

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

«ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ»

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Ε. ΚΑΡΑΛΗΜΑΣ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ (Α. Μ.: 1387)

ΡΕΘΥΜΝΟ 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Περίληψη.....	6
1. Εισαγωγή.....	7
1.1. Τα βασικά χαρακτηριστικά της νευρικής ανορεξίας.....	13
1.2. Οι τύποι της νευρικής ανορεξίας.....	14
1.3. Τα αίτια της νευρικής ανορεξίας.....	15
1.4. Οι συνέπειες της νευρικής ανορεξίας.....	21
1.5. Η νευρική ανορεξία στους άντρες.....	25
1.6. Η νευρική ανορεξία στα παιδιά.....	26
2. Μεθοδολογία.....	28
3. Ποιος μπορεί να θεραπεύσει μία νέα γυναίκα με νευρική ανορεξία;.....	29
4. Δυσκολίες κατά την πρώτη συνάντηση με τους ασθενείς.....	31
5. Ερωτήσεις που βοηθούν τον επαγγελματία να διαπιστώσει τη θέληση της ασθενούς για αλλαγή.....	34
6. Οι στόχοι της θεραπείας της νευρικής ανορεξίας.....	35
7. Ο διατροφικός χειρισμός των ασθενών με νευρική ανορεξία.....	37
7.1. Αυξάνοντας το βάρος του σώματος.....	37
7.2. Επανασίτιση.....	38
7.3. Εξαφανίζοντας τις συμπεριφορές μείωσης του βάρους.....	42
7.4. Εδραιώνοντας φυσιολογικές συμπεριφορές διατροφής.....	43
7.5. Πώς οι συμβουλές τροποποίησης της διατροφής μπορούν να βοηθήσουν τη Γνωστικο-Συμπεριφοριστική θεραπεία.....	44
8. Βασικά στοιχεία που πρέπει να περιλαμβάνει μία ψυχοθεραπευτική προσέγγιση..	45
8.1. Αύξηση της αυτοπεποίθησης των ασθενών.....	45

	Σελ.
8.2. Επεξήγηση των φυσικών συμπτωμάτων.....	47
8.3. Η θέση της άσκησης κατά τη διάρκεια της θεραπείας.....	47
8.4. Αντιμετώπιση των συσχετιζόμενων προβλημάτων.....	49
8.5. Αποφυγή των υποτροπών.....	50
9. Γνωστικο-Συμπεριφοριστικές θεραπευτικές τεχνικές.....	52
9.1. Ημερολόγιο σκέψεων και διατροφής.....	52
9.2. Δουλεύοντας με σιωπή και φροντίδα.....	53
9.3. Συμβολικά σχεδιαγράμματα με μία διαφορά για παιδιά και εφήβους.....	57
10. Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία.....	60
10.1. Οι στόχοι της ψυχοθεραπείας και της θεραπευτικής μεθόδου.....	60
10.2. Χρησιμοποιώντας τα όνειρα για μία αρχική εκτίμηση.....	61
10.3. Η αρχική φάση της θεραπείας: Η ολική μεταβίβαση.....	62
10.3.1. Το θέμα της αντιμεταβίβασης και η δημιουργία μιας ερμηνείας σε σχέση με τη συνολική μεταβίβαση του ατόμου.....	63
10.4. Η ενδιάμεση φάση της θεραπείας: Επιπλοκές στην ενοποίηση των διχασμένων όψεων της προσωπικότητας.....	64
10.4.1. Έξι επαναλαμβανόμενα προβλήματα.....	64
10.5. Η τελική φάση της θεραπείας.....	68
11. Νοσηλεία ως εσωτερικός ασθενής.....	69
11.1. Μία πολυπειθαρχική προσέγγιση.....	69
11.2. Οργανωμένες δομές που ενισχύουν την καλή επικοινωνία.....	70
11.2.1. Η εβδομαδιαία πολυπειθαρχική συζήτηση.....	70
11.2.2. Το σύστημα της «μικρής ομάδας».....	71
11.2.3. Συναντήσεις απολογισμού με τους γονείς.....	72

11.3. Δουλεύοντας με τις οικογένειες εκτός της οικογενειακής θεραπείας.....	72
11.4. Η θεραπεία του περιβάλλοντος.....	73
11.5. Ατομική προσπάθεια.....	74
11.5.1. Ασκήσεις για βελτίωση της ιδέας του σώματος.....	75
11.5.2. Ασκήσεις για βελτίωση της αυτοεκτίμησης.....	76
11.5.3. Προσπάθεια για ωρίμανση.....	77
11.5.4. Εκπαίδευση για την υγεία.....	77
11.6. Ο ρόλος των ανεπτυγμένων επαγγελματικών δικτύων.....	78
11.7. Η αποτελεσματικότητα της εσωτερικής νοσηλείας συγκρινόμενη με την εξωτερική.....	79
12. Φυσιοθεραπεία και άσκηση.....	79
13. Οικογενειακή θεραπεία.....	81
13.1. Κινούμενοι πέρα από την υπαιτιότητα.....	81
13.2. Συμπεριλαμβάνοντας τους γονείς ως συντρόφους.....	82
13.3. Συμβουλευτική γονέων.....	82
13.3.1. Η λήψη ώριμων αποφάσεων.....	83
13.3.2. Εφοδιασμός των γονιών με έναν ξεχωριστό χώρο.....	84
13.3.3. Διατήρηση του θεραπευτικού συνδέσμου ανάμεσα στους γονείς και την ομάδα.....	85
13.4. Από τη συμβουλευτική γονέων στην οικογενειακή θεραπεία.....	85
13.5. Δουλεύοντας με μονογονεϊκές και με χωρισμένες οικογένειες.....	87
13.6. Τεχνικές στην οικογενειακή θεραπεία.....	88
13.6.1. Ενίσχυση του οικογενειακού υποσυστήματος.....	88
13.6.2. Εστίαση στην επικοινωνία.....	89

