

Αθήνα 15-09-2014

**Διαταραχές πρόσληψης τροφής μη
προσδιοριζόμενες διαφορετικά**

Νευρογενής ανορεξία

Ιωάννα Καζάνη

Βασιλική Σπανού

Νικόλαος Τριπόδης

ISBN: 978-960-93-6364-8

Διαταραχές πρόσληψης τροφής μη προσδιοριζόμενες διαφορετικά

Νευρογενής ανορεξία

Συγγραφείς:

Ιωάννα Καζάνη, Παιδοψυχίατρος

Βασιλική Σπανού, Ψυχολόγος

Δρ. Νικόλαος Τριπόδης, Σχολικός Σύμβουλος

Επιμέλεια κειμένου:

Λαμπρινή Κούστα, Φιλολόγος

Διαταραχές πρόσληψης τροφής μη προσδιοριζόμενες διαφορετικά

▪ Γενικά για τις διαταραχές

Είναι αρκετές οι περιπτώσεις των ατόμων που προσέρχονται για θεραπεία Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής και δεν πληρούν τα επίσημα κριτήρια για τη διάγνωση Νευρογενούς Ανορεξίας ή Νευρογενούς Βουλιμίας. Η παρατήρηση αυτή εγείρει σημαντικά ερωτήματα τόσο σε θεωρητική όσο και σε πρακτική βάση: «Τι είναι η Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής;». Αν και το ερώτημα αυτό δεν έχει τύχει της αρμόζουσας προσοχής, έχει διατυπωθεί ένας λειτουργικός ορισμός των διαταραχών αυτών, ο οποίος περιγράφει τη Διαταραχή Διατροφής ως «...μια επίμονη διαταραχή της διατροφής ή της σχετιζόμενης με τη διατροφή συμπεριφοράς, η οποία οδηγεί στη διαφοροποίηση της κατανάλωσης ή της πρόσληψης τροφής και η οποία σε σημαντικό βαθμό έχει αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική υγεία ή/και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου».(4) Ο ορισμός αυτός σαφέστατα συμπεριλαμβάνει όλες τις αναγνωρισμένες ως «τυπικές» Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, αλλά επιπρόσθετα αφήνει τα περιθώρια και θέτει τη βάση για να μελετήσουμε ως Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής κι άλλα σημαντικά κλινικά προβλήματα, τα οποία μπορεί να μην πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση Νευρογενούς Ανορεξίας ή Νευρογενούς Βουλιμίας.(6) Ο όρος «άτυπες» Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής συχνά χρησιμοποιείται γι' αυτά τα προβλήματα, αν και το σύνολο των ατόμων που πάσχουν από τέτοιου είδους προβλήματα αριθμητικά ξεπερνά κατά πολύ αυτούς που πάσχουν από τις «τυπικές» Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Πρόκειται για προβλήματα που συχνά ανευρίσκονται ανάμεσα στα άτομα που ζητούν βοήθεια από επαγγελματίες ψυχολόγους ή ψυχιάτρους ή από κέντρα εξειδικευμένα στη θεραπεία Διαταραχών Διατροφής.(3,6) Η κατηγορία Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής Μη Προσδιοριζόμενες Διαφορετικά (NOS= Not Otherwise Specified) είναι μια υπολειμματική κατηγορία, στην οποία εντάσσονται αυτές οι περιπτώσεις που προαναφέρθηκαν ως «άτυπες» Διαταραχές Διατροφής.(3,8)

Στη βιβλιογραφία περιγράφονται αρκετά παραδείγματα ως περιπτώσεις άτυπων Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Ενδεικτικά αναφέρονται κάποια από αυτά:

- οι γυναίκες που υπεραπασχολούνται με το βάρος τους και κάνουν δίαιτες με αποτέλεσμα το βάρος τους να είναι πολύ χαμηλότερο από το αναμενόμενο ή το οριζόμενο ως φυσιολογικό, ωστόσο δεν έχουν εμφανίσει αμηνόρροια, γεγονός που αποκλείει τη διάγνωσή τους ως ανορεκτικές (3,6)
- ένα άτομο που πληροί όλα τα κριτήρια για τη διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας αλλά, παρότι μπορεί να έχει χάσει πολύ βάρος, συνεχίζει να εμπίπτει στην κατηγορία του μέσου-φυσιολογικού βάρους για το ύψος, την ηλικία και το φύλο του (3)
- άτομα που εμφανίζουν επεισόδια υπερφαγίας και συνακόλουθους αυτοπροκαλούμενους εμετούς, αλλά αυτές οι εκδηλώσεις είναι λιγότερο συχνές από 2 φορές την εβδομάδα ή η χρονική διάρκεια εκδήλωσης αυτών των συμπεριφορών είναι μικρότερη των 3 μηνών, γεγονός που αποκλείει τη διάγνωση της Νευρογενούς Βουλιμίας (3,6)
- ένα άτομο με κανονικό βάρος, που προβαίνει σε καθαρτικές συμπεριφορές μετά την κατανάλωση ακόμα και μικρών ποσοτήτων τροφής (3)
- κάποιος που ακολουθεί την πρακτική του να μασάει μεγάλες ποσότητες τροφής και μετά να τις φτύνει, χωρίς ποτέ να τις καταπίνει (3)
- μια κλινικά σημαντική, άτυπη Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, στην οποία σημειώνονται συχνά υπερφαγικά επεισόδια, τα οποία όμως δεν ακολουθούνται από καθαρτικές ή αντισταθμιστικές/αντιρροπιστικές συμπεριφορές, τέτοιες σαν αυτές που είναι χαρακτηριστικές στη Νευρογενή Βουλιμία πρόκειται για την επονομαζόμενη «Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας», η οποία είναι συχνή ανάμεσα σε ανθρώπους που πάσχουν από παχυσαρκία και προσέρχονται σε εξειδικευμένες κλινικές με ζητούμενο την απώλεια βάρους.(6)

Σε ό,τι αφορά την Παχυσαρκία, προς το παρόν δε θεωρείται Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Αναφέρεται σ' ένα πλεόνασμα σωματικού λίπους και αντιμετωπίζεται περισσότερο ως μια γενική ιατρική, αλλά όχι σαν μια ψυχιατρική, κατάσταση. Οι μέχρι σήμερα γνώσεις μας για την Παχυσαρκία μας έχουν οδηγήσει να την θεωρούμε ετερογενή κατάσταση σε ό,τι αφορά την

αιτιολογία της. Τα παχύσαρκα άτομα διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν μια σειρά από σοβαρά ιατρικά προβλήματα, ενώ παράλληλα γίνονται συχνά το αντικείμενο του κοινωνικού στιγματισμού και των επιπτώσεων που έχει αυτός στην ψυχολογία του ατόμου. Ωστόσο, η υπόθεση που είχε διατυπωθεί ότι η Παχυσαρκία είναι το αποτέλεσμα μιας ψυχιατρικής διαταραχής, στην οποία η κατανάλωση φαγητού στην ουσία υιοθετείται από το άτομο σαν ένας μηχανισμός αντιμετώπισης της Κατάθλιψης ή του άγχους, δεν έχει υποστηριχθεί από εμπειρικά δεδομένα.(6) Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι η Παχυσαρκία συνδέεται με κάποιο ψυχολογικό ή συμπεριφορικό σύνδρομο.(3) Συνεπώς, θα μπορούσαμε να περιγράψουμε ως πάσχοντες από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής μόνο τους ανθρώπους που πάσχουν από Παχυσαρκία αλλά ταυτόχρονα εμφανίζουν και μια ξεκάθαρη συμπεριφορική απόκλιση, η οποία έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητά τους.(6) Φαίνεται ότι υπάρχει ένα τέτοιο υποσύνολο παχύσαρκων ατόμων, που εμφανίζουν υπερφαγικά επεισόδια, καθώς και άλλα ψυχολογικά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά της Διαταραχής με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας.(3)

- **Διαταραχές με κρίσεις ανεξέλεγκτης υπερφαγίας**

Γενικά για τη διαταραχή

Πολλά από τα άτομα που θεωρούν ότι πάσχουν από Νευρογενή Βουλιμία δεν πληρούν επαρκώς τα κριτήρια για να τους δοθεί αυτή η διάγνωση, γιατί η συχνότητα των υπερφαγικών τους επεισοδίων είναι μικρότερη από 2 φορές την εβδομάδα ή γιατί αυτό που βιώνουν ως υπερφαγικό επεισόδιο, δεν περιλαμβάνει την κατανάλωση των υπερβολικών ποσοτήτων τροφής, που καταναλώνονται στα πραγματικά υπερφαγικά επεισόδια. Τα άτομα που εμφανίζουν αυτή τη συμπτωματολογία εμπίπτουν στην ευρεία και ετερογενή κατηγορία των άτυπων Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.(6)

Ο όρος «Υπερφαγική Διαταραχή» έχει προταθεί για μια ξεχωριστή άτυπη Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, η οποία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, παρόμοια με αυτά που απαντώνται στη Νευρογενή Βουλιμία, αλλά χωρίς τη συνήθη εμφάνιση των ανάρμοστων και αντισταθμιστικών συμπεριφορών.(6) Πρόκειται, λοιπόν, για μια νέα διαγνωστική κατηγορία, που έχει ενταχθεί στο DSM-IV (1) κάτω από

την ευρύτερη κατηγορία των NOS και ως μια διάγνωση που χρήζει περαιτέρω μελέτης και έρευνας, παρά ως μια επίσημη διαγνωστική κατηγορία. (1,3,8) Όπως προαναφέρθηκε, στη διαταραχή αυτή σημειώνονται επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης τροφής, τα οποία απαντώνται τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα για 6 μήνες, και συνοδεύονται από μια αίσθηση απώλειας ελέγχου ή άγχους / δυσφορίας αναφορικά με την τάση των πασχόντων να έχουν τέτοια επεισόδια, αλλά απαντώνται και άλλα χαρακτηριστικά όπως το να καταναλώνεται η τροφή με μεγάλη ταχύτητα και το άτομο να είναι πάντα μόνο κατά τη διάρκεια του υπερφαγικού επεισοδίου.(2,3) Ωστόσο σε αντίθεση με τη Νευρογενή Βουλιμία, οι αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, δε χρησιμοποιούνται για να αποτραπεί η αύξηση του βάρους, με αποτέλεσμα τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή να είναι κατά κανόνα υπέρβαρα ή και παχύσαρκα, ενώ κάποιοι υποστηρίζουν ότι δεν παρουσιάζουν την ιδιαίτερα επίμονη ενασχόληση με το σωματικό βάρος και σχήμα.(3,8) Βέβαια υπάρχουν και μελετητές που υποστηρίζουν το αντίθετο, ότι δηλαδή οι πάσχοντες από Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας εκδηλώνουν υπερβολική ενασχόληση με το βάρος του σώματος.(2)

Ένα πλεονέκτημα της εισαγωγής αυτής της διαταραχής ως διαγνωστική κατηγορία είναι ότι θα μπορούσε να δοθεί σε έναν ομολογουμένως μεγάλο αριθμό ασθενών που τώρα λαμβάνουν την ασαφή διάγνωση NOS, καθώς δεν πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας ή της Νευρογενούς Βουλιμίας.(7) Αν και αυτή η διαταραχή δεν πληρούσε τις προϋποθέσεις για την εισαγωγή της στο DSM-IV (1) ως νέα διαγνωστική κατηγορία παρουσιάζει αρκετά στοιχεία που υποστηρίζουν την αξιοπιστία της.(7)

Επιδημιολογία

Τα δεδομένα δείχνουν ότι η Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία.(3) Η Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας φαίνεται να είναι περισσότερο συχνή από ότι οι 2 τυπικές Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (Νευρογενής Ανορεξία και Νευρογενής Βουλιμία).(2,3) Τα ποσοστά που δίνουν οι έρευνες κυμαίνονται μεταξύ του 0.7% και του 4% σε ότι αφορά τα δείγματα του γενικού πληθυσμού.(3) Επίσης, φαίνεται να είναι πιο συχνή στις

γυναίκες από ότι στους άνδρες, καθώς 2% - 5% των ενήλικων γυναικών θεωρείται ότι πάσχουν από αυτή τη διαταραχή.(2,3) Ωστόσο σε ότι αφορά τους άνδρες που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής φαίνεται η διαταραχή αυτή στον πληθυσμό αυτό να κατέχει τα πρωτεία εμφανίζοντας ένα ποσοστό σαφέστατα υψηλότερο από οποιαδήποτε άλλη Διαταραχή Διατροφής.(3) Ενδεικτικά αναφέρεται ότι για αυτό τον πληθυσμό των ανδρών που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής το ποσοστό επιπολασμού της Διαταραχής με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας είναι 35% ενώ το ποσοστό της Νευρογενούς Βουλιμίας για τον ίδιο πληθυσμό είναι 10%.(3)

Από τα δεδομένα των ερευνών προκύπτει ότι περίπου 30% των ατόμων που αναζητούν θεραπεία για την παχυσαρκία πληρούν τα υπάρχοντα κριτήρια για τη διάγνωση αυτής της διαταραχής.(3) Σε δείγμα του γενικού πληθυσμού βρέθηκε ότι 6% των ατόμων που έχουν επιτυχημένες δίαιτες (δηλαδή ατόμων που, μετά την απώλεια βάρους μέσω δίαιτας, κατόρθωσαν να διατηρήσουν σταθερό το βάρος τους για περισσότερο από 1 χρόνο) και 19% των ατόμων που είχαν αποτυχημένες δίαιτες, έλαβαν διάγνωση της Διαταραχής με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας.(5)

Συνοσηρότητα

Η διαταραχή αυτή φαίνεται να συνδέεται με την παχυσαρκία και συχνά οι πάσχοντες παρουσιάζουν ένα ιστορικό ασταθούς βάρους.(2)

Συχνά σημειώνεται στα άτομα που πάσχουν από Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας μειωμένη επίδοση στην επαγγελματική δραστηριότητα και γενικότερα αναφέρουν προβλήματα στο εργασιακό περιβάλλον. Η διαταραχή αυτή φαίνεται να συνδέεται και με μειωμένη επίδοση στην κοινωνική δραστηριότητα και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.(2,3) Πρόκειται συχνά για άτομα που υποφέρουν από αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης.(3)

Ένα μεγάλο ποσοστό αυτών που πάσχουν από τη διαταραχή αυτή έχουν ιστορικό και κάποιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής του Άξονα I, με συχνότερη από αυτές τη Μείζονα Κατάθλιψη.(2,3) Συνοσηρότητα, επίσης, σημειώνεται και με διαταραχές του Άξονα II (π.χ. με Διαταραχές Προσωπικότητας).(3) Τέλος, στους πάσχοντες συχνά σημειώνονται και προβλήματα κατάχρησης και εξάρτησης από ουσίες.(2,3)

Διαφοροδιάγνωση

Η Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας διαφοροποιείται από:

1. τη Νευρογενή Ανορεξία, καθώς δεν υπάρχει απώλεια βάρους
2. τη Νευρογενή Βουλιμία, καθώς δεν υπάρχει καθαρτική συμπεριφορά.(2)

Πορεία της διαταραχής και πρόγνωση

Η διαταραχή τυπικά ξεκινά στα τέλη της εφηβείας ή στην αρχή της νεαρής ενήλικης ζωής και φαίνεται να ακολουθεί μια μάλλον χρόνια πορεία.(3)

Θεραπεία

Σε ότι αφορά τη φαρμακοθεραπεία, ο ρόλος των αντικαταθλιπτικών στη θεραπεία αυτής της διαταραχής δεν είναι ξεκάθαρος. Λαμβάνοντας, όμως, υπόψιν την αποτελεσματικότητά τους στη θεραπεία της Νευρογενούς Βουλιμίας, μπορούμε να διατηρούμε ελπίδες.(3)

Όσον αφορά τις διάφορες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, φαίνεται ότι τα άτομα, που πάσχουν από Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας, σε αντίθεση με τα άτομα, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία ή Νευρογενή Βουλιμία, αναπτύσσουν μια περισσότερο θετική σχέση με τους θεραπευτές τους. Θα πρέπει ο θεραπευτής ωστόσο να αναμένει ότι η βελτίωση της ιατρικής συμπτωματολογίας μπορεί να ακολουθηθεί από μια τάση του ατόμου να εστιάζει όλο και περισσότερο στα σωματικά συμπτώματα. Τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή εμφανίζουν αρκετά και σοβαρά σωματικά προβλήματα, με αποτέλεσμα όλες οι άλλες πτυχές της ζωής τους να φαίνονται στα μάτια τους ασήμαντες. Όπως συμβαίνει γενικότερα με τους πάσχοντες από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, έτσι και τα άτομα, που πάσχουν από Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας, αισθάνονται ντροπή για το σώμα τους. Ωστόσο, σπάνια αισθάνονται ως επίτευγμα το ότι έχουν τον έλεγχο του σώματός τους κι αυτό είναι ένα χαρακτηριστικό που απαντάται συχνά στα άτομα που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία ή Νευρογενή Βουλιμία.(3)

Η Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας αναμένεται να συνεχίσει να έλκει το ενδιαφέρον των ερευνητών και να συμπεριληφθεί ως μια ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία στην αναθεώρηση του DSM-IV.(2)

Βιβλιογραφία

1. American Psychological Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition), Washington, DC: American Psychological Association, 1994
2. Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
3. Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange. p.p. 183-192
4. Fairburn CG, Walsh BT: Atypical eating disorders. In Brownell KD, Fairburn CG (eds): Eating disorders and Obesity: A comprehensive Textbook. New York: Guildford Press, 1995: 135 cited in Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A. (2000). "Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials". USA: W.B. Saunders Company. p.p. 447-459
5. Ferguson, K.J., & Spitzer, R.L. (1995) Binge eating disorder in a community-based sample of successful and unsuccessful dieters. International Journal of Eating Disorders, 18, 167-172 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
6. Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A. (2000). "Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials". USA: W.B. Saunders Company. p.p. 447-459
7. Spitzer, R.M., Stunkard, A., Yanovski, S., Marcus, M.D., Wadden, T., et al. (1993) Binge eating disorders should be included in DSM-IV. International Journal of Eating Disorders, 13, 161-169 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
8. Χριστοδούλου, Γ.Ν. & συνεργάτες (2004). «Ψυχιατρική». Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις. σελ. 482-496

Νευρογενής ανορεξία

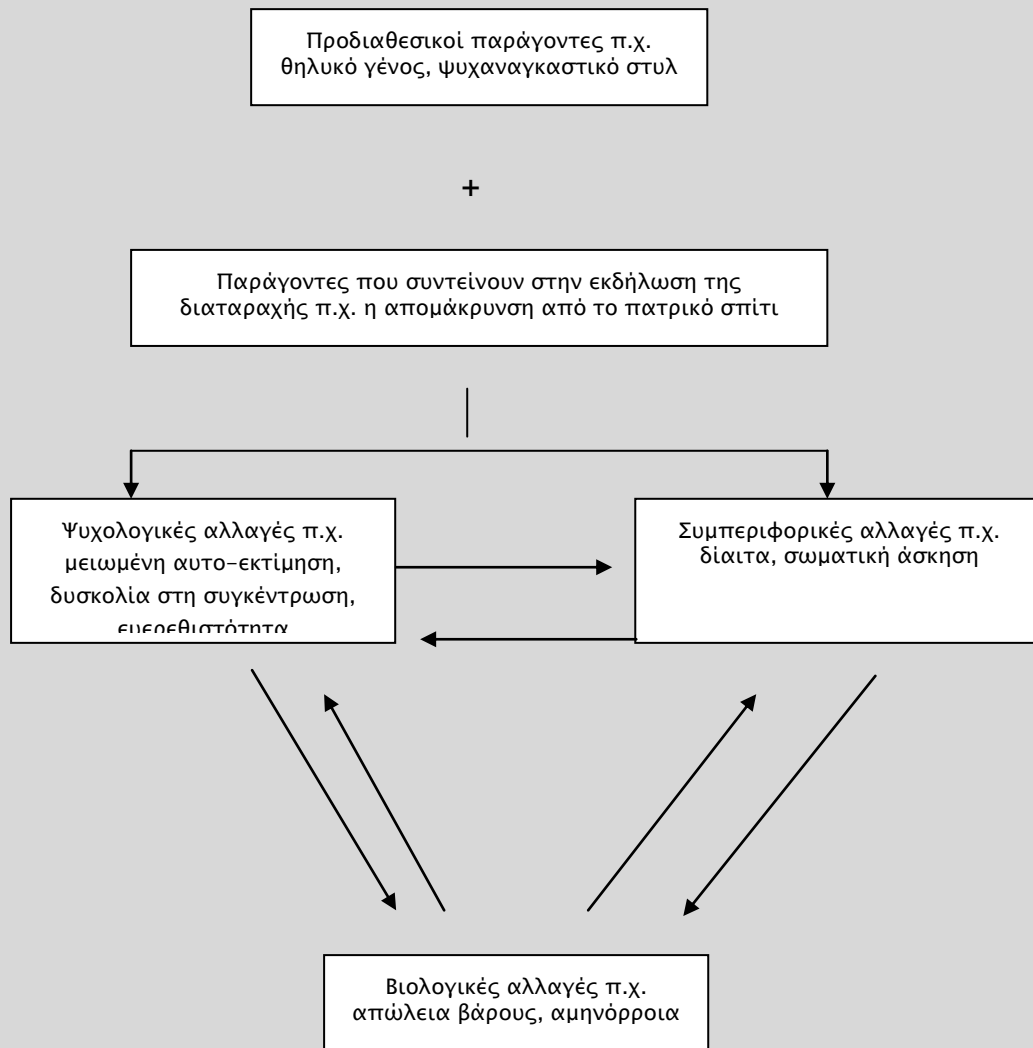
▪ Ιστορική αναδρομή

Οι περιγραφές περιστατικών, που θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν ως περιστατικά Νευρογενούς Ανορεξίας, ανευρίσκονται πολλά χρόνια πριν. Το 1689, σε μια διατριβή με θέμα την κατανάλωση, ο Richard Morton περιέγραψε την περίπτωση μιας 18χρονης κοπέλας που εμφάνιζε αμηνόρροια και αυτοπροκαλούμενη απώλεια βάρους. Ο Morton απέδωσε την απώλεια βάρους της κοπέλας σε μια «πληθώρα από ανησυχίες και πάθη που κατέκλυζαν το μυαλό της» αυτή η νεαρή γυναίκα τελικά κατέληξε εξαιτίας της ασθένειάς της, την οποία ο Morton αποκάλεσε «νευρική κατανάλωση» αναγνωρίζοντας έτσι τους σημαντικούς ψυχολογικούς παράγοντες.(61) Μετά την πρώτη αυτή επίσημη αναφορά σε τέτοιο περιστατικό, το 1873 ο καθηγητής της Ιατρικής στο Παρίσι Ernest Laségue δημοσίευσε άρθρο του με τίτλο «Περί της Υστερικής Ανορεξίας». Στο άρθρο αυτό ο Laségue περιέγραφε 8 περιπτώσεις ασθενών, κυρίως νεαρών γυναικών, στις οποίες η έναρξη της νόσου είχε προκληθεί από κάποιο συγκινησιακό ερέθισμα, εστιάζοντας και αυτός με κάποιο τρόπο στους υποβόσκοντες ψυχολογικούς παράγοντες έναρξης της νόσου. Ο Laségue έδωσε έμφαση στο αίσθημα ικανοποίησης, που βίωναν οι ίδιοι οι ασθενείς για την κατάστασή τους, το οποίο αίσθημα ερχόταν σε αντίθεση με την έντονη ανησυχία και τις απειλές των μελών της οικογένειάς τους.(98)

Το σύνδρομο της Νευρογενούς Ανορεξίας αναγνωρίστηκε ξεκάθαρα και χρησιμοποιήθηκε αυτός ο όρος για την ονομασία του στα τέλη του 19^{ου} αιώνα.(47) Ο πρώτος, που χρησιμοποίησε τον όρο «anorexia nervosa», ήταν ο Sir William Gull, ένας γιατρός του νοσοκομείου Guy's του Λονδίνου, σε άρθρο που δημοσιεύθηκε το 1874. Στο άρθρο αυτό περιέγραφε τα ιστορικά 4 περιπτώσεων εκ των οποίων η μία είχε καταλήξει στο θάνατο. Οι κλινικές περιγραφές του Gull ήταν παρόμοιες με αυτές του Laségue.(98) Τα κυρίαρχα κλινικά χαρακτηριστικά, που περιγράφηκαν σχεδόν 100 χρόνια πριν, έχουν αξιοσημείωτη ομοιότητα με αυτά που παρουσιάζονται στους ασθενείς σήμερα. Είναι πιθανό κάποιες περιπτώσεις Νευρογενούς Ανορεξίας μπορεί να είχαν αναγνωρισθεί και πριν τον 19^ο αιώνα.(47)

Μετά τις περιγραφές του 19^{ου} αιώνα, η νοσολογική οντότητα της Νευρογενούς Ανορεξίας συσκοτίστηκε καθώς υπήρξε σύγχυση της νόσου αυτής με την πανυποφυσιακή καχεξία, την οποία περιέγραψε ο Simmonds το 1914. Λίγα χρόνια αργότερα, το 1949, διαφοροποιείται η έννοια της Νευρογενούς Ανορεξίας από τη γενικευμένη υπολειτουργία της υπόφυσης, αλλά το γεγονός ότι ο όρος «ανορεξία» παρέπεμπε σε μια υπεργενικευμένη αποφυγή λήψης τροφής συνέβαλε στην παράταση της σύγχυσης μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1970. Τα πράγματα άρχισαν να ξεκαθαρίζουν με τη βοήθεια κάποιων σημαντικών θεωρητικών όπως η Bruch (1966), που μέσα από τις εργασίες της περιέγραψε τη χαρακτηριστική «ανυποχώρητη επιδίωξη της ισχύτητας», ο Grisp (1967), που αναγνώρισε τον καθοριστικό ρόλο της «φοβίας του πάχους», και ο Russell με τις δημοσιεύσεις του κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970. Οι προαναφερθέντες καθώς κι άλλοι θεωρητικοί με το έργο τους συνέβαλλαν στο να τεθούν οι βάσεις για την κατανόηση της νοσολογικής οντότητας της «πρωτοπαθούς» Νευρογενούς Ανορεξίας και στη συνέχεια να αναγνωρισθούν και να καθοριστούν τα κριτήρια για τη διάγνωσή της.(98)

Η μακρά ιστορία της Νευρογενούς Ανορεξίας υποδεικνύει ότι, αν και σημειώνονται αλλαγές στις κοινωνικές νόρμες σχετικά με το τι είναι αισθητικά επιθυμητό και οι νόρμες αυτές μπορεί να έχουν παίξει κάποιο ρόλο στην αύξηση της συχνότητας της Νευρογενούς Ανορεξίας, τελικά δε φαίνεται οι νόρμες αυτές να εξηγούν την αρχική εμφάνιση του συνδρόμου.(47)



▪ Γενικά για τη διαταραχή

Τη στιγμή που η παχυσαρκία φαίνεται να είναι το πιο συχνό πρόβλημα σε ότι αφορά την πρόσληψη τροφής, το αντίθετο πρόβλημα φαίνεται να αναδύεται με τη μορφή της Νευρογενούς Ανορεξίας και της Νευρογενούς Βουλιμίας. Και οι δύο αυτές διαταραχές έχουν σαν κεντρικό θέμα την παθολογική επιθυμία να αποτραπεί η αύξηση του σωματικού βάρους.(2) Η Νευρογενής Ανορεξία έχει αναγνωριστεί εδώ και πολλές δεκαετίες και οι περιγραφές της νόσου σε διάφορα άτομα παρουσιάζουν μια εντυπωσιακή ομοιομορφία. Οι γυναίκες φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά της νόσου σε σύγκριση με τους άνδρες, ενώ η έναρξη της νόσου επισυμβαίνει συνήθως στην εφηβεία. Έχουν μάλιστα διατυπωθεί υποθέσεις οι οποίες καθιστούν τις ενδοψυχικές συγκρούσεις, που βιώνει το κορίτσι καθώς μεταβαίνει προς την ενηλικίωση, ως υπεύθυνες για την εκδήλωση της νόσου.(98)

Ας φανταστούμε ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής σχηματίζουν ένα συνεχές, που περιλαμβάνει σοβαρές διαταραχές στη διατροφή και στο βάρος καθώς και σοβαρή υποβόσκουσα ψυχοπαθολογία. Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό των διαταραχών αυτών είναι ο διαταραγμένος τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται και βιώνουν οι πάσχοντες το σωματικό τους βάρος και σχήμα. Στο συνεχές, λοιπόν, που περιγράψαμε πριν και στο άκρο του, που καταλήγει στις πιο σοβαρές διαταραχές, τοποθετείται η υπερβολική απώλεια βάρους, χαρακτηριστική της Νευρογενούς Ανορεξίας.(22) Ο όρος «ανορεξία» αναφέρεται στην απώλεια της όρεξης» και ο όρος «νευρογενής» υποδηλώνει το συναισθηματικό υπόβαθρο. Για πολλούς ο όρος αυτός είναι κατά κάποιο τρόπο «ατυχής» ή «ανακριβής» δεδομένου ότι πολλοί λίγοι πάσχοντες πράγματι χάνουν την όρεξή τους, παρά μόνο όταν η νόσος έχει εγκατασταθεί σταθερά στο άτομο. Μάλλον το αντίθετο συμβαίνει τις περισσότερες φορές, δηλαδή οι ασθενείς αυτοί λιμοκτονούν και πολλές είναι οι φορές που θα πρέπει να επιδείξουν μεγάλη αυτοσυγκράτηση για να υπερνικήσουν το αίσθημα της πείνας που τους διακατέχει.(15,22) Η απίσχνανση, που παρατηρείται, λοιπόν, στη νόσο αυτή, μπορεί να προκληθεί από την αυστηρή στέρηση τροφής, δηλαδή τη νηστεία στην οποία αυτουποβάλλεται το άτομο (Περιοριστικός Τύπος) ή μπορεί να προκληθεί όταν το άτομο επιδίδεται σε καθαρτικές συμπεριφορές μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο ή μετά από ένα κανονικό ή μικρό γεύμα (Υπερφαγικός / Καθαρτικός Τύπος).(22) Είναι πολλοί οι ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία και επιδεικνύουν υπερβολική ενασχόληση με το φαγητό. Η ενασχόληση αυτή μπορεί να εκδηλώνεται με συμπεριφορές όπως το να διαβάζουν βιβλία μαγειρικής συνεχώς, να προετοιμάζουν πολύπλοκες συνταγές και εξεζητημένα γεύματα για τις οικογένειές τους κ.α. (15)

Ένα άλλο πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό της Νευρογενούς Ανορεξίας είναι η έντονη και σοβαρή διαταραχή στην αντίληψη της εικόνας του σώματος και η ανυποχώρητη επιδίωξη της λεπτότητάς του. Η βασική αυτή διαταραχή, που θα μπορούσε να γίνει κατανοητή ως «παράλογος φόβος του πάχους», οδηγεί το άτομο σε σκόπιμα αυτοεπιβαλλόμενο περιορισμό στην πρόσληψη τροφής και σε κατανάλωση τροφών μετά από προσεκτική επιλογή τους τόσο σε ό,τι αφορά την ποιότητα όσο και σε ό,τι αφορά την ποσότητα τους, έτσι ώστε να οδηγείται το άτομο σε σταδιακή απώλεια βάρους και τελικά στην

απίσχυανση, καθώς προοδευτικά έχει οδηγηθεί σε κατάσταση λιμοκτονίας.(2,47,98) Βέβαια η απώλεια βάρους δεν έρχεται χωρίς αρνητικές συνέπειες για τον οργανισμό του ατόμου. Η αποδυνάμωση του οργανισμού καθιστά το άτομο ευάλωτο στις μολύνσεις, αλλά αυτό δεν είναι το μοναδικό σύμπτωμα της σοβαρής στέρσης τροφής. Υπάρχουν σοβαρές περιπτώσεις κατά τις οποίες το άτομο μπορεί ακόμα και να καταλήξει στο θάνατο εξαιτίας της αποδυνάμωσης αυτής. Δεν είναι τυχαίο ότι οι πρωτοπόροι ερευνητές της Νευρογενούς Ανορεξίας την περιέγραψαν ως «την αέναη επιδίωξη του αδυνατίσματος μέσω της στέρσης τροφής, ακόμα και μέχρι το θάνατο».(2,6)

