθρεψία και κατάθλιψη είναι περισσότερο επιρρεπείς στις ανεπιθύμητες ενέργειες της αντικαταθλιπτικής αγωγής από άλλους ασθενείς με κατάθλιψη, ενώ παράλληλα ανταποκρίνονται λιγότερο σε αυτή.
- Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο υπότασης και αρρυθμίας στους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία και ειδικότερα σε ασθενείς που κάνουν χρήση υπακτικών και των οποίων η ενυδάτωση είναι ανεπαρκής και η καρδιακή λειτουργία διαταραγμένη.
- Μερικά συμπτώματα κατάθλιψης μπορούν να υποχωρήσουν με την αύξηση του βάρους.
- Τα αντικαταθλιπτικά βοηθούν στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που επιμένουν, μειώνουν την ψυχαναγκαστικότητα και γενικώς περιορίζουν τον κίνδυνο υποτροπής, μετά τη φάση αποκατάστασης του βάρους.
- Σε περιπτώσεις ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και ιδιαίτερα όταν είναι αναγκαίο ο ασθενής να παραμείνει κλινήρης κατά τη φάση απόκτησης φυσιολογικού βάρους, βαθμιαία αυξανόμενες δόσεις χλωροπρομαζίνης γίνονται καλά ανεκτές και βοηθούν σημαντικά στην παραμονή του ασθενή στο κρεβάτι και τη συμμόρφωση στην ενδεικνυόμενη σίτιση.

Συμπερασματικά, κανένα φάρμακο δεν έχει ειδική επίδραση στην ψυχογενή ανορεξία και όσα έχουν χρησιμοποιηθεί έχουν μόνο μερική ένδειξη για την αντιμετώπιση ορισμένων συμπτωμάτων και για περιορισμένο χρονικό διάστημα.

### **3.4 Οικογενειακή παρέμβαση**

Η οικογένεια πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στο θεραπευτικό σχεδιασμό από την αρχή και να συμμετέχει στη θεραπευτική προσπάθεια. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία (εάν είναι δυνατή με τους δύο γονείς τουλάχιστον εάν όχι με όλα τα μέλη της οικογένειας) θα πρέπει να αρχίσει όταν τα μέλη της οικογένειας μπορούν να συμμετάσχουν χωρίς να κρατούν κριτική στάση απέναντι στον ασθενή και όταν κανένα μέλος δεν είναι τόσο χαοτικό ώστε να αποκλείει την παραγωγική εργασία. Υπερβολικά αυστηροί γονείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται χωρίς την παρουσία του ασθενούς, ώστε να γίνει η σχετική προετοιμασία για να συμμετάσχουν στην οικογενειακή θεραπεία που περιλαμβάνει και τον ασθενή.

Η οικογενειακή θεραπεία είναι περισσότερο χρήσιμη για νεότερους ασθενείς και πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι θα πρέπει να είναι υποχρεωτική για παιδιά και νεαρούς εφήβους. Η θεραπεία ζεύγους μπορεί να είναι χρήσιμη σε παντρεμένους ασθενείς.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επισημανθεί στην οικογένεια ότι οι θεραπευτικοί χειρισμοί θα πρέπει να αποφασίζονται από τη θεραπευτική ομάδα. Συχνά οι ασθενείς προσπαθούν να χρησιμοποιήσουν την οικογένεια για να διακοπεί η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία πριν το βάρος-στόχος επιτευχθεί με διάφορα τεχνάσματα. Η στήριξη της θεραπευτικής ομάδας από την οικογένεια κατά τη διάρκεια της φάσης ανάκτησης φυσιολογικού βάρους αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση της θεραπείας.

### **3.5 Ψυχοθεραπεία**

Η ψυχοθεραπεία θα πρέπει να προσαρμόζεται σύμφωνα με το επίπεδο γνωσιακής συγκρότησης, το στυλ και την πολυπλοκότητα του συγκεκριμένου ασθενή και της οικογένειάς του.

Συναισθηματική δοτικότητα και υποστήριξη, ενίσχυση της ευαισθησίας, εκπαίδευση και εκμάθηση τεχνικών επίλυσης προβλημάτων αποτελούν βασικές περιοχές εργασίας και μπορούν να χρησιμοποιηθούν όταν ο ασθενής είναι επιδεκτικός σε τέτοιες παρεμβάσεις.

Η ψυχοθεραπεία, ατομική ή ομαδική, χρειάζεται να συνεχιστεί για πολλά χρόνια, ίσως με διαλείμματα που εξαρτώνται από την ψυχοπαθολογία του ασθενούς και την ιατρική του κατάσταση. Η επίμονη και συχνά χρόνια φύση της ψυχοπαθολογίας, αλλά και των διαταραχών της προσωπικότητας στην ψυχογενή ανορεξία, και η ανάγκη για ουσιαστική αλλαγή κατά τη διάρκεια της ανάκαμψης, απαιτούν μακροχρόνια ψυχολογική αντιμετώπιση τουλάχιστον για ένα χρόνο ή ίσο χρόνο ψυχοθεραπείας με το χρόνο από την έναρξη της διαταραχής.

Η ερμηνεία των ψυχολογικών διαταραχών που απατώνται σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία βασίζεται σε ψυχοδυναμικές, ψυχοαναλυτικές, γνωσιακές, συστημικές, κοινωνικοπολιτισμικές και φεμινιστικές θεωρίες, από τις οποίες απορρέουν και οι αντίστοιχες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, που όλες έχουν εφαρμοσθεί, με άλλοτε, άλλη επιτυχία.

Ο ρόλος της ψυχοθεραπείας στην οξεία φάση της ενδονοσοκομειακής αντιμετώπισης του σοβαρά υποσιτιζόμενου ασθενή παραμένει ασαφής. Η εμπειρία από



προγράμματα με μεγάλο αριθμό ασθενών και επιτυχή αντιμετώπιση δείχνουν ότι η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας αρχίζει να φαίνεται μετά την αποκατάσταση του βάρους. Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, χωρίς ταυτόχρονη πρόοδο στην απόκτηση του βάρους, συνήθως δεν είναι αποτελεσματικές.