	Σελ.
13.6.3. Διαχωρισμός της συζυγικής από τη γονεϊκή σχέση.....	90
13.6.4. Ενσωμάτωση του πολιτισμικού πλαισίου στη θεραπεία.....	90
13.6.5. Εξωτερίκευση του προβλήματος.....	91
14. Ομαδική θεραπεία.....	92
14.1. Η σύνθεση της ομάδας.....	93
14.2. Η δομή της ομάδας.....	94
14.3. Τα δυναμικά της ομάδας.....	96
14.4. Πιθανοί τύποι ομάδων.....	97
14.4.1. Ψυχο-εκπαιδευτικές ομάδες.....	97
14.4.2. Ομάδες δραστηριοτήτων.....	99
14.4.3. Άλλες ομάδες.....	99
15. Πρόγνωση.....	102
16. Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	103
Βιβλιογραφικές παραπομπές.....	113

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία ασχολείται με τη μελέτη των θεραπευτικών παρεμβάσεων της ψυχογενούς ανορεξίας. Αρχικά, αναφέρονται τα βασικά χαρακτηριστικά, οι τύποι, τα αίτια και οι συνέπειες της διαταραχής, καθώς και ο τρόπος με τον οποίο παρουσιάζεται στους άντρες και τα παιδιά. Στη συνέχεια γίνεται περιγραφή των χαρακτηριστικών του κατάλληλου θεραπευτή, των δυσκολιών που ενδέχεται να εμφανιστούν κατά την πρώτη συνάντηση με τους ασθενείς, των ερωτήσεων που χρησιμοποιούνται για τη διαπίστωση της θέλησης του ατόμου για αλλαγή και των στόχων των θεραπευτικών μεθόδων. Ακολουθούν τα βασικά στοιχεία που οφείλει να περιλαμβάνει μία ψυχοθεραπευτική προσέγγιση (αύξηση της αυτοπεποίθησης των ασθενών,, επεξήγηση των φυσικών συμπτωμάτων, η θέση της άσκησης κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η αντιμετώπιση των συσχετιζόμενων προβλημάτων και αποφυγή των υποτροπών) καθώς και οι διάφορες παρεμβάσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν τον διατροφικό χειρισμό των ασθενών (αύξηση του βάρους του σώματος, , επανασίτιση, εξαφάνιση των συμπεριφορών μείωσης του βάρους και εδραίωση φυσιολογικών συμπεριφορών διατροφής), τις γνωστικο-συμπεριφοριστικές θεραπευτικές τεχνικές (ημερολόγιο σκέψεων και διατροφής, δουλεύοντας με σιωπή και φροντίδα και συμβολικά σχεδιαγράμματα με μία διαφορά για παιδιά και εφήβους), την ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία (στόχοι, ο ρόλος των ονείρων, της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης, οι φάσεις και τα προβλήματα που παρουσιάζονται), τη νοσηλεία ως εσωτερικός ασθενής (η πολυπειθαρχική προσέγγιση, οργανωμένες δομές που ενισχύουν την καλή επικοινωνία, συνεργασία με τις οικογένειες, θεραπεία του περιβάλλοντος, ατομική προσπάθεια και ο ρόλος των ανεπτυγμένων επαγγελματικών δικτύων), την φυσιοθεραπεία και άσκηση, την

οικογενειακή θεραπεία (κινούμενοι πέρα από την υπαιτιότητα, συνεργασία με τους γονείς, συμβουλευτική γονέων και τεχνικές που χρησιμοποιούνται) και την ομαδική θεραπεία (σύνθεση, δομή και δυναμικά της ομάδας και τύποι ομάδων). Τέλος, αναφέρονται μερικά στοιχεία για την πρόγνωση της διαταραχής.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εφηβεία σηματοδοτεί το μεταβατικό στάδιο από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση και είναι η περίοδος ραγδαίων αλλαγών στη σωματική ανάπτυξη. Στις αλλαγές αυτές προσπαθεί να προσαρμοστεί τόσο ο έφηβος όσο και ο κοινωνικός του περίγυρος. Οι βιοσωματικές αλλαγές επηρεάζουν τη διαμόρφωση και τη διαφοροποίηση της εικόνας που ο έφηβος έχει για τον εαυτό του, αλλά και την εικόνα που έχουν οι άλλοι για αυτόν. Ο έφηβος διανύει την περίοδο αναζήτησης της δικής του ταυτότητας μέσα από πολλές δοκιμασίες. Προσπαθεί να αναγνωρίσει ποιος είναι, τι αξίζει και τι μπορεί να κάνει (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2003).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι παράγοντες κινδύνου της παιδικής ηλικίας, όπως τα προβλήματα διατροφής, οι διαιτητικές συνήθειες και η αρνητική εικόνα του σώματος, συγκρούονται με τις προκλήσεις τις οποίες αντιμετωπίζει ο έφηβος. Αυτές οι συγκρούσεις μπορεί να οδηγήσουν μερικές φορές στην υπερβολική άσκηση αυτοελέγχου όσον αφορά στις διατροφικές συνήθειες, με αποτέλεσμα την εκδήλωση διαταραχών πρόσληψης τροφής, όπως τη νευρική ανορεξία. Η νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από άρνηση πρόσληψης τροφής, με συνέπεια τη μείωση του βάρους κάτω από τα φυσιολογικά επίπεδα. Η διαταραχή αυτή σχετίζεται με ανθυγιεινές προσπάθειες ελέγχου του σωματικού βάρους, οι οποίες φαίνεται να κατευθύνονται από παθολογικές αντιλήψεις σχετικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος. Οι αντιλήψεις αυτές σχετίζονται άμεσα με τις πολιτισμικές αντιλήψεις σχετικά με το ιδανικό βάρος και τη σωματική εμφάνιση που προωθούνται σε κάθε κοινωνία. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι αντιλήψεις αυτές διαφοροποιούνται από εποχή σε εποχή. Για παράδειγμα, μέχρι τα τέλη του 19^{ου} αιώνα οι καμπυλόγραμμες φιγούρες θεωρούνταν ως ιδιαίτερα ελκυστικές ενώ, αντίθετα, κατά τη βικτοριανοί περίοδο, η άρνηση της