▪ **Επιδημιολογία**

Η Νευρογενής Ανορεξία θεωρείται μια μάλλον σπάνια ασθένεια. (2,22,47) Ακόμα και ανάμεσα στις λεγόμενες ομάδες υψηλού κινδύνου (έφηβες κοπέλες και νεαρές ενήλικες γυναίκες) ο επιπολασμός της αυστηρώς ορισμένης Νευρογενούς Ανορεξίας μόλις που αγγίζει το 0,5%.(47) Σε ότι αφορά το γενικό πληθυσμό, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία εκτιμά ότι ο επιπολασμός κυμαίνεται από 0,5%-1%, ποσοστό που επιβεβαιώνεται και από τις επιδημιολογικές μελέτες.(2,15,22,41,46,90,98) Θα πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι, όσον αφορά τις άτυπες μορφές εκδήλωσης της διαταραχής, οι οποίες εντάσσονται στην κατηγορία NOS (Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής Μη Προσδιοριζόμενες Διαφορετικά) γιατί δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια, φαίνεται να καταγράφονται σε πολύ μεγαλύτερες συχνότητες απ' ότι η τυπική ολοκληρωμένη κλινική μορφή εκδήλωσης της Νευρογενούς Ανορεξίας (22,46,98) το ποσοστό επιπολασμού για τις υποτυπώδεις αυτές μορφές Νευρογενούς Ανορεξίας είναι αρκετά μεγαλύτερο από τα προαναφερθέντα ποσοστά και εκτιμάται ότι αγγίζει το 5%.(1,46,47,98)

Αν λοιπόν ισχύουν τα παραπάνω, και η Νευρογενής Ανορεξία είναι μια σπάνια ασθένεια, πώς δικαιολογείται το αυξανόμενο ενδιαφέρον των ειδικών και της ευρύτερης κοινωνίας γι' αυτή τη νόσο; Παρά τη μάλλον σπάνια εμφάνισή της, η πλειονότητα των ερευνών δείχνει ότι τα ποσοστά εμφάνισης της Νευρογενούς Ανορεξίας έχουν σημειώσει σημαντική αύξηση τα τελευταία 50 χρόνια, με αυξανόμενες αναφορές σε κορίτσια ακόμα και της προεφηβικής ηλικίας αλλά και στους άρρενες.(22,46,47,98) Προς απογοήτευση των ερευνητών, οι πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι περιορισμοί στο φαγητό, τα υπερφαγικά επεισόδια, οι καθαρτικές συμπεριφορές και η διαστρεβλωμένη

αυτοεικόνα, που παλαιότερα θεωρούνταν ως διαταραχές της εφηβείας και της νεαρής ενήλικης ζωής, έχουν αρχίσει να κάνουν αισθητά την εμφάνισή τους ακόμα και σε κορίτσια ηλικίας 9 ετών.(22) Υπολογίζεται ότι στην Ευρώπη για κάθε 100.000 κατοίκους αναλογούν 1,5-5 καινούρια περιστατικά Νευρογενούς Ανορεξίας.(46) Το φαινόμενο αυτό συχνά αποδίδεται στις αλλαγές που έχουν σημειωθεί στις νόρμες της κοινωνίας για το ιδανικό – επιθυμητό σωματικό σχήμα και βάρος.(46,47,98)

Σε ό,τι αφορά το φύλο, η Νευρογενής Ανορεξία φαίνεται από τις έρευνες ότι πλήττει κυρίως τις γυναίκες, οι οποίες φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην ανάπτυξη Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής γενικά η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών, που έχουν διαγνωσθεί με Νευρογενή Ανορεξία, κυμαίνεται από 1:10 έως 1:20.(2,15,22,41,47,90,98) Οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 90% των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με κάποια από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.(22) Η διαταραχή βέβαια εμφανίζεται και σε αγόρια εφήβους, αλλά και σε αυτές τις ηλικίες ισχύει το ότι τα περιστατικά είναι 15-20 φορές λιγότερο συχνά απ' ό,τι στα κορίτσια της εφηβείας.(24,46) Οι διαφορές στον επιπολασμό της Νευρογενούς Ανορεξίας μεταξύ του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού μάλλον αντανακλούν τη μεγαλύτερη έμφαση που δίνουν οι γυναίκες στα πρότυπα που προβάλλει η κοινωνία για το τι θεωρείται ελκυστικό – επιθυμητό τα πρότυπα αυτά είναι γνωστό ότι εδώ και δεκαετίες προβάλλουν τη λεπτόσωμη σιλουέτα σαν ιδανικό, και είναι πολλές οι ερευνητικές μελέτες που δείχνουν ότι η υπέρμετρη ενασχόληση με την τροφή και το βάρος είναι εντυπωσιακά συχνή ανάμεσα στο γυναικείο πληθυσμό.(15,22) Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι η Νευρογενής Ανορεξία εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε νεαρές κοπέλες που ασχολούνται με επαγγέλματα που απαιτούν λεπτά σώματα όπως είναι τα μοντέλα, οι χορεύτριες μπαλέτου, οι αθλήτριες ορισμένων αθλημάτων (π.χ. ρυθμικής) κ.α.(47) Κάτι ανάλογο ισχύει, όπως θα δούμε παρακάτω και για τους άνδρες που κινούνται σε συγκεκριμένους επαγγελματικούς χώρους.

Λίγες έρευνες έχουν εστιάσει στο να κατανοήσουμε γενικά τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στους άνδρες. Ίσως αυτό να οφείλεται στα χαμηλά ποσοστά εμφάνισης π.χ. της Νευρογενούς Ανορεξίας στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Είναι γεγονός όμως ότι εντείνονται οι υποψίες ανάμεσα στους επαγγελματίες που ασχολούνται με τη θεραπεία ανδρών

πασχόντων ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στους άνδρες καταγράφονται σε μικρότερο βαθμό, ο οποίος βαθμός δεν αντανακλά τα πραγματικά ποσοστά. Για τους επαγγελματίες αυτούς ψυχοθεραπευτές αναμένεται ότι είναι απρόσμενα υψηλό το ποσοστό εμφάνισης αυτών των διαταραχών ανάμεσα σε συγκεκριμένες υπο-ομάδες ανδρών. Για παράδειγμα, πρόσφατες έρευνες αναφέρουν αρκετά υψηλά ποσοστά ομοφυλόφιλων ανδρών που πάσχουν από κάποια από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Επίσης, οι αναβάτες ιππασίας, οι παλαιστής, οι χορευτές, οι body builders, οι παρουσιαστές κι άλλες ομάδες επαγγελματιών, που καλούνται να χάνουν βάρος ή να διατηρούν ένα ιδανικό βάρος για ν' ανταποκριθούν στις επαγγελματικές απαιτήσεις, να είναι ανταγωνιστικοί και να επιτύχουν τους επαγγελματικούς στόχους τους, είναι επίσης ευάλωτοι στο να αναπτύξουν τέτοιες διαταραχές και θα πρέπει να εντάσσονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου.(22) Όταν η Νευρογενής Ανορεξία απαντάται στους άνδρες, η συμπτωματολογία και τα συνοδά χαρακτηριστικά, όπως οι αναφορές για ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, είναι όμοια με αυτά που αναφέρονται και στις γυναίκες πάσχουσες.(15,65) Η εκδήλωση της νόσου, ωστόσο, μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να διαφοροποιείται στους άνδρες. Για παράδειγμα έχει παρατηρηθεί ότι οι άνδρες γενικότερα ασχολούνται λιγότερο μ' ένα συγκεκριμένο προκαθορισμένο ιδανικό βάρος ή το μέγεθος των ρούχων που φοράνε και είναι περισσότερο ανήσυχοι για τη γράμμωση των μυών τους και την αποφυγή εναπόθεσης λίπους σε συγκεκριμένα σημεία του σώματός τους.(22)

Η Νευρογενής Ανορεξία παρατηρείται κατεξοχήν στις δυτικές πολιτισμικές κοινωνίες, δηλαδή τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα σε βιομηχανικές, πλούσιες, ανεπτυγμένες χώρες σε σύγκριση με αναπτυσσόμενες χώρες, όπου φαίνεται να σπανίζει.(98) Ακόμα και μέσα σ' αυτές τις ανεπτυγμένες χώρες είναι πιο συχνή στα υψηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα.(47) Το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχόντων είναι γυναίκες της Καυκάσιας φυλής και μέσης ή ανώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξης.(2,22) Ίσως αυτό να συνδέεται με το γεγονός ότι η Νευρογενής Ανορεξία είναι περισσότερο πιθανό να αναπτυχθεί σε ένα περιβάλλον όπου υπάρχει πληθώρα διαθέσιμου φαγητού αλλά στο οποίο το να είναι οι γυναίκες λεπτές με κάποιο τρόπο εξισώνεται με το υψηλό ή ξεχωριστό επίτευγμα.(47) Ωστόσο, τα δεδομένα των ερευνών για

τη Νευρογενή Ανορεξία φαίνεται ότι αλλάζουν σημαντικά σε ό,τι αφορά παραμέτρους όπως η εθνικότητα, η κοινωνικοοικονομική τάξη και το φύλο.(22)

▪ Διάγνωση

Σύμφωνα με τα κριτήρια του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM IV) ο ασθενής θα πρέπει να παρουσιάζει σωματικό βάρος σε σημαντικό βαθμό χαμηλότερο απ' αυτό που θεωρείται φυσιολογικό για την ηλικία και το ύψος του.(1) Δεν είναι δυνατό να οριστεί μια συγκεκριμένη απώλεια βάρους που να εφαρμοστεί ως κριτήριο για κάθε άτομο υπο αξιολόγηση, αλλά το DSM-IV μας παρέχει ως οδηγό το 85% του αναμενόμενου φυσιολογικού βάρους.(47) Έτσι, το άτομο που προσέρχεται για αξιολόγηση κι έχει χάσει το 15% του ελάχιστου φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του πληροί το εν λόγω κριτήριο.(2,22) Στην πραγματικότητα είναι πολλοί οι ασθενείς που φθάνουν στο σημείο να ζυγίζουν λιγότερο από το 50% του μέσου αναμενόμενου φυσιολογικού βάρους.(2) Η απώλεια αυτή βάρους συνήθως επιτυγχάνεται μέσω δίαιτας, κατά την οποία φροντίζουν να υπάρξει ένας αυστηρός περιορισμός των θερμίδων που καταναλώνουν έτσι ώστε να παραμένουν μέσα στα όρια μιας εξαντλητικής δίαιτας, η οποία περιλαμβάνει έναν πολύ περιορισμένο αριθμό τροφών (π.χ. συνήθως απαγορεύονται οι υδατάνθρακες και τα λίπη).(15,22) Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως υιοθετούνται κι άλλες πρακτικές, που προάγουν την απώλεια βάρους, κι έτσι μέρος της εικόνας του πάσχοντος μπορεί να αποτελούν και οι καθαρτικές συμπεριφορές (π.χ. αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, χρήση διουρητικών, υπακτικών, υποκλυσμών, εμετικών κ.α.) και η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας (π.χ. υπερβολική, εξοντωτική εκγύμναση, τελετουργική υπερκινητικότητα κ.α.), που μπορεί να φθάσει στο σημείο της στέρησης ακόμα και του ύπνου προκειμένου να ικανοποιηθεί το αίτημα για σωματική δραστηριότητα και τελικά το άτομο οδηγείται στην εξουθένωση.(15,22) Οι διαταραχές ύπνου, η απώλεια της σεξουαλικής παρόρμησης και η μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και εγρήγορσης είναι συμπτώματα που συχνά αναφέρονται από ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία.(22)

Παρά το υπερβολικά χαμηλό βάρος του σώματός τους, τα άτομα, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, ανησυχούν υπερβολικά μήπως πάρουν

βάρος και παχύνουν, φοβούνται ότι θα γίνουν υπέρβαροι και είναι αξιοσημείωτο ότι αυτός ο έντονος και επίμονος «φόβος του πάχους», όπως αποκαλείται, όχι μόνο δε μειώνεται σε ένταση και ισχύ με την απώλεια βάρους, αντιθέτως, κατά ένα περίεργο τρόπο, όσο το βάρος τους μειώνεται ο φόβος αυτός εντείνεται.(15,22,47)

Ο φόβος αυτός σχετίζεται με τη διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα των πασχόντων, στους οποίους είναι χαρακτηριστική η διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο αξιολογούν και βιώνουν το σωματικό τους σχήμα και βάρος. Για παράδειγμα, παρότι το βάρος τους είναι πολύ χαμηλότερο από το φυσιολογικό και σε κάποιες περιπτώσεις έχουν αποστεωνθεί, τα άτομα, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, συχνά νιώθουν το σώμα τους ή ένα μέρος του σώματός τους (συνήθως κοιλιά, γλουτούς, μηρούς) σαν να είναι πολύ βαρύ, πολύ χοντρό.(15,47) Για να μπορούν να ελέγχουν το σχήμα του σώματός τους, οι ασθενείς φροντίζουν να ζυγίζονται τακτικά, μετρούν με μεζούρα την περίμετρο διαφόρων μερών του σώματός τους και κοιτούν επίμονα και συχνά επικριτικά το είδωλό τους στον καθρέφτη.(15)

Τα άτομα, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, είναι απολύτως απορροφημένα με την τροφή και ένδειξη αυτού αποτελεί το γεγονός ότι υπολογίζουν με ιδιαίτερη προσοχή τις θερμίδες οποιασδήποτε τροφής πρόκειται να καταναλώσουν. Κάποιες φορές μάλιστα αυτή η ανησυχία φθάνει τα όρια της εμμονής. Για παράδειγμα, ένας ασθενής χαρακτηριστικά είπε: «δε θα γλύψω το γραμματόσημο... δεν μπορεί κανείς να γνωρίζει που μπορεί να κρύβονται οι θερμίδες».(2,22,6) Η εμμονή αυτή με το φαγητό και την πιθανή αύξηση του βάρους τους μπορεί να οδηγήσει και σε ψυχαναγκαστική συμπεριφορά σε ότι αφορά την εκγύμναση, για την οποία πολλές φορές μπορούν να αφιερώσουν πολλές ώρες την ημέρα.(2,55) Η αυτοεκτίμησή τους, άλλωστε, είναι στενά συνδεδεμένη με τη διατήρηση του χαμηλού σωματικού βάρους.(15)

Σε ό,τι αφορά ειδικά τις γυναίκες, προκειμένου να διαγνωστεί η Νευρογενής Ανορεξία θα πρέπει, εκτός της σημαντικής απώλειας βάρους, να παρουσιάζουν και αμηνόρροια.(2) Η υπερβολική από-δυνάμωση συχνά προκαλεί αμηνόρροια, αλλά, ακόμα και στις περιπτώσεις που δε σημειώνεται αμηνόρροια, μπορεί να υπάρ-χουν ανωμαλίες στον περιοδικό κύκλο.(15)

Ορισμένοι από τους πάσχοντες, που σύμφωνα με κάποιες εκτιμήσεις φθάνουν το 50%, χάνουν περιστασιακά τον έλεγχο στον περιορισμό της τροφής τους και οδηγούνται σε υπερφαγικά επεισόδια και καθαρτικές συμπεριφορές.(22) Έτσι, προκύπτουν οι 2 Τύποι της Νευρογενούς Ανορεξίας, τους οποίους αναγνωρίζει και διαχωρίζει το DSM-IV.(15,22) Το DSM-IV ορίζει ότι τα άτομα που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία θα πρέπει να διακρίνονται βάσει ενός από δύο διαστάσεις, τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο ή τον Περιοριστικό Τύπο. Οι διαφορές μεταξύ των δύο υποτύπων, που μπορούν να στηρίξουν την αξιοπιστία αυτού του διαχωρισμού, είναι πολλές.(15,47)

Περιοριστικός Τύπος

Στον Περιοριστικό Τύπο η απώλεια βάρους είναι αποτέλεσμα του αυστηρού περιορισμού στην πρόσληψη τροφής.(15) Στο άτομο, που εμφανίζει αυτόν τον Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας και αυτοαξίας συνδέεται άρρηκτα με το βαθμό στον οποίο μπορεί να ελέγξει το σωματικό βάρος και σχήμα. Το άτομο αισθάνεται περήφανο και αποκτά την αίσθηση της αυτοκυριαρχίας όταν το βάρος του αρχίζει να μειώνεται, ενώ αντίθετα όταν το βάρος του αυξάνεται το άτομο κατακλύζεται από συναισθήματα αποτυχίας και την εντύπωση ότι δεν είναι πλέον αποδεκτό από τους οικείους και το κοινωνικό σύνολο.(22) Στα άτομα, που εμφανίζουν τον Περιοριστικό Τύπο, είναι σπάνιο να εκδηλωθούν επεισόδια υπερφαγίας ή καθαρτικών συμπεριφορών, και σε σύγκριση με τα άτομα, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο, δεν είναι πολύ επιρρεπείς στη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, εμφανίζουν όμως μικρότερη συναισθηματική αστάθεια και είναι λιγότερο ενεργοί σεξουαλικά. Υπάρχουν ακόμα ενδείξεις ότι οι δύο αυτοί υποτύποι μπορεί να διαφέρουν στον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή.(47)

Υπερφαγικός / Καθαρτικός Τύπος

Στον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο το άτομο παρουσιάζει τακτικά υπερφαγικά επεισόδια και συνακόλουθες καθαρτικές συμπεριφορές. (13,15,19,74) Οι βουλιμικοί ανορεκτικοί ξεκινούν συχνά ως περιοριστικοί και τελικά προχωρούν προς τα υπερφαγικά επεισόδια και τις καθαρτικές συμπεριφορές, όταν στα μεσοδιαστήματα της πλήρους αποστέρησης τροφής αισθάνονται ανίκανοι πλέον να διατηρήσουν απόλυτο έλεγχο της τροφής που

καταναλώνουν. Υπάρχουν αρκετά χαρακτηριστικά βάσει των οποίων διακρίνεται ο Τύπος αυτός της Νευρογενούς Ανορεξίας από τον Περιοριστικό Τύπο. Οι ασθενείς, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας, είναι πιθανότερο να νοσούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, απαιτούν μεγαλύτερη συχνότητα στις θεραπευτικές συναντήσεις, βιώνουν υψηλότερο βαθμό συναισθηματικής δυσφορίας και έχουν λιγότερο καλή πρόγνωση απ' ό,τι τα άτομα που εμφανίζουν τον Περιοριστικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας.(22) Γενικότερα, σαν ομάδα, τα άτομα, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο, έχουν περισσότερο αποδιοργανωμένη προσωπική ζωή και περισσότερο διαταραγμένο οικογενειακό ιστορικό, ασθενούν με μεγαλύτερη συχνότητα και εν γένει εκδηλώνουν εντονότερη ψυχοπαθολογία (π.χ. εμφανίζουν συχνότερα Διαταραχές Προσωπικότητας) απ' ό,τι τα άτομα, που πάσχουν από τον Περιοριστικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας. Επιπροσθέτως, εμφανίζονται λιγότερο ικανοί να διατηρήσουν με επιτυχία αυστηρό έλεγχο σε ό,τι αφορά τη συμπεριφορά τους και τις παρορμήσεις τους και είναι περισσότερο ευάλωτοι να αναπτύξουν διαταραχές που σχετίζονται με τον έλεγχο των παρορμήσεων όπως η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, ο αλκοολισμός, η ψυχαναγκαστική αγοραστική συμπεριφορά, η κλεπτομανία και η ασύδοτη, αχαλίνωτη σεξουαλική συμπεριφορά.(13,15,19,22,74) Οι ασθενείς, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο, εμφανίζουν επίσης ισχυρές τάσεις προς το σωματικό αυτοτραυματισμό (π.χ. χτύπημα – κόψιμο κ.α.) και συχνά σημειώνεται σ' αυτούς κοινωνική απόσυρση, καθώς και αυτοκτονική συμπεριφορά (π.χ. απόπειρες αυτοκτονίας).(13,15,19,22,74)

Σε γενικές γραμμές, η Νευρογενής Ανορεξία δεν είναι δύσκολο να αναγνωρισθεί.(47) Για το 85% των περιπτώσεων ισχύει ότι το άτομο θα εκδηλώσει τη νόσο κάποια στιγμή μεταξύ των 13 και 20 ετών. Ο ειδικός θα πρέπει να εξετάζει με ιδιαίτερη προσοχή την πιθανότητα να διαγνώσει Νευρογενή Ανορεξία σε άτομο που δεν εμπίπτει σ' αυτό το ηλικιακό φάσμα.(98) Η δυσκολία του ειδικού εντοπίζεται περισσότερο στη μυστικοπάθεια που διακατέχει τους ασθενείς, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, με αποτέλεσμα να μην περιγράφουν ξεκάθαρα ούτε το κίνητρό τους να είναι αδύνατοι ούτε το φόβο του πάχους που τους κυριεύει. Αντ' αυτού μπορεί να αναγνωρίζουν στον εαυτό τους μόνο μια γενική και αόριστη

ανησυχία για την ποιότητα των τροφών που καταναλώνουν και μια έντονη επιθυμία να γυμνάζονται. Επίσης, μπορεί να είναι δύσκολο για τους ασθενείς αυτούς να εξωτερικεύσουν τη διαστρεβλωμένη εικόνα που έχουν για το σωματικό τους σχήμα και βάρος. Μπορεί να δηλώνουν οι ασθενείς αυτοί ότι συνειδητοποιούν πως είναι πολύ αδύνατοι και ότι θα χρειαστούν υπεράνθρωπες προσπάθειες για να ανακτήσουν ένα φυσιολογικό βάρος, αλλά ωστόσο δεν ανησυχούν για τους πολύ σοβαρούς κινδύνους που διατρέχει ο οργανισμός τους εξαιτίας του χρόνιου υποσιτισμού και σε γενικές γραμμές δεν είναι βαθιά δεσμευμένοι να προσπαθήσουν πραγματικά όπως με το να αυξήσουν την θερμιδική αξία των τροφών που καταναλώνουν.(47)

Διαγνωστικά κριτήρια

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία το 1994, δημοσίευσε τον αναθεωρημένο οδηγό ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών (A.P.A., DSM-IV) σύμφωνα με τον οποίο η διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας θα πρέπει να στηρίζεται σε 4 βασικά κριτήρια (1,46):

A. Άρνηση του ατόμου για τη διατήρηση του σωματικού βάρους στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο του ελάχιστα φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί σε διαμόρφωση του σωματικού βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή αποτυχία στην επίτευξη της αναμενόμενης αύξησης του βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης, που έχει σαν αποτέλεσμα την απόκτηση σωματικού βάρους χαμηλότερου από το 85% του αναμενόμενου)

B. Υπερβολικός φόβος του ατόμου για την αύξηση του βάρους ή φόβος πάχους, ακόμα κι όταν το βάρος τους είναι πολύ χαμηλότερο από το κανονικό

Γ. Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται το σωματικό βάρος ή σχήμα. Αδικοιολόγητη και υπέρμετρη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην αυτο-αξιολόγηση, ή άρνηση της σοβαρότητας του τρέχοντος χαμηλού σωματικού βάρους

Δ. Σε μεταεμμηναρχικές γυναίκες, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον 3 διαδοχικών εμμηνορυσιακών κύκλων. (Μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια αν οι περίοδοί της εμφανίζονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών π.χ. χορήγηση οιστρογόνων).(15,46,47,98)

Στον πιο πρόσφατο αυτό διαγνωστικό οδηγό (DSM-IV, 1994) γίνεται λόγος πια για την ύπαρξη 2 ανεξάρτητων υπο-τύπων στη Νευρογενή Ανορεξία και αναφέρονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτών (15,46):

Διευκρίνιση τύπου:

- Περιοριστικός Τύπος: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Νευρογενούς Ανορεξίας, το άτομο δεν επιδίδεται συστηματικά σε υπερφαγική συμπεριφορά ή συμπεριφορές κάθαρσης (π.χ. αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών, καθαρτικών, ή υποκλυσμών)
- Υπερφαγικός / Καθαρτικός Τύπος: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Νευρογενούς Ανορεξίας, το άτομο επιδίδεται συστηματικά σε υπερφαγική συμπεριφορά ή καθαρτικές συμπεριφορές (π.χ. αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).(15,46,47,98)

Τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV (1994) προσομοιάζουν αρκετά και με τα διεθνή κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ICD-10.

▪ Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση των ατόμων, που μπορεί να πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, θα πρέπει να περιλαμβάνει τη λήψη ενός πλήρους ιστορικού σχετικά με το βάρος του ατόμου. Το ιστορικό αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνει στοιχεία για τις υψηλότερες και χαμηλότερες τιμές που έχει σημειώσει το βάρος του ασθενούς, καθώς και το επιθυμητό βάρος έτσι όπως αυτό εκφράζεται από το ίδιο το άτομο. Παράλληλα θα πρέπει να καταγράφεται και το αναμενόμενο φυσιολογικό βάρος με βάση την ηλικία, το φύλο και το ύψος του ατόμου. Επίσης, θα πρέπει ο ειδικός να καταγράψει στοιχεία για τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου, όπως να ζητηθεί από τον ασθενή να περιγράψει μια τυπική μέρα ως προς την πρόσληψη τροφής, να αναφέρει τυχόν περιορισμούς και απαγορεύσεις, ή και διαιτητικές πρακτικές που μπορεί να εφαρμόζει όπως π.χ. αν είναι χορτοφάγος.(47) Μερικοί ασθενείς αδυνατούν να διατηρήσουν τον αυστηρό έλεγχο στην πρόσληψη τροφής και προβαίνουν σε επεισόδια υπερφαγίας, γι' αυτό είναι σημαντικό ο ειδικός να μπορέσει να συγκεντρώσει πληροφορίες και για πιθανά επεισόδια υπερφαγίας.(47,98) Θα πρέπει να ρωτήσει το άτομο αν έχει χάσει ποτέ τον έλεγχο αναφορικά με το φαγητό, πόσο συχνά του έχει συμβεί αυτό, ποια είναι

η ποσότητα και ο τύπος των φαγητών που καταναλώνει κατά τη διάρκεια τέτοιων επεισοδίων, ποια είναι η χρονική διάρκεια τέτοιων επεισοδίων, ποιες ώρες της ημέρας συμβαίνουν συνήθως κ.α.(47) Τα επεισόδια αυτά κατά κανόνα συμβαίνουν κρυφά, τις νυχτερινές ώρες και ακολουθούνται από αυτοπροκαλούμενους εμετούς.(98) Κατά συνέπεια, η πιθανότητα ο ασθενής να μιλήσει με ειλικρίνεια γι' αυτά στον ειδικό είναι μάλλον μικρή, κυρίως εξαιτίας του αισθήματος ντροπής για τις πρακτικές που υιοθετεί. Ο ειδικός θα πρέπει ακόμα να διερευνήσει και θέματα που αφορούν το αίσθημα της πείνας και τις σκέψεις γύρω από το φαγητό. Παρότι ο όρος «ανορεξία» παραπέμπει σε απώλεια της όρεξης, στη Νευρογενή Ανορεξία δε συμβαίνει κάτι τέτοιο κι αυτός είναι ο λόγος που πολλοί έχουν χαρακτηρίσει τον όρο «ανορεξία» ατυχή. Οι ασθενείς και πεινούν και σκέφτονται το φαγητό αλλά αν ερωτηθούν από τον ειδικό σχετικά με το αίσθημα της πείνας το πιθανότερο είναι ότι θα το αρνηθούν. Για τον ειδικό μια σημαντική ένδειξη για τον τρόπο που σκέφτεται ο ασθενής αποτελεί το γεγονός ότι το άτομο μπορεί να συλλέγει συνταγές ή να ετοιμάζει πολύπλοκα γεύματα για τους άλλους όμως.(98) Οι τρόποι που συχνά χρησιμοποιούνται για την απώλεια βάρους είναι οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, η κατάχρηση υπακτικών, καθαρτικών, χαπιών δίαιτας, εμετικών (ipercac) ή διουρητικών σκευασμάτων καθώς επίσης και η υπερβολική σωματική δραστηριότητα, όπως γυμναστική, ποδηλασία, περπάτημα, τρέξιμο. Θα πρέπει να εξερευνούνται κι αυτές οι πρακτικές από τον ειδικό.(47,98)

Το σημαντικότερο εμπόδιο, που καλείται να υπερπηδήσει ο ειδικός, σε ό,τι αφορά την αξιολόγηση του πάσχοντος από Νευρογενή Ανορεξία είναι η επίμονη άρνησή τους ότι νοσούν και η αναστολή τους να συμμετάσχουν ακόμα και στην αρχική διαδικασία της αξιολόγησης.(47) Οι ασθενείς διακατέχονται από μυστικοπάθεια σε ό,τι αφορά τις περισσότερες εκδηλώσεις της αποκλίνουσας συμπεριφοράς τους που αποσκοπεί στην απώλεια βάρους. Είναι χαρακτηριστικό ότι ακόμα και στην καθημερινότητά τους αρνούνται να γευματίσουν με την οικογένειά τους ή σε δημόσιους χώρους.(98) Άλλωστε, η κοινωνική απόσυρση είναι ένα από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της Νευρογενούς Ανορεξίας.(22) Οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία υιοθετούν πολύ περίεργες συμπεριφορές σε σχέση με το φαγητό' συχνά κρύβουν τροφές σε διάφορα σημεία του σπιτιού -κάτω από το κρεβάτι τους, σε ντουλάπες, συρτάρια, σε τσέπες ή τσάντες-, ενώ κατά τη διάρκεια του

γεύματος πετούν μέρος της τροφής τους όπου μπορέσουν -συνήθως κάτω από το τραπέζι-, κόβουν την τροφή τους σε πολύ μικρά κομματάκια και καθυστερούν υπερβολικά να ολοκληρώσουν το γεύμα τους. Τις ασυνήθιστες αυτές συμπεριφορές προσπαθούν να τις αποκρύψουν και αν ερωτηθούν για αυτές είτε θα αρνηθούν ότι τις θεωρούν ασυνήθιστες ή περιέργες είτε θα αρνηθούν να συμμετάσχουν σε οποιαδήποτε συζήτηση γι' αυτό το θέμα. Ο υπερβολικός φόβος αύξησης του σωματικού βάρους κατακυριεύει τον ασθενή και είναι αυτός ο φόβος που στην ουσία ευθύνεται για την έλλειψη ενδιαφέροντος ή και την ισχυρή αντίσταση και άρνηση του ατόμου να συμμετάσχει με οποιοδήποτε τρόπο σε κάποια θεραπευτική παρέμβαση. Δεν είναι τυχαίο ότι οι ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία χαρακτηρίζονται ως δύσκαμπτοι και τελειοθηρικοί.(22,98) Συνεπώς, η σημαντική απώλεια βάρους επέρχεται σαν αποτέλεσμα της δραστηκής περικοπής της προσλαμβανόμενης τροφής, καθώς προβαίνουν σε δυσανάλογη μείωση των τροφών που είναι πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπη.(98)

Ο ειδικός από την πλευρά του θα πρέπει να υιοθετήσει μια υποστηρικτική και όχι αντιπαραθετική στάση καθώς έχει φανεί ότι αυτή είναι η πιο χρήσιμη και αποτελεσματική προσέγγιση για να εξασφαλιστεί η συνεργασία του ασθενούς τουλάχιστον σ' αυτή την αρχική φάση της αξιολόγησης. Βέβαια το πιθανότερο είναι ότι το άτομο δεν θα αναγνωρίσει τις δυσλειτουργικές διατροφικές του συμπεριφορές και θ' αρνηθεί με επιμονή ότι το βάρος του είναι πολύ χαμηλότερο από το φυσιολογικό.(47) Το άτομο, που πάσχει από Νευρογενή Ανορεξία, δεν πιστεύει ότι έχει πρόβλημα και συνειδητά δε βιώνει άγχος ή δυσφορία για την τρέχουσα σωματική ή ψυχολογική του κατάσταση.(22) Αναμένεται, μάλιστα, να προσπαθήσει να εκλογικεύσει τις ασυνήθιστες διατροφικές του συνήθειες και τις τελετουργικές πρακτικές του σχετικά με την άσκηση, τις δραστηριότητες και την εκγύμναση. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής ανθίσταται σε τέτοιο βαθμό να συνεργαστεί με τον ειδικό ακόμα και στην αρχική φάση της αξιολόγησης, καλό θα ήταν ο ειδικός να αναζητήσει πληροφορίες ή να διασταυρώσει τις ήδη υπάρχουσες και με άλλες πηγές, όπως π.χ. τα μέλη της οικογένειας του ατόμου, προκειμένου να μπορέσει να διαμορφώσει μια ολοκληρωμένη εικόνα για την περίπτωση που καλείται να αξιολογήσει.(47)