Γενικά, κάθε ψυχοθεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να εστιάσει αφενός στα εσώτερα προβλήματα του ανορεκτικού ασθενούς (αισθήματα κενού, άρνηση και φόβος έναντι των προσωπικών αναγκών, αίσθημα αναποτελεσματικότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, εχθρότητα προς εαυτό) και αφετέρου να τον βοηθήσει να επεξεργαστεί τις αναπτυξιακές προκλήσεις της εφηβείας. Ο θεραπευτής πρέπει να εκπαιδεύει, να διευθετεί, να υποστηρίζει, να προτείνει, να συζητά, να διαπραγματεύεται, να ενθαρρύνει, να εκπλήσσει και να αποτελεί πρότυπο για τον ασθενή του. Κάτι που πρέπει να αποφεύγεται γενικά σε κάθε προσέγγιση είναι η χρησιμοποίηση διαφόρων τακτικών και τεχνικών που εκλαμβάνονται ως εξαναγκαστικές από τους ασθενείς, για τους οποίους είναι γνωστό ότι ο έλεγχος είναι κάτι πολύ σημαντικό.

### 3.6 Συμβουλές

Είναι χρήσιμο να παραθέσουμε στο σημείο αυτό μερικές απλές συμβουλές που μπορούμε να ακολουθήσουμε σε επίπεδο ατομικό και οικογενειακό, προκειμένου να βοηθήσουμε τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία.

Σε ατομικό επίπεδο μπορούμε να συμβάλλουμε θετικά με τους εξής τρόπους:

- **Μαθαίνουμε όσα περισσότερα μπορούμε για την ψυχογενή ανορεξία** και τις διατροφικές διαταραχές από έγκυρες πηγές.
- **Μαθαίνουμε να ξεχωρίζουμε τους μύθους από την πραγματικότητα** γύρω από το σωματικό βάρος, τη διατροφή και την άσκηση. Έτσι μπορούμε να πληροφορηθούμε σωστά κάποιον με εσφαλμένες αντιλήψεις και πρότυπα.
- **Ενθαρρύνουμε τους πάσχοντες** ως προς τα χαρίσματα, τα talέντα και τις επιτυχίες τους.
- **Γινόμαστε θετικό πρότυπο** διατροφικής συμπεριφοράς.
- **Αναζητάμε τη βοήθεια ενός ειδικού.**

Σε επίπεδο οικογενείας, οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά τους ακολουθώντας τις παρακάτω συμβουλές:

- Επαναπροσδιορίστε τις προσδοκίες και απαιτήσεις που έχετε από τα παιδιά σας. Μη συγκρίνετε τα κορίτσια με εσφαλμένα πρότυπα ομορφιάς (μοντέλα), μην πιέζετε να κάνουν δίαιτα με αντάλλαγμα την αγάπη σας.
- Ενημερώστε τα για τους κινδύνους από τις δίαιτες και την υπεραπασχόληση με το σωματικό βάρος και την εικόνα του εαυτού. Επιλέξτε τα οφέλη της υγιεινής και ισορροπημένης διατροφής.
- Διδάξτε τα να αποφεύγουν διακρίσεις και στερεότυπα όσον αφορά την ομορφιά, το βάρος, την αναπηρία, την ασθένεια. Αποτρέψτε τα από το να πειράζουν και να κριτικάρουν άτομα με διατροφικές διαταραχές.
- Εμπνεύστε τα να αθλούνται για τη χαρά της άσκησης και της κοινωνικοποίησης και για την προαγωγή της υγείας τους.
- Εμπνεύστε στα παιδιά την αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση με πνευματικές, κοινωνικές και αθλητικές δραστηριότητες. Δώστε την ενθάρρυνση και την ισότητα που χρειάζονται αγόρια και κορίτσια για να νιώσουν όμορφα με το σώμα, την προσωπικότητά τους, τα προτερήματα και τα ελαττώματά τους.
- Με ήπιο αλλά αποφασιστικό τρόπο προτρέψτε το παιδί να αναζητήσει τη βοήθεια ενός ειδικού.

---

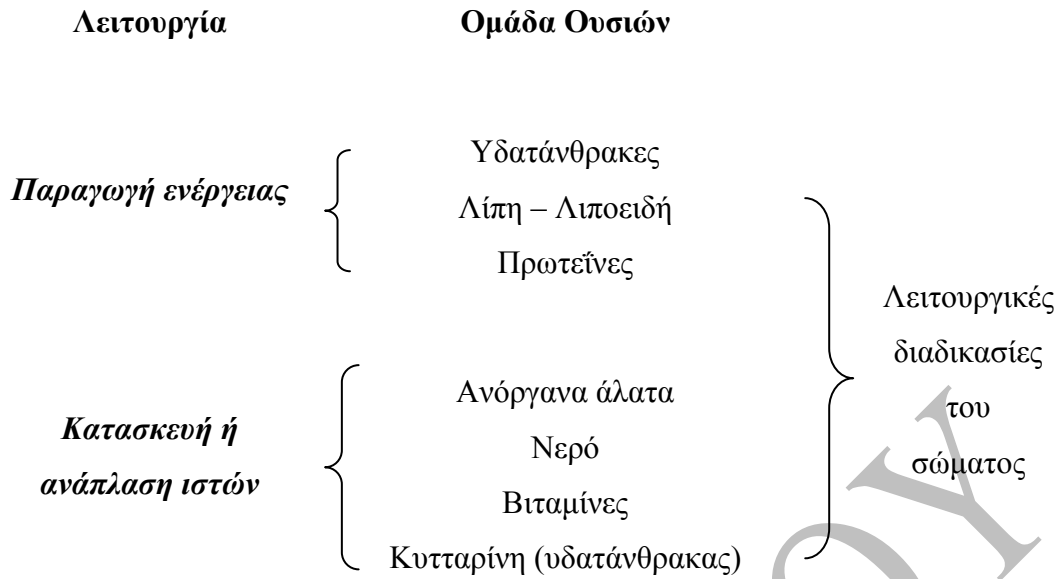
## 4 Η ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΩΣ ΜΕΣΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ

---

Ο ανθρώπινος οργανισμός για να διατηρηθεί στη ζωή, να αναπτυχθεί, να αντικαταστήσει τους φθαρμένους ιστούς του, να εξασφαλίσει την κανονική λειτουργία των πολύπλοκων συστημάτων του και για να παραγάγει έργο, έχει ανάγκη από διάφορες ουσίες που αποτελούν τη διατροφή του. Η διατροφή, και πιο συγκεκριμένα η σωστή διατροφή, μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στην καταπολέμηση της ψυχογενούς ανορεξίας [11].