τροφής από τις γυναίκες θεωρούταν ως ένδειξη καλής ανατροφής, καθώς επικρατούσε η αντίληψη ότι η άρνηση της τροφής αντανάκλούσε την πνευματική ανωτερότητα (Brumberg, 1988). Από τη δεκαετία του 1930, άρχισαν να διαμορφώνονται οι σημερινές αντιλήψεις, σύμφωνα με τις οποίες η λεπτή σιλουέτα προωθείται ως ιδιαίτερα ελκυστική από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τις διαφημίσεις, τους σχεδιαστές μόδας και τους σταρ του κινηματογράφου και της τηλεόρασης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2003).

Από τα παραπάνω προκύπτει το συμπέρασμα πως η σημασία της διατροφής για τη γυναικεία ταυτότητα, ο ρόλος της οικογένειας και της κοινωνικής τάξης για τη διαμόρφωση των διατροφικών προτιμήσεων και των αντιλήψεων για το ιδανικό σωματικό βάρος και η χρήση του ελέγχου της διατροφής ως υποκατάστατου για τον αυτοέλεγχο σε άλλους τομείς, είναι παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με τη νευρική ανορεξία.

Η ψυχογενής ανορεξία (όπως αλλιώς ονομάζεται) αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά ως διαταραχή το 1873 από τον Άγγλο γιατρό William Gull, ο οποίος τη χαρακτήρισε ως ειδική νόσο και τον Γάλλο ψυχίατρο Charles Laseque, ο οποίος την περιέγραψε από κοινωνική και ψυχολογική σκοπιά. Και οι δύο γιατροί είχαν παρατηρήσει πως η νόσος αυτή παρουσιάζεται συχνότερα σε άτομα τα οποία προέρχονταν από τις πιο εύπορες κοινωνικές τάξεις. Το γεγονός αυτό οδήγησε τον Laseque στη διατύπωση της υπόθεσης πως η ελλιπής γονεϊκή συναισθηματική στήριξη (γεγονός το οποίο πίστευε πως είναι πιο σύνηθες στις εύπορες οικογένειες) σχετίζεται με την εκδήλωση της διαταραχής αυτής. Επικράτησε επίσης η άποψη πως οι συγκρούσεις των γονέων με τα παιδιά τους είναι πιθανό να οδηγούν μερικές φορές κάποια κορίτσια που βρίσκονται στην εφηβεία στην άρνηση της τροφής, ως μία μορφή έκφρασης του συναισθήματος της απόρριψης το οποίο βιώνουν. Γι' αυτό, στις

αρχές του περασμένου αιώνα, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας προτεινόταν η απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένειά του σε συνδυασμό με την επιβολή της υποχρεωτικής σίτισης του παιδιού με οποιονδήποτε τρόπο (Epstein, 1990).

Τα άτομα με νευρική ανορεξία κυριαρχούνται από κάποια βασικά χαρακτηριστικά. Κατ'αρχήν, έχουν έντονη τη διάθεση άρνησης για λήψη φαγητού προκειμένου να μην πάρουν βάρος, παρά το γεγονός ότι αυτό κυμαίνεται κάτω από τα κατώτερα όρια του φυσιολογικού για την ηλικία, το φύλο και το ύψος τους (δηλαδή το βάρος τους βρίσκεται κάτω από το 85% του φυσιολογικού). Επίσης, παρά το γεγονός ότι το σωματικό βάρος είναι κάτω από τα όρια του φυσιολογικού, το άτομο διακατέχεται από έντονο φόβο ότι θα πάρει βάρος. Έτσι, λοιπόν, βρίσκεται συνεχώς στην προσπάθεια να χάσει περισσότερα κιλά. Το άτομο έχει διαταραγμένη εικόνα για το σώμα του και δίνει υπέρμετρη έμφαση στην επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματος στην αυτοαξιολόγηση. Επίσης, στις περιπτώσεις των γυναικών, υπάρχουν συχνά διαταραχές στον εμμηνορρυσιακό κύκλο ως αποτέλεσμα της υπερβολικής μείωσης του σωματικού τους βάρους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2003).