Διαστρεβλωμένη αυτο-εικόνα

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι παρά την υπερβολική απώλεια βάρους και τα προβλήματα στα οποία αυτή έχει οδηγήσει τον πάσχοντα, αυτός αρνείται σθεναρά την ύπαρξη προβλήματος σχετικά με το βάρος του και απορρίπτει οποιαδήποτε καθοδήγηση για την αύξηση του σωματικού του βάρους. Αυτό συμβαίνει γιατί στην πραγματικότητα οι ασθενείς αισθάνονται ότι είναι υπέρβαροι. Τα άτομα που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία έχουν μια διαστρεβλωμένη εικόνα για το πώς είναι το σώμα τους και το βιώνουν σαν να είναι βαρύτερο απ'ότι είναι στην πραγματικότητα.(2,32)

Η διαστρεβλωμένη εικόνα του εαυτού που παρατηρείται στη Νευρογενή Ανορεξία αξιολογείται με πολλούς τρόπους. Σ' ένα τύπο αξιολόγησης, δείχνουμε για παράδειγμα στις ασθενείς σκίτσα γυναικών με διαφορετικό σωματικό βάρος και σωματότυπο και τους ζητείται να επιλέξουν δύο σκίτσα. Το ένα απ' αυτά τα σκίτσα να το επιλέξουν με βάση το ποιο σκίτσο νομίζουν ότι προσεγγίζει περισσότερο την εικόνα – το σχήμα του δικού τους σώματος. Το δεύτερο σκίτσο που καλούνται να επιλέξουν θα πρέπει να αντιπροσωπεύει το ιδανικό, σύμφωνα με τα δικά τους κριτήρια, σχήμα σώματος. Όπως είναι αναμενόμενο, οι ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία υπερβάλλουν σε ότι αφορά το μέγεθος του σώματός τους και επιλέγουν μια πάρα πολύ λεπτή φιγούρα ως την ιδανική για αυτούς.(15)

Σε μια εργαστηριακή μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένας διαφορετικός τρόπος αξιολόγησης της διαστρεβλωμένης εικόνας των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία για το σώμα τους. Δόθηκε στην πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου μια συσκευή με την οποία μπορούσαν να προσαρμόσουν την φωτογραφία κάποιου, μεταβάλλοντας το μέγεθος της εικόνας του κατά -20% ή +20% από το πραγματικό μέγεθος της εικόνας του σώματος του ατόμου που απεικονίζεται στη φωτογραφία. Τα μέλη της πειραματικής ομάδας, δηλαδή οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία, ήταν περισσότερο πιθανό από ότι τα μέλη της ομάδας ελέγχου να προσαρμόσουν τη φωτογραφία τους κατά +20% από το πραγματικό μέγεθος της εικόνας του σώματός τους. Ωστόσο, δεν επέδειξαν καμία ανάλογη τάση να διαστρεβλώσουν το μέγεθος της εικόνας του σώματος άλλων ανθρώπων.(2,32)

Τα προαναφερθέντα αποτελέσματα ερευνών μας οδηγούν στην υπόθεση ότι στην άρνηση για τροφή, που επιδεικνύουν οι πάσχοντες από

Νευρογενή Ανορεξία, παρεμβάλλεται / μεσολαβεί αυτή η διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα, η αίσθηση δηλαδή ότι το σώμα τους φαίνεται και βιώνεται ως βαρύτερο απ' ότι είναι στην πραγματικότητα. Δεν προκαλεί, λοιπόν, έκπληξη το εύρημα ερευνών που θέλει ένα μεγάλο ποσοστό των νεαρών γυναικών του γενικού πληθυσμού να εμφανίζει αυτή τη διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα, και ίσως αυτό να εξηγεί και το γιατί η ομάδα των νεαρών γυναικών θεωρείται ως ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη Νευρογενούς Ανορεξίας. Η επιβεβαίωση αυτής της υπόθεσης έρχεται από πειράματα όπως το ακόλουθο. Σε δείγμα εκατοντάδων νεαρών φοιτητών (και των δύο φύλων) παρουσιάστηκαν σκίτσα ατόμων του ίδιου φύλου με τον εκάστοτε συμμετέχοντα. Τα σκίτσα για κάθε φύλο διευθετήθηκαν με βάση μια κλίμακα από την πιο αδύνατη φιγούρα ως την πιο παχιά. Οι συμμετέχοντες καλούνταν να σημειώσουν:

- το σκίτσο με τη φιγούρα που θεωρούν ότι έμοιαζε περισσότερο με την τρέχουσα δική τους εικόνα
- το σκίτσο με τη φιγούρα που θεωρούν ότι έμοιαζε περισσότερο με την εικόνα που θα ήθελαν να έχουν, δηλαδή με την εικόνα που θεωρούσαν ιδανική για τους εαυτούς τους
- το σκίτσο με τη φιγούρα που πίστευαν ότι θα είναι η πιο ελκυστική για το αντίθετο φύλο.(2)

Η διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων που προέκυψε από τους άνδρες και τις γυναίκες του δείγματος ήταν εντυπωσιακή. Οι άνδρες επέδειξαν μια τάση να επιλέγουν τα σκίτσα με τις φιγούρες που ήταν πολύ κοντά στην πραγματική τους τρέχουσα εικόνα και για τις τρεις κατηγορίες / περιπτώσεις που τους ζητήθηκαν. Φαίνεται από τα δεδομένα που προέκυψαν ότι οι άνδρες του δείγματος θεωρούσαν ότι το βάρος και η εικόνα τους τη δεδομένη περίοδο ήταν πολύ κοντά τόσο σε αυτό που θεωρούσαν ιδανικό όσο και σε αυτό που οι ίδιοι πίστευαν ότι θα ήταν το πλέον ελκυστικό και για το αντίθετο φύλο. Μάλιστα τα δύο σκίτσα ήταν πολύ κοντά το ένα στο άλλο.(2,27)

Τα δεδομένα για τις γυναίκες του δείγματος έδειχναν ξεκάθαρα ότι ήταν δυσαρεστημένες με το βάρος τους τη δεδομένη περίοδο. Θεωρούσαν ότι είχαν αρκετά επιπλέον κιλά για να είναι ελκυστικές στο αντίθετο φύλο με το τρέχον βάρος τους. Αυτή η εντύπωσή τους δε φαίνεται ν' ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, αλλά έμοιαζε περισσότερο με μια διαστρεβλωμένη εικόνα

του εαυτού τους. Και αυτό γιατί όταν συμπληρωματικά ζητήθηκε από τους άνδρες να διαλέξουν το σκίτσο της γυναικείας φιγούρας που θεωρούσαν ως πιο ελκυστικό για εκείνους, το μέσο σκίτσο όπως προέκυψε από τις επιλογές τους παρουσίαζε μια γυναίκα αρκετά πιο παχιά από το μέσο σκίτσο που προέκυψε από τις επιλογές των γυναικών για την ιδανική φιγούρα και την φιγούρα που εκείνες θεωρούσαν ότι οι άνδρες θα επέλεγαν ως πιο ελκυστική.

Το συμπέρασμα που εξάγεται είναι ότι οι γυναίκες του δείγματος εσφαλμένως πίστευαν ότι οι άνδρες έλκονται από τις πολύ αδύνατες γυναίκες. Συνοπτικά, σε αντίθεση με τους άνδρες του δείγματος οι γυναίκες ήταν δυσαρεστημένες με την τρέχουσα εικόνα και το βάρος του σώματός τους και μάλιστα με τέτοιο τρόπο που θα μπορούσε να τις οδηγήσει σε ακραίες δίαιτες και ενδεχομένως στη Νευρογενή Ανορεξία.(2,27)

▪ **Ιατρικές εξετάσεις και εργαστηριακά ευρήματα**

Όταν ο ασθενής απευθύνεται στον ειδικό θα πρέπει να ζυγίζεται ή αλλιώς ο ειδικός να ενημερωθεί για το τρέχον βάρος του ασθενούς από τον θεράποντα ιατρό του. Η πίεση, οι παλμοί και η θερμοκρασία του σώματος είναι συνήθως χαμηλότερα από τα κατώτατα φυσιολογικά όρια. Κατά την εξέταση του ασθενούς ο ιατρός μπορεί να παρατηρήσει την ύπαρξη lanugo, δηλαδή να διαπιστώσει ότι ο ασθενής εμφανίζει χνούδι (κοντές και λεπτές τρίχες), όπως αυτό του νεογνού, στην πλάτη ή/και το πρόσωπο. Επίσης, μπορεί εύκολα να διαπιστώσει ότι τα άκρα είναι συχνά κρύα και έχουν ένα ελαφρώς κόκκινο-μωβ χρώμα (ακροκυάνωση). Το οίδημα σπάνια παρατηρείται κατά την αρχική παρουσία του ασθενούς αλλά μπορεί να αναπτυχθεί σταδιακά κατά τη διάρκεια των αρχικών σταδίων της επανασίτισης.(47)

Ανάμεσα στα πλέον κοινά εργαστηριακά ευρήματα εντάσσονται η ελαφρά έως και μέτρια αναιμία και λευκοπενία. Μια ποικιλία ανωμαλιών των ηλεκτρολυτών μπορεί επίσης να παρατηρηθεί και αντανακλά το επίπεδο της αφυδάτωσης, το ιστορικό των αυτοπροκαλούμενων εμετών, καθώς και της χρήσης διουρητικών και υπακτικών. Επίσης, τα επίπεδα χοληστερόλης μπορεί να είναι ανεβασμένα. Τέλος, το ηλεκτροκαρδιογράφημα τυπικά δείχνει ελαφρά βραδυκαρδία' μια ποικιλία από αρρυθμίες έχουν επίσης περιγραφεί.(47)

▪ Διαφοροδιάγνωση

Η διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας καθίσταται ιδιαίτερα δυσχερής εξαιτίας της άρνησης του πάσχοντος να συζητήσει για τα συμπτώματά του, της μυστικοπάθειας που επιδεικνύει γύρω από τις τελετουργίες στη συμπεριφορά τη σχετική με το φαγητό και τη γενικότερη αντίστασή του στην οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση. Όλα τα παραπάνω καθιστούν ιδιαίτερα δύσκολο εγχείρημα τον προσδιορισμό του μηχανισμού απώλειας βάρους και την εκμείυση από τον ασθενή των δυσλειτουργικών σκέψεων για την εικόνα του σώματός του.(98)

Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ασθενειών που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή απώλεια βάρους σε νέους ανθρώπους και είναι δυνατό να συγχέονται με τη Νευρογενή Ανορεξία. Παραδείγματα τέτοιων προβλημάτων είναι το σύνδρομο Crohn, οι όγκοι στον εγκέφαλο, ο καρκίνος και το σύνδρομο δυσαπορρόφησης. Τα άτομα που υφίστανται απώλεια βάρους εξαιτίας μιας γενικής ιατρικής κατάστασης συνήθως δεν έχουν κίνητρο για να χάσουν βάρος, δεν εκδηλώνουν φόβο του πάχους και δεν επιδιώκουν την αυξημένη σωματική δραστηριότητα, στοιχεία που είναι χαρακτηριστικά στη Νευρογενή Ανορεξία.(47,98) Ο ειδικός που καλείται να διαγνώσει την πιθανή ύπαρξη Νευρογενούς Ανορεξίας θα πρέπει πρωτίστως να αποκλείσει την πιθανότητα ύπαρξης σωματικής νόσου που μπορεί να είναι υπεύθυνη για την απώλεια βάρους στον ασθενή.(98)

Διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να γίνει και από την Κατάθλιψη. Η σοβαρή απώλεια βάρους και οι ασυνήθιστες διατροφικές συνήθειες καθώς και οι εμετοί μπορεί να συμβαίνουν και μέσα στα πλαίσια άλλων ψυχικών διαταραχών. Οι Καταθλιπτικές Διαταραχές παρουσιάζουν κοινά στοιχεία στη συμπτωματολογία τους με τη Νευρογενή Ανορεξία. Το καταθλιπτικό συναίσθημα, τα κλάματα, οι διαταραχές ύπνου, ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι συμπτώματα που μπορούν ν' αναγνωρισθούν και στις δύο διαταραχές. Ο κλινικός θα πρέπει να λάβει υπόψη του ότι εφόσον υπάρχει σημαντική απώλεια βάρους στην Κατάθλιψη θα πρέπει να συνυπάρχει και σοβαρή διαταραχή της όρεξης. Αντίθετα, το άτομο, που πάσχει από Νευρογενή Ανορεξία, αναφέρει ότι έχει φυσιολογική όρεξη και δεν αρνείται την ύπαρξη του αισθήματος της πείνας. Σε ότι αφορά την υπερκινητικότητα του ατόμου, που πάσχει από Νευρογενή Ανορεξία, είναι σκόπιμη και έχει τελετουργικό

χαρακτήρα και δε θα πρέπει να συγχέεται με τη γενικευμένη ανησυχία που χαρακτηρίζει την Κατάθλιψη και είναι τελείως διαφορετική. Τέλος, στην Κατάθλιψη δεν απαντάται η έντονη και επίμονη ενασχόληση με τη θερμιδική αξία και τη σύνθεση των τροφών, που καταναλώνει το άτομο, με τις περίπλοκες συνταγές και την παρασκευή δύσκολων, εξεζητημένων γευμάτων, ενώ απουσιάζει ο φόβος του πάχους και η επίμονη άρνηση της απώλειας βάρους.(98)

Σε ό,τι αφορά τη διαφοροδιάγνωση από τη Σχιζοφρένεια, ο ειδικός θα πρέπει να λάβει υπόψη του ότι οι σχετιζόμενες με το φαγητό παραληρητικές ιδέες στη Σχιζοφρένεια σπάνια αναφέρονται στη θερμιδική αξία των τροφών. Επίσης, το άτομο, που πάσχει από Σχιζοφρένεια, είναι απίθανο να εμφανίζει την υπερβολική ενασχόληση με το φόβο του πάχους και την υπερκινητικότητα, έτσι όπως αυτά εκδηλώνονται σε άτομα που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία.(98)

Η διαφοροδιάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας, και πιο συγκεκριμένα του Υπερφαγικού / Καθαρτικού Τύπου αυτής, από τη Νευρογενή Βουλιμία θα βασιστεί στο γεγονός ότι τα επεισόδια υπερφαγίας στην τελευταία συνοδεύονται από έντονο καταθλιπτικό συναίσθημα, σκέψεις αυτούποτιμησης και αισθήματα ντροπής. Επίσης, το βάρος του ατόμου, που πάσχει από Νευρογενή Βουλιμία, διατηρείται τις περισσότερες φορές σ' ένα φυσιολογικό επίπεδο και πολύ σπάνια θα σημειώσει απώλεια μεγαλύτερη από το 15% του αναμενόμενου για την ηλικία, το φύλο και το ύψος του.(98)

▪ **Συνοσηρότητα**

Ο Περιοριστικός Τύπος της Νευρογενούς Ανορεξίας συχνά εμφανίζει χρόνια συνοσηρότητα με κάποιες από τις Αγχώδεις Διαταραχές –κυρίως Ειδικές Φοβίες και Διαταραχή Πανικού - και κάποιες από τις Διαταραχές Προσωπικότητας - κυρίως την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή και την Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας.(15,22,49,90,98)

Περισσότεροι παράγοντες συνοσηρότητας έχουν συνδεθεί με τον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας. Τα άτομα, που πάσχουν από αυτόν τον τύπο της διαταραχής, σε μεγάλο ποσοστό υποφέρουν και από Διαταραχές της Διάθεσης (π.χ. Μείζονα Κατάθλιψη, Δυσθυμία), Αγχώδεις Διαταραχές, συχνά κάνουν κατάχρηση ουσιών ή πάσχουν από Διαταραχή Εξάρτησης από Ουσίες, πάσχουν επίσης από

Διασχιστική Διαταραχή και κάποιοι από αυτούς έχουν προβεί και σε απόπειρες αυτοκτονίας.(22) Ο κίνδυνος αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι υψηλός και συχνότερα απαντάται στον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο. Κάποιες φορές γίνεται αναφορά σε καταναγκαστικές κλοπές (κλεπτομανία) και σ' αυτές τις περιπτώσεις τα αντικείμενα κλοπής είναι συνήθως γλυκά ή υπακτικά και σπανιότερα άλλα αντικείμενα.(98) Επίσης, σ' αυτόν τον Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας συχνά παρατηρείται και παθολογία του χαρακτήρα, και μάλιστα η συνοσηρότητα με παθολογία του χαρακτήρα φαίνεται να έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην πρόγνωση της διαταραχής.(22)

Και στους δύο Τύπους της Νευρογενούς Ανορεξίας οι ασθενείς πολύ συχνά λαμβάνουν διάγνωση Αλκοολισμού, ενώ είναι πολύ πιθανό να εμφανίσουν και Σεξουαλικές Διαταραχές στην ψυχιατρική συμπτωματολογία.(15,49,90,98) Σε έρευνα που διεξήχθη με δείγμα γυναικών, που έπασχαν από Νευρογενή Ανορεξία, με μέσο όρο ηλικίας τα 24 έτη, προέκυψε ότι το 20% δεν είχε σεξουαλική επαφή ποτέ, ενώ ένα ποσοστό που ξεπερνούσε το 50% του δείγματος εμφάνιζε Διαταραχή της Σεξουαλικής Λειτουργίας τόσο στη φάση του οργασμού όσο και στη φάση της επιθυμίας.(15,75) Συνήθως, οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία εμφανίζουν κακή σεξουαλική προσαρμογή, η οποία όταν το άτομο βρίσκεται στην εφηβεία εκδηλώνεται ως καθυστέρηση στην ψυχοκοινωνική σεξουαλική ανάπτυξη και όταν το άτομο ενηλικιωθεί εκδηλώνεται ως μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον.(98)

Σε ό,τι αφορά την ομολογουμένως πολύ συχνή συνοσηρότητα με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή ή Δυσθυμία, το ποσοστό που προκύπτει από τις έρευνες αγγίζει ακόμα και το 50% των ασθενών.(15,98) Όπως προκύπτει από τις έρευνες οι Μείζονες Συναισθηματικές Διαταραχές είναι συχνότερες σε μέλη της οικογένειας πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.(98) Η στενή αυτή σχέση μεταξύ της Νευρογενούς Ανορεξίας και της Κατάθλιψης οδήγησαν ορισμένους ερευνητές να εξετάσουν την πιθανότητα η Νευρογενής Ανορεξία να είναι η αιτία της Κατάθλιψης. Οι υποθέσεις πίσω απ' αυτό το συσχετισμό είναι ότι οι βιοχημικές αλλαγές που επισυμβαίνουν στον οργανισμό σαν αποτέλεσμα του χρόνιου και σοβαρού υποσιτισμού ή τα συναισθήματα ενοχής και ντροπής

που αισθάνεται το άτομο για τις διατροφικές του συνήθειες και την εικόνα του σώματός του μπορεί να αποτελούν την υποβόσκουσα αιτία για την εκδήλωση καταθλιπτικής διάθεσης και συμπτωματολογίας γεγονός είναι όμως ότι η Νευρογενής Ανορεξία δεν προηγείται πάντοτε της Κατάθλιψης.(15,67) Η Νευρογενής Ανορεξία και η Κατάθλιψη είναι πιθανό να έχουν κοινά σημεία σε ότι αφορά τη γενετική προδιάθεση ή τις περιβαλλοντικές αιτίες για την εκδήλωσή τους, όπως είναι για παράδειγμα ένα νοσηρό οικογενειακό περιβάλλον ή άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες στη ζωή του ατόμου.(15) Δεν είναι τυχαίο ότι αρκετές έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι συγγενείς των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία είναι ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη Κατάθλιψης.(15,42) Έχει προταθεί σαν υπόθεση και το αντίστροφο, ότι δηλαδή η Κατάθλιψη είναι αυτή που προκαλεί τη Νευρογενή Ανορεξία ή ότι η τελευταία είναι τρόπον τινά μια παράμετρος της Κατάθλιψης. Οι υποθέσεις αυτές έχουν στηριχθεί στο γεγονός ότι υπάρχει μια ομοιότητα ανάμεσα στις δύο νόσους κυρίως σε ότι αφορά τη συμπτωματολογία τους. Για παράδειγμα η απώλεια βάρους είναι ένα από τα συμπτώματα της Κατάθλιψης αλλά και της Νευρογενούς Ανορεξίας.

Επιπροσθέτως, υπάρχουν και βιολογικές ομοιότητες ανάμεσα στις δύο διαταραχές. Για παράδειγμα, τόσο οι ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία όσο και αυτοί που πάσχουν από Κατάθλιψη έχουν χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης.(15) Επίσης, με βάση νευροχημικά ευρήματα, οι ασθενείς, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία μπορεί να παρουσιάζουν μειωμένη νοραδρενεργική δραστηριότητα και μειωμένα επίπεδα 3-μεθοξυ-4-υδροξυφαινυλγλυκόλης (MHPG) στα ούρα και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Ο υποσιτισμός, μπορεί να προκαλέσει πολλές βιοχημικές αλλαγές, οι περισσότερες από τις οποίες, όμως, απαντώνται και στους καταθλιπτικούς ασθενείς (π.χ. υπερκορτιζολαιμία, έλλειψη καταστολής με δεξαμεθαζόνη, καταστολή της θυρεοειδικής λειτουργίας). Η επανασίτιση ωστόσο μπορεί να βοηθήσει τον οργανισμό του ατόμου να διορθώσει όλες αυτές τις ανωμαλίες.(98) Και οι τρεις προαναφερθείσες υποθέσεις παραμένουν πιθανές εξηγήσεις για την υψηλή συνοσηρότητα μεταξύ Νευρογενούς Ανορεξίας και Κατάθλιψης.(15)

▪ Παθοφυσιολογία

Μια εντυπωσιακή σειρά από σωματικές διαταραχές έχουν παρατηρηθεί κατ' επανάληψη σε άτομα που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, και η φυσιολογία τους έχει γίνει κατανοητή. Οι περισσότερες απ' αυτές τις σωματικές διαταραχές φαίνεται να αποτελούν δευτερογενείς συνέπειες της αστίας, και δεν είναι ξεκάθαρο αν ή πώς αυτές οι διαταραχές μπορεί να έχουν συμβάλει στην ανάπτυξη και διατήρηση των ψυχολογικών και συμπεριφορικών ανωμαλιών που είναι χαρακτηριστικές στη Νευρογενή Ανορεξία.(47)

Η αποστέρηση τροφής και η χρήση υπακτικών έχουν αναρίθμητες ανεπιθύμητες επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου.(15) Οι πιο σημαντικές απ' αυτές τις ιατρικές επιπλοκές αναφέρονται στον ακόλουθο πίνακα. Εκτός απ' αυτές τις δυσλειτουργίες, που αναφέρονται στον πίνακα, συχνά στους ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία παρουσιάζεται συχνουρία, αφυδάτωση, δυσλειτουργία του υποθαλάμου και υπόταση. (15,22,98) Οι ανωμαλίες των ηλεκτρολυτών μπορεί να λειτουργήσουν ως προδιαθεσικοί παράγοντες για την ανάπτυξη καρδιακών παθήσεων και ανευρίσκονται συνήθως στον Καθαρτικό / Υπερφαγικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορούμε να τις συναντήσουμε και στον Περιοριστικό Τύπο. Αυτές οι μεγάλες μεταβολές των ηλεκτρολυτών συνδέονται και με μια γενικευμένη αίσθηση αδυναμίας και σύγχυσης, που βιώνουν οι πάσχοντες, καθώς και με γνωσιακές διαταραχές (π.χ. ανεπάρκεια στη μνήμη και στη σκέψη) και με συναισθηματική αστάθεια.(22)

Στον Υπερφαγικό / Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας η χρήση του ipecac αλλά και άλλων καθαρτικών μπορεί να προκαλέσει μη αναστρέψιμη βλάβη στην καρδιακή λειτουργία και στον μυϊκό ιστό. Έτσι, πόνοι στο στήθος, αρρυθμίες και τάσεις για λιποθυμία θα μπορούσαν να αποτελούν ενδείξεις κατάχρησης καθαρτικών. Από την άλλη πλευρά η κατάχρηση διουρητικών αποτελεί ένα από τα πιο συνήθη προβλήματα που οδηγούν σε ανακοπή αλλά και σε νεφρική ανεπάρκεια.(22)

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς απευθύνονται σε κάποιο γιατρό όταν πλέον η απώλεια βάρους έχει καταστεί ιδιαίτερα εμφανής. Σε κάποιες περιπτώσεις η ασθενής μπορεί να αποτανθεί σχετικά νωρίς σε γυναικολόγο εξαιτίας της αμηνόρροιας η οποία οφείλεται στον υποσιτισμό και

μερικές φορές εγκαθίσταται ακόμα και πριν από την εμφάνιση αξιοσημείωτης απώλειας βάρους. Οι συνηθέστερες ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις είναι η ταπείνωση ή αναστροφή των T, η κατάσπαση του ST ή η επιμήκυνση του QT διαστήματος και οφείλονται στο σοβαρό υποσιτισμό. Σοβαρότερες ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις που οφείλονται σε βαρεία υποκαλιαιμία, μπορεί να οδηγήσουν στο θάνατο. Άλλη σπάνια αλλά επικίνδυνη επιπλοκή είναι η οξεία γαστρική διάταση.(98)

Άλλα στοιχεία που μπορεί να παρατηρήσει κανείς είναι ότι τα νύχια γίνονται εύθραυστα, ενώ ορισμένοι ασθενείς χάνουν μαλλιά από το τριχωτό της κεφαλής.(15)

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ (15,22,98)	
ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ	
Καχεξία	Απώλεια λίπους, μυϊκής μάζας, μειωμένος θυρεοειδικός μεταβολισμός, δυσανεξία στο κρύο, δυσκολίες στη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος (υποθερμία)
Καρδιακές	Ατροφία καρδιακού μυός, καρδιακές αρρυθμίες, έκτακτες κοιλιακές και κολπικές συστολές, παράταση του QT διαστήματος, βραδυκαρδία, κοιλιακή ταχυκαρδία, ανακοπή (αιφνίδιος θάνατος)
Γαστρεντερικές	Καθυστέρηση της γαστρικής εκκένωσης, επιγαστρικά άλγη, δυσκοιλιότητα, μετεωρισμός
Μεταβολικές	Υπογλυκαιμία, υποκαλιαιμία, σιδηροπενία, έλλειψη Ca, P, Zn, Mg
Αναπαραγωγικές	Αμηνόρροια, χαμηλά επίπεδα LH, FSH, GRH
Δερματολογικές	Lanugo (χνουδι που μοιάζει με αυτό του νεογνού) , οίδημα στάσεως
Αιματολογικές	Αναιμία, λευκοπενία
Νευροψυχιατρικές	Διαταραχές γεύσης, απάθεια, διαταραχές προσοχής και συγκέντρωσης, ήπιες γνωσιακές διαταραχές
Σκελετικές	Οστεοπόρωση, αναστολή της ανάπτυξης στο ύψος (σε πρώιμη έναρξη)
ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΘΑΡΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	
Μεταβολικές	Υποκαλιαιμία, υποχλωραιμική αλκάλωση, υπομαγνησισαιμία
Γαστρεντερικές	Διόγκωση και φλεγμονή σιαλογόνων αδένων (κυρίως παρωτίδων) και παγκρέατος, αύξηση αμυλάσης ορού, οισοφαγικές και στομαχικές διαβρώσεις, διαταραχές κενώσεων
Οδοντικές	Διάβρωση της αδαμαντίνης (ιδιαίτερα των κοπτήρων), τερηδόνα, κακή κατάσταση των οδόντων
Νευροψυχιατρικές	Κρίσεις σπασμών (συνδεόμενες με μεγάλες μεταβολές ύδατος και ηλεκτρολυτών), ήπιες μυοπάθειες, κόπωση και αδυναμία, ήπιες γνωσιακές διαταραχές

▪ Πορεία της διαταραχής και πρόγνωση

Το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας σχετικά με την πορεία και την έκβαση της νόσου βασίζεται σε ασθενείς που έχουν νοσηλευθεί για Νευρογενή Ανορεξία. Παρότι υποθέτουμε ότι αυτές οι περιπτώσεις ασθενών θα χαρακτηρίζονταν ως βαριές μορφές εκδήλωσης της νόσου και θα προβλέπαμε μια αρνητική έκβαση, ένα σημαντικό ποσοστό αυτών, που

κυμαίνεται μεταξύ του 1/3 και του 1/2, αναρρώνουν πλήρως σωματικά και ψυχολογικά.(47)

Η έναρξη της Νευρογενούς Ανορεξίας συνήθως τοποθετείται μεταξύ 10 και 30 ετών.(98) Ο μέσος όρος της ηλικίας εμφάνισης της νόσου είναι ελαφρώς μικρότερος από αυτόν της Νευρογενούς Βουλιμίας καθώς οι έρευνες αναφέρουν έξαρση εμφάνισης της διαταραχής στις ηλικίες μεταξύ 14 ή 16 – 18, μια ηλικιακή περίοδο που θεωρείται ιδιαίτερα κρίσιμη.(22,46,82,98) Το 85% των περιπτώσεων εμφανίζει τη διαταραχή κάποια στιγμή μεταξύ των 13 και 20 ετών. Ωστόσο, υπάρχει ένα ποσοστό ασθενών που θα εμφανίσουν τη διαταραχή μετά τα 20 έτη.(98) Γενικότερα, η διαταραχή ξεκινά στις αρχές ή τα μέσα της εφηβείας, συνήθως μετά από ένα διάστημα αυστηρής δίαιτας και την παρουσία ενός στρεσογόνου γεγονότος όπως ο χωρισμός ή το διαζύγιο των γονέων.(15,22)

Σε ό,τι αφορά την πορεία που διαγράφει η διαταραχή αυτή, μερικοί πάσχοντες επανέρχονται μετά από ένα και μοναδικό επεισόδιο (49%), γι' άλλους φαίνεται ότι η νόσος ακολουθεί μια χρόνια πορεία (18%), ενώ για κάποιους άλλους διαγράφεται μια πορεία με υφέσεις και εξάρσεις (26%). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι για ένα ποσοστό, που κυμαίνεται από 25% έως και 35%, των πασχόντων από Νευρογενή Βουλιμία αναφέρεται ότι στο παρελθόν έπασχαν από Νευρογενή Ανορεξία.(22) Φαίνεται, λοιπόν, πως η πορεία της Νευρογενούς Ανορεξίας μπορεί να καταλήξει στην εκδήλωση της πολύ κοντινής της διαταραχής, της Νευρογενούς Βουλιμίας. Τα άτομα, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, αντιδρώντας στην πειθαρχημένη συμπεριφορά της σοβαρής στερήσης τροφής και της ιδιαίτερα αυστηρής δίαιτας που έχουν επιδείξει για μακρά χρονικά διαστήματα, αρχίζουν να καταναλώνουν υπερβολικές ποσότητες τροφής και μάλιστα με τρόπο που χαρακτηρίζεται ως ανεξέλεγκτος από το 50% των ανορεκτικών που εξελίσσουν Νευρογενή Βουλιμία.(9,46) Συνεπώς, η πορεία της Νευρογενούς Ανορεξίας ποικίλλει πολύ, από την αυτόματη ίαση χωρίς κάποια θεραπευτική παρέμβαση, την αποκατάσταση μετά από αλληπάλληλες και ποικίλες θεραπείες, την κυμαινόμενη πορεία που χαρακτηρίζεται από φάσεις αποκατάστασης του βάρους και συνακόλουθες υποτροπές, μέχρι τη συνεχή επιδείνωση της πορείας του ασθενούς που μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο, ως αποτέλεσμα των επιπλοκών του χρόνιου υποσιτισμού.(98)