Η διατροφή συνδέεται άμεσα με τις έννοιες: τρόφιμο, θρεπτικές, συμπληρωματικές ουσίες. Το τρόφιμο είναι ένα φυσικό (ζωικό ή φυτικό) προϊόν ή παρασκεύασμα που χρησιμεύει στη διατροφή του ατόμου. Οι θρεπτικές ουσίες είναι χημικές ουσίες, οι οποίες εισαγόμενες στον οργανισμό: (α) του δίνουν την απαιτούμενη ενέργεια για τη διατήρηση σταθερής της θερμοκρασίας του, την κίνηση και γενικά την παραγωγή έργου, και (β) χρησιμεύουν μεταβολιζόμενες στη δόμηση και στην ανάπλαση των φθαρμένων ιστών. Στις θρεπτικές ουσίες ανήκουν τρεις μεγάλες ομάδες χημικών ουσιών: οι υδατάνθρακες, οι πρωτεΐνες και τα λίπη και λιποειδή. Οι συμπληρωματικές ουσίες είναι χημικές ουσίες που παρόλο ότι στερούνται από δυναμική ενέργεια, δηλαδή μεταβολιζόμενες δεν παράγουν θερμότητα, κίνηση ή άλλη μορφή ενέργειας, συμμετέχουν στις διάφορες διεργασίες του οργανισμού κατά την ανταλλαγή της ύλης. Στην ομάδα αυτή των ουσιών ανήκουν βασικά τα ανόργανα άλατα, το νερό, οι βιταμίνες και η κυτταρίνη (Σχήμα 1). Οι επτά αυτές ομάδες θρεπτικών και συμπληρωματικών ουσιών έχουν ονομαστεί «τα επτά θαύματα του κόσμου».

Η διατροφή του ανθρώπου συνδέεται στενά με την υγεία του και την επηρεάζει. Η επιλογή καλής και ισορροπημένης διατροφής, δηλαδή της σωστής διατροφής, αποτελεί προϋπόθεση για την υγεία του ατόμου και βελτιώνει τις δραστηριότητές του, ενώ παράλληλα συντελεί στη μακροζωία και στην ευτυχία του.



**Σχήμα 1:**

**Ομάδες ουσιών που συμμετέχουν και ρυθμίζουν τις λειτουργίες του οργανισμού**

Ένα υγιεινά διατρεφόμενο άτομο εμφανίζεται μακροσκοπικά ζωηρό, σωματικά και πνευματικά διακατέχεται από αισιοδοξία για τη ζωή και συγχρόνως ανθίσταται πιο αποτελεσματικά στις διάφορες λοιμώξεις, με αποτέλεσμα την παράταση της φυσιολογικής του δραστηριότητας.

Αντίθετα, όταν το άτομο παίρνει ελαττωμένες ποσότητες θρεπτικών ουσιών, είναι δυνατόν να δημιουργηθούν συνθήκες υποσιτισμού, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι η διατροφή κάτω από ένα βέλτιστο επίπεδο αποτελεί και υποσιτισμό του ή ότι το άτομο δε διατηρείται καλά στην υγεία του. Πάντως, ένα άτομο που προσλαμβάνει θρεπτικές ουσίες σε ποσότητες κατώτερες από το βέλτιστο επίπεδό τους έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσει σωματική φθορά σε σχέση με άλλο άτομο κανονικά και σωστά διατρεφόμενο.

Ως ένδειξη ότι υπάρχει σωστή διατροφή θεωρείται ένα καλά αναπτυγμένο σώμα, που έχει κανονικό βάρος σε σχέση με την επιφάνειά του και γερούς μύες, με δέρμα απαλό και καθαρό, τρίχες στιλπνές, μάτια καθαρά και λαμπερά, στάση καλή, έκφραση προσώπου ζωηρή, όρεξη, πέψη και συνήθειες αποπάτησης φυσιολογικές. Ο Πίνακας 1 αναφέρεται στις ενδείξεις – κλινικά σημεία που χαρακτηρίζουν μια σωστή ή μη σωστή διατροφή.

Είδος	Κλινικά ευρήματα	
	Καλής διατροφής	Κακής διατροφής
Γενική εμφάνιση	Ζωηρή	Νωθρότητα, απάθεια
Σκελετός	Καλοσηματισμένος, γερός και χωρίς παραμορφώσεις	Παραμόρφωση θώρακα, διόγκωση πλευρών, προεξέχουσες ωμοπλάτες, ραιβοποδία, βλαιοποδία
Μύες	Καλά αναπτυγμένοι και σφικτοί	Μη αναπτυγμένοι, λεπτοί, πλαδαροί, κακός μυϊκός τόνος
Βάρος	Φυσιολογικό σε σχέση με το ύψος, την ηλικία και τη σωματική διάπλαση	Αυξημένο ή μειωμένο σε σχέση προς το φυσιολογικό
Μαλλιά	Άφθονα, λαμπερά και στιλπνά	Λίγα, εύθραυστα, άτονα, ξηρά και αποχρωματισμένα
Μάτια	Λαμπερά, καθαρά, χωρίς μαύρους κύκλους από κούραση, όραση καλή	Όψη γυαλιού, πεπαχυσμένοι επιπεφυκότες
Δέρμα (προσώπου λαιμού)	Απαλό, καθαρό, ελαφρά υγρό, με καλό χρώμα και ζωνρούς, ερυθρούς βλεννογόνους	Λιπαρό, αποχρωματισμένο, με λέπια ξηρά, αυξημένη αγγείωση και με σημεία μόλυνσης
Χείλη	Καλό χρώμα, υγρά	Ξηρά, σκασμένα, οίδηματώδη, γωνιακή χειλίτιδα
Γλώσσα	Καλό κόκκινο χρώμα, ευδιάκριτες θηλές, απουσία βλαβών	Θήλες ατροφικές, λεία εμφάνιση, οίδηματώδης, κόκκινη, σπογγώδης
Δόντια	Ίσια, σωστή έκφυση, ούλα καλοσηματισμένα, καθαρά, καλό χρώμα	Αθεράπευτη τερηδόνα, έλλειψη δοντιών, φαγωμένες επιφάνειες, κακή έκφυση
Λαιμός (αδένες)	Χωρίς διόγκωση	Διογκωμένος θυροειδής
Δέρμα	Λείο, ελαφρά υγρό, καλό χρώμα	Τραχύ, ξηρό, με λέπια, ωχρό, εκχυμώσεις, εμφάνιση χρωστικών
Κοιλιά	Επίπεδη	Προβάλλουσα