Παρά το γεγονός ότι η ετυμολογία του όρου «ανορεξία» παραπέμπει στην έλλειψη όρεξης για φαγητό, ο όρος αυτός είναι παραπλανητικός, αφού το άτομο που πάσχει από αυτή τη διαταραχή μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να μην έχει όρεξη για φαγητό. Η απώλεια σωματικού βάρους είναι αποτέλεσμα της συνειδητής προσπάθειας του ατόμου να χάσει βάρος καταφεύγοντας σε αυστηρή διαίτα ή άσκηση. Παρά το γεγονός ότι πολλά άτομα ακολουθούν περιστασιακά αυτές τις μεθόδους, το άτομο με την ψυχογενή ανορεξία φοβάται ότι απειλείται από την παχυσαρκία και επιδιώκουν επίμονα το αδυνάτισμα. Κάποια άτομα αισθάνονται

συνέχεια ότι είναι υπέρβαρα και κάποια άλλα διαπιστώνουν ότι είναι αδύνατα αλλά πιστεύουν πως από ορισμένα μέρη του σώματός τους θα πρέπει να χάσουν κι άλλο βάρος. Μερικές φορές μπορεί να τα κυριαρχεί η εμμονή να μετρούν συνέχεια τα κιλά τους για να διαπιστώσουν αν το «λίπος» έχει περιοριστεί. Κάθε φορά που χάνουν βάρος πιστεύουν πως βελτιώθηκε η εικόνα τους και νιώθουν καλύτερα. Προκειμένου όμως να διατηρείται αυτό το συναίσθημα και να νιώθουν ασφαλείς, έχουν την ανάγκη να αδυνατίζουν καθημερινά ολοένα και περισσότερο και αν κάποια μέρα αυτό δεν συμβεί, τότε κυριαρχούνται από πανικό και εντείνουν ακόμη περισσότερο τις προσπάθειές τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2003).

Παρά την έλλειψη επαρκών στοιχείων από επιδημιολογικές έρευνες για την ψυχογενή ανορεξία, φαίνεται πως η διαταραχή αυτή εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα τις τελευταίες δεκαετίες. Η συχνότητα εμφάνισής της στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 0,2% και 0,8% (Hoek, 1993). Τα ποσοστά αυτά, όμως, φαίνεται να διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με τον συγκεκριμένο πληθυσμό στον οποίο αναφέρονται. Σε μία μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε σε εννέα σχολεία θηλέων στην Αγγλία, ο Crisp και οι συνεργάτες του (1976) διαπίστωσαν πως το 0,5% των κοριτσιών ηλικίας κάτω των 16 ετών παρουσίαζαν σοβαρής μορφής νευρική ανορεξία, ενώ το ποσοστό αυτό έφτανε στο 1% στα κορίτσια άνω των 16 ετών. Στην περίπτωση που μελετάται πληθυσμός υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, τότε τα ποσοστά αυτά είναι πιο υψηλά. Μπορεί δε να πλησιάσουν το 5% έως 7% στον πληθυσμό των εφήβων οι οποίοι ασχολούνται με το χορό ή το modeling και φιλοδοξούν να σταδιοδρομήσουν σε αυτά τα επαγγέλματα.

Η νευρική ανορεξία είναι μία από τις λίγες περιπτώσεις προβλημάτων ψυχικής υγείας που εκδηλώνονται με μεγαλύτερη συχνότητα στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια. Τα αγόρια που πάσχουν από αυτή τη νόσο είναι ελάχιστα και γι'αυτό η

συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής αυτής στον πληθυσμό των αγοριών είναι εξαιρετικά δύσκολο να εκτιμηθεί. Επειδή όμως έχει κυριαρχήσει η άποψη πως η νευρική ανορεξία αφορά στο γυναικείο πληθυσμό, είναι πιθανό να μην γίνεται πάντα η διάγνωσή της όταν εκδηλώνονται τα συμπτώματά της στον ανδρικό. Παρόλο που στους άντρες η διαταραχή εκδηλώνεται με τα ίδια κλινικά συμπτώματα όπως και στις γυναίκες, οι πρώτοι δεν έχουν τόσο έντονη ενασχόληση με το φαγητό ούτε τόσο έντονο κίνητρο να διατηρούν λεπτή σιλουέτα αλλά δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην αθλητική τους παρουσία και την αρρενωπότητα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2003).

Η ψυχογενής ανορεξία συνήθως πρωτοεμφανίζεται σε κορίτσια τα οποία βρίσκονται στην εφηβεία και σπανιότερα σε γυναίκες μεγαλύτερων ηλικιών. Η εκδήλωση της διαταραχής συνήθως σχετίζεται με κάποιο αγχογόνο γεγονός της ζωής, όπως για παράδειγμα το διαζύγιο των γονέων, κάποια σοβαρή αλλαγή στο σπίτι ή το σχολείο κ.α. Παρόλο που τα συμπτώματα της διαταραχής είναι πολύ σαφή και μπορούν να προσδιοριστούν με ακρίβεια, η εξέλιξή της μπορεί να διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με την περίπτωση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα 31 ερευνητικών εργασιών, διαπιστώθηκε πως το 52% των περιπτώσεων ατόμων με ψυχογενή ανορεξία η εξέλιξη ήταν καλή, στο 29% ήταν μέτρια και στο 19% ήταν κακή (Steinhausen, 1997). Όσο το άτομο χάνει βάρος και υποσιτίζεται επικίνδυνα, απαιτείται η παραπομπή του στο νοσοκομείο. Ως αποτέλεσμα ιατρικών επιπλοκών ή της αυτοκτονίας, το 10% των ατόμων οδηγείται στο θάνατο (APA, 1994 όπως αναφέρεται στους Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2003).