Η Νευρογενής Ανορεξία είναι μια ψυχική νόσος απειλητική για τη ζωή του ατόμου, τα ποσοστά θνησιμότητας είναι εντυπωσιακά υψηλότερα για τους ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό.(15,22,47) Τα δεδομένα που είναι διαθέσιμα μας δείχνουν ότι ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 10%-20% των ασθενών που έχουν νοσηλευθεί για Νευρογενή Ανορεξία, θα πεθάνουν εξαιτίας της νόσου στα επόμενα 10 έως 30 χρόνια.(22,47) Πολλοί από τους θανάτους αυτούς οφείλονται στη σοβαρή και χρόνια ασιτία, η οποία καταλήγει σε ξαφνικό θάνατο.(22,46,47) Ο μακροχρόνιος υποσιτισμός μπορεί να προκαλέσει πολύ σοβαρές ιατρικές επιπλοκές, οι συνηθέστερες από τις οποίες είναι τα σοβαρά καρδιακά, νευρολογικά και γαστρεντερολογικά προβλήματα, αλλά και επικίνδυνες γενετήσιες και ορμονολογικές ανωμαλίες.(12,15,28,46,86) Ένα επίσης σημαντικό ποσοστό ασθενών είναι αυτόχειρες.(12,22,47,86) Ακόμα και σε ασθενείς που έχουν επανακτήσει ικανοποιητικό βάρος συχνά συνεχίζεται η επίμονη ενασχόληση με την τροφή και το βάρος, η κοινωνική τους ζωή παραμένει ιδιαίτερα περιορισμένη και συχνά συνυπάρχει καταθλιπτικό συναίσθημα.(98)

Γενικά, η πρόγνωση δεν είναι καλή.(22,47) Μόνο το 50% των ασθενών επανέρχονται πλήρως. Το να αλλάξει κανείς τη διαστρεβλωμένη εικόνα που έχει ο πάσχων από Νευρογενή Ανορεξία, για τον εαυτό του είναι πάρα πολύ δύσκολο, ίσως είναι ακόμα δυσκολότερο στις κοινωνίες που προάγουν το να είναι κανείς αδύνατος ως ιδανικό.(15) Ωστόσο, η βραχυπρόθεσμη απάντηση των ασθενών σε ενδοноσοκομειακή νοσηλεία είναι συνήθως θετική.(98)

Είναι δύσκολο να προσδιορίσουμε τους παράγοντες στους οποίους οφείλεται η ποικιλία στην έκβαση της Νευρογενούς Ανορεξίας. Ένα σημαντικό μέρος των αναφορών έμπειρων θεραπευτών επισημαίνει ότι η διαταραχή έχει καλύτερη πρόγνωση όταν ξεκινά κατά την διάρκεια της εφηβείας, αλλά υπάρχουν επίσης και αναφορές ότι όταν η διαταραχή ξεκινά πριν από την εφηβεία αναμένεται δύσκολη πορεία της διαταραχής.(47) Στους θετικούς προγνωστικούς δείκτες συμπεριλαμβάνονται, εκτός από την εκδήλωση της νόσου στην εφηβεία, και η καλή προνοσηρή ψυχοκοινωνική προσαρμογή, η μικρή απώλεια βάρους, και η απουσία της ισχυρής και επίμονης άρνησης της ύπαρξης της νόσου.(22) Είναι πιθανό ότι η σοβαρότητα της ασθένειας -η οποία καθορίζεται με βάση το χαμηλότερο βάρος που έχει φθάσει ο ασθενής

και τον αριθμό των νοσηλειών- καθώς και η παρουσία συνοδών συμπτωμάτων -όπως η υπερφαγία και οι αντισταθμιστικές συμπεριφορές- είναι δύο παράγοντες που φαίνεται επίσης να συμβάλλουν στην αρνητική έκβαση της νόσου.(47) Στους αρνητικούς προγνωστικούς δείκτες συμπεριλαμβάνονται εκτός από την παρουσία βουλιμικών συμπεριφορών, αυτοπροκαλούμενων εμετών και κατάχρησης καθαρτικών, η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική τάξη καθώς και τα αντίθετα των όσων προαναφέρθηκαν ως θετικοί προγνωστικοί δείκτες.(22) Είναι περιττό να σημειώσουμε ότι δεν είναι πιθανό να προβλέψουμε την πορεία και την έκβαση σε έναν ασθενή με βεβαιότητα.(47)

▪ Αιτιολογία

Η αιτιολογία της Νευρογενούς Ανορεξίας παραμένει αδιευκρίνιστη, καθώς αυτή τη στιγμή δεν υπάρχουν δεδομένα που να μπορούν να μας οδηγήσουν με βεβαιότητα σε ένα συμπέρασμα για την αιτιοπαθογένεια της νόσου.(2,22,47) Αυτό στο οποίο φαίνεται οι απόψεις των ειδικών να συγκλίνουν, είναι ότι η αιτιολογία των διαταραχών αυτών είναι πολυπαραγοντική (46,98), και η αναζήτηση ενός και μοναδικού αιτιολογικού παράγοντα φαίνεται να είναι ένα άκαρπο εγχείρημα.(15,46) Το αν και κατά πόσο μια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής 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.(98) Όλες οι σύγχρονες προσεγγίσεις προτείνουν ότι μια 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.(22,46,98)

Αυτό που μπορούμε να κάνουμε με σχετική ασφάλεια είναι να αναγνωρίσουμε παράγοντες κινδύνου, η παρουσία των οποίων υποθέτουμε ότι αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου. Επίσης, είναι δυνατό να

περιγράψουμε την πορεία της διαταραχής, τις υφέσεις και τις εξάρσεις που μπορεί να σημειωθούν, τις επιπλοκές και την υποτροπή και ν' αναγνωρίσουμε τη διαπλοκή των διαφόρων χαρακτηριστικών της διαταραχής, όπως για παράδειγμα να επιχειρήσουμε να περιγράψουμε τη σχέση μεταξύ της κακής διατροφής και της ψυχικής διαταραχής. Συνεπώς, μπορούμε να διαχωρίσουμε τους παράγοντες και τις δυσκολίες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της Νευρογενούς Ανορεξίας, από τους παράγοντες και τις δυνάμεις εκείνες που εντείνουν τα συμπτώματα και διαιωνίζουν τη διαταραχή από τη στιγμή που αυτή έχει ήδη εκδηλωθεί.(47)

Συνοπτικά, οι παράγοντες, που φαίνεται να εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια της Νευρογενούς Ανορεξίας ή/ και να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαιώνισή της, καταγράφονται παρακάτω(98):

- γενετικές καταβολές(15,46)
- βιολογικοί και ιατρικοί παράγοντες (λ.χ. υποθαλαμο-υποφυσιακές ανωμαλίες, μολύνσεις, ο ρόλος της φυσιολογίας του εγκεφάλου κ.α.) (2,15,46,98)
- οικογενειακές επιρροές (λ.χ. κληρονομικοί και περιβαλλοντικοί αρνητικοί οικογενειακοί παράγοντες) (15,46)
- κοινωνικοπολιτισμικές επιδράσεις (λ.χ. οι διαφημίσεις του γρήγορου «πλαστικού» φαγητού, η ανάδειξη της λεπτής σιλουέτας ως υπέρτατου αγαθού, πιέσεις να είναι κανείς αδύνατος, νόρμες της κοινωνίας) (2,15,46,98)
- προσωπικότητα (λ.χ. Διαταραχές Διάθεσης όπως η Κατάθλιψη και οι Αγχώδεις Διαταραχές, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας) (2,46,98)
- αναπτυξιακή φάση που διάγει το άτομο (46)
- περιβαλλοντικό στρες.(15)

Επίσης στους παράγοντες που συντείνουν στην εκδήλωση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής έχουν συμπεριληφθεί και οι ακόλουθοι:

- το επάγγελμα: μελέτες επισημαίνουν ότι αθλητές, καλλιτέχνες ή άτομα που υπηρετούν σε στρατιωτικά επαγγέλματα διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν Διατροφικές Διαταραχές
- χρόνια νοσήματα: νεαρά άτομα που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα όπως είναι λ.χ. ο διαβήτης ή το άσθμα, ή που παρουσίασαν

μια πρώιμη ήβη, κινδυνεύουν περισσότερο από το μέσο όρο των συνομηλίκων τους, να εμφανίσουν διατροφικό πρόβλημα.(46)

Βιολογικοί παράγοντες

Μεταξύ των πιθανών βιολογικών παραμέτρων συμπεριλαμβάνονται γενετικοί και νευροβιολογικοί παράγοντες, ενώ η νευροπεπτιδική ρύθμιση της όρεξης φαίνεται να αποτελεί μια εναλλακτική πρόταση σχετικά με την αιτιολογία των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.(98)

Γενετική και Μελέτες Διδύμων

Υπάρχουν δεδομένα που στηρίζουν την άποψη ότι υπάρχει γενετική συμβολή στην ανάπτυξη των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.(22) Σε ότι αφορά την κληρονομικότητα, η Νευρογενής Ανορεξία φαίνεται να παρουσιάζεται με σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα σε βιολογικούς συγγενείς ασθενών που έχουν εκδηλώσει τη διαταραχή και το εύρημα αυτό μας οδηγεί να υποθέσουμε ότι υπάρχουν μηχανισμοί μεταβίβασης της νόσου στα μέλη μιας οικογένειας.(15,22,47,98) Οι γυναίκες συγγενείς νεαρών ασθενών που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, έχουν 5 φορές περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν και οι ίδιες από τη διαταραχή.(15,85,91,98) Ο επιπολασμός της Νευρογενούς Ανορεξίας στις αδελφές των ατόμων που έχουν ήδη προσβληθεί υπολογίζεται περίπου στο 6%, αλλά αυτή η σχέση μπορεί να αντικατοπτρίζει κοινωνική επίδραση, παρά γενετική το ποσοστό επικινδυνότητας για άλλους συγγενείς κυμαίνεται μεταξύ του 2% και 4%.(47,98)

Κάποια δεδομένα, που ενισχύουν την άποψη ότι κάποιος γενετικός παράγοντας ενυπάρχει στην αιτιοπαθογένεια της Νευρογενούς Ανορεξίας, έρχονται μέσα από μελέτες διδύμων.(15,47) Τα δεδομένα αυτών των ερευνών αποτελούν ενδείξεις, οι οποίες συνηγορούν για αυξημένους δείκτες συμφωνίας σε μονοζυγωτικούς διδύμους σε σύγκριση με διζυγωτικούς.(22,47,84,98) Ο Hsu (1990), συνδυάζοντας δεδομένα από πολλές διαφορετικές δημοσιευμένες μελέτες, υπολόγισε ένα ποσοστό συμφωνίας 47% για τους μονοζυγωτικούς διδύμους και ένα ποσοστό συμφωνίας 10% για τους ετεροζυγωτικούς διδύμους.(41) Μεταγενέστερες έρευνες επιβεβαιώνουν αυτά τα δεδομένα καθώς αναφέρουν ποσοστά σύμπτωσης σχεδόν 50% μεταξύ των μονοζυγωτικών διδύμων και ποσοστά 10% σε μονοζυγωτικούς διδύμους ή σε μη δίδυμους αδελφούς.(98) Αυτά τα

δεδομένα μπορεί να ενισχύουν την πιθανότητα η γενετική προδιάθεση να κατέχει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της Νευρογενούς Ανορεξίας, αλλά θα πρέπει να σημειωθεί ότι είναι σημαντικό να πραγματοποιηθούν και περισσότερο περίπλοκες μελέτες και έρευνες με υιοθετημένους διδύμους (15), γιατί τα δεδομένα που αποδεικνύουν την γενετική μετάδοση της νόσου δεν είναι ακόμα διαθέσιμα.(47)

Εγκέφαλος

Κάποιοι ερευνητές που έχουν εστιάσει στις πιθανές βιολογικές αιτίες, διατυπώνουν την υπόθεση ότι η Νευρογενής Ανορεξία είναι αποτέλεσμα της δυσλειτουργίας του υποθαλάμου. Η πιο σημαντική παρατήρηση που οδήγησε σε αυτή την υπόθεση, ήταν ότι η αμηνόρροια σε πάσχουσες κάποιες φορές δεν μπορεί να αποδοθεί στην απώλεια βάρους ούτε στις επιπτώσεις αυτής στον οργανισμό (2,32), καθώς εγκαθίσταται πριν από κάποια σημαντική απώλεια βάρους.(98) Συνεπώς, οι ερευνητές υπέθεσαν ότι υπάρχει κάποιος κοινός παράγοντας που θα πρέπει να ευθύνεται τόσο για αστάθεια στον εμμηνορροϊκό κύκλο όσο και για την ανορεξία. Το πιθανότερο είναι ότι αυτό το κέντρο είναι ο υποθάλαμος, δεδομένου ότι παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην πρόσληψη τροφής όσο και στις ορμονικές λειτουργίες.(2,32) Πρόκειται για ένα εγκεφαλικό κέντρο «κλειδί» για τη ρύθμιση του αισθήματος της πείνας και της πρόσληψη τροφής. Έρευνες σε ζώα, που είχαν υποστεί βλάβη στον υποθάλαμο, δείχνουν ότι σημειώνεται απώλεια βάρους και κατακόρυφη μείωση της όρεξης.(40) Δεν προκαλεί έκπληξη, λοιπόν, το γεγονός ότι έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι ο υποθάλαμος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην Νευρογενή Ανορεξία.(15) Σχετικά με τους νευροχημικούς παράγοντες, έχουν διατυπωθεί πολλές απόψεις για τις εντυπωσιακές μεταβολές που παρατηρούνται στους ασθενείς και το αν αυτές οι μεταβολές είναι συνέπεια της απισχναντικής διαδικασίας ή αν οφείλονται σε μια σοβαρότερη ενδοκρινική διαταραχή. Η υπερέκκριση, για παράδειγμα, της κορτιζόλης, ορμόνης που ελέγχεται από τον υποθάλαμο και παρατηρείται στον υποσιτισμό έχει διαπιστωθεί και στην Κατάθλιψη.(15,17,98) Συνεπώς, αντί να αντιμετωπίζουμε αυτές τις ανωμαλίες σαν αιτία της εκδήλωσης της διαταραχής, φαίνεται ότι θα ήταν πιο συνετό να θεωρήσουμε ότι επέρχονται σαν αποτέλεσμα του υποσιτισμού και τα επίπεδα των ορμονών αυτών

επανερχονται στα φυσιολογικά όρια όταν ξεκινά ο επαναστισμός και το σωματικό βάρος αυξάνεται.(15,17)

Οι ερευνητές οφείλουν να είναι επιφυλακτικοί και ιδιαίτερα προσεκτικοί στον τρόπο με τον οποίο συνδέουν τέτοιου είδους ευρήματα με τη Νευρογενή Ανορεξία, καθώς, για παράδειγμα, στα πειράματα με ζώα, που έχουν υποστεί βλάβη στον υποθάλαμο, η απώλεια βάρους, που σημειώνεται, δε συνάδει με τις γνώσεις μας για τη συμπτωματολογία και την κλινική εικόνα της Νευρογενούς Ανορεξίας στους ανθρώπους. Τα ζώα αυτά φαίνεται να έχουν υποστεί απώλεια της αίσθησης της πείνας, καθώς εκδηλώνουν χαρακτηριστική αδιαφορία για την τροφή, τη στιγμή που γνωρίζουμε ότι οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία επιμένουν να απέχουν από την πρόσληψη τροφής παρότι αισθάνονται πείνα. Ένας ακόμη λόγος για τον οποίο θα πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί με αυτά τα ευρήματα είναι ότι το μοντέλο αυτό ερμηνείας, που στηρίζεται στη λειτουργία του υποθαλάμου, δεν μπορεί να εξηγήσει την διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα των ασθενών, ούτε τον έντονο και επίμονο φόβο του πάχους. Δεδομένων των προαναφερθέντων προβληματισμών η δυσλειτουργία του υποθαλάμου δε φαίνεται πολύ πιθανό να συμβάλλει στην εμφάνιση της Νευρογενούς Ανορεξίας.(15)

Μια άλλη σειρά δεδομένων φαίνεται να στηρίζει τη θεωρία ότι τα ενδογενή οπιοειδή παίζουν σημαντικό ρόλο στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.(15) Τα Ενδογενή οπιοειδή είναι ουσίες, που παράγονται από το σώμα και μειώνουν τα αισθήματα πόνου. Οι έρευνες, σε αυτό τον τομέα, στηρίζουν την άποψη ότι τα οπιοειδή απελευθερώνονται κατά τη διάρκεια περιόδων αστίας και παίζουν κάποιο ρόλο στη Νευρογενή Ανορεξία, καθώς τα ανεβασμένα επίπεδα ενδογενών οπιοειδών (ενδορφίνες, εγκεφαλίνες) στους πάσχοντες ενισχύουν θετικά τη συμπεριφορά των τελευταίων, προάγοντας ένα αίσθημα ευφορίας.(15,65)

Οι έρευνες, που έχουν εστιάσει στους βιολογικούς παράγοντες, έχουν στρέψει το ενδιαφέρον των ειδικών και σε ορισμένους νευροδιαβιβαστές, οι οποίοι σχετίζονται με την πρόσληψη τροφής και το αίσθημα πληρότητας – κορεσμού.(15) Η υπόθεση θέλει τον υποσπισμό να προκαλεί μεταβολές στο επίπεδο των νευροδιαβιβαστών, οι οποίες μεταβολές ευθύνονται για κάποιες από τις εκδηλώσεις της Νευρογενούς Ανορεξίας. Πιο συγκεκριμένα οι ενδείξεις από τις έρευνες υποδεικνύουν ότι οι πάσχοντες από Νευρογενή

Ανορεξία εμφανίζουν διαταραχή της σεροτονινεργικής δραστηριότητας.(98) Τα αυξημένα επίπεδα σεροτονίνης στον εγκέφαλο συμβάλλουν στη μείωση της επιθυμίας για πρόσληψη τροφής (98), γεγονός που επιβεβαιώνεται και από πειράματα σε ζώα, στα όποια έχει προκύψει ότι τα υψηλά επίπεδα σεροτονίνης προάγουν το αίσθημα πληρότητας – κορεσμού.(15) Η σεροτονίνη έχει ενοχοποιηθεί και για την παράταση της πρόσληψης τροφής κατά τη διάρκεια ενός υπερφαγικού επεισοδίου, καθώς θεωρείται ότι μια διαταραχή στη λειτουργία της σεροτονίνης μπορεί να εμπλέκεται στη διαδικασία του κορεσμού.(98) Επίσης, μέσα από πειράματα σε ζώα προκύπτει ότι ο ερεθισμός του κοιλιακού πυρήνα του θαλάμου μέσω της νορεπινεφρίνης προάγει την πρόσληψη τροφής.(15) Τα επίπεδα της νορεπινεφρίνης σε πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία δείχνουν να είναι ιδιαίτερα χαμηλά, χωρίς ακόμα να είναι ξεκάθαρο το γιατί συμβαίνει αυτό.(15,36) Οι ερευνητές έχουν εξετάσει τα επίπεδα αυτών - καθώς και άλλων - νευροδιαβιβαστών σε πάσχοντες από τη Νευρογενή Ανορεξία. Αν και θα ήταν χρήσιμο να πραγματοποιηθούν περαιτέρω βιοχημικές έρευνες στο μέλλον, είναι σημαντικό σε ό,τι αφορά και αυτά τα δεδομένα να τα αντιμετωπίζουμε με ιδιαίτερη προσοχή καθώς οι έρευνες αυτές εστιάζουν αποκλειστικά στους μηχανισμούς του εγκεφάλου, που σχετίζονται με το αίσθημα της πείνας, την πρόσληψη της τροφής και το αίσθημα κορεσμού, αλλά δεν έχουν να προσφέρουν πολλά στην ερμηνεία άλλων σημαντικών χαρακτηριστικών της διαταραχής, όπως ο φόβος του πάχους.(15)

Ο καθορισμός του αν οι μεταβολές των φυσιολογικών παραμέτρων σε ασθενείς, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, είναι τελικά η αιτία ή το αποτέλεσμα της διαταραχής αποτελεί μεγάλη πρόκληση και το γεγονός αυτό υπογραμμίζεται μέσα από τις πρόσφατες μελέτες της λεπτίνης σ' αυτούς τους ασθενείς. Η λεπτίνη, ένας ορμονικός παράγοντας νευροπεπτιδικής δομής, εκκρίνεται από τα κύτταρα του λιπώδους ιστού και διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στη ρύθμιση των δεξαμενών λίπους του οργανισμού και κατ' επέκταση εμπλέκεται και στις διαδικασίες ρύθμισης της όρεξης. Σε ό,τι αφορά τους πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία, τα επίπεδα της λεπτίνης στον ορό του αίματος ανευρίσκονται σε χαμηλότερα από τα αναμενόμενα επίπεδα. Ωστόσο, μετά την έναρξη του επαναστισμού και την αύξηση του σωματικού βάρους τα

επίπεδα της λεπτίνης αποκαθίστανται και επανέρχονται στα φυσιολογικά όρια.(98)

Δυναμική της οικογένειας

Η δυναμική της οικογένειας θεωρείται ότι παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην παθογένεση όσο και στη διαιώνιση μιας Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής.(22) Η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής στους γονείς, οι δυσλειτουργικές ενδοοικογενειακές σχέσεις αλλά και οι προβληματικοί τρόποι συνδιαλλαγής μεταξύ των μελών της οικογένειας είναι παράγοντες που έχουν συνδεθεί με την εκδήλωση Νευρογενούς Ανορεξίας.(47) Για παράδειγμα, στα οικογενειακά ιστορικά των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία απαντώνται μεγαλύτερα ποσοστά Κατάθλιψης, Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής και αλκοολισμού σε σύγκριση με τα αντίστοιχα ποσοστά του γενικού πληθυσμού.(98) Οι θεωρητικοί, που μελετούν τα συστήματα των οικογενειών προτείνουν ότι οι διαταραγμένοι τρόποι συνδιαλλαγής μεταξύ των μελών της οικογένειας αποτελούν κεντρικά γνωρίσματα της ανορεκτικής παθολογίας. Πιο συγκεκριμένα αναφέρονται σε στοιχεία όπως ο παθολογικός εγκλωβισμός, η αυστηρότητα, η υπερπροστασία, η έλλειψη ξεκάθαρα καθορισμένων διαπροσωπικών ορίων, οι δυσκολίες να αντιμετωπίζουν και να επιλύουν συγκρούσεις και διαφωνίες κ.α.(22,47,59) Συχνά στις περιπτώσεις Νευρογενούς Ανορεξίας συναντάμε την άρνηση των μελών της οικογένειας να παραδεχθούν ότι το πάσχον μέλος παρουσιάζει πλέον μια σκελετωμένη εικόνα και συχνά τα μέλη της οικογένειας μοιράζονται τις ίδιες απόψεις με τον πάσχοντα σχετικά με τη σημασία του να είναι κανείς αδύνατος ενστερνίζονται κι αυτοί την άποψη ότι το χαμηλό σωματικό βάρος και η εμφάνιση γενικότερα είναι περισσότερο σημαντικά από το να είναι κάποιος πραγματικά ευτυχής ή έστω να αισθάνεται καλά.(22)

Οι μητέρες των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία συχνά περιγράφονται ως υπερπροστατευτικές, διεισδυτικές, τελειοθη-ρικές, γυναίκες που φοβούνται τον αποχωρισμό από τα παιδιά τους. Οι πατέρες των πασχόντων, από την άλλη πλευρά, περιγράφονται ως αποσυρμένοι, υποχωρητικοί, παθητικοί, με καταπιεσμένο συναίσθημα, αναποτελεσματικοί, φαντασιωσικοί, με συνεχείς εναλλαγές στο συναίσθημα, και γενικότερα άτομα που επιχειρούν να αποφεύγουν οποιαδήποτε εμπλοκή στα θέματα της οικογένειας.(22,47)

Το πάσχον μέλος της οικογένειας συχνά εξυπηρετεί μια σημαντική λειτουργία στο να διατηρηθεί το status quo στο σύστημα της οικογένειας, μεταμφιέζοντας – συγκαλύπτοντας τις συγκρούσεις και τα προβλήματα μεταξύ άλλων μελών της οικογένειας (π.χ. Διαταραχές της Διάθεσης, Αγχώδεις Διαταραχές, Εξάρτηση από Ουσίες, συζυγικές διαφωνίες κ.α.).(22) Συχνά οι σχέσεις του πάσχοντος από Νευρογενή Ανορεξία με τους γονείς του χαρακτηρίζονται ως πολύ στενές αλλά και διαταραγμένες. Διατυπώνεται λοιπόν, η υπόθεση ότι η εκδήλωση της νόσου εξυπηρετεί κατά κάποιον τρόπο τον πάσχοντα στο να αποσπάσει την προσοχή από τις τεταμένες συζυγικές ή άλλες ενδοοικογενειακές σχέσεις.(98) Εξαιτίας όλων των προαναφερθέντων, η θεραπεία οικογένειας θεωρείται υψίστης σημασίας ειδικότερα για τους έφηβους ή νεαρής ηλικίας πάσχοντες, οι οποίοι θα πρέπει να βοηθηθούν ν' αναπτύξουν και να διατηρήσουν μια υγιή εικόνα για τους εαυτούς τους όσο καιρό θα ζουν μέσα σε ένα διαταραγμένο σύστημα οικογένειας.(22)

Ο ακριβής ρόλος της οικογένειας στην ανάπτυξη και πορεία της Νευρογενούς Ανορεξίας, αν και αδιαμφισβήτητα σημαντικός, δεν έχει αναδειχθεί ακόμη με ξεκάθαρο τρόπο, καθώς είναι λίγες οι εμπειρικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί ως τώρα και εξετάζουν συγκριτικά ψυχιατρικές ή κλινικές ομάδες ασθενών.(47)

Χαρακτηριστικά της οικογένειας

Τα αποτελέσματα από τις εμπειρικές μελέτες που έχουν εστιάσει στα χαρακτηριστικά των οικογενειών των πασχόντων από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, διαφοροποιούνται από μελέτη σε μελέτη. Κάποιες από τις διαφοροποιήσεις αυτές πηγάζουν από τις διαφορετικές μεθόδους συλλογής δεδομένων αλλά και από τις ποικίλες πηγές των πληροφοριών.(15) Για παράδειγμα, οι αναφορές των ίδιων των ασθενών με χαρακτηριστική συνέπεια αποκαλύπτουν υψηλά ποσοστά ενδοοικογενειακών συγκρούσεων (15,50), αλλά οι αναφορές των γονέων των πασχόντων δεν περιλαμβάνουν πάντα υψηλά επίπεδα ενδοοικογενειακών προβλημάτων. Κατ' εξαίρεση, σε μια έρευνα, στην οποία προέκυψε διαφοροποίηση στις αναφορές των γονέων της πειραματικής ομάδας σε σύγκριση με την ομάδα των γονέων της ομάδας ελέγχου, οι γονείς των πασχόντων ανέφεραν υψηλά επίπεδα απομόνωσης και χαμηλά επίπεδα αμοιβαίας εμπλοκής και αλληλοϋποστήριξης μεταξύ των μελών της οικογένειας.(15,43) Οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις,

ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή όχι ενδοοικογενειακών συγκρούσεων, φαίνεται να χαρακτηρίζουν τις οικογένειες των πασχόντων, αν και κάποια χαρακτηριστικά που έχουν παρατηρηθεί, όπως τα χαμηλά επίπεδα υποστήριξης, δεν συνάδουν με την ψυχοδυναμική θεωρία. Αλλά και πάλι, τέτοια οικογενειακά χαρακτηριστικά θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως αποτέλεσμα της διαταραχής και όχι ως η αιτία της.(15)

Μια μελέτη, που συνδέεται στενά με την θεωρία του Minuchin, αξιολόγησε τους πάσχοντες από Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής καθώς και τους γονείς τους βάσει ερωτηματολογίων σχεδιασμένων για τη μέτρηση χαρακτηριστικών όπως:

- η αυστηρότητα
- η εγγύτητα
- η εχθρότητα
- τα επικριτικά σχόλια(14,15)

Σε αντίθεση με τη θεωρία του Minuchin, οι οικογένειες επέδειξαν σημαντική διαφοροποίηση σε χαρακτηριστικά όπως ο εγκλωβισμός-παγίδευση και τα επίπεδα συγκρούσεων συγκεκριμένα, τα επίπεδα επικριτικών σχολίων και εχθρότητας ήταν αρκετά χαμηλά. Αυτό το εύρημα βέβαια θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι αντανακλά το χαρακτηριστικό που ο Minuchin είχε περιγράψει ως τακτική αποφυγής των συγκρούσεων, κι έτσι όχι μόνο τα ευρήματα δεν έρχονται σε αντίθεση με τη θεωρία του Minuchin, αλλά την επιβεβαιώνουν. Σε συμφωνία με τη θεωρία αυτή και τις κλινικές περιγραφές του Minuchin είναι και το εύρημα της έρευνας που θέλει τις οικογένειες να εμφανίζουν έλλειψη υπερεμπλοκής των γονέων.(15) Μια ακόμη μελέτη, της οποίας τα ευρήματα βρίσκονται σε ασυμφωνία με τη θεωρία του Minuchin, πραγματοποίησε αξιολογήσεις των οικογενειών των πασχόντων πριν αλλά και μετά τη θεραπεία των ασθενών.(15,97) Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας των οικογενειών έδειξε βελτίωση μετά την θεραπεία, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με την ιδέα του Minuchin ότι η βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς θα έφερνε στην επιφάνεια άλλες υφέρπουσες ενδοοικογενειακές συγκρούσεις.(15)

Είναι επιτακτική η ανάγκη να απομακρυνθούμε από τις αναφορές των ίδιων των πασχόντων και των μελών της οικογένειάς τους για τα επίπεδα λειτουργικότητας της τελευταίας και να προσανατολιστούμε σε αξιολογήσεις

βασισμένες στην άμεση παρατήρηση. Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι ο τρόπος που αντιλαμβάνεται ο πάσχων τα χαρακτηριστικά της οικογένειάς του είναι άνευ σημασίας ή ότι θα πρέπει να υποβαθμίζονται τέτοιες αναφορές, αλλά, γεγονός είναι, ότι θα πρέπει να γνωρίζουμε το βαθμό στον οποίο η οικογένεια γίνεται αντιληπτή ως διαταραγμένη από το πάσχοντα μέλος της και το βαθμό στον οποίο οι διαταραγμένες ενδοοικογενειακές σχέσεις είναι μια αντικειμενική πραγματικότητα.(15)

Σε μια από τις ελάχιστες μέχρι σήμερα έρευνες, που διεξήχθησαν βασιζόμενες στην άμεση παρατήρηση, οι γονείς των πασχόντων παιδιών δε φάνηκαν να διαφοροποιούνται σε μεγάλο βαθμό από τους γονείς της ομάδας ελέγχου. Οι δύο ομάδες γονέων δε διαφοροποιήθηκαν σε ότι αφορούσε τη συχνότητα με την οποία απηύθυναν θετικά και αρνητικά μηνύματα στα παιδιά τους. Ωστόσο, σημειώθηκαν και κάποιες διαφορές ανάμεσα στις ομάδες γονέων. Μια από αυτές ήταν ότι οι γονείς των πασχόντων ήταν περισσότερο αποκαλυπτικοί – επιδεικτικοί (π.χ. άλλαζαν τα ρούχα τους μπροστά στα παιδιά τους, άφηναν την πόρτα της τουαλέτας ανοιχτή, δεν έκλειναν την πόρτα του υπνοδωματίου τους το βράδυ κ.α.). Επίσης, οι γονείς των πασχόντων εμφάνιζαν σημαντική έλλειψη στις δεξιότητες επικοινωνίας, όπως στην ικανότητα να ζητούν διευκρινήσεις για ασαφείς δηλώσεις των παιδιών τους.(87)