<b>Άκρα</b>	Γερά, χωρίς πόνους και οιδήματα	Οιδηματώδη, επώδυνα σφυρά, αδύνατα, νυγμοί
<b>Γαστρεντερικός σωλήνας</b>	Καλή όρεξη και πέψη, φυσιολογική αποπάτηση	Ανορεξία, δυσπεψία, δυσκοιλιότητα, διάρροια
<b>Νευρικό σύστημα</b>	Ικανότητα καλής προσοχής ανάλογα με την ηλικία, δεν κλαίει εύκολα, όχι ευερέθιστος ή ανήσυχος	Απρόσεκτος, ευερέθιστος, ευσυγκίνητος
<b>Παράστημα</b>	Ευθυτενές, ίσια χέρια και πόδια, κοιλιά προς τα μέσα και στήθος προς τα έξω	Προέχοντες ώμοι, πεσμένος θώρακας, καμπούρα
<b>Ζωτικότητα</b>	Αντοχή, ενεργητικότητα, βραδινός ύπνος καλός, ισχυρή - σθεναρή	Εύκολη κόπωση, έλλειψη ενεργητικότητας, κοιμάται στην εργασία – σχολείο, απάθεια, κούραση

**Πίνακας 1:**

**Κλινικά σημεία – ενδείξεις για σωστή ή μη σωστή διατροφή**

Μια σωστή διατροφή, δηλαδή μια διατροφή που περιέχει όλες τις θρεπτικές και συμπληρωματικές ουσίες (καλή διατροφή) και στις αναγκαίες ποσότητες (ισορροπημένη διατροφή), απαιτεί και τον κατάλληλο σχεδιασμό των γευμάτων, που πρέπει να παίρνει υπόψη του τις ιδιαίτερες συνθήκες ζωής του ατόμου (εργασία, περιβάλλον, συνήθειες κ.λ.π.) και τις ενεργειακές ανάγκες του οργανισμού σε συνδυασμό με την ηλικία και τη σωματική διάπλασή του. Έτσι, ένα άτομο που παίρνει π.χ. το πρωί ένα σωστό πρόγευμα μπορεί και εργάζεται πιο αποδοτικά και χωρίς αίσθημα κόπωσης.

Ο Ιατρός, ο Νοσηλευτής και ο Διαιτολόγος ή Διαιτητικός πρέπει να ενημερώνονται στις εξελίξεις της Επιστήμης της Διατροφής, στο ρόλο τον οποίο παίζει μια καλή και ισορροπημένη διατροφή για τη διατήρηση της υγείας ενός φυσιολογικού ατόμου και στη συμβολή της στην αντιμετώπιση παθολογικών καταστάσεων. Ειδικότερα, σε χρόνιες παθήσεις είναι απαραίτητο να ελέγχονται οι ιδιαίτερες συνήθειες διατροφής του ατόμου, γιατί είναι ενδεχόμενο να αποτελούν παράγοντα που συντείνει στη νόσησή του.

Αλλά και η Πολιτεία, από την πλευρά της, πρέπει να δώσει ιδιαίτερη έμφαση στη βελτίωση της διατροφής του λαού, με: (α) τη δημιουργία επιστημονικών οργανώσεων, κέντρων ερευνών, θέσεων διαιτητικών στα νοσοκομεία, τα κέντρα μητρότητας, τους υγειονομικούς σταθμούς κ.ά., (β) τη σύνταξη και διανομή επιμορφωτικού υλικού (πίνακες διατροφής, ενημερωτικά φυλλάδια), την καθιέρωση ειδικών προγραμμάτων στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, την οργάνωση σεμιναρίων διατροφής σε διάφορες ομάδες, και (γ) την ποιοτική και ποσοτική βελτίωση των ειδών διατροφής: καλύτερη ποιότητα, υγιεινότερη συντήρηση, αυστηρότερος έλεγχος τροφίμων.

Στα πλαίσια των μέτρων αυτών, διάφοροι εθνικοί οργανισμοί και ειδικότερα η Επιτροπή Τροφίμων και Διατροφής (Food and Nutrition Board) και το Γραφείο Διατροφής του Ανθρώπου και Οικιακής Οικονομίας (Bureau of Human Nutrition and Home Economics) των ΗΠΑ δημοσίευσε το 1941 πίνακα με τις συνιστώμενες ημερήσιες διαιτητικές παροχές για ένα φυσιολογικό άτομο σε διάφορες ηλικίες (βλέπε παράρτημα Α). Επίσης, το 1945 δημοσίευσε έναν οδηγό διατροφής με τίτλο: «Οι επτά βασικές ομάδες τροφίμων». Αλλά και το Ινστιτούτο Οικιακής Οικονομίας της Υπηρεσίας Γεωργικών Ερευνών (Institute of Home Economics of the Agricultural Research Service – U.S. Department of Agriculture) των ΗΠΑ δημοσίευσε το 1954 οδηγό με τίτλο: «Οι τέσσερις βασικές ομάδες τροφίμων», που είναι απλούστερος και κατανοητός από άτομα περιορισμένης μόρφωσης και από παιδιά. Οι δημοσιεύσεις αυτές αποτελούν πολύτιμο βοήθημα όχι μόνο για τους Αμερικανούς, αλλά και για όλο τον κόσμο.