1.1. Τα βασικά χαρακτηριστικά της νευρικής ανορεξίας

Η νευρική ανορεξία ως νόσος χαρακτηρίζεται από κάποια βασικά γνωρίσματα, τα οποία αποτελούν τα διαγνωστικά της κριτήρια. Το πρώτο και κυρίαρχο χαρακτηριστικό είναι ο παθολογικός φόβος του ατόμου μήπως γίνει παχύσαρκο. Είναι υπερβολικά ευαίσθητο όσον αφορά στην αύξηση του βάρους και ανησυχεί μήπως χάσει τον έλεγχο σε σχέση με το φαγητό που καταναλώνει. Αυτός ο φόβος παρακινεί το άτομο να ενστερνιστεί συμπεριφορές που στοχεύουν στη μείωση του βάρους. Τα περισσότερα «θύματα» της νευρικής ανορεξίας μειώνουν δραματικά την ποσότητα του φαγητού που τρώνε και ιδιαίτερα τις τροφές που είναι πλούσιες σε λίπος και υδατάνθρακες. Συχνά οδηγούνται στην χορτοφαγία, αποκλείοντας με αυτόν τον τρόπο το κόκκινο κρέας από το διατροφολόγιό τους. Κάποιοι ανορεκτικοί χρησιμοποιούν και άλλες μεθόδους μείωσης του βάρους όπως την πρόκληση εμετού, την χρήση μεγάλων ποσοτήτων καθαρτικών ή διουρητικών και την ενεργητική άσκηση (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό είναι η μείωση του βάρους. Όταν μία γυναίκα με νευρική ανορεξία επισκέπτεται έναν γιατρό, συνήθως ήδη είναι υπερβολικά αδύνατη και το σωματικό της βάρος είναι κάτω των 45 κιλών. Μία ορατή πηγή διαγνωστικού λάθους υπεισέρχεται σε αυτήν την περίπτωση. Για παράδειγμα, γυναίκες οι οποίες πάσχουν από ψυχωσικά συμπτώματα μπορεί να πιστεύουν πως το φαγητό τους είναι δηλητηριασμένο, με αποτέλεσμα να αρνούνται να φάνε. Επίσης, καταθλιπτικά άτομα είναι δυνατόν να αντιδράσουν με την άρνηση του φαγητού. Τέλος, κάποιες έκδηλες σωματικές ασθένειες, όπως η τελική φάση του καρκίνου και η φυματίωση, μπορεί να σχετίζονται με ακραίο υποσιτισμό. Για αυτούς τους λόγους, πρέπει να εξακριβωθεί αρχικά ότι το άτομο δεν πάσχει από κάποια σωματική ή

ψυχολογική νόσο, η οποία να προκαλεί υπερβολική μείωση του βάρους, ώστε να πραγματοποιηθεί η διάγνωση της νευρικής ανορεξίας. Στην περίπτωση που έχουν αποκλειστεί οι δύο παραπάνω πιθανότητες και το άτομο βρίσκεται κάτω από το 85% του ιδανικού του βάρους, τότε είναι πολύ πιθανό ότι πάσχει από ψυχογενή ανορεξία¹ (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Το τρίτο χαρακτηριστικό που είναι κοινό στις περισσότερες περιγραφές της νευρικής ανορεξίας είναι ότι το κορίτσι που έχει αρχίσει να εμμηνορροεί, αναπτύσσει αμηνόρροια. Η αμηνόρροια μπορεί να εμφανιστεί κατά την αρχική φάση της ασθένειας, πριν ακόμη σημειωθεί υπερβολική μείωση του βάρους και συμβαίνει πάντα στις ανορεκτικές γυναίκες. Η παύση της εμμηνορρυσίας προκαλείται όταν το βάρος κυμαίνεται ανάμεσα στο 17 και το 19, σύμφωνα με το BMI (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Μερικοί ειδικοί υποστηρίζουν πως η διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος² είναι ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ψυχογενούς ανορεξίας. Αυτό είναι ασαφές, καθώς πολλές άλλες γυναίκες, όπως αυτές που εγκυμονούν, στις οποίες έχει αλλάξει πρόσφατα το μέγεθος και το σχήμα του σώματός τους, χαρακτηρίζονται από την ίδια διαστρεβλωμένη εικόνα. Είναι πραγματικότητα πως τα ανορεκτικά άτομα δεν μπορούν να συνειδητοποιήσουν πόσο αδύνατα είναι, δηλαδή έχουν λανθασμένη αντίληψη του μεγέθους του σώματός τους. Όμως, είναι επίσης γνωστό πως πολλές γυναίκες, οι οποίες έχουν φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά, υπερτιμούν το σώμα τους και σε μερικές περιπτώσεις ακόμη περισσότερο από εκείνες που πάσχουν

¹ Υπάρχουν τρεις βασικοί τρόποι μέτρησης του ιδανικού βάρους: α) Η μέτρηση του βάρους σε σχέση με το ύψος, όπως χρησιμοποιήθηκε από τις ασφαλιστικές εταιρείες. Αν η γυναίκα έχει χάσει το λιγότερο το 25% του βάρους της, σύμφωνα με αυτήν την κλίμακα, χαρακτηρίζεται ως ανορεκτική, β) Average Body Weight (ABW): Αυτή η κλίμακα λαμβάνει υπόψη την ηλικία, το ύψος και το βάρος, γ) Body Mass Index (BMI): Η συγκεκριμένη κλίμακα υπολογίζει το βάρος ως εξής: βάρος σε γραμμάρια/ύψος στο τετράγωνο (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

² Η γυναίκα αντιλαμβάνεται ότι το μέγεθος του σώματός της είναι πιο μεγάλο από ό,τι είναι στην πραγματικότητα (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