Τέτοιου είδους μελέτες, οι οποίες βασίζονται στην άμεση παρατήρηση, αν διασταυρωθούν με δεδομένα για τα οικογενειακά χαρακτηριστικά, όπως αυτά γίνονται αντιληπτά από τον ίδιο τον ασθενή, θα μπορούσαν να βοηθήσουν να απαντηθεί το ερώτημα αν οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής σχετίζονται με πραγματικά προβληματικά οικογενειακά χαρακτηριστικά ή με οικογενειακά χαρακτηριστικά που γίνονται αντιληπτά ως προβληματικά από το πάσχον μέλος της οικογένειας.(15)

Κακοποίηση

Άτομα, ανεξαρτήτως φύλου, που έχουν υποστεί κακοποίηση κατά την παιδική τους ηλικία διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να εκδηλώσουν διατροφικά προβλήματα ως έφηβοι ή νεαροί ενήλικες.(46) Η συχνότητα εμφάνισης αναφορών κακοποιητικής εμπειρίας κατά την παιδική ηλικία ανάμεσα σε άτομα που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής είναι αρκετά υψηλή. Γι' αυτό το λόγο οι επαγγελματίες θεραπευτές θα πρέπει να

λαμβάνουν υπόψη τους την πιθανότητα να υπάρχει ιστορικό σεξουαλικής, σωματικής ή λεκτικής κακοποίησης στους πάσχοντες από Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής.(22)

Σε ορισμένες έρευνες προκύπτει ότι οι αναφορές για σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία είναι συχνότερες από το φυσιολογικό στους πάσχοντες από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής.(15) Για κάποιους τέτοιου είδους αναφορές θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερη επιφύλαξη από τον θεραπευτή ή τον ερευνητή κι αυτό γιατί συχνά ο θεραπευόμενος κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας είναι πιθανό υποσυνείδητα να δημιουργήσει στη σκέψη του τέτοιου είδους «φαντασιώσεις» κινητοποιούμενος μόνο και μόνο από την επιθυμία του να ανταποκριθεί σ' αυτό που πιστεύει ο ίδιος ότι ο θεραπευτής του αναμένει να ακούσει. Ωστόσο, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι αναφορές σε εμπειρίες σεξουαλικής κακοποίησης έχουν προκύψει τόσο από ασθενείς για τους οποίους η θεραπευτική διαδικασία βρίσκεται σε εξέλιξη όσο και από ασθενείς που δεν δέχονται θεραπευτική παρέμβαση.(15,92) Ωστόσο, αρκετές μεταγενέστερες απόπειρες να επιβεβαιωθεί αυτό το εύρημα από άλλες έρευνες απέτυχαν (77), κι έτσι ο ρόλος της σεξουαλικής κακοποίησης στην αιτιοπαθογένεια της Νευρογενούς Ανορεξίας παραμένει αβέβαιος.(15)

Οι έρευνες κάνουν αναφορά και σε υψηλότερα ποσοστά σωματικής και ψυχολογικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία ανάμεσα σε ασθενείς που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Αυτά τα δεδομένα κατευθύνουν τους ερευνητές να εστιάσουν τις μελλοντικές μελέτες σ' ένα ευρύτερο πεδίο εμπειριών κακοποίησης, και να μην περιορίζονται αποκλειστικά στις εμπειρίες σεξουαλικής κακοποίησης. Η επικρατούσα άποψη είναι ότι η παρουσία ή η απουσία εμπειριών κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας στην αιτιοπαθογένεια των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.(15) Μάλιστα έχουν αναγνωρισθεί κάποια χαρακτηριστικά της κακοποιητικής εμπειρίας, που, σε περίπτωση που συνυπάρχουν, αυξάνουν τις πιθανότητες το θύμα να εκδηλώσει κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Σε περίπτωση που η κακοποίηση συμβαίνει σε πολύ μικρή ηλικία και περιλαμβάνει επιβολή του ενήλικου με τη χρήση της σωματικής του δύναμης ή διαπράττεται από ενήλικο που είναι μέλος της

οικογένειας, τότε ο συσχετισμός της κακοποίησης με την εκδήλωση της διαταραχής είναι δυνατότερος από ότι σε κάθε άλλη περίπτωση.(15,23)

Αναπτυξιακοί παράγοντες

Δεδομένου ότι η έναρξη της Νευρογενούς Ανορεξίας συχνά σημειώνεται στην περίοδο της εφηβείας, τα θέματα που σχετίζονται με την αναπτυξιακή πορεία του ατόμου θεωρούνται ότι διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της νόσου. Σημαντικές είναι οι προκλήσεις αυτής της περιόδου της ζωής και της ανάπτυξης, όπως η ανάγκη ν' αποκτήσουν ανεξαρτησία, μια καλώς-διαμορφωμένη προσωπική ταυτότητα, ικανοποιητικές σχέσεις και ένα ξεκάθαρο σύστημα αξιών και αρχών, που θα καθοδηγεί το άτομο στις επιλογές του. Θέματα που αφορούν την σεξουαλικότητα, όπως οι πιέσεις των γονέων για αυξημένη ετεροσεξουαλική επαφή, έρχονται στο προσκήνιο. Ωστόσο, δεν είναι ξεκάθαρο ότι δυσκολίες στην αντιμετώπιση τέτοιου είδους θεμάτων είναι μεγαλύτερες για τους εφήβους που τελικά εκδηλώνουν Νευρογενή Ανορεξία απ' ότι για τους άλλους εφήβους.(47)

Η Κατάθλιψη επίσης έχει εμπλακεί ως ένας μάλλον απροσδιόριστος παράγοντας κινδύνου, καθώς τα υψηλά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων (π.χ. άγχος, ανασφάλεια, χαμηλή αυτοεκτίμηση κ.α.) έχουν παρατηρηθεί περισσότερο σε έφηβες κοπέλες απ' ότι σε αγόρια. Ομοίως, η εξέλιξη της σωματικής και σεξουαλικής ωρίμανσης και η συνακόλουθη αύξηση του σωματικού λίπους στις γυναίκες έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην αυτοεικόνα των εφήβων κοριτσιών, κυρίως γιατί η σχέση μεταξύ αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης με την εξωτερική εμφάνιση και το σχήμα του σώματος είναι ισχυρότερη στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες.(47)

Η ηλικία όπως και το φύλο θεωρούνται από τους βασικούς παράγοντες που συντείνουν στην εκδήλωση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό, που αγγίζει το 90%, των πασχόντων από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής είναι έφηβες ή νεαρές ενήλικες γυναίκες.(46)

Το φύλο

Το γυναικείο φύλο φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτο στην ανάπτυξη των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, καθώς αντιπροσωπεύει το 90% των ατόμων που έχουν λάβει διάγνωση τέτοιας διαταραχής.(22,46) Το γεγονός ότι οι διαταραχές αυτές είναι επιλεκτικά συχνότερες ανάμεσα στις γυναίκες και το ότι στις κοινωνίες, που δίνεται έμφαση στη λεπτόσωμη σιλουέτα ως ιδανικό

της γυναικείας ομορφιάς, τα ποσοστά είναι πολύ μεγαλύτερα, υποδηλώνει ότι παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνία και την κουλτούρα της διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην παθογένεια αυτών των διαταραχών.(22) Οι απόψεις συγκλίνουν στο ότι η βασικότερη αιτία γι' αυτή τη μεγαλύτερη επικράτηση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής μεταξύ των γυναικών απ' ότι μεταξύ των ανδρών είναι ότι οι γυναίκες φαίνεται να έχουν επηρεαστεί σε σημαντικότερο βαθμό από τα κοινωνικοπολιτισμικά στερεότυπα, που προβάλλουν την λεπτόσωμη σιλουέτα ως επιθυμητή.(15) Επιπροσθέτως, καθώς η έναρξη των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής τοποθετείται μετά από μια περίοδο δίαιτας και μιας γενικότερης ανησυχίας για το βάρος (π.χ. την υποκειμενική εντύπωση του ατόμου ότι είναι παχύ, το φόβο του πάχους), ο ρόλος των ιδανικών της κοινωνίας στην αιτιοπαθογένεια των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής φαίνεται σχεδόν σίγουρος.(51)

Καθώς αυτά τα στερεότυπα προάγουν το λεπτό σώμα ως το ιδανικό, σταδιακά αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων που καταγράφονται ως υπέρβαροι. Η επικράτηση της παχυσαρκίας έχει διπλασιαστεί από το 1900 ως σήμερα. Για το συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό των παχύσαρκων έχει ενοχοποιηθεί η πληθώρα του διαθέσιμου φαγητού καθώς και η καθιστική ζωή που διάγει ο σύγχρονος άνθρωπος. Από την άλλη πλευρά, η δίαιτα με στόχο την απώλεια βάρους είναι ιδιαίτερα συχνή ανάμεσα στις γυναίκες της Καυκάσιας φυλής και των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων' στην ουσία αναφερόμαστε στην ίδια ομάδα που παρουσιάζει και τα υψηλότερα ποσοστά των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, αν και οι τελευταίες έρευνες παρουσιάζουν μια σχετική τάση προς διαφοροποίηση των ποσοστών σε ότι αφορά την εθνικότητα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και το φύλο. (15,22) Φαίνεται, λοιπόν, πως οι γυναίκες ανησυχούν περισσότερο από τους άνδρες για το αν είναι αδύνατες, άρα είναι και περισσότερο πιθανό να κάνουν δίαιτα και κατά συνέπεια είναι περισσότερο ευάλωτες στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.(15) Αυτό σε καμία περίπτωση δε σημαίνει ότι όποιος κάνει δίαιτα θα εκδηλώσει και κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, καθώς θα πρέπει να συγκλίνουν κι άλλοι παράγοντες για να δημιουργήσουν το κατάλληλο υπόβαθρο για την εκδήλωση μιας τέτοιας διαταραχής.(15) Ωστόσο, είναι αλήθεια ότι η πιθανότητα να συναντήσουμε αυτές τις διαταραχές ανάμεσα σε

ομάδες ατόμων που αναμένεται να ασχολούνται σε υπερβολικό βαθμό με το βάρος τους, είναι ιδιαίτερα αυξημένη.(34)

Πολυάριθμες είναι οι ερευνητικές μελέτες που με τα δεδομένα τους στηρίζουν την άποψη ότι η υπέρμετρη ενασχόληση με την τροφή και το βάρος είναι εντυπωσιακά συχνή ανάμεσα στο γυναικείο πληθυσμό και ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής έχουν αυξηθεί σε σημαντικό βαθμό τα τελευταία χρόνια. Προς απογοήτευση των ερευνητών, οι πρόσφατες μελέτες αναδεικνύουν ότι οι περιορισμοί στο φαγητό, τα υπερφαγικά επεισόδια, οι καθαρτικές συμπεριφορές και η διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα, που παλαιότερα θεωρούνταν συμπτώματα που εμφανίζονταν στην εφηβεία, πλέον έχουν αρχίσει να κάνουν αισθητή την εμφάνισή τους ακόμα και σε κορίτσια ηλικίας 9 ετών.

Είναι πολύ περιορισμένος ο αριθμός των ερευνών που έχουν εστιάσει στο να κατανοήσουμε τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στους άνδρες. Η πλειονότητα των ερευνών αναφέρει ότι η αναλογία γυναικών και ανδρών, που έχουν διαγνωσθεί με κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής είναι 10:1. Ωστόσο, οι επαγγελματίες, που ασχολούνται με τη θεραπεία των ανδρών, που πάσχουν από τέτοιες διαταραχές, εκφράζουν την ανησυχία και την υποψία τους ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στους άνδρες καταγράφονται σε πολύ μικρότερο από το πραγματικό ποσοστό. Μάλιστα οι ειδικοί αυτοί υποστηρίζουν ότι είναι απρόσμενα υψηλό το ποσοστό εμφάνισης αυτών των διαταραχών σε συγκεκριμένες υπο-ομάδες ανδρών. Πρόσφατες έρευνες αναφέρουν ότι αρκετά μεγάλα ποσοστά ομοφυλόφιλων ανδρών πάσχουν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Επίσης, συγκεκριμένες ομάδες επαγγελματιών (π.χ. αναβάτες της ιππασίας, παλαιστές, χορευτές, body builders, παρουσιαστές κ.α.) φαίνεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη αυτών των διαταραχών. Υποθέτουμε ότι αυτό συμβαίνει γιατί σ' αυτά τα επαγγέλματα το άτομο καλείται να χάνει βάρος σε μικρά χρονικά διαστήματα ή να διατηρεί ένα «ιδανικό» βάρος προκειμένου ν' ανταποκριθεί στις επαγγελματικές απαιτήσεις και να παραμένει ανταγωνιστικό, καθώς σε πολλούς από αυτούς τους επαγγελματικούς χώρους η εμφάνιση και πιο συγκεκριμένα η λεπτόσωμη σιλουέτα (ακόμα και για τους άνδρες) είναι ζητούμενο. Όλες οι παραπάνω πιέσεις καθιστούν τον επαγγελματία αυτό ιδιαίτερα ευάλωτο στο να αναπτύξει κάποια Διαταραχή

Πρόσληψης Τροφής. Σε ό,τι αφορά την εκδήλωση της νόσου στους άνδρες υπάρχουν κάποιες μικρές διαφοροποιήσεις καθώς οι άνδρες σπάνια εστιάζουν σε ένα συγκεκριμένο ιδανικό βάρος και δεν ασχολούνται με το μέγεθος των ρούχων που φορούν αλλά είναι περισσότερο ανήσυχοι για τη γράμμωση των μυών τους και την αποφυγή της εναπόθεσης λίπους στο σώμα τους.(22)

Προσωπικότητα

Οι παράγοντες, που σχετίζονται με την προσωπικότητα, είναι πιθανό να παρεμβαίνουν στη διαμόρφωση των προσωπικών θέσεων του ατόμου σε ότι αφορά το σωματικό βάρος και σχήμα και κατά συνέπεια να εμπλέκονται και στην επιρρέπεια έναντι των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.(98) Αυτό που έχει οδηγήσει σε αυτή την υπόθεση είναι το γεγονός ότι τα άτομα που τελικά προσβάλλονται από τη νόσο τείνουν να παρουσιάζουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά: νεαρής ηλικίας, Καυκάσιας φυλής, θηλυκού γένους, μέσου ή ανώτερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και προερχόμενα από οικογένειες, που περιγράφονται ρευστές και δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στα επιτεύγματα. Αυτού του είδους το υπόβαθρο είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει σε στρεσογόνες οικογενειακές προσδοκίες και απαιτήσεις, και μέσα σ' ένα τέτοιο πλαίσιο η άρνηση της νεαρής γυναίκας να φάει μπορεί ασυνείδητα ν' αποτελεί μια προσπάθεια να ασκήσει έλεγχο.(2) Μια άλλη υπόθεση, που έχει διατυπωθεί, είναι ότι η Νευρογενής Ανορεξία είναι μια επίσης ασυνείδητη προσπάθεια να αρνηθούν τη σεξουαλικότητά τους. Στα κορίτσια, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, εκτός της αμηνόρροιας, λόγω του χαμηλού σωματικού βάρους τους, η φιγούρα τους δε θυμίζει γυναικείο σώμα καθώς απουσιάζουν κι άλλα χαρακτηριστικά (π.χ. μικρομαστία, στενή λεκάνη κ.α.).(6)

Αν και ο ρόλος της ύπαρξης ενός συγκεκριμένου προδιαθεσικού στυλ προσωπικότητας δεν έχει ακόμα αποδειχθεί, υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά, τα οποία φαίνεται να είναι κοινά στις αναφορές σε γυναίκες πάσχουσες από Νευρογενή Ανορεξία.(47) Οι ασθενείς, που έχουν νοσηλευθεί εξαιτίας της νόσου αυτής, έχουν μεγαλύτερη αυτοκυριαρχία, συνέπεια και επιφυλακτικότητα σε σύγκριση με γυναίκες που δεν είχαν ποτέ εμφανίσει διατροφικά προβλήματα.(11) Επιπρόσθετα, οι πάσχουσες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους συνεχίζουν να παρουσιάζουν την τάση να

αποφεύγουν το ρίσκο, να επιδεικνύουν υψηλά επίπεδα επιφυλακτικότητας στην έκφραση των συναισθημάτων τους και να δείχνουν μεγάλη συμμόρφωση σε κανόνες και ιδιαίτερα τους κανόνες ηθικής.(10)

Πολλοί ερευνητές έχουν συγκεντρώσει αναδρομικές αναφορές για την προσωπικότητα του ασθενούς πριν την εμφάνιση της Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής.(15,54) Αυτές οι έρευνες περιγράφουν τους πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία ως τελειομανείς – τελειοθηρικούς, ντροπαλούς και με έντονη την τάση για συμμόρφωση στις υποδείξεις των άλλων.(15) Ωστόσο, θα πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί με τέτοιου είδους δεδομένα κι αυτό γιατί στις αναδρομικές μελέτες, στις οποίες οι ασθενείς και οι συγγενείς τους καλούνται να ανακαλέσουν πώς ήταν το άτομο πριν τη διάγνωση της νόσου, μπορεί οι αναφορές να είναι ανακριβείς και φορτισμένες προς συγκεκριμένη κατεύθυνση εξαιτίας της τρέχουσας γνώσης τους για το πρόβλημα του ασθενούς.(15)

Εκτός των αναδρομικών μελετών, υπάρχουν και έρευνες που έχουν ασχοληθεί με την τρέχουσα αξιολόγηση της προσωπικότητας των πασχόντων από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής και κατά βάση στηρίζονται στα αποτελέσματα, που προκύπτουν από τη χορήγηση καθιερωμένων ερωτηματολογίων προσωπικότητας (π.χ. το MMPI). Οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία εμφανίζουν υψηλά επίπεδα νευρωτισμού και άγχους και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Επίσης, εμφανίζουν υψηλές τιμές σε μετρήσεις που αφορούν την αποδοχή παραδοσιακών αρχών και αξιών, γεγονός που δείχνει ότι τα άτομα αυτά ενστερνίζονται τόσο τα οικογενειακά όσο και τα κοινωνικά πρότυπα. Οι διαφορές, που εντοπίστηκαν, στη σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων με βάση τις μετρήσεις τους με το MMPI είναι οι ακόλουθες:

- οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία ανέφεραν κατάθλιψη, κοινωνική απομόνωση και άγχος
- οι πάσχοντες από Νευρογενή Βουλιμία ανέφεραν συμπτώματα με μεγαλύτερη διασπορά και σε σοβαρότερους τομείς ψυχοπαθολογίας, σημειώνοντας υψηλότερο σκορ από τους ανορεκτικούς σε αρκετές βαθμίδες του MMPI.(15)

Άλλωστε, όπως έχει προκύψει από άλλες έρευνες, τα άτομα, που υποφέρουν από Διαταραχές Διάθεσης (κυρίως Κατάθλιψη) και Διαταραχές Προσωπικότητας (κυρίως Αποφευκτική, Ναρκισσιστική και Οριακή Διαταραχή

Προσωπικότητας), διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να εκδηλώσουν και διατροφικά προβλήματα.(46)

Τα δεδομένα σχετικά με το αν οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία εμφανίζουν υψηλά επίπεδα τελειοθρίας είναι αντικρουόμενα. Ίσως, αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι η τελειομανία είναι πολυδιάστατη και αυτό δεν είχε συνυπολογιστεί στις πρώτες έρευνες. Η τελειοθρία μπορεί να κατευθύνεται:

- προς τον εαυτό: δηλαδή το άτομο να θέτει υψηλούς στόχους προς επίτευξη για τον εαυτό του
- προς τους άλλους: δηλαδή το άτομο να θέτει υψηλούς στόχους προς επίτευξη για τους άλλους
- προς την κοινωνία: δηλαδή το άτομο να προσπαθεί να προσαρμοστεί να συμμορφωθεί με τις υψηλές απαιτήσεις και προσδοκίες του κοινωνικού συνόλου.(15)

Αυτή η τελευταία μορφή τελειοθρίας θεωρείται από τους κλινικούς ως ένα εξαιρετικά σημαντικό στοιχείο στη Νευρογενή Ανορεξία. Μια πρόσφατη εργαστηριακή μελέτη επιβεβαίωσε ότι όσοι έχουν υψηλή βαθμολογία στο Τεστ Διατροφικής Στάσης αφενός δεν έθεταν για τους εαυτούς τους υπερβολικά υψηλούς προσωπικούς στόχους αφετέρου διατηρούσαν μη-αντικειμενικούς / μη-ρεαλιστικούς στόχους, οι οποίοι επιβάλλονταν από τους ερευνητές. Αυτό το εύρημα αποδεικνύει την τάση τους να ανταποκριθούν σε στόχους επιβεβλημένους από άλλους, δηλαδή υψηλό επίπεδο συμμόρφωσης στις προσδοκίες των άλλων.(73) Τα δεδομένα από τις περισσότερες έρευνες, που μελετούν την προσωπικότητα των πασχόντων από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, είναι σύστοιχα με τη θεωρία της Bruch για τη Νευρογενή Ανορεξία. Η Bruch αναγνώρισε στους πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία την ισχυρή τους τάση προς συμμόρφωση και τους περιέγραψε ως ανεσταλμένους και τελειοθηρικούς.(15)

Άλλες αναδρομικές μελέτες, που ερευνούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του πάσχοντος πριν την εκδήλωση της διαταραχής και είναι σε εξέλιξη, μας δίνουν κάποιες ενδιαφέρουσες πληροφορίες.(54) Σε μια από αυτές τις έρευνες, που διεξήχθη σε δείγμα 2000 μαθητών σχολείου της Μινεάπολις οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν διάφορα ερωτηματολόγια για 3 συνεχόμενα χρόνια. Μεταξύ των μετρήσεων συμπεριλαμβάνονταν και αξιολογήσεις προσωπικότητας καθώς κι ένα τμήμα

του Ερωτηματολογίου Διαταραχών Διατροφής, το οποίο αξιολογούσε την επικινδυνότητα για εκδήλωση Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Ο παράγοντας που φάνηκε με μεγαλύτερη ακρίβεια να προβλέπει τον κίνδυνο εκδήλωσης Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής ήταν μια μέτρηση, που αφορούσε το βαθμό στον οποίο το άτομο είναι σε θέση να αναγνωρίζει διαφορετικές οργανικές, φυσιολογικές καταστάσεις του σώματός του.(15)

Τα ευρήματα των Leon et al.(1995) σχετικά με την έλλειψη συνειδητότητας σε ό,τι αφορά τις βιολογικές, οργανικές καταστάσεις του σώματος ως παράγοντας, που προβλέπει την επικινδυνότητα για εκδήλωση Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής (54), ουσιαστικά επιβεβαιώνουν την άποψη της Bruch ότι οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία εμφανίζουν μια αδυναμία να αναγνωρίσουν τις εσωτερικές αυτές φυσιολογικές καταστάσεις του οργανισμού τους.(15)

ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΕΣ ΚΑΙ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΣΤΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΜΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑ 6 ΒΑΘΜΩΝ ΠΟΥ ΚΥΜΑΙΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΝΤΑ ΩΣ ΤΟ ΠΟΤΕ (35)	
Κίνητρο για αδυνάτισμα	Σκέφτομαι την δίαιτα
	Αισθάνομαι πολλές ενοχές μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο
	Ασχολούμαι σε υπερβολικό βαθμό με την επιθυμία μου να είμαι πιο αδύνατος
Βουλιμία	«Γεμίζω-μπουκώνω» τον εαυτό μου με φαγητό
	Έχω προβεί σε υπερφαγικό επεισόδιο στο οποίο ένιωθα ότι δεν μπορούσα να σταματήσω
	Έχω κάνει σκέψεις να προσπαθήσω να προκαλέσω στον εαυτό μου εμετό προκειμένου να χάσω βάρος
Δυσαρέσκεια με το σώμα	Πιστεύω ότι οι μηροί μου είναι πολύ μεγάλοι
	Πιστεύω ότι οι γλουτοί μου είναι πολύ μεγάλοι
	Πιστεύω ότι η περιφέρειά μου είναι πολύ μεγάλη
Αναποτελεσματικότητα	Αισθάνομαι ανίκανος
	Έχω χαμηλή άποψη για τον εαυτό μου
	Αισθάνομαι άδειος μέσα μου (συναισθηματικά)
Τελειομανία	Μόνο μια εξαιρετική επίδοση είναι αρκετά καλή για την οικογένειά μου
	Σαν παιδί προσπαθούσα σκληρά να αποφύγω να απογοητεύσω τους γονείς ή τους καθηγητές μου
	Μισώ το να είμαι κάτι λιγότερο από «ο καλύτερος» σε πράγματα
Έλλειψη εμπιστοσύνης στις διαπροσωπικές σχέσεις	Έχω πρόβλημα στο να εκφράσω τα συναισθήματά μου στους άλλους
	Χρειάζεται να κρατάω τους ανθρώπους σε μια συγκεκριμένη απόσταση (αισθάνομαι άβολα αν κάποιος προσπαθήσει να με πλησιάσει πολύ)
Interoceptive awareness	Μπερδεύομαι ως προς το συναίσθημα που αισθάνομαι
	Δεν ξέρω τι γίνεται μέσα μου
	Μπερδεύομαι ως προς το αν πεινάω ή όχι
Φόβοι ωρίμανσης	Εύχομαι να μπορούσα να γυρίσω στην ασφάλεια της παιδικής ηλικίας
	Αισθάνομαι ότι οι άνθρωποι είναι πιο ευτυχισμένοι όταν είναι παιδιά
	Οι απαιτήσεις της ενήλικης ζωής είναι πολύ μεγάλες

Ψυχο-κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες

Δούκισσα του Windsor: «Καμιά γυναίκα δεν μπορεί να είναι αρκετά πλούσια ή αρκετά αδύνατη» (3)

Τα κοινωνικοπολιτισμικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος φαίνεται να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στις εσφαλμένες αντιλήψεις και τη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών των πασχόντων από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής.(15) Οι παράγοντες εκείνοι, που σχετίζονται με τις πολιτισμικές και κοινωνικές μεταβλητές, παρεμβαίνουν ποικιλοτρόπως στη διαμόρφωση των προσωπικών θέσεων σε ότι αφορά το σωματικό βάρος και σχήμα και εμπλέκονται στην επιρρέπεια έναντι των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Συνεπώς, η έμφαση και η σημασία, που δίνεται από πολιτισμικής πλευράς στη λεπτόσωμη εμφάνιση και τη διατροφή, έχει τη δύναμη να αποτελέσει προδιαθεσικό παράγοντα για την ανάπτυξη μιας Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής.(98)

Κάνοντας μια αναδρομή στην ιστορία μπορεί να διαπιστώσει κανείς ότι τα στερεότυπα, που θέτει η κοινωνία, για το ιδανικό σωματικό βάρος και σχήμα έχουν διαφοροποιηθεί σε μεγάλο βαθμό (ιδιαίτερα τα στερεότυπα που αφορούν το ιδανικό γυναικείο σώμα). Για παράδειγμα, οι γυναίκες, που απεικονίζονταν γυμνές στους πίνακες ζωγραφικής του Rubens τον 17^ο αιώνα, σύμφωνα με τα σημερινά στερεότυπα θα θεωρούνταν παχουλές. Στην κουλτούρα των δυτικών κοινωνιών τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί μια σταθερή πρόοδος προς ολοένα και πιο λεπτόσωμες σιλουέτες ως ιδανικές, γεγονός που φαίνεται να συνδυάζεται με τον ισχυρισμό ότι τα ποσοστά εμφάνισης της Νευρογενούς Ανορεξίας έχουν αυξηθεί μέσα στο ίδιο χρονικό διάστημα..(2,55,15) Ενδεικτικό αυτής της προοδευτικής στροφής προς όλο και πιο αδύνατα πρότυπα είναι το γεγονός ότι τα αφιερώματα του ανδρικού περιοδικού «Playboy» έδειχναν ότι μεταξύ του 1959 και του 1978 προτιμούνταν όλο και πιο λεπτές γυναίκες.(34) Αν και ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η τάση αυτή προς ολοένα και πιο λεπτόσωμα πρότυπα είχε μετριαστεί, τουλάχιστον μέχρι το 1988 οι υποψήφιοι των διαγωνισμών ομορφιάς ήταν κάθε χρονιά και πιο αδύνατοι.(15) Παρότι, οι επιδράσεις της κοινωνίας εξαρτώνται από διάφορες και διαφορετικές άλλες μεταβλητές, γεγονός είναι ότι αυτές οι κοινωνικές επιρροές εκδηλώνονται σε διάφορα επίπεδα (π.χ. στον οικογενειακό χώρο, σε διάφορες υπηρεσίες, στην

κοινότητα και το κοινωνικό πλαίσιο γενικότερα).(98) Οι γυναίκες της σύγχρονης κοινωνίας από πολύ μικρή ηλικία εκτίθενται σε τέτοια πρότυπα. Για παράδειγμα, για να επιτύχει η μέση γυναίκα ανάλογο σώμα μ' αυτό της παιδικής κούκλας «Barbie», θα πρέπει ν' αυξήσει την περίμετρο του στήθους της κατά 30,5 εκ., να μειώσει την περίμετρο της μέσης της κατά 25,4 εκ. και το ύψος της να ξεπερνά τα 2μ.!(62) Τα ιδανικά που προβάλλει η δυτική κοινωνία έχουν στραφεί προς τη λεπτόσωμη σιλουέτα, αλλά αυτό φαίνεται να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τον τρόπο που οι σύγχρονες γυναίκες βιώνουν το σώμα τους ως πιο βαρύ απ' αυτό που θα θεωρούσαν οι ίδιες ιδανικό για τους εαυτούς τους.(2,55) Κι αυτό συμβαίνει γιατί τέτοιου είδους πρότυπα έχει ενστερνιστεί η πλειονότητα των νέων γυναικών, οι οποίες, αν και διαθέτουν ένα φυσιολογικό βάρος, βιώνουν τους εαυτούς τους ως υπέρβαρους.(15) Μια μελέτη με δείγμα έφηβων κοριτσιών κατέληξε στο ότι το 1/3 του δείγματος ένωθε ότι ήταν υπέρβαρες, αν και αυτό δεν αντανάκλούσε την πραγματικότητα.(52)

Παράλληλα με την προβολή αυτών των προτύπων των αποστεωμένων γυναικών στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες παρατηρείται και μια υπέρμετρη ενασχόληση με την τροφή τα πολυτελή εστιατόρια πληθαίνουν και αναρίθμητα περιοδικά και τηλεοπτικές εκπομπές αφιερώνονται στη μαγειρική που ασχολείται με την παρασκευή εξεζητημένων γευμάτων και την προβολή περίπλοκων συνταγών. Την ίδια στιγμή τα ποσοστά των ατόμων που πάσχουν από παχυσαρκία είναι ανησυχητικά.(15) Φαίνεται ότι το κοινωνικοπολιτισμικό ιδανικό της λεπτόσωμης σιλουέτας αποτελεί μάλλον το όχημα μέσω του οποίου τα άτομα μαθαίνουν να τρομοκρατούνται από την ιδέα ότι θα γίνουν υπέρβαροι ή από το αίσθημα ότι είναι υπέρβαροι. Το πάχος, εκτός του ότι δημιουργεί μια ανεπιθύμητη εικόνα σώματος, φέρει και πολλές αρνητικές συνακόλουθες αντιλήψεις, που απαρτίζουν ένα στερεότυπο του ανθρώπου που είναι αποτυχημένος και διαθέτει ελάχιστο ή μηδαμινό έλεγχο στον εαυτό του.(15)

Τα παχύσαρκα άτομα αντιμετωπίζονται από το κοινωνικό σύνολο ως λιγότερο ευφυή, μοναχικά, ντροπαλά και κατά κάποιο τρόπο άπληστα σε ότι αφορά τη διεκδίκηση της τρυφερότητας και της στοργής των άλλων ανθρώπων.(16) Όσο μια τέτοια αρνητική στάση της κοινωνίας απέναντι στα υπέρβαροι ή παχύσαρκα άτομα εντείνεται τόσο ο επιπολασμός των

Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής αυξάνεται.(15) Για παράδειγμα, σε μια επιδημιολογική μελέτη που διεξήχθη στην Ελβετία η επικράτηση της Νευρογενούς Ανορεξίας τετραπλασιάστηκε στο διάστημα από το 1950 έως το 1970.(94) Παρόμοια αποτελέσματα που στηρίζουν την εικόνα αυτή της αυξανόμενης επικράτησης προέκυψαν και για άλλες χώρες.(20)

Ο συνδυασμός, λοιπόν, της πεποίθησης της νεαρής γυναίκας ότι είναι υπέρβαρη, της ανησυχίας της μήπως τελικά καταλήξει να είναι παχύσαρκη και της ευαισθητοποίησης της κοινωνίας σε θέματα που αφορούν τη σωματική υγεία και το πάχος, έχει καταστήσει τη δίαιτα για την απώλεια βάρους ένα ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο· ο αριθμός των ατόμων που κάνουν δίαιτα έχει αυξηθεί από 7% για τους άνδρες και 14% για τις γυναίκες (ποσοστά που ίσχυαν το 1950) σε 24% για τους άνδρες και 40% για τις γυναίκες για το έτος 1993.(15) Παράλληλα, η λιποαναρρόφηση έχει χαρακτηριστεί η πιο συνηθισμένη επέμβαση στο χώρο της πλαστικής / αισθητικής χειρουργικής.(5) Η απώλεια βάρους έχει αναπτυχθεί σε μια βιομηχανία που αφήνει τεράστια χρηματικά ποσά στους ιδιοκτήτες των κέντρων αδυνατίσματος, των εταιρειών που παράγουν προϊόντα αδυνατίσματος κ.α. Τα κέρδη της βιομηχανίας αυτής (βιβλία, χάπια, videos, ειδικά παρασκευασμένα φαγητά, κρέμες αδυνατίσματος κ.α.) εκτιμάται ότι ξεπερνούν τα 30 δις δολάρια ανά έτος. Για να κατανοήσουμε το μέγεθος αυτού του αριθμού, αρκεί να αναλογιστούμε ότι η κυβέρνηση των Η.Π.Α. δαπάνησε το 1993 περίπου αυτό το ποσό συνολικά για τους ακόλουθους τομείς: παιδεία, εκπαίδευση, επαγγελματική αποκατάσταση και κοινωνικές υπηρεσίες. Δεδομένου αυτού του αυξημένου ενδιαφέροντος για την τροφή, δεν θα πρέπει να μας εκπλήσσει το γεγονός ότι αυτή η πλευρά της ανθρώπινης συμπεριφοράς, δηλαδή η συμπεριφορά σχετικά με το φαγητό, έχει αρχίσει να νοσει.(15)

Δεδομένων των παραπάνω, δεν πρέπει να προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι το συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό των περιστατικών Νευρογενούς Ανορεξίας έχει συνδεθεί με την παρούσα έμφαση των σύγχρονων δυτικών κοινωνιών σε μια εμφάνιση της σημερινής γυναίκας τόσο αδύνατη, που δεν είναι ρεαλιστική.(2,55,93) Δεν είναι τυχαίο το ότι η εμμονή με μια πολύ αδύνατη σιλουέτα είναι πολύ κοινή ανάμεσα στις νεαρές γυναίκες της Καυκάσιας φυλής και της μέσης ή ανώτερης κοινωνικής τάξης και με το πέρασμα των ετών η έμφαση σε τέτοιου είδους πρότυπα εντείνεται.(47) Το

γεγονός ότι τόσο μεγάλος αριθμός γυναικών επιχειρούν να ελέγξουν την πρόσληψη τροφής και το σωματικό τους βάρος και σχήμα μπορεί να αποτελέσει μια προσπάθεια να αντισταθμίσουν το αίσθημα απώλειας ελέγχου σε άλλους, σημαντικότερους τομείς της ζωής τους και δυστυχώς η στροφή προς τον έλεγχο του σώματός τους φαίνεται να ενισχύεται από την κουλτούρα της κάθε κοινωνίας.(22) Οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία κατά κάποιο τρόπο βρίσκουν υποστήριξη για τις πρακτικές που ακολουθούν κατά την εκδήλωση της νόσου τους μέσα από την έμφαση που δίνει η σύγχρονη κοινωνία στο λεπτόσωμο ιδεώδες και τη σωματική άσκηση.(98)

Ελπιδοφόρες είναι οι ενδείξεις ότι αυτή η υπέρμετρη ενασχόληση με το να είναι κανείς αδύνατος μπορεί να είναι σε ύφεση.(15) Στη μελέτη των Garner et al. (1980),για παράδειγμα, ο αριθμός των άρθρων, που ήταν αφιερωμένα στις δίαιτες, αυξανόταν σταθερά κατά τη διάρκεια της περιόδου που τα αφιερώματα των περιοδικών περιελάμβαναν όλο και πιο αδύνατες γυναίκες.(34) Σχεδόν 15 χρόνια αργότερα, όμως, οι Nemeroff et al. (1994) ανέλυσαν το περιεχόμενο 3 γυναικείων περιοδικών (Good Housekeeping, Cosmopolitan, Ms.) για την περίοδο μεταξύ 1980 και 1991 και διαπίστωσαν ότι ο αριθμός των άρθρων που αναφέρονταν σε τακτικές απώλειας βάρους είχε μειωθεί στα δύο από τα τρία περιοδικά (Cosmopolitan και Ms.).(64) Παράλληλα, άλλες μελέτες δείχνουν ότι η ένταση με την οποία εκδηλώνονται οι πρακτικές δίαιτας και οι διαταραγμένες συμπεριφορές διατροφής έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια.(38)

Οι Nemeroff et al. (1994) επίσης ανέλυσαν και το περιεχόμενο διαφόρων ανδρικών περιοδικών και κατέληξαν ότι η συχνότητα των άρθρων για την απώλεια βάρους, αν και κατά πολύ μικρότερη στα ανδρικά περιοδικά σε σύγκριση με τα γυναικεία, είχε σημειώσει αύξηση κατά τη διάρκεια της περιόδου που μελετούσε η έρευνα.(64) Θα ήταν βέβαια εσφαλμένο να υποθέσουμε βάσει αυτών των δεδομένων ότι βρισκόμαστε προ των θυρών μιας έξαρσης των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής στους άνδρες. Φαίνεται ότι τα άρθρα αυτά εστιάζουν περισσότερο στο να προβάλλουν ως ιδανικό ανδρικό σωματικό βάρος αυτό, που κυμαίνεται στα πλαίσια του φυσιολογικού, ή στο να προωθήσουν την αύξηση της μυϊκής μάζας και την αποφυγή εναπόθεσης λίπους στο σώμα.(60)

Κοινωνικοί Ρόλοι

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής φαίνεται να ανθίζουν σε κοινωνίες που προβάλλουν ως ιδανικό τη λεπτόσωμη σιλουέτα, την ανεξαρτησία, τα προσωπικά επιτεύγματα και σε κοινωνίες που οι ρόλοι των γυναικών είναι συχνά συγκεχυμένοι και αντιφατικοί.(22) Η έμφαση της σύγχρονης δυτικής κοινωνίας στα επιτεύγματα και τις επιδόσεις των γυναικών συνιστά μια στροφή από την παραδοσιακή έμφαση στη διαφορετικότητα, τη συμμόρφωση, την έλλειψη πρωτοβουλιών. Η στροφή αυτή, για πολλούς, ίσως να έχει καταστήσει πολλές νέες γυναίκες επιρρεπείς στην ανάπτυξη Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής όπως η Νευρογενής Ανορεξία. Οι πολλαπλές και αντικρουόμενες απαιτήσεις σχετικά με το ρόλο της σύγχρονης γυναίκας έχουν ενσωματωθεί στην τρέχουσα αντίληψη για την super-γυναίκα, η οποία καλείται να ανταποκριθεί σε όλους τους προσδοκώμενους ρόλους' μια γυναίκα που πρέπει να είναι ανταγωνιστική, φιλόδοξη, επιτυχημένη και ταυτόχρονα θηλυκή, τρυφερή, ελκυστική.(37) Πολλές είναι οι κοινωνικο-πολιτισμικές προσεγγίσεις των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής που προτείνουν ότι οι διαταραχές αυτές είναι αποτέλεσμα των προσπαθειών των γυναικών να διαχειριστούν τις αλλαγές στο ρόλο τους. Ορισμένοι θεωρητικοί υποστήριξαν ότι οι αξίες της αυτονομίας και των προσωπικών επιτευγμάτων έτσι όπως αυτές προβάλλονται από τις σύγχρονες κοινωνίες έρχονται σε σύγκρουση με την ικανοποίηση των διαπροσωπικών αναγκών που είναι απαραίτητη για την υγιή εξέλιξη της σύγχρονης γυναίκας. Έτσι, γυναίκες που είναι ψυχικά ευάλωτες ή που δεν διαθέτουν τις απαιτούμενες εσωτερικές δομές, που θα τους επιτρέψουν να δομήσουν το αίσθημα της σύνδεσης – επικοινωνίας με τους άλλους ανεξάρτητα από το κοινωνικό περιβάλλον, μπορεί να καταφύγουν στον έλεγχο της τροφής αντί στους άλλους ανθρώπους, μέσα στα πλαίσια μιας προσπάθειας να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους για τη δημιουργία επαφής και σχέσεων.(22)

Πολιτισμικές Επιδράσεις

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής φαίνεται να είναι ιδιαίτερα συχνές στις βιομηχανικές κοινωνίες όπως οι Η.Π.Α., ο Καναδάς, η Ιαπωνία, η Αυστραλία, οι χώρες της Ευρώπης, παρά στις μη βιομηχανικές κοινωνίες. Η μεγάλη αυτή διαφοροποίηση στην επικράτηση των διαταραχών αυτών μεταξύ των διαφορετικών κοινωνιών αποτελεί ένα παράθυρο για να εξετάσουμε τη

σημασία των πολιτισμικών στοιχείων μιας κοινωνίας στην εγκατάσταση ρεαλιστικών σε αντίθεση με πιθανώς διαταραγμένων τρόπων αντίληψης του σώματος και διαμόρφωσης της αυτοεικόνας.(15) Σε μια μελέτη 369 έφηβων κοριτσιών στο Πακιστάν, για παράδειγμα, καμία από τις συμμετέχουσες δεν πληρούσε τα διαγνωστικά κριτήρια της Νευρογενούς Ανορεξίας και μόνο μια από αυτές πληρούσε τα διαγνωστικά κριτήρια της Νευρογενούς Βουλιμίας.(63)

Μέχρι στιγμής δεν έχουν πραγματοποιηθεί διαπολιτισμικές επιδημιολογικές έρευνες, που να χρησιμοποιούν όμοιες μεθόδους αξιολόγησης και τα ίδια διαγνωστικά κριτήρια, και κατά συνέπεια, απουσία ευθέως συγκρίσιμων δεδομένων, είναι εξαιρετικά δύσκολο να προβούμε σε ακριβείς συγκρίσεις των ποσοστών επικράτησης ανάμεσα σε διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα.(15) Σε μια από τις μελέτες, που στηρίζουν την άποψη ότι υπάρχουν διαπολιτισμικές διαφορές, ζητήθηκε από φοιτητές κολεγίου από την Ουγκάντα και τη Μ. Βρετανία να βαθμολογήσουν την ελκυστικότητα σκίτσων γυμνών γυναικών, που κυμαίνονταν από πάρα πολύ αδύνατες ως υπέρβαρες. Οι φοιτητές από την Ουγκάντα βαθμολογούσαν τις υπέρβαρες γυναίκες ως περισσότερο ελκυστικές σε σύγκριση με τους Βρετανούς φοιτητές.(31) Από άλλες μελέτες έχει προκύψει ότι για τις γυναίκες, που ζουν σε κοινωνίες με χαμηλά ποσοστά εμφάνισης Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, όταν μεταναστεύουν σε κοινωνίες με υψηλά ποσοστά εμφάνισης αυτών των διαταραχών, σημειώνεται αύξηση του ποσοστού εκδήλωσης των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής σε αυτή την ομάδα γυναικών.(100)

Παρά ταύτα, η διαπολιτισμική διακύμανση στα ποσοστά εμφάνισης των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής παραμένει μια υπόθεση και πολλές φορές τα δεδομένα των διεξαχθέντων ερευνών είναι αντιφατικά. Για παράδειγμα, ο Lee (1994) υποστηρίζει ότι μια διαταραχή παρόμοια με τη Νευρογενή Ανορεξία κάνει την εμφάνισή της σε μη-βιομηχανικές Ασιατικές χώρες (Ινδία, Μαλαισία, Φιλιππίνες). Η διαταραχή αυτή, που περιγράφει ο Lee (1994), περιλαμβάνει την αποστέωση, την άρνηση τροφής και την αμηνόρροια, αλλά απουσιάζει ο φόβος του πάχους.(53) Το ερώτημα που τίθεται είναι αν αυτή η διαταραχή είναι μια πολιτισμική παραλλαγή της Νευρογενούς Ανορεξίας (αν είναι δηλαδή στην ουσία Νευρογενής Ανορεξία με μια κλινική εικόνα που

διαφοροποιείται λόγω των πολιτισμικών παραγόντων) ή είναι μια διαφορετική διαταραχή, π.χ. Κατάθλιψη. Αυτό το ερώτημα είναι μια μόνο από τις πολυάριθμες προκλήσεις, που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ερευνητές, που δραστηριο-ποιούνται στις διαπολιτισμικές μελέτες.(15)

Στις Η.Π.Α. έχει αναφερθεί ότι ο επιπολασμός της Νευρογενούς Ανορεξίας κάποια στιγμή έφθασε να είναι 8 φορές μεγαλύτερος στις γυναίκες της Καυκάσιας φυλής απ' ότι στις υπόλοιπες.(18) Αν και αυτή η διαφορά είναι πιθανό να αντανακλά το γεγονός ότι οι γυναίκες, που δεν ανήκουν στην Καυκάσια φυλή, έχουν μικρότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ή χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες αυτές λιγότερο συχνά, ωστόσο θα μπορούσε να αποτελεί και πραγματική διαφορά.(15) Σε αυτή την υπόθεση συνηγορεί και το εύρημα σύμφωνα με το οποίο οι έφηβες κοπέλες, που ανήκουν στην Καυκάσια φυλή, κάνουν δίαιτα με μεγαλύτερη συχνότητα απ' ότι οι συνομήλικές τους Αφρο-αμερικανές και είναι περισσότερο πιθανό να είναι δυσαρεστημένες με τα σώματά τους.(83) Και οι δύο προαναφερθέντες παράγοντες (οι διαιτητικές πρακτικές και η δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματος) έχουν συσχετιστεί με την αυξημένη επικινδυνότητα για την εκδήλωση Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.(15) Ωστόσο, δεν θα πρέπει να υποβαθμίζουμε το γεγονός ότι η έμφαση, που έχει δοθεί στη λεπτόσωμη σιλουέτα και στη δίαιτα, έχει επεκταθεί κι έξω από τα όρια της ομάδας των γυναικών της Καυκάσιας φυλής και της μέσης ή ανώτερης κοινωνικοοικονομικής τάξης αγγίζοντας και τις ομάδες γυναικών των κατώτερων κοινωνικών τάξεων, καθώς η επικράτηση αυτών των διαταραχών σ' αυτές τις κοινωνικές ομάδες δείχνει να έχει αυξητική πορεία.(76)

Ψυχολογικοί παράγοντες

Έχουν αναπτυχθεί πολλές θεωρίες για να εξηγήσουν τους ψυχολογικούς παράγοντες, που διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στην αιτιοπαθογένεια και διαίωση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Οι νόσοι αυτές χαρακτηρίζονται από μια πολύ συγκεκριμένη διαταραχή στον τρόπο, που το άτομο αντιλαμβάνεται και βιώνει την προσωπική του ταυτότητα. Για τους περισσότερους πάσχοντες από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής ο τρόπος, που βιώνουν την αυτοαξία τους, είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την εξωτερική τους εμφάνιση και τα επιτεύγματά τους.(22)

Η Νευρογενής Ανορεξία γίνεται αντιληπτή από πολλούς σαν μια αντίδραση στις απαιτήσεις της εφηβείας για περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική δραστηριότητα. Κατά κάποιο τρόπο, οι πάσχοντες μέσα στα πλαίσια της διαταραχής αυτής αντικαθιστούν τις φυσιολογικές εφηβικές αναζητήσεις με την ενασχόληση με την τροφή, το σωματικό βάρος και σχήμα. Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν σημαντικές ελλείψεις στην αίσθηση αυτονομίας και αυτοπροσδιορισμού του Εγώ. Συχνά αναφέρουν ότι αισθάνονται πως το σώμα τους είναι κατά κάποιο τρόπο υπό τον έλεγχο των γονέων τους. Ο αυτοεπιβαλλόμενος υποσιτισμός μπορεί να θεωρηθεί ως προσπάθεια απόκτησης αξίας, ελέγχου και αυτοεκτίμησης.(47) Φαίνεται πως με την υπέρμετρη ενασχόληση με το σωματικό βάρος και σχήμα, καθώς και με την άσκηση υπερβολικής αυτοπειθαρχίας, χαρακτηριστική της ανορεκτικής παθολογίας, ο ασθενής καταβάλλει μια απεγνωσμένη προσπάθεια ν' αντιμετωπίσει τα υποβόσκοντα αισθήματα αδυναμίας και αναποτελεσματικότητας και ίσως τελικά να καταφέρνει να αναπτύξει μια αίσθηση αυτονομίας και αυτοπροσδιορισμού και να περιορίσει το συναίσθημα της προσωπικής αναποτελεσματικότητας που τον διακατέχει.(22,47)

Ψυχοδυναμικοί παράγοντες

Οι πρώτες ψυχαναλυτικές θεωρίες αντιμετώπιζαν τη Νευρογενή Ανορεξία σαν μια άμυνα ενάντια στους φόβους της ασθενούς ότι θα καταστεί έγκυος, καθώς σύμφωνα μ' αυτή την άποψη, το φαγητό αποφεύγεται γιατί συμβολικά έχει εξισωθεί με τη συνουσία και την εγκυμοσύνη. Αυτές οι ανησυχίες εντείνονται στην εφηβεία και δημιουργείται το πλαίσιο που ευνοεί την εκδήλωση της Νευρογενούς Ανορεξίας. Ωστόσο, πολύ λίγες είναι οι έρευνες που έχουν υποστηρίξει αυτή την πρώιμη προσέγγιση.(15)

Πιο πρόσφατα, η Hilde Bruch (1982) πρότεινε ότι η Νευρογενής Ανορεξία αποτελεί για τα παιδιά, που έχουν ανατραφεί έτσι ώστε να αισθάνονται αναποτελεσματικά, μια απόπειρα να αισθανθούν ικανά, να κερδίσουν το σεβασμό των άλλων αλλά και του ίδιου του εαυτού τους και να προστατευθούν από συναισθήματα αβοηθητότητας, αναποτελεσματικότητας και αδυναμίας.(7) Η Bruch έχει υποστηρίξει ότι οι ρίζες της Νευρογενούς Ανορεξίας βρίσκονται σε μια αποτυχημένη προσκόλληση κατά τη βρεφική ηλικία, τις συνακόλουθες απόπειρες ν' αντιμετωπιστούν τα υφέρποντα

αισθήματα αναποτελεσματικότητας και ανεπάρκειας, και μια αδυναμία να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της εφηβείας και της νεαρής ενήλικης ζωής.(6,8,47) Αυτή η αίσθηση αναποτελεσματικότητας εγκαθίσταται στο άτομο ως αποτέλεσμα ενός τρόπου διαπαιδαγώγησης, στον οποίο οι επιθυμίες των γονέων επιβάλλονται στο παιδί χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες ή οι επιθυμίες του ίδιου του παιδιού. Για παράδειγμα, οι γονείς μπορεί αυθαίρετα να αποφασίζουν πότε το παιδί είναι πεινασμένο ή κουρασμένο, αποτυγχάνοντας έτσι να αντιληφθούν την πραγματική κατάσταση του παιδιού. Τα παιδιά, που μεγαλώνουν μέσα σ' ένα τέτοιο οικογενειακό περιβάλλον, δεν μαθαίνουν ποτέ να αναγνωρίζουν τις δικές τους εσωτερικές οργανικές καταστάσεις και κατά συνέπεια δεν εξελίσσονται σε αυτόνομα άτομα. Όταν, δε, έρχονται αντιμέτωπα με τις απαιτήσεις της εφηβείας, τα παιδιά αυτά απαίδευτα υιοθετούν τα πρότυπα, που προβάλλει η κοινωνία και που εστιάζουν στο ιδανικό της λεπτόσωμης σιλουέτας, κι έτσι μετατρέπουν τη δίαιτα σαν ένα μέσο για να αποκτήσουν έλεγχο και την αίσθηση της προσωπικής ταυτότητας.(15)

Στην κλινική πράξη είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες και πολύ χρήσιμες όλες αυτές οι ιδέες καθώς και η αντίληψη της Bruch ότι η υπέρμετρη ενασχόληση με την απώλεια βάρους στη Νευρογενή Ανορεξία αποτελεί ξεκάθαρη έκφραση μιας εναγώνιας προσπάθειας να αποκτήσει το άτομο την αίσθηση της προσωπικής ταυτότητας, του σκοπού, της ιδιαιτερότητας, του ελέγχου.(47)

Ο Salvador Minuchin και οι συνεργάτες του (1975) πρότειναν ότι οι δυναμικές της οικογένειας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη Νευρογενή Ανορεξία. Η δική τους ερμηνευτική προσέγγιση εμπλέκει στοιχεία της ψυχοδυναμικής θεωρίας εστιάζοντας όμως στην οικογένεια. Σύμφωνα μ' αυτή την άποψη, το πάσχον μέλος θεωρείται οργανικά ευάλωτο (αν και οι θεωρητικοί αυτοί δεν μας προσδιορίζουν σε τι συνίσταται αυτή η ευαλωτότητα) και η οικογένεια του παιδιού έχει να παρουσιάσει χαρακτηριστικά, που προάγουν την εκδήλωση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Επίσης, υποστηρίζουν ότι η διαταραχή του παιδιού διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στο να βοηθήσει την οικογένεια ν' αποφύγει άλλες συγκρούσεις. Έτσι, κατά κάποιο τρόπο τα συμπτώματα του παιδιού είναι ένα υποκατάστατο άλλου είδους συγκρούσεων μέσα στην οικογένεια.(15,58)

Ο Minuchin και οι συνεργάτες του (1975) αναφέρουν ότι οι οικογένειες των παιδιών, που εμφανίζουν Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής εκδηλώνουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά:

1. Εγκλωβισμός – Παγίδευση: οι οικογένειες των ατόμων που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία εμφανίζουν υπερβολικό βαθμό διεισδυτικότητας και οικειότητας, σε σημείο που οι γονείς μιλούν αντί των παιδιών τους γιατί πιστεύουν ότι οι ίδιοι γνωρίζουν ακριβώς πώς αισθάνονται τα παιδιά τους.
2. Υπερπροστασία: οι οικογένειες των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία ανησυχούν σε μεγάλο βαθμό ο ένας για το καλό του άλλου.
3. Αυστηρότητα: οι οικογένειες αυτές έχουν μια τάση να προσπαθούν να διατηρήσουν ένα status quo και να αποφεύγουν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα γεγονότα που απαιτούν αλλαγές (π.χ. την απαίτηση του εφήβου για μεγαλύτερη αυτονομία).
4. Αδυναμία επίλυσης συγκρούσεων: οι οικογένειες των εφήβων που παρουσιάζουν Νευρογενή Ανορεξία είτε αποφεύγουν τις συγκρούσεις είτε βρίσκονται σε μια κατάσταση χρόνιων συγκρούσεων. (15,58)

Οι θεωρητικές αυτές θέσεις στηρίζονται από δεδομένα, τα οποία μπορούν να προκύψουν από δύο πηγές:

- από μελέτες των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των ασθενών που πάσχουν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής
- από μελέτες των χαρακτηριστικών των οικογενειών τους.

Ωστόσο, και στις 2 αυτές περιοχές μελέτης είναι δύσκολο να καταλήξουμε σε συμπεράσματα γιατί η διαταραχή μπορεί να είναι αυτή που έχει σαν αποτέλεσμα τις αλλαγές στην προσωπικότητα του ατόμου ή της οικογένειας του ατόμου. (15)

Μια μελέτη, που διεξήχθη στα τέλη του 1940, υποστήριξε την ιδέα ότι η προσωπικότητα των πασχόντων από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, και ιδιαίτερα των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία, επηρεάζεται από την έλλειψη τροφής. Το δείγμα της έρευνας αποτελείτο από ανυπότακτους άνδρες οι οποίοι κατά τη διάρκεια του κύριου μέρους της μελέτης λάμβαναν 2 γεύματα ανά ημέρα, συνολικής θερμιδικής αξίας 1500 θερμίδων, έτσι ώστε να προσομοιάζουν τα γεύματα σ' ένα στρατόπεδο συγκέντρωσης. Σύντομα όλοι οι άνδρες άρχισαν να εκδηλώνουν μια υπέρμετρη ενασχόληση με το φαγητό.

Ανέφεραν δε αυξημένη κόπωση, δυσκολία στη συγκέντρωση, έλλειψη ενδιαφέροντος για σεξουαλική δραστηριότητα, ευερεθιστότητα, κακή διάθεση και αϋπνίες. Τέσσερις από αυτούς εκδήλωσαν Κατάθλιψη, και ένας απ' αυτούς Διπολική Διαταραχή.(30) Η έρευνα αυτή με παραστατικό τρόπο δείχνει πώς οι σοβαροί περιορισμοί στην πρόσληψη τροφής είναι δυνατό να έχουν πολύ σοβαρές επιπτώσεις στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά και αυτό είναι ένα συμπέρασμα που θα πρέπει να το έχουμε στο μυαλό μας όταν αξιολογούμε την προσωπικότητα ασθενών που εμφανίζουν Νευρογενή Ανορεξία.(15)

Μέσα από τη βραχεία αυτή ανασκόπηση, γίνεται καταφανές ότι η αιτιολογία και οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί της Νευρογενούς Ανορεξίας δεν έχουν γίνει ακόμα κατανοητοί σε βάθος. Διατηρούμε όμως την αισιοδοξία μας καθώς σημειώνονται πρόοδοι στη μοριακή γενετική και οι γνώσεις μας αναφορικά με τις βιολογικές παραμέτρους, που εμπλέκονται στη ρύθμιση του σωματικού βάρους (π.χ. λεπτίνη), εμπλουτίζονται συνεχώς με καινούρια δεδομένα. Όλες αυτές οι εξελίξεις δημιουργούν το κατάλληλο υπόστρωμα για τη μελλοντική πρόοδο και εξέλιξη στον τομέα της παθοφυσιολογίας των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής και ίσως να είμαστε σε θέση αργότερα να προσδιορίσουμε και τα ειδικά γονίδια, που αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες ανάπτυξης αυτών των διαταραχών. Δεν θα πρέπει να παραβλέπουμε και τον αιτιολογικό ρόλο των κοινωνικοπολιτισμικών μεταβλητών, ο οποίος, έτσι όπως έχει αναδειχθεί τελευταία, έχει ενισχύσει τις απόπειρες τροποποίησης της επιρροής και επίδρασης των συνθηκών αυτών στο ευρύ κοινό και ίσως να είμαστε σε θέση πλέον να μιλάμε για πρόληψη της ανάπτυξης των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.(98)

Η αποσαφήνιση των ρόλων και της διαπλοκής μεταξύ βιολογικών, κοινωνικοπολιτισμικών και ψυχολογικών παραγόντων, που εμπλέκονται στην ανάπτυξη, εκδήλωση ή διαίωνιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, θα συμβάλει στο να αναπτυχθούν και ακριβέστερες και αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις, είτε αυτές έχουν προληπτικό είτε θεραπευτικό χαρακτήρα.(98)

- **Ερμηνεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής σύμφωνα με το γνωσιακό – συμπεριφοριστικό μοντέλο παρέμβασης**

Οι θεωρίες της Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Προσέγγισης εστιάζουν στις διαστρεβλώσεις και τις δυσλειτουργικές σκέψεις (π.χ. στις σκέψεις τύπου

«άσπρο-μαύρο»), οι οποίες μπορεί να προέρχονται από διάφορους και διαφορετικούς αιτιολογικούς παράγοντες και στο σύνολό τους να περιστρέφονται γύρω από την πεποίθηση ότι είναι τελικά ιδιαίτερα σημαντικό να είναι κανείς αδύνατος.(47) Σύμφωνα μ' αυτή την προσέγγιση οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής δεν είναι τίποτε περισσότερο από μια «προσωπική απάντηση» του ατόμου στις συνθήκες ζωής που καλείται να αντιμετωπίσει. Κατά συνέπεια, η ερμηνεία, που προτείνει αυτό το μοντέλο, βασίζεται στην προσεκτική μελέτη της πολυεπίπεδης αλληλεπίδρασης ενός συνόλου παραγόντων κοινωνικών, οικογενειακών και προσωπικών, που σχηματίζουν ένα είδος προδιαθεσικού πλαισίου για την ανάπτυξη τέτοιων διαταραχών.(46)

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ	
1.	Κοινωνία
	Σύγχρονα ιδεώδη ομορφιάς
	Ύπαρξη άφθονης τροφής
2.	Οικογένεια
	Μεγάλη άσκηση ελέγχου και μείωση της αστυνομίας
	Μειωμένη συναισθηματική ενσυναίσθηση και υποστήριξη
	«Μπλοκάρισμα» της συναισθηματικής έκφρασης
	Υπεραξιολόγηση της αυξημένης επίδοσης, της διάκρισης και της επιτυχίας
3.	Άτομο
	Έφηβες ή νεαρές γυναίκες
	Χαμηλή αυτοεκτίμηση και χαμηλό αυτοσυναίσθημα
	Έλλειψη πίστης προς τον εαυτό και τις δυνατότητές του
	Συνεχή τάση συμμόρφωσης με τις επιθυμίες των άλλων και ικανοποίηση των αναγκών αυτών
	Έντονη δυσαρέσκεια με το σωματικό βάρος και την εικόνα του σώματος

Πολλοί μελετητές, στην προσπάθειά τους να εξετάσουν σφαιρικά τη Νευρογενή Ανορεξία, επικεντρώθηκαν σε μια σειρά παραγόντων και γεγονότων, που μπορεί να επηρεάζουν την εμφάνισή της. Στοιχεία, όπως η προσωπικότητα μιας νεαρής κοπέλας, που χαρακτηρίζεται από εσωστρέφεια, ιδιαίτερη ευαισθησία, τάση για καλή επίδοση και για υψηλή ανταπόκριση στις προσδοκίες των άλλων, η εμφάνιση ενός στρεσογόνου παράγοντα, που μπορεί να σχετίζεται με ένα έντονο ψυχοτραυματικό γεγονός ή ακόμη και με την εξελικτική φάση ωρίμανσης, που διάγει το άτομο, καθώς και η πιθανή ρήξη της ευάλωτης ενδοψυχικής ισορροπίας, μπορεί να ενισχύσουν την απόσυρση και αυτοενασχόληση του ατόμου, κάνοντάς το να αισθανθεί αβοήθητο και να αυξήσουν τον φόβο του για την απώλεια ελέγχου. Αν κατά την παρουσία των προαναφερθέντων στοιχείων συνυπάρχουν και κάποιοι ιδιαίτεροι προδιαθεσικοί παράγοντες, όπως η προβολή του αδύνατου

σώματος ως ιδεώδες ομορφιάς, καθώς και η αίσθηση μειονεξίας και αποκλεισμού του ατόμου από την ομάδα των συνομηλίκων και η ελπίδα ότι η απόκτηση ενός λεπτού σώματος θα προκαλούσε τη ζήλια των άλλων, όλα αυτά σε συνδυασμό θα μπορούσαν να αποτελέσουν την εκλυτική αφετηρία για την γέννηση μιας ανορεκτικής συμπεριφοράς.(66)