Σήμερα, ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) με τις οργανώσεις του: Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organization – WHO), Οργάνωση Τροφίμων και Γεωργίας (Food and Agriculture Organization – FAO) και UNICEF (United Nations International Childrens Emergency Fund), προσπαθεί, σε διεθνές επίπεδο, να βελτιώσει και να ανυψώσει το επίπεδο υγείας και διατροφής σε όλο τον κόσμο και ιδιαίτερα στις μη αναπτυγμένες χώρες. Όλες αυτές οι προσπάθειες μπορούν να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση και καταστολή των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής.

# Επίλογος

Οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής έχουν συγκεντρώσει μεγάλο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός, κυρίως γυναικών, αντιμετωπίζει έντονα προβλήματα στη συμπεριφορά τους σχετικά με το φαγητό. Στην παρούσα εργασία εξετάστηκε η διαταραχή της ψυχογενούς ανορεξίας. Συγκεκριμένα, αναζητήσαμε εκείνους τους παράγοντες που ωθούν στην ψυχογενή ανορεξία και εξετάσαμε τους τρόπους με τους οποίους εκδηλώνεται η διαταραχή αυτή. Στη συνέχεια παρουσιάσαμε μερικά στατιστικά στοιχεία, όπως επίσης και φωτογραφικό υλικό ασθενών που πάσχουν από τη διαταραχή. Περιγράψαμε έπειτα τα μέσα με τα οποία μπορεί να καταπολεμηθεί η ψυχογενής ανορεξία και παρουσιάσαμε την έννοια της σωστής διατροφής ως μέσο πρόληψης και καταστολής της διαταραχής.

Επιλέξαμε να κλείσουμε την εργασία γύρω από τη διαταραχή της ψυχογενούς ανορεξίας παραθέτοντας τη μαρτυρία μιας νεαρής γυναίκας που πάσχει από τη διαταραχή αυτή με τίτλο «Πάλη με την Ψυχογενή Ανορεξία».

## «Πάλη με την Ψυχογενή Ανορεξία»

*Ξεκίνησα δίαιτα στη τρυφερή ηλικία των 15 για να χάσω μόνο 2-3 κιλά. Δεν είχα παραπάνω κιλά τώρα που το σκέφτομαι, ωστόσο όμως δεχόμουν συχνά πειράγματα από τους γονείς μου και από τον κατά 2 χρόνια μεγαλύτερο αδελφό μου για τα μεγάλα μου μάγουλα. Πίστευα τότε ότι είναι η καταστροφή του κόσμου. Θεωρούσα ότι ένας άνθρωπος πρέπει να κάνει ό,τι καλύτερο μπορεί για τον εαυτό του και να δείχνει τέλειος, ακόμα το πιστεύω αυτό. Ζύγιζα τότε μόνο 58 κιλά, με ύψος 1,65. Η δίαιτα που ακολούθησα δεν συστήθηκε από ειδικό και ουσιαστικά ήταν μια δραστική μείωση των θερμίδων μου. Το είχα διαβάσει σε ένα περιοδικό και το συζήτησα και με κάποιες συμμαθήτριάς μου. Απαγόρευσα τα γλυκά, μείωσα τους υδατάνθρακες και τις πρωτεΐνες και κατανάωνα κυρίως λαχανικά και φρούτα. Η απώλεια βάρους μου ήταν άμεση και αυτό προκάλεσε αρχικά πολλά θετικά σχόλια από τους γονείς και τους συμμαθητές μου. Ένιωθα πολύ καλά με τον εαυτό μου, όχι μόνο γιατί είχα μείωση των κιλών αλλά και γιατί έδειχνα ότι είμαι τόσο δυνατή που μπορώ να ελέγξω τον εαυτό μου. Αρχισα να νιώθω περισσότερο ικανοποιημένη από το σώμα μου, όμως φοβόμουν ότι αν ξανάρχιζα*



να τρώω γλυκά και παραπάνω υδατάνθρακες και πρωτεΐνες θα έβαζα τα κιλά που είχα χάσει. Έτσι αποφάσισα τον επόμενο χρόνο να χάσω μερικά κιλά παραπάνω για να σιγουρευτώ ότι θα παραμείνω αδύνατη. Σύντομα έχασα άλλα 3 κιλά, φτάνοντας τα 53 κιλά. Σε εκείνη τη φάση οι γονείς μου άρχισαν να ανησυχούν και να με πιέζουν να φάω περισσότερο. Η μητέρα μου περνούσε ατελείωτες ώρες στη κουζίνα μαγειρεύοντας γλυκά και φαγητά που μου άρεσαν. Στην εικόνα και μόνο όλων των φαγητών τρομοκρατιόμουν και ήμουν αποφασισμένη να τα «νικήσω», να είμαι πιο δυνατή. Τότε ξεκίνησε μια περίοδος όπου προσπαθούσα να τους ξεγελάσω ότι είχα φάει αρκετά, πετούσα κρυφά φαγητά λέγοντας ότι τα έφαγα. Ήταν ένας φριχτός αγώνας, κυρίως απέναντι στην πείνα μου, γιατί πεινούσα πάρα πολύ, μπορεί να την ονομάζουν ανορεξία αλλά εγώ πεινούσα. Και φυσικά μετά από ένα σημείο η απώλεια έγινε αργή, λες και το σώμα μου αντιμάχονταν. Τότε είναι που ξεκίνησα γυμναστήριο. Κάθε μέρα υπέβαλλα τον εαυτό μου σε 2 ώρες γυμναστική. Όσες πιο πολλές θερμίδες είχα καταναλώσει, τόσο πιο έντονα έκανα γυμναστική. Τότε δεν το καταλάβαινα, αλλά τώρα ξέρω πως στην ουσία πάλευα με τις ενοχές μου. Τα πάντα μετριόνταν σε θερμίδες και ώρες άσκησης για να τα εξισορροπήσω. Πέντε αμύγδαλα και μια φέτα ψωμί με μέλι, είκοσι λεπτά τρέξιμο, για παχυντικά φαγητά ούτε συζήτηση. Και κάθε μέρα οι κριτές, η ζυγαριά και ο καθρέφτης. Φυσικά είχα αρχίσει από τότε να έχω προβλήματα με την περιόδό μου η οποία αρχικά έγινε ακανόνιστη και μετά σταμάτησε εντελώς. Εμετό δεν έκανα ποτέ, προσπάθησα δυο – τρεις φορές από τις τύψεις αλλά ήταν αδύνατον. Πλέον στα 25 μου και στα 42 μου κιλά, ξέρω να υπολογίζω τις θερμίδες με ακρίβεια, και τρέμω μόνο στη σκέψη να βάλω λίπος. Μόλις βάλω 1 κιλό βλέπω τη διαφορά στο πρόσωπό μου, βλέπω πόσο πρήζομαι και δε θέλω να βγω από το σπίτι. Απαιτώ από τον εαυτό μου να είμαι άψογη στην εμφάνισή μου γιατί θέλω όταν με βλέπουν οι άλλοι να ξέρουν πόσο άξια και ικανή είμαι.»