από ψυχογενή ανορεξία, ειδικά όταν κοιτούν τον εαυτό τους στον καθρέφτη. Οι ανορεκτικές γυναίκες τείνουν να παρατηρούν μέρη του σώματός τους, παρά το σώμα τους ως ένα ενιαίο σύνολο. Πιστεύουν πως η κοιλιά τους είναι διογκωμένη και πως οι μηροί τους είναι άγαρμποι και μεγάλοι. Αν αυτές οι αντιλήψεις αναλυθούν περαιτέρω, διαπιστώνεται πως αυτό που υποστηρίζει μία γυναίκα είναι πως όταν είχε φυσιολογικό βάρος, κάποια μέρη του σώματός της δεν ήταν αδύνατα και παρόλο που έχει φτάσει σε επίπεδο λιμοκτονίας, ακόμη ισχυρίζεται την ίδια άποψη. Με άλλα λόγια, ακόμη κι αν γνωρίζει πως είναι αδύνατη, δεν μπορεί να το συνειδητοποιήσει (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

1.2. Οι τύποι της νευρικής ανορεξίας

Στο DSM-IV γίνεται διάκριση δύο τύπων νευρικής ανορεξίας, ανάλογα με τον τρόπο στον οποίο καταφεύγει το άτομο προκειμένου να περιορίσει τη λήψη θερμίδων. Αυτή η διάκριση γίνεται περισσότερο για τη διαφοροποίηση της πιθανής αιτιολογίας της ανορεξίας και κατ' επέκταση της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Στην περίπτωση του περιοριστικού τύπου το άτομο καταφεύγει σε δίαιτα, νηστεία ή υπερβολική άσκηση. Στην περίπτωση όπου έχουμε υπερφαγία/ καθαρτικό τύπο, κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου νευρικής ανορεξίας, το άτομο έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας ή καταφεύγει σε συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών). Σε αυτές τις περιπτώσεις, το άτομο καταναλώνει συνήθως σχετικά μικρές ποσότητες τροφής αλλά καταφεύγει σταθερά σε συμπεριφορά κάθαρσης. Ο τύπος αυτός παρουσιάζεται περίπου στις μισές περιπτώσεις της ψυχογενούς ανορεξίας (APA, 1994). Τα άτομα τα οποία εμφανίζουν τον δεύτερο τύπο, τείνουν να

έχουν συχνότερα οικογενειακό ιστορικό παχυσαρκίας και συναισθηματικά προβλήματα. Αντίθετα, τα άτομα με περιοριστικού τύπου ανορεξία είναι συνήθως άτομα που χαρακτηρίζονται από εμμονές, ανελαστική συμπεριφορά και υπερβολικό αυτοέλεγχο.

1.3. Τα αίτια της νευρικής ανορεξίας

Σε αντίθεση με την αξιολογή και ευμεγέθη έρευνα κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων δεκαετιών, δεν υπάρχει ομοφωνία για τα αίτια της ανάπτυξης της νευρικής ανορεξίας. Έχουν δημιουργηθεί διάφορες θεωρίες, οι οποίες όμως δεν αποκλείουν η μία την άλλη. Αντίθετα, είναι αλληλοσυμπληρούμενες. Κάποιοι υποστηρίζουν πως μία αιτία είναι ένα ελαττωματικό γονίδιο. Οι πληροφορίες που έχουν συγκεντρωθεί προτείνουν πως σε μερικούς ανορεκτικούς υπάρχει μία γενετική ανωμαλία αλλά κάτι τέτοιο δεν έχει επιβεβαιωθεί μέχρι στιγμής για το σύνολο των ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Αυτά τα άτομα αρχικά αρνούνται να καταναλώσουν μία ικανοποιητική ποσότητα φαγητού και ανταποκριθούν στα «μηνύματα» να φάνε περισσότερο και άρα να νιώθουν καλύτερα.³ Σε περίπτωση που αυτή η συμπεριφορά συνεχιστεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, υπάρχει αύξηση της δραστηριότητας των οπιοειδών στον εγκέφαλο. Αυτό οδηγεί στην προαγωγή της διάθεσης και υποκινεί το άτομο να εξακολουθήσει να περιορίζει το φαγητό γιατί αυτό το βοηθά να αισθάνεται καλύτερα. Με το πέρασμα του χρόνου, η βελτίωση της διάθεσης μπορεί να παραμείνει μόνο με τον συνεχώς μεγαλύτερο περιορισμό του φαγητού και ο «εθισμός» στην αύξηση των οπιοειδών του εγκεφάλου μπορεί να είναι αναπόφευκτος αν η υποχώρηση των συμπτωμάτων δεν πραγματοποιείται. Όσον αφορά στους ασθενείς που έχουν

³ Έχει αποδειχτεί πως η σεροτονίνη είναι υπεύθυνη για τη διάθεση. Όταν το άτομο καταναλώνει τροφές που είναι πλούσιες σε υδατάνθρακες, αυξάνονται τα επίπεδα της σεροτονίνης, με αποτέλεσμα να αισθάνεται πιο ευχάριστα (Kalat, 2001).