Η προβολή της λεπτόσωμης σιλουέτας σαν ιδανικό από τα media, το να είναι κανείς υπέρβαρος και η τάση του ατόμου να συγκρίνει τον εαυτό του με εικόνες ανθρώπων, που προβάλλονται ως ελκυστικοί-επιθυμητοί και είναι εξωπραγματικά αδύνατοι, είναι τρεις παράγοντες, που έχουν συνδεθεί με την δυσαρέσκεια του ατόμου με το σώμα του. Αυτή η δυσαρέσκεια με τη σειρά της είναι στενά συνδεδεμένη με τα συμπτώματα των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής.(15)

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη του ισχυρού κινήτρου για να είναι κανείς αδύνατος είναι η κριτική από συνομηλίκους και γονείς, όταν είναι κανείς υπέρβαρος. Σε μια έρευνα, που στηρίζει αυτό το συμπέρασμα, έφηβες κοπέλες ηλικίας 10-15 ετών αξιολογήθηκαν δύο φορές, με ένα μεσοδιάστημα μεταξύ των δύο αξιολογήσεων. Η παχυσαρκία στην 1^η αξιολόγηση συσχετίστηκε με τα «πειράγματα» των συνομηλίκων και στη 2^η αξιολόγηση συνδέθηκε με τη δυσαρέσκεια για το σώμα. Η δυσαρέσκεια αυτή με τη σειρά της συσχετίστηκε με τη συμπτωματολογία κάποιας Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής.(15)

Όπως προαναφέρθηκε, κάποιες θεωρίες συμπεριλαμβάνουν και την προσωπικότητα και τους κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες στην προσπάθεια να εξηγήσουν τον τρόπο με τον οποίο ο φόβος της παχυσαρκίας και η διαταραγμένη αυτοεικόνα αναπτύσσονται. Για παράδειγμα, η τελειοθηρία και η αίσθηση της προσωπικής ανεπάρκειας μπορεί να οδηγήσει ένα άτομο να ασχολείται σε υπερβολικό βαθμό με την εμφάνισή του και αυτό εν συνεχεία να δώσει στη δίαιτα ένα πιθανό ενισχυτικό ρόλο. Οι Γνωσιακές – Συμπεριφοριστικές Θεωρίες για τη Νευρογενή Ανορεξία δίνουν έμφαση στο φόβο του ατόμου ότι θα γίνει υπέρβαρο καθώς και στη διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα τους και αναγνωρίζουν το ρόλο αυτών των δύο παραγόντων στο να καταστήσουν τη στέρηση τροφής και την απώλεια βάρους ισχυρούς ενισχυτές. Οι συμπεριφορές, που υιοθετούνται για να επιτευχθεί και να

διατηρηθεί το πολύ χαμηλό βάρος, ενισχύονται αρνητικά από τη μείωση του άγχους.(15)

Από τη στιγμή που έχει εγκατασταθεί η Νευρογενής Ανορεξία, θα λειτουργήσουν κάποιοι παράγοντες ως αιτία διαιώνισης του φαύλου κύκλου της διαταραχής. Ένας τέτοιος παράγοντας διαιώνισης είναι η ενίσχυση που λαμβάνουν οι πάσχοντες από τρίτους. Αρχικά η ενίσχυση αυτή έχει θετική διάσταση και αφορά κατά βάση τα αποτελέσματα της δίαιτας, την απώλεια βάρους δηλαδή, ενώ στη συνέχεια μπορεί να έχει αρνητική διάσταση καθώς η προσοχή των άλλων στρέφεται στο πάσχον άτομο και στις αρνητικές συνέπειες της συνεχούς απώλειας βάρους. Άλλος παράγοντας διαιώνισης είναι η χαρά, που βιώνει το άτομο το ίδιο όταν αρχίζει να χάνει βάρος, για το γεγονός ότι κατόρθωσε να διατηρήσει τον «έλεγχο» του σώματός του. Την περίοδο όμως, που σημειώνεται η απώλεια βάρους, ένας ακόμη παράγοντας διαιώνισης, που λειτουργεί, είναι ο φόβος του πάχους, ο φόβος δηλαδή του ατόμου ότι μπορεί να παχύνει πάλι. Αυτός ο φόβος μπορεί να λειτουργήσει ως αρνητική ενίσχυση και να οδηγήσει στην εντατικοποίηση της ανορεκτικής συμπεριφοράς. Τέλος, οι ψυχοπαθολογικές συνέπειες που μπορεί να έχει για το άτομο η ίδια η παρατεταμένη στέρση τροφής είναι ένας ακόμη παράγοντας που συμβάλλει στη διαιώνιση του φαύλου κύκλου της Νευρογενούς Ανορεξίας.(66)

Μια άλλη διάσταση της Νευρογενούς Ανορεξίας αφορά τα υπερφαγικά επεισόδια, τα οποία εκδηλώνονται συχνά μετά τη διακοπή της δίαιτας (70), και τις υπερφαγικές συμπεριφορές, που ακολουθούν ένα επεισόδιο υπερφαγίας και που επίσης κινητοποιούνται από το φόβο του πάχους, δηλαδή το φόβο του ατόμου ότι μπορεί να αυξηθεί το βάρος του εξαιτίας του επεισοδίου υπερφαγίας.(15) Οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία, που δεν ανήκουν στον Υπερφαγικό – Καθαρτικό Τύπο, μπορεί να εμφανίζουν εντονότερη ενασχόληση με το φόβο του πάχους (80) ή μπορεί να επιδεικνύουν υψηλότερα επίπεδα αυτοελέγχου.(15)

Οι Polivy και Herman (1980) ανέπτυξαν ένα ερωτηματολόγιο για να αξιολογήσουν την ανησυχία των ασθενών για τη δίαιτα και τα υπερφαγικά επεισόδια, προκειμένου να μελετήσουν μια ομάδα ατόμων, που έκαναν δίαιτα και συγχρόνως εμφάνιζαν και άλλες αποκλίνουσες συμπεριφορές αναφορικά με την πρόσληψη τροφής.(72) Σε τέτοιου είδους μελέτες οι διεξάγοντες την

έρευνα φροντίζουν ώστε οι συμμετέχοντες να μην γνωρίζουν την πραγματική ερευνητική υπόθεση, και συνήθως οι συμμετέχοντες έχουν ως πληροφορία ότι η έρευνα αφορά την τροφή, τις γεύσεις κ.α.(15) Σε μια τέτοια έρευνα οι συμμετέχοντες είχαν πληροφορηθεί ότι επρόκειτο να λάβουν μέρος σε μια έρευνα, που μελετά τις επιδράσεις της θερμοκρασίας στην γεύση. Οι συμμετέχοντες πρώτα ήπιαν ένα ποτήρι milk-shake κι αυτό για να βεβαιωθούν οι ερευνητές ότι όλοι οι συμμετέχοντες, πριν περάσουν στην επόμενη διαδικασία, θα είχαν το αίσθημα της πληρότητας – κορεσμού. Στη συνέχεια τους δόθηκαν τρία μπολ παγωτού για να βαθμολογήσουν τη γεύση τους. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι αφού βαθμολογούσαν τις τρεις γεύσεις του παγωτού θα μπορούσαν να καταναλώσουν όσο παγωτό ήθελαν. Η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η ποσότητα του παγωτού, που θα κατανάλωναν μετά.(69)

Σε μεταγενέστερες μελέτες φάνηκε ότι τα άτομα, που στο ερωτηματολόγιο είχαν υψηλή βαθμολογία, κατανάλωσαν μεγαλύτερες ποσότητες παγωτού στο τέλος του πειράματος σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έκαναν δίαιτα, παρά το γεγονός ότι για τους συμμετέχοντες τόσο το milk-shake όσο και το παγωτό δεν ήταν χαμηλής θερμιδικής αξίας (στην πραγματικότητα όμως οι ερευνητές είχαν φροντίσει ώστε όλα όσα θα κατανάλωναν οι συμμετέχοντες να είναι χαμηλής θερμιδικής αξίας).(68) Το ίδιο αποτέλεσμα προέκυψε και σε παρόμοιες έρευνες, που το φαγητό που χρησιμοποιήθηκε ήταν εσκεμμένα άνοστο.(71) Συνεπώς, τα άτομα που κάνουν δίαιτα χωρίς να έχουν κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής δείχνουν να υιοθετούν στο φαγητό μια συμπεριφορά παρόμοια με αυτή των πασχόντων από Νευρογενή Βουλιμία, αν και σε μικρότερη ένταση. Διάφορες άλλες συνθήκες υποστηρίζεται ότι αυξάνουν την ένταση τέτοιων συμπεριφορών όπως ποικίλες αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, π.χ. άγχος και κατάθλιψη.(39) Τέλος, η αυξημένη κατανάλωση τροφής στα άτομα που κάνουν δίαιτα εντείνεται όταν η αυτοεικόνα απειλείται και όταν η αυτοεκτίμηση βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα.(69)

Η ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΓΙΑ ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΟΥ ΕΡΕΥΝΟΥΝ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΔΙΑΙΤΑ (72)						
1	Πόσο συχνά κάνεις δίαιτα;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα

2	Ποιο είναι το μεγαλύτερο ποσό βάρους που έχεις χάσει ποτέ μέσα σε χρονικό διάστημα 1 μήνα;	0-4	5-9	10-14	15-19	20+
3	Ποιο είναι το μεγαλύτερο ποσό βάρους που έχεις πάρει μέσα σε χρονικό διάστημα 1 εβδομάδας;	0-1	1.1-2	2.1-3	3.1-5	5.1+
4	Μέσα σε μια τυπική εβδομάδα, σε ποιο βαθμό μπορεί το βάρος σου να διαφοροποιείται;	0-1	1.1-2	2.1-3	3.1-5	5.1+
5	Θα μπορούσε μια διαφοροποίηση στο βάρος σου της τάξεως των 5 rounds να επηρεάσει τον τρόπο που ζεις την ζωή σου;	Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Πάρα πολύ	
6	Συμβαίνει να τρως σε λογικά πλαίσια μπροστά σε άλλους και όταν είσαι μόνος σου να υπερβάλλεις;	Ποτέ	Σπάνια	Often	Always	
7	Αφιερώνεις πολύ χρόνο και σκέψη για το φαγητό;	Ποτέ	Σπάνια	Often	Always	
8	Έχεις συναισθήματα ενοχής όταν έχεις φάει υπερβολικά;	Ποτέ	Σπάνια	Often	Always	
9	Πόσο συνειδητοποιημένος είσαι όταν τρως;	Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Υπερβολικά	
10	Πόσα rounds περισσότερο από το επιθυμητό βάρος ήσουν όταν είχες φθάσει στο υψηλότερο βάρος που είχες ποτέ;	0-1	1-5	6-10	11-20	21+

▪ Θεραπευτικές παρεμβάσεις

Μια από τις δυσκολίες που αναγνωρίζουν οι επαγγελματίες στη θεραπεία των πασχόντων από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι το να πείσεις τον πάσχοντα να προσέλθει για θεραπεία. Ο ασθενής αρνείται ότι έχει κάποιο πρόβλημα και κατά συνέπεια αρνείται και τη συνεργασία με τον ειδικό.(15) Η σθεναρή αντίσταση του πάσχοντος σχετίζεται με την πεποίθηση του ότι η σιλουέτα του είναι τόσο φυσιολογική όσο και επιθυμητή από τον ίδιο.(46) Αυτός είναι και ο λόγος που η πλειονότητα των ασθενών με κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής - περίπου το 90% - δεν παρακολουθούν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα.(25) Αυτή η αντίσταση των ασθενών όταν συνδυαστεί με την άρνηση ή την άγνοια των οικείων, αναφορικά με το διατροφικό πρόβλημα και τους σοβαρότατους κινδύνους που ενέχει αυτό, οδηγεί πολλές φορές τον πάσχοντα στο να εγκαταλείψει τη θεραπεία ή να υποτροπιάσει. Γενικότερα, τα ποσοστά ίασης είναι χαμηλότερα για τους πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία σε σύγκριση με τους πάσχοντες από Νευρογενή Βουλιμία.(46)

Στόχοι της θεραπείας

Η θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας εστιάζει σε δύο βασικά στοιχεία. Ο άμεσος στόχος είναι να βοηθήσει τον πάσχοντα να αυξήσει το σωματικό του βάρος, έτσι ώστε να αποφευχθούν οι ιατρικές επιπλοκές και η πιθανότητα

θανάτου.(15) Προκειμένου ν' ανατραπούν οι διατροφικές και συμπεριφορικές διαταραχές αναφορικά με την πρόσληψη τροφής θα πρέπει πρώτα να καθοριστεί η απαιτούμενη συχνότητα των θεραπευτικών συνεδριών και να αξιολογηθεί η ανάγκη για μερική ή ολική νοσηλεία. Τα παραπάνω θα καθοριστούν βάσει του τρέχοντος σωματικού βάρους, της ταχύτητας απώλειας βάρους, της σοβαρότητας των συνοδών ιατρικών ή συμπεριφορικών προβλημάτων και τη συνύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματο-λογίας.(47) Ο ασθενής συχνά είναι τόσο αδύναμος και οι οργανικές του λειτουργίες σε τέτοιο βαθμό αποδιοργανωμένες, ώστε η νοσηλεία, προκειμένου να διασφαλιστεί η πρόσληψη τροφής, είναι ιατρικώς επιβεβλημένη.(15) Θα πρέπει να αξιολογηθούν και ν' αντιμετωπισθούν τα επείγοντα οργανικά προβλήματα όπως οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών και οι καρδιακές αρρυθμίες.(47) Γενικά, οι ασθενείς των οποίων το βάρος είναι χαμηλότερο του 75% του αναμενόμενου θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως επικίνδυνοι ή αμφίβολοι ιατρικά, και να νοσηλεύονται. Βάσει της σοβαρότητας της ασθένειας, συχνά κρίνεται αναγκαία η εμπλοκή και ενός γενικού ιατρού στην όλη θεραπευτική διαδικασία, ακόμα και αν η νοσηλεία δεν είχε κριθεί απαραίτητη.(47)

Έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά τα προγράμματα θεραπείας της συμπεριφοράς, στα οποία ο νοσηλευόμενος είναι απομονωμένος όσο το δυνατό περισσότερο και του παρέχεται συντροφιά κατά τη διάρκεια του γεύματος, αλλά και περίοδοι που θα έχει πρόσβαση σε τηλεόραση, ραδιόφωνο, στέρεο, περίπατους με κάποιο νοσηλευτή, αλληλογραφία και επισκέπτες' όλα αυτά χρησιμοποιούνται ως επιβραβεύσεις για την πρόσληψη τροφής και την αύξηση του σωματικού βάρους.(41) Ο δεύτερος στόχος της θεραπείας, η μακροπρόθεσμη διατήρηση των κερτημένων σε ότι αφορά το σωματικό βάρος, δεν έχει μέχρι τώρα αξιόπιστα αποδειχθεί μέσω ιατρικών, συμπεριφοριστικών ή παραδοσιακών ψυχοδυναμικών παρεμβάσεων.(95) Η αποκατάσταση του σωματικού βάρους σ' ένα φυσιολογικό επίπεδο, η επαναφορά της διατροφικής συμπεριφοράς στα φυσιολογικά πλαίσια και η επίλυση των συναφών ψυχολογικών διαταραχών αποτελούν στόχους δύσκολους και χρονοβόρους.(47)

Στόχος της θεραπείας αποτελεί και η δέσμευση του ασθενούς και της οικογένειάς του. Για την πλειονότητα των πασχόντων από Νευρογενή

Ανορεξία αυτό αποτελεί μια πρόκληση για το θεραπευτή. Η ανησυχία της οικογένειας και των φίλων του ασθενούς συχνά παίζει καθοριστικό ρόλο προκειμένου να οριστεί το πρώτο ραντεβού με ειδικό, αλλά οι ασθενείς συνήθως υποβαθμίζουν τα συμπτώματά τους και θεωρούν ότι αυτή η ανησυχία των τρίτων κινείται σε επίπεδα υπερβολής. Είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίσουμε ένα πρόβλημα, που να μπορεί και ο ασθενής να παραδεχτεί, όπως η αδυναμία, η ευερεθιστότητα, η δυσκολία στη συγκέντρωση ή τα προβλήματα με τα επεισόδια υπερφαγίας. Ο ψυχίατρος θα πρέπει στη συνέχεια να αποπειραθεί να ενημερώσει τον ασθενή για τις πολύ σημαντικές οργανικές αλλά και ψυχολογικές επιδράσεις της νηστείας και την ανάγκη να αυξηθεί το βάρος, προκειμένου το πρόβλημα, που από κοινού θεραπευτής και ασθενής έχουν αναγνωρίσει, να αντιμετωπισθεί επιτυχώς.(47)

Οι διαφονίες των ασθενών αναφορικά με τους θεραπευτικούς στόχους είναι ένα κοινό μείζον εμπόδιο στη θεραπεία. Οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία πολύ απλά δεν αντιλαμβάνονται πολλά από τα χαρακτηριστικά της διαταραχής τους ως προβληματικά. Αυτό μπορεί να σχετίζεται και με ένα σύνολο άλλων ανησυχιών του ασθενούς όπως η γενικευμένη επιφυλακτικότητα στις σχέσεις, τα αισθήματα ευθραυστότητας και κατωτερότητας και η ευαισθησία στον προσλαμβανόμενο εξαναγκασμό. Όλες αυτές οι ανησυχίες μπορεί να εκφράζονται μέσα από μια σθεναρή αντίσταση, ανυπακοή, ψευδοσυμμόρφωση με τις παρεμβάσεις του ψυχίατρου και γενικότερα να συμβάλλει στις συγκρούσεις του ασθενούς με το θεραπευτή για την επιβολή, όπως το αντιλαμβάνεται ο πάσχων, του ενός από τους δύο στη θεραπευτική σχέση αυτές οι συγκρούσεις δε, είναι πολύ συχνό φαινόμενο που χαρακτηρίζει τη θεραπευτική διαδικασία με ασθενείς, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία.

Ο θεραπευτής θα πρέπει να αποφύγει να συνωμοτήσει με τον ασθενή στις απόπειρες του τελευταίου να υποβαθμίσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, αλλά την ίδια στιγμή θα πρέπει επίσης να του αφήνει και τα αναγκαία περιθώρια ανεξαρτησίας για να διατηρηθεί η θεραπευτική συμμαχία. Η αντιμετώπιση τέτοιων διλημάτων είναι συχνά μια πρόκληση και απαιτεί μια ενεργό προσέγγιση από την πλευρά του θεραπευτή. Στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι δυνατό να διατηρηθεί η συμμαχία ενώ υπάρχει σεβασμός των προκαθορισμένων ορίων και αποδοχή της ανάγκης για αλλαγή.(47)

Κατά τη διάρκεια της φάσης αποκατάστασης του σωματικού βάρους, οι ασθενείς έχουν ανάγκη από συναισθηματική στήριξη. Φαίνεται ότι αποδοτικότερο είναι να αντιμετωπίζεται ο φόβος του πάχους με την ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τους κινδύνους της νηστείας και της αυστηρής στέρσης της τροφής και με τη διαβεβαίωση ότι θα αποτραπεί από τον ίδιο το θεραπευτή το ενδεχόμενο οι ασθενείς να πάρουν τέτοιο βάρος ώστε να γίνουν υπέρβαροι.(47)

Μια συνεχής και δομημένη θεραπευτική προσέγγιση, με ή χωρίς πρόγραμμα διαμόρφωσης της συμπεριφοράς, είναι γενικά επιτυχημένη στο να προάγει την αποκατάσταση του σωματικού βάρους, αλλά απαιτεί καλό συντονισμό ώστε να διατηρηθεί ένα υποστηρικτικό, μη-τιμωρητικό θεραπευτικό κλίμα. Η συμβουλευτική ενός διαιτολόγου και οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις έχουν αποδειχθεί επίσης βοηθητικές και αποτελεσματικές στο να βοηθήσουν τους ασθενείς να διευρύνουν το διαιτητικό τους ρεπερτόριο συμπεριλαμβάνοντας και τροφές που μέχρι πρότινος φοβούνταν να καταναλώσουν εξαιτίας της υψηλής θερμιδικής τους αξίας.(47)

Από τη στιγμή που το βάρος αρχίζει να αυξάνεται, η ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία μπορεί να αρχίσει να εστιάζει στην αντιμετώπιση άλλων θεμάτων παράλληλα με την αντιμετώπιση της ανησυχίας για την αύξηση του σωματικού βάρους.(33) Για παράδειγμα, είναι σημαντικό για τους ασθενείς να αναγνωρίσουν ότι έχουν φθάσει στο σημείο να βασίζονται την αυτοεκτίμησή τους στη δίαιτα και στον έλεγχο του σωματικού βάρους και είναι πιθανό να αξιολογούν τον εαυτό τους με αυστηρά και απόλυτα κριτήρια, χωρίς να αφήνουν περιθώρια να συγχωρέσουν στους εαυτούς τους κάποια λάθη. Ομοίως, οι ασθενείς θα πρέπει να βοηθηθούν να δουν ότι η Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής έχει εμπλακεί με την επίτευξη των προσωπικών τους στόχων όπως η εκπαίδευση, η άθληση ή η δημιουργία και διατήρηση φιλικών σχέσεων.(47)

Νοσηλεία

Η φύση της Νευρογενούς Ανορεξίας είναι τέτοια, λόγω των σύνθετων ψυχολογικών και ιατρικών συνοδών προβλημάτων, που στις περισσότερες περιπτώσεις επιβάλλεται η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία σε συνδυασμό με την ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία για τη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής.(98) Η νοσηλεία έχει σαν στόχο να αυξηθεί σταδιακά η

πρόσληψη τροφής άλλα και να παρακολουθείται στενά και με προσοχή το σωματικό βάρος του ασθενούς (15), το οποίο αφού σταθεροποιηθεί θα πρέπει να αρχίζει σταδιακά να αυξάνεται.(46) Η αποκατάσταση του υποσιτισμού και των σοβαρών επιπλοκών του, λοιπόν, θα πρέπει να είναι η πρώτη μας φροντίδα (98), καθώς η απώλεια βάρους μπορεί να είναι τόσο μεγάλη και τόσο σοβαρή ώστε να είναι αναγκαία ακόμη και η ενδοφλέβια σίτιση του ασθενούς προκειμένου να μην καταλήξει.(15)

Τα στοιχεία, που αξιολογεί ο ψυχίατρος προκειμένου να αποφασίσει την εισαγωγή του ασθενούς, σχετίζονται με τη σωματική κατάσταση και την ύπαρξη των συνθηκών εκείνων που θα διασφαλίσουν τη συνεργασία του πάσχοντος.(98) Πιο συγκεκριμένα, η νοσηλεία σε νοσοκομείο θα πρέπει να εξετάζεται σαν ενδεχόμενο βάσει των ακόλουθων κριτηρίων (22,46):

- (1) σοβαρό υποσιτισμό (μερικές φορές ορίζεται από την απώλεια βάρους που έχει οδηγήσει σε βάρος χαμηλότερο από το όριο που θέτει ο θεράπων ιατρών, π.χ. αν η απώλεια βάρους είναι μεγαλύτερη από 20% ή αν αυτή έχει συμβεί με ταχύ ρυθμό) (22,46,98)
- (2) σοβαρές ιατρικές επιπλοκές - σοβαρά συνοδά οργανικά προβλήματα (π.χ. σοβαρές καρδιακές ή μεταβολικές - ηλεκτρολυτικές διαταραχές, διαταραχές δηλαδή των ηλεκτρολυτών, υποκαλιαιμία, οργανική βλάβη άλλου είδους) (22,98)
- (3) ένας επίμονος κύκλος αυτοπροκαλούμενων εμετών ή κατάχρησης υπακτικών μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο, ο οποίος κύκλος δεν έχει διακοπεί με τις εξωνοσοκομειακές παρεμβάσεις (22)
- (4) σοβαρός κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας (22)
- (5) η διαπίστωση συνοσηρότητας με άλλες ψυχικές διαταραχές (98)
- (6) μια αξιοσημείωτη ανικανότητα να φροντίσει ο ασθενής τον ίδιο τον εαυτό του ή η ανυπαρξία τέτοιας βοήθειας από την οικογένεια του ασθενούς.(22)

Τα ενδονοσοκομειακά ψυχιατρικά προγράμματα για ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία βασίζονται τόσο σε συμπεριφερολογικές πρακτικές, στην ψυχοθεραπευτική παρέμβαση αλλά και σε φαρμακοθεραπείες. Η επιτυχία τέτοιων προγραμμάτων θα εξαρτηθεί κατά βάση από τις δεξιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και από τον βαθμό συνεργασίας της θεραπευτικής ομάδας. Είναι σημαντικό στη θεραπεία αυτών των ασθενών να

καλλιεργηθεί η θεραπευτική συμμαχία, αλλά το ίδιο σημαντικό στοιχείο είναι και η συνεργασία, η υποστήριξη και η εμπιστοσύνη των μελών της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία και το θεραπευτή.(98)

Σε ό,τι αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα, θα πρέπει να φροντίσουμε ώστε να χορηγούνται μικρά και συχνά γεύματα (1500-2000 θερμίδες ημερησίως αρχικά, μοιρασμένες σε 5-6 γεύματα). Επίσης, θα πρέπει να πραγματοποιείται τακτικό πρωινό ζύγισμα, να υπάρχει συχνή παρακολούθηση των κλινικών εργαστηριακών δεικτών για τις επιπλοκές του χρόνιου υποσιτισμού, αποτροπή των αυτοπροκαλούμενων εμετών και των άλλων καθαρτικών συμπεριφορών με στενή επίβλεψη μετά τα γεύματα, φαρμακευτική αγωγή για την αποκατάσταση των διαταραχών ύπνου, αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας με μαλακτικά κοπράνων, καταστολή της υπερκινητικότητας και του άγχους με ηρεμιστικά – αγχολυτικά. Τέλος, είναι εξαιρετικά σημαντικό να ενθαρρύνεται και να ενισχύεται ο ασθενής ώστε οι συζητήσεις του να επικεντρώνονται στα προβλήματα που αντιμετωπίζει και να πάψει να περιορίζεται στα θέματα διατροφής και σωματικού βάρους.(98)

Βιολογικές θεραπείες

Παρότι η Νευρογενής Ανορεξία συνδέεται με πολλαπλές οργανικές διαταραχές, δεν έχει αποδειχθεί ξεκάθαρα ο ρόλος της φαρμακευτικής αγωγής.(47,89) Επιπρόσθετα, έχουν γίνει δοκιμές με τις περισσότερες από τις ομάδες ψυχοφαρμάκων και τις υπόλοιπες βιολογικές θεραπείες για τη Νευρογενή Ανορεξία, αλλά μέσα από τις συγκριτικές μελέτες για την αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπειών δεν έχει αποδειχθεί η θεραπευτική τους δράση, τουλάχιστον σε ότι αφορά τον πυρήνα της ψυχοπαθολογίας της νόσου. Έτσι, οι ψυχίατροι περιορίζονται στο να χορηγούν ψυχοφάρμακα κατά περίπτωση και ανάλογα με τα επιφανειακά συμπτώματα-στόχους (98), αλλά γενικότερα θα λέγαμε ότι η φαρμακοθεραπεία για τη Νευρογενή Ανορεξία είναι περιορισμένη.(22)

Παρ' όλα αυτά, εξαιτίας της συνοσηρότητας της Νευρογενούς Ανορεξίας με την Κατάθλιψη, η χορήγηση αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής έχει φανεί να έχει σχετική επιτυχία στην αντιμετώπιση της Νευρογενούς Ανορεξίας.(15) Αρκετές είναι και οι έρευνες, που υπογραμμίζουν ότι η αντικαταθλιπτική αγωγή συχνά ενισχύει τα αποτελέσματα της Γνωσιακής – Συμπεριφοριστικής Παρέμβασης, και συνδέουν οι ερευνητές το αποτέλεσμα

αυτό με το γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία παρουσιάζει συχνά και καταθλιπτική συμπτωματολογία.(28,46)

Πρόσφατα το ενδιαφέρον έχει εστιαστεί στο fluoxetine (Prozac).(29) Οι έρευνες υποστηρίζουν ότι το fluoxetine είναι χρήσιμο στη θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας.(48) Σε μια από τις έρευνες, που έχουν διεξαχθεί, αποδείχθηκε ότι από ένα σύνολο 37 πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία, που ακολουθούσαν φαρμακευτική αγωγή με fluoxetine, οι 29 είχαν κατορθώσει να διατηρήσουν ένα φυσιολογικό βάρος ακόμα και 11 μήνες μετά το τέλος της αγωγής, έτσι όπως προέκυψε από το follow-up.(15) Τα αντικαταθλιπτικά, όπως το fluoxetine (Prozac), μπορούν να βοηθήσουν τόσο στις περιπτώσεις των πασχόντων, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό – Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας, στο να ελεγχθεί ο κύκλος υπερφαγίας-καθαρτικής συμπεριφοράς, αλλά και στις περιπτώσεις που συνυπάρχει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ωστόσο, κάποιοι υποστηρίζουν ότι η αύξηση του βάρους του ασθενούς αυτή καθεαυτή είναι πιο αποτελεσματική στο να ανακουφίσει τον ασθενή από την καταθλιπτική συμπτωματολογία και να βελτιώσει την διάθεση των ασθενών αυτών.(22)

Στην πράξη, οι ψυχίατροι συχνά καταφεύγουν στη χορήγηση αγχολυτικών και αντικαταθλιπτικών για την αντιμετώπιση των συνοδών ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων. Η χορήγηση, όμως, αντικαταθλιπτικών σε ασθενείς, που έχουν ταλαιπωρήσει τον οργανισμό τους με τον χρόνιο υποσιτισμό και παρουσιάζουν επιπλοκές στο καρδιαγγειακό τους σύστημα, θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή και να φροντίζει ο ειδικός ώστε να αυξάνεται σταδιακά η δόση. Σε περίπτωση που έχει διαπιστωθεί η συνοσηρότητα με Κατάθλιψη, μπορεί ο ειδικός να εξετάσει και το ενδεχόμενο της ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ECT).(98)

Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις

Για ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών, που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, η νόσος έχει χρόνια μορφή: 30 - 50% των ασθενών, που έχουν «επιτυχώς» ολοκληρώσει θεραπευτικά προγράμματα σε νοσοκομεία απαιτούν ξανά νοσηλεία μέσα σ' ένα χρονικό διάστημα ενός έτους μετά την έξοδό τους από την πρώτη νοσηλεία. Αυτός είναι και ο λόγος που οι περισσότεροι ψυχίατροι προτείνουν εξωνοσοκομειακές θεραπείες μετά τη νοσηλεία,

προκειμένου να αποφευχθεί η υποτροπή και να βελτιωθεί η συνολική βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη λειτουργικότητα του ασθενούς.(47)

Επίσης, σε περιπτώσεις που οι ιατρικές επιπλοκές δεν είναι αρκετά σοβαρές για να επιβάλλεται η νοσηλεία του ασθενούς ή στις περιπτώσεις που υπάρχουν τα απαιτούμενα μέσα, θα πρέπει να εφαρμοστεί ένα συνδυαστικό εξωνοσοκομειακό πρόγραμμα, το οποίο να εστιάζει στις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς. Συμπερασματικά, τόσο μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, όσο και σε περίπτωση που η κατάσταση του ασθενούς επιτρέπει την εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση, κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή ενός εντατικού ψυχοθεραπευτικού προγράμματος για τουλάχιστον 1-2 χρόνια. (22,98)

Συνήθως, η θεραπευτική ομάδα αποτελείται από έναν γενικό ιατρό, που θα παρακολουθεί την κατάσταση του οργανισμού του ασθενούς, έναν ψυχοθεραπευτή, που θα επεξεργάζεται με τον ασθενή όλα τα υποβόσκοντα συναισθηματικά θέματα και έναν διαιτολόγο-διατροφολόγο, ο οποίος θα βοηθήσει τον ασθενή να αναπτύξει ένα ισορροπημένο θρεπτικά διαιτολόγιο. Μερικές φορές μια τέτοια ομάδα μπορεί να συμπεριλάβει και έναν σύμβουλο οικογένειας ή έναν ψυχίατρο, όταν κρίνεται αναγκαίο. Η οργάνωση των υπηρεσιών και η επικοινωνία μεταξύ των μελών αυτής της θεραπευτικής ομάδας είναι υψίστης σημασίας για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.(22)