# Βιβλιογραφία

- [1] Fairburn C.G., Walsh B.T. (1995), *A typical eating disorders*. In Brownell KD, Fairburn CG (eds): *Eating disorders and Obesity: A comprehensive Textbook*. New York: Guildford Press, p.p.135.
- [2] Καλαντζή-Αζίζι Α. (2003), *Διδακτικές σημειώσεις - Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών - Τομέας Ψυχολογίας, σελ. 97-110.
- [3] Χριστοδούλου Γ.Ν. & συνεργάτες (2004), *Ψυχιατρική*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, σελ. 482-496.
- [4] Davison G.C. & Neale J.M. (1993), *Abnormal Psychology*. USA: John Wiley & Sons Inc., p.p. 206-224.
- [5] Minuchin S., Baker L., Rosman B.L., Lieberman R., Milman L. & Todd T.C. (1975), *A conceptual model of psychosomatic illness in children*. *Archives of General Psychiatry*, 32, p.p. 1031-1038.
- [6] Δοϊρανλής Ν. & Καναβιτσάς Ε. <http://www.eatingdisorders.gr>
- [7] Κέντρο Ημέρας ΑΝΑΣΑ. <http://www.anasa.com.gr>
- [8] Μονάδα Εφηβικής Υγείας του Νοσοκομείου Παιδων «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ» <http://www.youth-health.gr>
- [9] Μηχανή Αναζήτησης Google. [www.google.gr](http://www.google.gr)
- [10] Μωρόγιαννης Φ., Ψυχίατρος. [www.morogiannis.gr](http://www.morogiannis.gr)
- [11] Πλέσσα Σ.Τ. (2004), *Διατητική του Ανθρώπου*. Αθήνα: Εκδόσεις ΦΑΡΜΑΚΟΝ-ΤΥΠΟΣ, σελ. 15-19, 282-283.

# Παράρτημα Α

Πίνακας με συνιστώμενες ημερήσιες διαιτητικές παροχές από το Food and Nutrition Board, National Academy of Science – National Research Council των ΗΠΑ.

Ηλικία-Έτη	Βάρος (kg)	Ύψος (cm)	Θερμίδες (kcal)	Πρωτεΐνες (g)	Ασβέστιο (mg)	Φώσφορος (mg)	Ιώδιο (μg)	Σίδηρος (mg)	Μαγνήσιο (mg)	Ψευδάργυρος (mg)
<b>Βρέφη</b>										
0 – 0,5	6	60	kg x 117	kg x 2,2 <sup>3</sup>	360	240	35	10	60	3
0,5 – 1	9	71	kg x 108	kg x 2,0 <sup>3</sup>	540	400	45	15	70	5
<b>Παιδιά</b>										
1 – 3	13	86	1.300	23	800	800	60	15	150	10
4 – 6	20	110	1.800	30	800	800	80	10	200	10
7 – 10	30	135	2.400	36	800	800	110	10	250	10
<b>Άνδρες</b>										
11 – 14	44	158	2.800	44	1.200	1.200	130	18	350	15
15 – 18	61	172	3.000	54	1.200	1.200	150	18	400	15
19 – 22	67	172	3.000	54	800	800	140	10	350	15
23 – 50	70	172	2.700	56	800	800	130	10	350	15
51+	70	172	2.400	56	800	800	110	10	350	15
<b>Γυναίκες</b>										
11 – 14	44	155	2.400	44	1.200	1.200	115	18	300	15
15 – 18	54	162	2.100	48	1.200	1.200	115	18	300	15
19 – 22	58	162	2.100	46	800	800	100	18	300	15
23 – 50	58	162	2.000	46	800	800	100	18	300	15
51+	58	162	1.800	46	800	800	80	10	300	15
<b>Εγκυμονούσες</b>		162	+300	+30	1.200	1.200	125	18	450	20
<b>Θηλάζουσες</b>			+500	+20	1.200	1.200	150	18	450	20

Ηλικία-Έτη	Βιταμίνη A (IU)	Βιταμίνη D (IU)	Βιταμίνη E (IU)	Βιταμίνη C (mg)	Φολικό οξύ (μg)	Νιασίνη (mg)	Ριβοφλαβίνη (mg)	Βιταμίνη B <sub>6</sub> (mg)	Βιταμίνη B <sub>12</sub> (μg)
<b>Βρέφη</b>									
0 – 0,5	1.400	400	4	35	50	5	0,4	0,3	0,3
0,5 – 1	2.000	400	5	35	50	8	0,6	0,4	0,3
<b>Παιδιά</b>									
1 – 3	2.000	400	7	40	100	9	0,8	0,6	1,0
4 – 6	2.500	400	9	40	200	12	1,1	0,9	1,5
7 – 10	3.300	400	10	40	300	16	1,2	1,2	2,0
<b>Άνδρες</b>									
11 – 14	5.000	400	12	45	400	18	1,5	1,6	3,0
15 – 18	5.000	400	15	45	400	20	1,8	2,0	3,0
19 – 22	5.000	400	15	45	400	20	1,8	2,0	3,0
23 – 50	5.000		15	45	400	18	1,6	2,0	3,0
51+	5.000		15	45	400	16	1,5	2,0	3,0
<b>Γυναίκες</b>									
11 – 14	4.000	400	12	45	400	16	1,3	1,6	3,0
15 – 18	4.000	400	12	45	400	14	1,4	2,0	3,0
19 – 22	4.000	400	12	45	400	14	1,4	2,0	3,0
23 – 50	4.000		12	45	400	13	1,2	2,0	3,0
51+	4.000		12	45	400	12	1,1	2,0	3,0
<b>Εγκυμονούσες</b>	5.000	400	15	60	800	+2	+0,3	2,5	4,0
<b>Θηλάζουσες</b>	6.000	400	15	80	600	+4	+0,3	2,5	4,0