επεισόδια υπερφαγίας έχει προταθεί ότι δεν «εθίζονται» τόσο εύκολα στα υψηλά επίπεδα των οπιοειδών στον εγκέφαλο και μπορούν να ανταποκριθούν, έστω και περιοδικά, στην ανάγκη για φαγητό. Επίσης, θεωρείται πως και η υπερβολική άσκηση δύναται να προκαλέσει απελευθέρωση οπιοειδών, με αποτέλεσμα τη συνέχιση αυτής της συμπεριφοράς. Ωστόσο, αυτή η θεωρία χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό της κατανόησης της νευρικής ανορεξίας προέρχεται από τη μελέτη της ψυχοσύνθεσης του ατόμου, των χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς του και του τρόπου με τον οποίο αυτά καθιστούν ένα νέο άτομο ευπρόσβλητο στις αναπτυξιακές πιέσεις. Η βιβλιογραφία είναι γεμάτη από αναφορές του γεγονότος πως η νευρική ανορεξία ενισχύεται από ασυνήθιστες ευαισθησίες και ακρότητες της προσωπικότητας. Οι γονείς των ανορεκτικών ασθενών τείνουν να τους περιγράφουν σαν τα τέλεια παιδιά. Πάντοτε συμπεριφερόντουσαν ευπρεπώς, ήταν ευσυνείδητα, δημοφιλή και επιτυχημένα. Η ανάσχεση των αρνητικών, αλλά όχι των θετικών, συναισθημάτων αναφέρεται πολύ συχνά. Η τελειοθηρική προσωπικότητα αυτών των ατόμων θα μπορούσε να είναι ένας σημαντικός βοηθητικός παράγοντας στην επίμονη ανάσχεση, η οποία απαιτείται για τη διατήρηση του χαμηλού βάρους. Επίσης, ένα κοινό χαρακτηριστικό όλων των ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Κανείς τους δεν διακατέχεται από αυτοπεποίθηση, βλέπουν τους εαυτούς τους ως αποτυχημένους, κακούς και ανάξιους. Μία τέτοιου είδους αντίληψη μπορεί εν μέρει να ενδυναμώνεται από τα τελειοθηρικά χαρακτηριστικά, τα οποία επιβάλλουν πολύ υψηλά κριτήρια, με αποτέλεσμα η αποτυχία να είναι αναπόφευκτη. Κάποιοι αμφισβητούν πως αυτοί οι παράγοντες είναι κληρονομούμενα χαρακτηριστικά αλλά συμφωνούν πως είναι αντιδράσεις σε περιβαλλοντικές καταστάσεις, όπως η άσκηση του γονεϊκού ρόλου. Ωστόσο, είναι

περισσότερο πιθανό ότι και τα κληρονομούμενα χαρακτηριστικά και οι ιδιαίτερες εμπειρίες συνδυάζονται με άλλους παράγοντες για να αναπτυχθεί η νευρική ανορεξία (Lask, 2000).

Αξίζει να σημειωθεί, επίσης, ότι έχουν υπάρξει πολλές ψυχολογικές ερμηνείες για την παθογένεση της ψυχογενούς ανορεξίας. Καμία από αυτές δεν έχει εμπειρική υποστήριξη και μάλιστα μερικές είναι ιδιαίτερα παράδοξες, όπως για παράδειγμα ο φόβος της στοματικής γονιμοποίησης (Waller, Kaufman, & Deutsch, 1940). Περισσότερο πιστευτή έχει εξελιχθεί η έρευνα της Bruch (1973). Έχει προτείνει πως η άρνηση του φαγητού και ο φόβος της παχυσαρκίας έχουν τη ρίζα τους στις σχέσεις της μητέρας με την κόρη. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική άποψη, η διαταραγμένη συμπεριφορά πρόσληψης τροφής μπορεί να έχει κατά ένα μεγάλο ποσοστό κάποιες συμβολικές ερμηνείες.⁴Επίσης, η Bruch υποστηρίζει πως έχει γίνει κάποιο λάθος κατά τις πρώιμες εμπειρίες του ατόμου που αφορούν στην ικανοποίηση από την τροφή και τις υπόλοιπες σωματικές ανάγκες. Έχει περιγράψει τον τρόπο με τον οποίο οι πρώιμες εμπειρίες με την τροφή δημιουργούν στο άτομο εμπιστοσύνη τόσο στην μητέρα όσο και στη δική του εσωτερική αίσθηση της πείνας. Όταν οι κατάλληλες εδραιωμένες αντιδράσεις της μητέρας απουσιάζουν επίμονα (όπως όταν η μητέρα ταΐζει το παιδί για να ικανοποιήσει τις δικές της ανάγκες), το παιδί είναι αβέβαιο για την ικανότητά της να διακρίνει τις δικές της εσωτερικές αντιδράσεις και την ικανότητά της να φροντίσει κάποιον. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το παιδί ούτε να αναγνωρίζει την πείνα σωστά ούτε να την ξεχωρίσει από άλλες σωματικές ή συναισθηματικές ανάγκες. Έτσι, δεν έχει εμπιστοσύνη ούτε στον κόσμο ούτε στον εαυτό του. Ο θυμός, η απογοήτευση και η ματαιώση οδηγούν στην αμφισβήτηση. Το

⁴ Για παράδειγμα, η νευρική ανορεξία μπορεί να είναι έκφραση της μανίας ή του μίσους, να συμβολίζει μία ανώτερη αίσθηση δύναμης ή την απόρριψη των γονιών κτλ (Bruch, 1973).

παιδί μαθαίνει να παρουσιάζει στους άλλους ένα πρόθυμο και υπάκουο εαυτό, ενώ ο πραγματικός του εαυτός είναι διχασμένος και συνθλιμμένος (Bruch, 1973).

Μία άλλη ερμηνεία είναι αυτή του Crisp (1980), ο οποίος υποστηρίζει πως η νευρική ανορεξία αντανακλά τον φόβο και την άρνηση του ατόμου για την ανάπτυξη, την σεξουαλικότητα και την ανεξαρτησία-μια φοβική άρνηση της παιδικής ηλικίας και της ωρίμανσης.