Τις περισσότερες φορές, που η θεραπεία ενός ασθενούς απαιτεί τη συνεργασία μιας μικρής ή μεγάλης διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας, η μεγαλύτερη πρόκληση είναι η διατήρηση της αξιοπρέπειας και της συνοχής της θεραπευτικής ομάδας. Οι ασθενείς συχνά μπορεί να παραπονιούνται για έναν ειδικό σε έναν άλλο, συχνά υπονοώντας ότι ο ένας προσφέρει πολύ μεγάλη βοήθεια ενώ ο άλλος ειδικός δεν έχει καμία συμβολή στη βελτίωση του ίδιου του ασθενούς. Αυτός ο αμυντικός μηχανισμός, γνωστός ως διαχωρισμός (splitting), βιώνεται από τους επαγγελματίες θεραπευτές ως αρκετά χειριστικός και προβληματικός για την εξέλιξη της θεραπευτικής διαδικασίας. Ο διαχωρισμός από την πλευρά του πάσχοντος από Νευρογενή Ανορεξία ουσιαστικά στοχεύει στην αυτοσυντήρηση και είναι συχνά ασυνείδητος και όχι εκ προθέσεως κακοπροαίρετος ή χειριστικός. Το αντίκτυπο, ωστόσο, μπορεί να είναι ύπουλο και καταστροφικό και καθιστά απαραίτητη την

παρακολούθηση από την πλευρά όλων των επαγγελματιών που δραστηριοποιούνται στη θεραπεία.(22)

Οι προσεγγίσεις που υιοθετούνται στη θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας είναι σύνθετες, Συμπεριφορικού – Γνωσιακού, Διαπροσωπικού Τύπου αλλά και Ψυχοδυναμικές Ψυχοθεραπείες. Η Ψυχοδυναμική Προσέγγιση έχει σοβαρές δυσκολίες εφαρμογής σε υποσιτισμένες ασθενείς. Πολύ χρήσιμη αποδεικνύεται επίσης και η συμβουλευτική υποστήριξη σε θέματα διατροφής και βάρους από ειδικευμένο διαιτολόγο.(98)

Σύμφωνα με τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Προσέγγιση, πολύ μεγάλη σημασία για την ανάπτυξη και τη διατήρηση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής έχουν οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και στάσεις για την αξία του σωματικού βάρους και σχήματος, οι οποίες χαρακτηρίζουν τους πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία. Έτσι, η θεραπεία επικεντρώνεται στην τροποποίηση αυτών των γνωσιών. Η Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Θεραπεία σχεδιάζεται έτσι ώστε να αλλάξει τις διαταραγμένες στάσεις του ατόμου αναφορικά με την τροφή, προτείνοντας την υιοθέτηση ενός προγράμματος τακτικών γευμάτων, την κατανάλωση μεγάλης ομάδας τροφών και την ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων. Η θεραπεία σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση ολοκληρώνεται με την αναδόμηση των δυσλειτουργικών σκέψεων και ιδιαίτερα των γνωσιών που αφορούν το σωματικό βάρος και σχήμα και την αυτοεκτίμηση.(81)

Αρκετές έρευνες έχουν αποπειραθεί να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα των διαφόρων εξωνοσοκομειακών θεραπειών για τη Νευρογενή Ανορεξία, συμπεριλαμβανομένων των Συμπεριφοριστικών, των Γνωσιακών-Συμπεριφορικών, των Υποστηρικτικών Ψυχοθεραπειών και μιας ποικιλίας συμβουλευτικών παρεμβάσεων από διαιτολόγους. Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει συμφωνία σχετικά με το ποιος είναι ο πιο βοηθητικός τύπος ψυχοθεραπείας ή το ποια είναι τα συγκεκριμένα θέματα που απαιτούν αντιμετώπιση. Τα περισσότερα προγράμματα για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής εφαρμόζουν μια ποικιλία ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων.(47)

Οικογενειακή θεραπεία

Αν και οι περισσότερες από τις προαναφερθείσες θεραπευτικές προσεγγίσεις φαίνονται να είναι βοηθητικές, το πλέον ξεκάθαρο αποτέλεσμα

μέχρι σήμερα είναι ότι η οικογενειακή θεραπεία είναι αποτελεσματική για τους ασθενείς, που εκδήλωσαν τη Νευρογενή Ανορεξία κατά την περίοδο της εφηβείας και που έπασχαν από τη διαταραχή αυτή για λιγότερο από τρία χρόνια.(47) Η οικογένεια, όπως έχει προαναφερθεί, διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο τόσο στην εκδήλωση όσο και στη διαιώνιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, και αυτός είναι ο λόγος που συχνά κρίνεται σκόπιμη η παρέμβαση στην οικογένεια με σκοπό είτε να ενημερώσει αναφορικά με τυχόν λανθασμένες απόψεις, να μειώσει τις ενοχές και τις αυτοκατηγορίες των υπόλοιπων μελών της οικογένειας είτε αντίθετα να μειώσει την πιθανή αντίσταση / άρνηση των γονέων αναφορικά με τη σοβαρότητα της διαταραχής.(46) Η συνεργασία και η συμβουλευτική οικογένειας είναι το ίδιο, αν όχι περισσότερο, απαραίτητη με τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στο πάσχον μέλος. Σε περιπτώσεις μάλιστα εφήβων ασθενών για πολλούς θεωρείται και η θεραπεία εκλογής.(98)

Ωστόσο, όπως συμβαίνει με τις περισσότερες από τις υπόλοιπες θεραπευτικές προσεγγίσεις, έτσι και η θεραπεία οικογένειας δεν έχει ακόμα μελετηθεί ικανοποιητικά σε ό,τι αφορά τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματά της. Τα αποτελέσματα μιας έρευνας, παρόλα αυτά, έδειξαν ότι το 86% 50 κοριτσιών, που έπασχαν από Νευρογενή Ανορεξία και ακολούθησαν θεραπεία οικογένειας, λειτουργούσαν καλά όταν επαναξιολογήθηκαν στο follow up σε χρονικά διαστήματα που κυμαίνονταν από 3 μήνες έως και 4 χρόνια μετά το τέλος της θεραπείας τους.(15,79)

Ο Salvador Minuchin και οι συνεργάτες του, που αντιπροσωπεύουν μια από τις πολλές σχολές οικογενειακής θεραπείας, έχουν ασχοληθεί εκτενώς με τη Νευρογενή Ανορεξία. Η θεραπεία που έχουν αναπτύξει είναι σύμφωνη με την ψυχοδυναμική θεωρητική προσέγγιση του Minuchin, που θέλει το πάσχον μέλος να αποσπά την προσοχή από υποβόσκουσες συγκρούσεις στις σχέσεις των άλλων μελών της οικογένειας.(15) Στη θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας ο Minuchin επιχειρεί να την επαναπροσδιορίσει μάλλον ως διαπροσωπική παρά ως εξατομικευμένη και να φέρει όλες τις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις στην επιφάνεια. Υποστηρίζει, δε, πως με αυτό τον τρόπο το μέλος της οικογένειας, που εμφανίζει την συμπτωματολογία, απελευθερώνεται από την «υποχρέωση» να διατηρήσει το πρόβλημά του,

καθώς δεν εξυπηρετεί πια στο να συγκαλύψει τη δυσλειτουργική οικογένεια.(15)

Μια από τις τεχνικές, που χρησιμοποιεί ο Minuchin, περιλαμβάνει μια «οικογενειακή συνεδρία – γεύμα», κατά τη διάρκεια της οποίας οι οικογένεια του πάσχοντος παρακολουθείται από το θεραπευτή, καθώς θεωρείται ότι οι σχετιζόμενες με τη διαταραχή συγκρούσεις, είναι περισσότερο εμφανείς εκείνη τη στιγμή. Τρεις είναι οι βασικοί στόχοι σε αυτές τις «συνεδρίες – γεύματα»:

- αλλαγή του ρόλου του πάσχοντος
- επαναπροσδιορισμός του διατροφικού προβλήματος σαν ένα διαπροσωπικό πρόβλημα
- παρεμπόδιση των γονέων να χρησιμοποιούν τη διαταραχή του παιδιού τους σαν μέσο για να αποφεύγουν τις συγκρούσεις.(15)

Μια στρατηγική είναι να δώσουν οδηγίες σε κάθε γονέα να προσπαθήσει ατομικά να επιβάλλει στο παιδί να φάει. Ο άλλος γονέας μπορεί να αποσυρθεί από το δωμάτιο. Οι ατομικές προσπάθειες αναμένεται να αποτύχουν. Αλλά μέσα από την αποτυχία αυτή και την συνακόλουθη αγανάκτηση, η μητέρα και ο πατέρας μπορούν να συνεργαστούν στο να πείσουν το παιδί τους να φάει. Έτσι, αντί για επίκεντρο συγκρούσεων, η πρόσληψη τροφής του παιδιού θα προάγει τη συνεργασία και θα αυξήσει την αποτελεσματικότητα των γονέων στο να αντιμετωπίσουν το παιδί.(78)

▪ **Συναισθηματικές αντιδράσεις στους ασθενείς**

Οι ασθενείς, που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, μπορούν να προκαλέσουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις στα μέλη μιας θεραπευτικής ομάδας. Η αδύνατη και αδύναμη εμφάνιση και η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία μπορεί να προκαλέσει πολύ δυνατά συναισθήματα φόβου και θυμού στους θεραπευτές. Ο αγώνας για την απόκτηση ελέγχου μπορεί να περιπλέξει την θεραπεία των ασθενών και να αποσταθεροποιήσει την αντικειμενικότητα των θεραπευτών. Επίσης, η συχνή συνοσηρότητα με την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας σε αυτό τον πληθυσμό ασθενών περιπλέκει ακόμα περισσότερο το θεραπευτικό σχεδιασμό, καθώς συχνά οι ασθενείς διαχωρίζουν τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε κατηγορίες «καλών» και «κακών», μέσα στα πλαίσια του αμυντικού μηχανισμού του splitting. Τέλος, κάποιες διαδικασίες πολλές φορές θα πρέπει να εφαρμόζονται ενάντια στη

θέληση του ασθενούς και αυτό τις καθιστά διεισδυτικές κι έτσι μπορούν εύκολα να επεκταθούν σε τιμωρητικά συναισθήματα και πράξεις ενάντια στον ασθενή.(22)

Οι επαγγελματίες σε χώρους ψυχικής υγείας θα πρέπει να έχουν υπόψη τους αυτές τις αντιδράσεις και ν' αναζητούν συμβουλευτική όταν θεωρούν ότι απαιτείται προκειμένου ν' αντιμετωπίσουν αυτά τα συναισθήματα. Πολλές φορές είναι χρήσιμο και βοηθητικό να πραγματοποιούνται συναντήσεις όλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, που συνεργάζεται για τη θεραπεία του ασθενούς, προκειμένου να απελευθερώσουν όλα αυτά τα συναισθήματα και να επαναπροσδιορίσουν τη θεραπεία όταν κρίνεται απαραίτητο.(22)

Η θεραπεία των ασθενών, που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση και εμφανίζουν και κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, εγείρει μοναδικές προκλήσεις σε ότι αφορά την αντιμεταβίβαση των επαγγελματιών θεραπευτών. Οι θεραπευτές και γενικότερα οι ειδικοί συχνά σοκάρονται, τρομοκρατούνται και κατακλύζονται από τις περιγραφές της κακοποιητικής εμπειρίας. Το άτομο, που έχει επιβιώσει από την κακοποίηση, είναι γενικότερα ευαίσθητο ακόμα και σε συγκαλυμμένες μορφές αποστασιοποίησης και εξαιτίας της μαθημένης τάσης τους να φροντίζουν τους άλλους, συχνά θα σταματήσουν τις αποκαλύψεις προκειμένου να προστατέψουν και να μην επιβαρύνουν το θεραπευτή τους.(22)

▪ **Νομικά θέματα και θέματα ηθικής**

Μια σειρά από νομικά θέματα και ζητήματα ηθικής ανακύπτουν στην θεραπεία των ασθενών, που εμφανίζουν κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Όπως και σε άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, η νοσηλεία ενάντια στη θέληση του ασθενούς μπορεί να είναι απαραίτητη για να διασφαλιστεί η θεραπεία ενός ασθενούς, που αντιμετωπίζει σοβαρά ιατρικά προβλήματα, ή για να προστατευθεί ένας ασθενής, που εμφανίζει αυτοκτονική συμπεριφορά. Για τους έφηβους ασθενείς, η άδεια των γονέων θα πρέπει να εξασφαλίζεται για την ανεπιθύμητη, σε ότι αφορά τον ασθενή, εισαγωγή σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και για την ανεπιθύμητη θεραπεία. Για τους ενήλικες ασθενείς, ψυχιατρικός εγκλεισμός είναι απαραίτητος για την κράτηση του ασθενούς. Ο εγκλεισμός σε νοσοκομείο μπορεί να είναι απαραίτητος κάποιες φορές προκειμένου να εφαρμοστούν διαδικασίες ενάντια στη θέληση του ενήλικα ασθενούς. Η αιτιολογία για την εφαρμογή τέτοιων διαδικασιών, όπως η

ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων κ.α. ή η ενδοφλέβια σίτιση ενάντια στις επιθυμίες του ασθενούς, συνήθως επαφίεται στις ηθικές αρχές που επικαλούνται την προστασία του ασθενούς από τη δική τους κακή κρίση και συμπεριφορά.(22)

Το να φροντίζει κανείς έναν ασθενή, που πάσχει από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, συχνά περιλαμβάνει την ενεργό συνεργασία με την οικογένεια του ασθενούς και εγείρει δύσκολα θέματα αναφορικά με την αφοσίωση του θεραπευτή στον ασθενή. Το να εργάζεται κανείς με ανήλικους ασθενείς μπορεί να εμφανίζει ειδικές προκλήσεις. Όταν ο έφηβος ασθενής ζητά οι πληροφορίες να παραμείνουν εμπιστευτικές και να μην αποκαλυφθούν στα μέλη της οικογένειάς του, ο θεραπευτής θα πρέπει να συνυπολογίσει το δικαίωμα των γονέων να υπογράψουν υπεύθυνη δήλωση ενάντια στην αυξανόμενη επιθυμία του έφηβου ασθενούς για αυτονομία. Όταν είναι εφικτό, ο θεραπευτής οικογένειας θα πρέπει να εμπλέκεται καθώς μπορεί να λειτουργήσει σαν σύμμαχος της οικογένειας, αφήνοντας έτσι το θεραπευτή περισσότερο ελεύθερο να υποστηρίξει τον ασθενή. Όποτε εμπλέκεται σε μια υπόθεση ασθενούς μια διεπιστημονική ομάδα, είναι απαραίτητο να παρέχονται στην ομάδα όλες οι διαθέσιμες πληροφορίες είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε από το νόμιμο κηδεμόνα του.(22)

▪ Συμπερασματικά

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι σύνθετες και πολύ-παραγοντικής αιτιολογίας διαταραχές, που προσβάλλουν κατά βάση έφηβες κοπέλες και νεαρές ενήλικες γυναίκες. Οι γενικοί ιατροί διαδραματίζουν έναν κριτικής σημασίας ρόλο στην αναγνώριση και θεραπεία αυτών των διαταραχών. Η έγκαιρη διάγνωση αυτών των διαταραχών συμβάλλει σημαντικά στη θετική θεραπευτική εξέλιξη, αλλά παρεμποδίζεται συχνά από τα ισχυρά συναισθήματα μυστικοπάθειας, άρνησης, και ντροπής από μέρους του ασθενούς. Αν και τα άτομα που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής μπορεί ν' αρνούνται τη θεραπεία, η γεμάτη κατανόηση προσέγγιση μιας διεπιστημονικής ομάδας, που θα εστιάζει στις ιατρικές, ψυχολογικές αλλά και διατροφικές ανάγκες των ατόμων αυτών, θα μπορούσε να ενισχύσει σε σημαντικό βαθμό την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. (4,21,26,33,44,57,89,99)

Βιβλιογραφία

1. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition), Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994
2. Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., & Bem, D.J. (1993). "Introduction to Psychology". USA: Harcourt Brace & Company. p.p. 382-392
3. Bartlett, J. (1992) Familiar quotations: A collection of passages, phrases and proverbs traced to their sources in ancient and modern literature. Boston: Little, Brown and Company cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
4. Brownell KD, Foreyt JP (editors) (1986): Handbook of eating disorders. Basic Books cited in Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange.
5. Brownell, K.D., & Robin, J. (1994) The dieting maelstrom: is it possible or advisable to lose weight? *American Psychologist*, 49, 781-791 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
6. Bruch, H. (1973). Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within. New York: Basic Books cited in Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., & Bem, D.J. (1993). "Introduction to Psychology". USA: Harcourt Brace & Company.
7. Bruch, H. (1980) Preconditions for the development of anorexia nervosa. *American Journal of Psychoanalysis*, 40, 169-172
8. Bruch, H. (1982): Anorexia nervosa: Therapy and theory. *Am J Psychiatry*; 132: 1531
9. Bruch H. (1985). Four decades of eating disorders. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel. *Handbook of Psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York Guildford Press.
10. Casper, R.C. (1990): Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomat Med*; 52: 156
11. Casper, R.C., Hedeker, D., McClough, J.F. (1992): Personality dimensions in eating disorders and their prevalence for subtyping. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 31: 830
12. Crisp, A.H., Callender, J.S., Haleck, C., & Hsu, L.K.G. (1992) Long-term mortality in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 161, 104-107
13. Da Costa, M. & Halmi, K.A. (1992) Classifications of anorexia nervosa: Question of subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 305-313
14. Dare, C., LeGrange, D., Eisler, I., & Rutherford, J. (1994) Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disordered families. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 211-226 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
15. Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
16. DeJong, W., & Kleck, R.E. (1986) The social psychological effects of overweight. In C.P. Herman, M. P. Zanna, & E.T. Higgins (eds) *Physical*

- appearance, stigma, and social behaviour. Hillside, NJ: Erlbaum cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
17. Doerr, P., Fichter, M., Pirke, K.M., & Lund, R. (1980) Relationship between weight gain and hypothalamic-pituitary-adrenal function in patients with anorexia nervosa. *Journal of Steroid Biochemistry*, 13, 529-537
 18. Dolan, B. (1991) Cross-cultural aspects of anorexia and bulimia: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 67-78
 19. Dowson J.H. (1992) Associations between self-induced vomiting and personality disorder in patients with a history of anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 399-404
 20. Eagles, J.M., Hohnston, M.I., Hunter, D., Lobban, M., & Millar, H.R. (1995) Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of northeast Scotland. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1266-1271
 21. Eating Disorders. <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-et02.html> cited in Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange.
 22. Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange. p.p. 183-192
 23. Everill, J.T., & Waller, G. (1995) Reported sexual abuse and eating psychopathology: A review of the evidence for a causal link. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 1-11 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
 24. Fairburn C. Beglin S. J. (1990) Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am. J. Psychol.*, 401-408
 25. Fairburn, C.G., Welch, S.L., Norman, P.A., O'Conner, M.E., & Doll, H.E. (1996) Bias and bulimia nervosa: How typical are clinic cases? *American Journal of Psychiatry*, 153, 386-391 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
 26. Fallon P, Katzman MA, Wooley SC (editors) (1994): *Feminist Perspectives on eating disorders*. Guilford cited in Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange.
 27. Fallon, A.E. & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of abnormal psychology*, 94, 102-105
 28. file: //A:\ WebMD – Eating Disorders Anorexia and Bulimia.htm cited in Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). «Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία». Αθήνα:Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας.
 29. Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group (1992) Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa: A multicentre, placebo-controlled, double blind trial. *Archives of General Psychiatry*, 49, 139-147 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
 30. Franklin, J.C., Schiele, B.C., Brozек, J., & Keys, A. (1948) Observations on human behaviour in experimental semistarvation and

- rehabilitation. *Journal of Clinical Psychology*, 4, 28-45 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
31. Furnham, A., & Baguma, P. (1994) Cross-cultural differences in the evaluation of male and female body shapes. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 81-89 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
 32. Garfinkel, P.E. & Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: a multidisciplinary perspective*. New York: Brunner / Mazel cited in Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., & Bem, D.J. (1993). "Introduction to Psychology". USA: Harcourt Brace & Company.
 33. Garner DM, Garfinkel PE (editors) (1985): *Handbook of Psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. Guilford cited in Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange.
 34. Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980) Cultural expectation of thinness in women. *Psychological reports*, 47, 483-491 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
 35. Garner, D.M., Olmsted, M.P., & Polivy, J. (1983) Development and validation of a multi-dimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
 36. Goldbloom, D.S., Garfinkel, P.E., & Shaw, B.F. (1991) Biochemical aspects of bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 11-22 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
 37. Gordon, R.A. (1990): *Anorexia and Bulimia: Anatomy of a social epidemic*. Cambridge: Basil Blackwell
 38. Heatherton, T.F., Nichols, P., Mahamedi, F., & Keel, P. (1995) Body weight, dieting, and eating disorder symptoms among college students, 1982 to 1992. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1623-1630 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
 39. Herman, C.P., Polivy, J., Lank, C., & Heatherton, T.F. (1987) Anxiety, hunger, and eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 264-269 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
 40. Hoebel, B.G., & Teitelbaum, P. (1966) Weight regulation in normal and hypothalamic hyperphagic rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 61, 189-193
 41. Hsu, L.K.G. (1990) *Eating disorders*. New York: Guilford cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
 42. Hudson, J. I., Pope, H.G., Yurgelun-Todd, D., Jonas, J.M., & Frankenburg, F.R. (1987) A controlled study of life-time prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic patients. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1283-1287
 43. Humphrey, L.L. (1986) Family relations in bulimic-anorexic and nondistressed families. *International Journal of Eating Disorders*, 5,

- 223-232 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
44. Johnson C (editor) (1991): Psychodynamic Treatment of anorexia nervosa and bulimia. Guilford cited in Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange.
45. Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). «Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία». Αθήνα:Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας. σελ. 97-110
46. Καλαντζή-Azizi, A. (1995). Νευρογενής Ανορεξία και Βουλιμία. Τετράδια Ψυχιατρικής, 52, 76-88
47. Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A. (2000). "Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials". USA: W.B. Saunders Company. p.p. 447-459
48. Kaye, W.H., Weltzin, T.E., Hsu, L.K.G., & Bulik, C.M. (1991) An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa. Journal of Clinical Psychiatry, 52, 464-471
49. Kennedy, S.H., & Garfinkel, P.E. (1992) Advances in the diagnosis and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Canadian Journal of Psychiatry, 37, 309-315 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
50. Kent, J.S., & Clopton, J.R. (1992) Bulimic women's perceptions of their family relationships. Journal of Clinical Psychology, 48, 281-292 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
51. Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Wilson, D.M., Haydel, K.F., et al. (1994) Pursuit of thinness and onset of eating disorders in a community sample of adolescent girls. International Journal of Eating Disorders, 16, 227-238 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
52. Killen, J.D., Taylor, C.B., Telch, M.J., Saylor, K.E., Maron, D.J., & Robinson, T.N. (1986) Self-induced vomiting and laxative and diuretic use among teenagers: Precursors of the binge-purge syndrome. Journal of the American Medical Association, 255, 1447-1449 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
53. Lee, S. (1994) The Diagnostic Interview Schedule and anorexia nervosa in Hong Kong. Archives of General Psychiatry, 51, 251-252
54. Leon, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L., & Early-Zald, M.B. (1995) Prospective analysis of personality and behavioural vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. Journal of Abnormal Psychology, 104, 140-149 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
55. Logue, A.W. (1991). The psychology of eating and drinking: an introduction (2nd edition). New York: Freeman
56. Marrazzi, M. A., & Luby, E.D., (1986) An auto-addiction model of chronic anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 5, 191-208

57. Miller, J.B. (1984): The development of Women's sense of self, (Work in progress, Vol. 2) Wellesley College, Stone Centre for Developmental Services and Studies cited in Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange.
58. 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, 1031-1038 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
59. Minuchin, S., Rosman, B.L., Baker, L. (1978): *Psychosomatic Families. Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press
60. Mishkind, M.E., Robin, J., Silberstein, L.R., & Striegel-Moore, R.H. (1986) The embodiment of masculinity: Cultural, psychological and behavioural dimensions. *American Behavioural Scientist*, 29, 545-562 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
61. Morton, R. (1689): *Phthisiologica: Or a treatise of consumption*. London
62. Moser, P.W. (1989) Double vision: Why do we never match up to our mind's ideal? *Self Magazine*, p.p. 51-52 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
63. Mumford, D.B., Whitehouse, A.M., & Choudry, I.Y. (1992) Survey of eating disorders in English-medium schools in Lahore, Pakistan. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 173-184 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
64. Nemeroff, C. F., Stein, R.I., Diehl, N.S., & Smilack, K.M. (1994) From the Cleavers to the Clintons: Role choices and body orientation as reflected in magazine article content. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 167-176 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
65. Olivardia, R., Pope, H.G., Mangweth, B., & Hudson, J.I. (1995) Eating disorders in college men. *American Journal of psychiatry*, 152, 1279-1284
66. Παπακώστας, Ι. (1994). Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία, Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς cited in Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). «Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία». Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας. σελ. 97-110
67. Piran, N., Kennedy, S., Garfinkel, P.E., & Owens, M., (1985) Affective disturbance in eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 395-400
68. Polivy, J. (1976) Perception of calories and regulation of intake in restrained and unrestrained eaters. *Addictive Behaviours*, 1, 237-244 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
69. Polivy, J., Heatherton, T.F., & Herman, C.P. (1988) Self-esteem, restraint and eating behaviour. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 354-356 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.

70. Polivy, J., & Herman, C.P. (1985) Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193-201
71. Polivy, J., Herman, C.P., & McFarlane, T. (1994) Effects of anxiety on eating: Does palatability moderate distress-induced overeating in dieters? *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 505-510 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
72. Polivy, J., Herman, C.P. & Howard, K. (1980) The Restraint Scale. In A. Stunkard (ed) *Obesity*. Philadelphia: Saunders cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
73. Pliner, P., & Hadock, G. (1996) Perfectionism in weight-concerned and unconcerned women: An experimental approach. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 381-389 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
74. Pryor, T., Wiederman, M.W. & McGilley, B. (1996) Clinical correlates of anorexia subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 371-379
75. Raboch, J., & Faltus, F., (1991) Sexuality of women with anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 9-11
76. Root, M.P. (1990) Disordered eating in women of colour. *Sex Roles*, 22, 525-536 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
77. Rorty, M., Yager, J., & Russotto, E. (1994) Childhood sexual, physical and psychological abuse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1122-1126 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
78. Rosman, B.L., Minuchin, S., & Lieberman, R. (1975) Family lunch session: An introduction to family therapy in anorexia nervosa. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 846-852
79. Rosman, B.L., Minuchin, S., & Lieberman, R. (1976) Input and outcome of family therapy of anorexia nervosa. In J.L. Claghorn (ed) *Successful psychotherapy*. New York: Brunner / Mazel
80. Schlundt, D.G., & Johnson, W.G. (1990) *Eating disorders: Assessment and treatment*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon
81. Smith, D.E., Marcus, M.D. & Eldredge, K.L. (1994). Binge eating syndromes: A review of assessment and treatment with an emphasis on clinical application. *Behaviour therapy*, 25, 635-658 cited in Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). «Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία». Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας.
82. Steinhausen H.C. (1994). Anorexia and Bulimia nervosa. In Steinhausen H.C. & von Aster M. *Handbuch der Verhaltenstherapie and Verhaltensmedizin bei Kindern and Jugendlichen*. Belz. p.p. 383-410
83. Story, M., French, S.A., Resnick, M.D., & Blum, R.W. (1995) Ethnic / racial and socio-economic differences in dieting behaviours and body image perceptions in adolescents. *International Journal of Eating*

- Disorders, 18, 173-179 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
84. Strober, M. (1991): Family-genetic studies of eating disorders. *J Clin Psychiatry*; 52:9 cited in Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A. (2000). "Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials". USA: W.B. Saunders Company.
 85. Strober, M., Morrell, B., Burroughs, J., Salkin, B., & Jacobs, C. (1985) A controlled family study of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 239-246 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
 86. Sullivan, P.F. (1995) Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073-1075
 87. Van de Broucke, S., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1995) Marital Communication in Eating Disorders: A controlled Observational Study. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 1-23 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
 88. Vitousek, K., & Manke, F. (1994) Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137-147 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
 89. Walsh BT, Devlin MJ (1992): The pharmacologic treatment of eating disorders. In: Shaffer D (editor): *Psychiatric Clinics of North America*. Saunders cited in Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange.
 90. Walters, E., & Kendler, K.S. (1994) Anorexia nervosa and anorexia-like symptoms in a population based twin sample. *American Journal of Psychiatry*, 152, 62-71 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
 91. Walters, E.E., Neale, M.C., Eaves, L.J., Lindon, J., & Heath, A.C. (1992) Bulimia nervosa and major depression: A study of common genetic and environmental factors. *Psychological Medicine*, 22, 617-622 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
 92. Welch, S.L. & Fairburn, C.G. (1994) Sexual abuse and bulimia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 151, 402-407 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
 93. Wilfley, D.W., Rodin, J. (1995): Cultural influences on eating disorders. In Brownwell KD, Fairburn CG (eds): *Eating disorders and Obesity: A comprehensive Textbook*. New York: Guildford Press:781
 94. Willi, J., & Grossman, S. (1983) Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *American Journal of Psychiatry*, 140, 564-567
 95. Wilson, G.T. (1995) Empirically validated treatments as a basis for clinical practice: Problems and prospects. In S.C. Hayes, V.M. Follette, R.M. Dawes & K.E. Grady (eds) *Scientific standards of psychological practice: Issues and recommendations*. Reno, NV: Context Press cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.

96. Wiseman, C.V., Gray, J.J., Mosimann, J.E., & Arhens, A.H. (1992) Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 85-89 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224
97. Woodside, D.B., Shekter-Wolfson, L.F., Garfinkel, P.E., & Olmsted, M.P. (1995) Family interactions in bulimia nervosa: Study design, comparisons to established population norms and changes over the course of an intensive day hospital treatment program. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 105-115 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.
98. Χριστοδούλου, Γ.Ν. & συνεργάτες (2004). «Ψυχιατρική». Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις. σελ. 482-496
99. Yager J et al. (1993): American Psychiatric Association practice guidelines for eating disorders. Work Group on Eating Disorders. *Am J Psychiatr* 150(2): 20 cited in Elkin, G.D. (1999). "Introduction to Clinical Psychiatry". USA: Appleton & Lange.
100. Yates, A. (1989) Current perspectives on the eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 813-828 cited in Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc.

Περιεχόμενα

Διαταραχές πρόσληψης τροφής μη προσδιοριζόμενες διαφορετικά

1. Γενικά για τις διαταραχές	2
2. Διαταραχές με κρίσεις ανεξέλεγκτης υπερφαγίας	4
3. Βιβλιογραφία	8

Νευρογενής ανορεξία

1. Ιστορική αναδρομή	9
2. Γενικά για τη διαταραχή	11
3. Επιδημιολογία	13
4. Διάγνωση	16
5. Αξιολόγηση	21
6. Ιατρικές εξετάσεις και εργαστηριακά ευρήματα	26
7. Διαφοροδιάγνωση	27
8. Συνοσηρότητα	28
9. Παθοφυσιολογία	31
10. Πορεία της διαταραχής και πρόγνωση	32
11. Αιτιολογία	35
12. Ερμηνεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής σύμφωνα με το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο παρέμβασης	63
13. Θεραπευτικές παρεμβάσεις	68
14. Συναισθηματικές αντιδράσεις στους ασθενείς	78
15. Νομικά θέματα και θέματα ηθικής	79
16. Συμπερασματικά	80
17. Βιβλιογραφία	81