# Παράρτημα Β (Διαφάνειες Παρουσίασης)

**ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

1ο ΕΠΑΛ ΛΕΡΟΥ  
Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας  
Υπεύθυνοι Καθηγητές:  
1) Αλεξιάδης Γεώργιος (ΠΕ19)  
2) Παπαφώτη Μαρία (ΠΕ18.11)

ΛΕΡΟΣ 2009

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

- Εισαγωγή
- Αίτια
- Συμπτώματα
- Στατιστικά Στοιχεία
- Τρόποι Αντιμετώπισης
- Συμβουλές

2

## Εισαγωγή

- Οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής έχουν συγκεντρώσει μεγάλο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια.
- Ένας μεγάλος αριθμός γυναικών αναφέρει έντονα προβλήματα στη συμπεριφορά τους σχετικά με το φαγητό.
- Η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί μια διαταραχή πρόσληψης τροφής που χαρακτηρίζεται από έναν έντονο φόβο ότι το άτομο θα γίνει παχύσαρκο, γι' αυτό κι επιδιώκει ασταμάτητα να είναι αδύνατο.
- Η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί ουσιαστικά ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης αστίας.

3

## Αίτια

### Κακοποίηση

Σύμφωνα με έρευνες, τα άτομα που έχουν εμπειρίες κακοποίησης κατά την παιδική τους ηλικία διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης ψυχογενούς ανορεξίας. Η μορφή κακοποίησης μπορεί να είναι είτε λεκτική, είτε σωματική, είτε ακόμη και σεξουαλική.



4

## Αίτια



### Οικογένεια

Η δυναμική της οικογένειας σχετίζεται στενά με την εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας. Διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις αποτελούν χαρακτηριστικό γνώρισμα των οικογενειών των πασχόντων από ψυχογενή ανορεξία.

5

## Αίτια

### Ψυχολογικοί Παράγοντες

Προδιαθεσιακοί παράγοντες εμφάνισης ψυχογενούς ανορεξίας σε ένα άτομο μπορεί να είναι οι εξής:

- χαμηλή αυτοεκτίμηση
- χαμηλό αυτοσυναίσθημα
- έλλειψη πίστης προς εαυτό
- έλλειψη πίστης προς τις δυνατότητές του
- συνεχής τάση συμμόρφωσης με τις επιθυμίες των άλλων
- τάση ικανοποίησης αναγκών των άλλων
- έντονη δυσαρέσκεια με το βάρος
- δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματος

6

## Αίτια

### Το Φύλο και η Ηλικία

Η συμβολή των προτύπων που προβάλλονται για το ρόλο κάθε φύλου και την ιδανική εικόνα αυτού είναι καθοριστικής σημασίας για την ανάπτυξη της διαταραχής. Ένα ποσοστό που αγγίζει το 90% των πασχόντων είναι έφηβες ή νεαρές ενήλικες γυναίκες.



7

## Αίτια

### Βιολογία – Γενετική

Ο ρόλος των γενετικών καταβολών και της κληρονομικής προδιάθεσης αποδεικνύεται μέσα από τη σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών πρόσληψης τροφής στους βιολογικούς συγγενείς των πασχόντων. Το γεγονός αυτό μας παραπέμπει στην πιθανή ύπαρξη μηχανισμών μεταβίβασης των διαταραχών αυτών στα μέλη μιας οικογένειας. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες συγγενείς των πασχόντων γυναικών έχουν 5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ψυχογενή ανορεξία.



8



## Αίτια

### Άτομο

Υψηλό κίνδυνο διάγνωσης ψυχογενούς ανορεξίας διατρέχουν τα άτομα που ανήκουν σε επαγγελματικές κατηγορίες, στις οποίες η ενασχόληση με το βάρος και την εικόνα του σώματος είναι έντονη (μοντέλα, χορευτές, γυμναστές, παρουσιαστές, αθλητές, καλλιτέχνες, στρατιωτικοί, αναβάτες ιππασίας, παλαιστές, body builders). Οι πιέσεις που δέχονται τα άτομα αυτά είναι πολύ μεγάλες και γενικότερα στους χώρους αυτούς επικρατεί η αντίληψη ότι η εξωτερική εμφάνιση και η εικόνα του σώματος είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την επαγγελματική επιτυχία και τα επιτεύγματα.



9

## Αίτια

### Κοινωνικές Επιρροές

Ουσιαστικό ρόλο στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας έχει επιτελέσει η δυτικόμορφη κουλτούρα που προβάλλει το πρότυπο της λεπτόσωμης σιλουέτας και την ίδια στιγμή ωθεί προς την κατανάλωση πλούσιων ποσοτήτων τροφής (και κυρίως του «γρήγορου φαγητού»). Το ιδανικό αυτό αυτό φαίνεται να είναι το όχημα μέσω του οποίου οι άνθρωποι μαθαίνουν να αισθάνονται ότι είναι ή να φοβούνται μήπως γίνουν παχύσαρκοι.



10

## Συμπτώματα

- **Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του** πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό όριο σύμφωνα με την ηλικία του.
- **Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος** ή γίνει παχύσαρκο ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
- **Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται το βάρος** και το σχήμα του σώματός του ή άρνηση της σοβαρότητας που έχει πάρει το υπερβολικά χαμηλό του βάρος.
- Σε γυναίκες, **αμηνόρροια**, δηλαδή απουσία τριών τουλάχιστον διαδοχικών εμμηνορρυσιών.

11

## Στατιστικά Στοιχεία

- Οι **9 στους 10** πάσχοντες είναι γυναίκες.
- Στις ΗΠΑ αποτελεί την **3η** συχνότερη νόσο στις έφηβες.
- Τα περισσότερα μοντέλα (μόδας) είναι πιο αδύνατα από το **98%** των γυναικών.
- Το **40%** των περιπτώσεων αφορά νέα κορίτσια ηλικίας 15-18 ετών, ενώ ένα **3%** αφορά παιδιά μικρότερα των 11 ετών.
- Το **81%** των 10χρονων παιδιών φοβούνται μήπως παχύνουν.
- Μόλις το **1/3** των περιπτώσεων λαμβάνει οποιασδήποτε μορφής θεραπευτική αγωγή.
- Το ποσοστό θνησιμότητας σε γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών είναι **12 φορές** υψηλότερο από το αντίστοιχο όλων των υπόλοιπων αιτιών θανάτου.

12

## Τρόποι Αντιμετώπισης

Η ψυχογενής ανορεξία είναι τόσο από την ιατρική πλευρά, όσο και από την πλευρά της ψυχοπαθολογίας, μία **σύνθετη, σοβαρή** και **συχνά χρόνια** διαταραχή που η θεραπεία της απαιτεί συνεχή προσπάθεια και προσοχή, και ένα πλήρες θεραπευτικό πλάνο που να περιλαμβάνει *ιατρική και ψυχιατρική αντιμετώπιση, ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία.*

13

## Στόχοι Θεραπείας

- **Η αποκατάσταση του βάρους** στο επίπεδο του βάρους-στόχου.
- **Η επαναφορά φυσιολογικού τρόπου διατροφής** με ενθάρρυνση του πάσχοντος να εξοικιωθεί με μια κανονική και θερμιδικά ισορροπημένη πρόσληψη τροφής (σωστή διατροφή).
- **Η διάγνωση και η θεραπεία των ιατρικών επιπλοκών** εξαιτίας της αστίας και των συμπεριφορών που τη συντηρούν.
- **Η επισήμανση των αρνήσεων και των δυσλειτουργικών σκέψεων, πίστεων και πεποιθήσεων.**

14

## Στόχοι Θεραπείας

- **Η παρέμβαση της οικογένειας** με σκοπό τη συνεργασία και την αποφυγή εμπλοκής.
- **Η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση** με σκοπό την ενίσχυση της αυτονομίας, τη διευκόλυνση της διαμόρφωσης ταυτότητας, τη στήριξη της διαδικασίας αυτοεκτίμησης και την αντιμετώπιση του αισθήματος αναξιοότητας.
- **Η προληπτική παρέμβαση και εκπαίδευση** για την αποφυγή υποτροπής.

15

## Συμβουλές

*Αν υπάρχει ένας φίλος για τον οποίο ανησυχούμε για τις διατροφικές συνήθειες, το βάρος και την εικόνα του σώματος του πως μπορούμε να βοηθήσουμε;*

- ✓ Μαθαίνουμε όσο περισσότερα μπορούμε για την ψυχογενή ανορεξία και τις διατροφικές διαταραχές από έγκυρες πηγές.
- ✓ Μαθαίνουμε να ξεχωρίζουμε τους μύθους από την πραγματικότητα γύρω από το σωματικό βάρος, τη διατροφή και την άσκηση. Έτσι μπορούμε να πληροφορηθούμε σωστά κάποιον με εσφαλμένες αντιλήψεις και πρότυπα.
- ✓ **Ενθαρρύνουμε** το άτομο ως προς τα χαρίσματα, τα ταλέντα και τις επιτυχίες του.
- ✓ **Γινόμαστε θετικό πρότυπο** διατροφικής συμπεριφοράς.
- ✓ **Αναζητάμε την βοήθεια ειδικού.**

16

## Συμβουλές

### Οι γονείς πως μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά τους;

- ☞ **Επαναπροσδιορίστε τις προσδοκίες και απαιτήσεις που έχετε από τα παιδιά σας.** Μη συγκρίνετε τα κορίτσια με εσφαλμένα πρότυπα ομορφιάς (μοντέλα), μην πιέζετε να κάνουν διαίτα με αντάλλαγμα την αγάπη σας.
- ☞ **Ενημερώστε τα για τους κινδύνους** από τις διαίτες και την υπεραπασχόληση με το σωματικό βάρος και την εικόνα του εαυτού. Επιλέξτε τα οφέλη της υγιεινής και ισορροπημένης διατροφής.
- ☞ **Διδάξτε τα να αποφεύγουν διακρίσεις και στερεότυπα** όσον αφορά την ομορφιά, το βάρος, την αναπηρία, την ασθένεια. Αποτρέψτε τα από το να πειράζουν και να κριτικάρουν άτομα με διατροφικές διαταραχές.
- ☞ **Εμπνεύστε τα να αθλούνται** για την χαρά της άσκησης και της κοινωνικοποίησης και για την προαγωγή της υγείας τους.
- ☞ **Εμπνεύστε στα παιδιά την αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση** με πνευματικές, κοινωνικές και αθλητικές δραστηριότητες. Δώστε την ενθάρρυνση και την ισότητα που χρειάζονται αγόρια και κορίτσια για να νιώσουν όμορφα με το σώμα τους και την προσωπικότητά τους.
- ☞ **Με ήπιο αλλά αποφασιστικό τρόπο προτρέψτε το παιδί να αναζητήσει τη βοήθεια ενός ειδικού.**

17

Την παρουσίαση επιμελήθηκαν, υπό την επίβλεψη των υπεύθυνων καθηγητών, οι μαθητές της Β' τάξης:

- 1) **Δράκος Νικόλαος**
- 2) **Ελένη Γεωργία**
- 3) **Ελένης Σάββας**
- 4) **Καρπαθάκη Παναγιώτα**
- 5) **Κουμπάρου Κυριακή**
- 6) **Μαυρουδή Κωνσταντίνα**
- 7) **Παπανικολάου Γεώργιος**

18