Επίσης, έχει διαπιστωθεί πως το σεξουαλικό τραύμα μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας. Το πρώτο δεν έχει πάντοτε ως αποτέλεσμα αυτήν την εξέλιξη. Μπορεί να προκαλέσει και άλλου είδους διαταραχές ή και ακόμη να μην έχει καμία συνέπεια. Ο μηχανισμός, με τον οποίο το σεξουαλικό τραύμα οδηγεί στη νευρική ανορεξία, είναι πιθανό να περιλαμβάνει έντονη απέχθεια για τη θηλυκότητα και τη σεξουαλικότητα κάποιου, ενοχή και ντροπή. Έχει σημειωθεί ότι πολλοί άνθρωποι με ψυχογενή ανορεξία επιθυμούν να είναι υπερβολικά αδύνατοι διότι πιστεύουν πως η εμφάνιση τους προστατεύει από περαιτέρω σεξουαλικές επιθέσεις. Ωστόσο, αυτός ο μηχανισμός είναι πιο σύνθετος. Οι ασθενείς μοιάζουν να θέλουν να απεχθάνονται το άτομο που διέπραξε το βιασμό, σαν έναν τρόπο να σπάσουν τον συναισθηματικό δεσμό ανάμεσα σε αυτούς και τον θύτη (Lask, 2000).

Παρόλο που δεν υπάρχει καμία συστηματική έρευνα ότι η σειρά της γέννησης, το μέγεθος ή η δομή της οικογένειας επηρεάζουν την ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας, η οικογενειακή δυσλειτουργία είναι μία περιοχή που έχει ενοχοποιηθεί. Η Palazzoli (1985) έχει περιγράψει οικογένειες, οι οποίες έχουν ένα ανορεκτικό παιδί, ως άκαμπτα ομοιοστατικά συστήματα, τα οποία κυριαρχούνται από κρυφούς ρόλους και περιορισμένα μέλη. Η σύγχυση, η ακαμψία και η άρνηση των διαμαχών είναι τα βασικά χαρακτηριστικά αυτών των οικογενειών. Αυτή η θεωρία δεν έχει δείξει ποτέ εμπειρικά πως έχει εγκυρότητα και πως εξηγεί με ακρίβεια την

εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας. Αντίθετα, υπάρχουν πολλές οικογένειες, που έχουν παιδιά με παρόμοια χαρακτηριστικά, τα οποία αναπτύσσουν άλλες διαταραχές και άλλες οικογένειες που έχουν παιδιά με ψυχογενή ανορεξία και εμφανίζουν διαφορετικά χαρακτηριστικά. Δεν υπάρχουν, επίσης, εμπειρικές έρευνες οι οποίες να υποστηρίζουν πως οι οικογένειες των ασθενών με νευρική ανορεξία εμφανίζουν δυσλειτουργική αλληλεπίδραση και επικοινωνία. Ωστόσο, είναι αρκετά πιθανό να παρατηρηθεί φτωχή επικοινωνία, διαμάχες και αντιφάσεις ανάμεσα στους γονείς όσον αφορά στη διαχείριση. Παρόλα αυτά, δεν έχει παρατηρηθεί αν τέτοιου είδους δυσλειτουργία προηγείται χρονικά της διαταραχής ή αποτελεί μία αντίδραση σε αυτή. Είναι πιθανό ένα εύτρωτο άτομο να αναπτύξει νευρική ανορεξία από μία πληθώρα άλλων λόγων που δεν έχουν σχέση με την οργάνωση της οικογένειας, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθούν τα συμπτώματα από τα μέλη της για τους δικούς τους λόγους. Μέχρι στιγμής μπορούμε να είμαστε βέβαιοι πως η δυσλειτουργία της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένης και της διαταραγμένης συμπεριφοράς πρόσληψης τροφής, μπορεί να διαιωνίσει τη διαταραχή, χωρίς να είμαστε σίγουροι ότι μπορεί να τους επηρεάσει ευνοϊκά ή όχι (Lask, 2000).

Στους δυτικούς πολιτισμούς, υπάρχουν δύο αντιφατικά μηνύματα σε σχέση με το φαγητό, που προωθούνται από τις κοινωνίες και ιδιαίτερα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Το πρώτο μήνυμα παρουσιάζει την αδύνατη γυναίκα ως επιτυχημένη, ελκυστική, υγιή, ευτυχισμένη και δημοφιλή. Πολλοί Καναδέζοι έφηβοι, για παράδειγμα, πιστεύουν πως με το να είναι αδύνατοι θα βρουν ευκολότερα μία καλή δουλειά, έναν σύντροφο, θα είναι αποδεκτοί από τους συνομήλικούς τους, θα είναι και θα μοιάζουν υγιείς και θα έχουν καλές σχέσεις με την οικογένειά τους. Το δεύτερο μήνυμα προωθεί το φαγητό ως μία ιδιαίτερα ευχάριστη δραστηριότητα, η οποία ταυτόχρονα ανακουφίζει από την πείνα. Σε όλα σχεδόν τα γυναικεία περιοδικά

δημοσιεύονται «καταπληκτικές» δίαιτες, με τη βοήθεια των οποίων μπορεί να φτάσει κάποιος στο επιθυμητό βάρος σε μικρό χρονικό διάστημα και με όσο το δυνατό λιγότερο κόπο και παράλληλα ακολουθούν φωτογραφίες με εύγευστα γλυκά και φαγητά. Το ίδιο συμβαίνει και με τις διαφημίσεις της τηλεόρασης, Ακόμη και οι κοινωνικές (και συνήθως οικογενειακές) πιέσεις είναι αντιφατικές: «Πρέπει να φας ό,τι σου δίνουν οι άλλοι, αλλά δεν πρέπει να παχύνεις». Στις δυτικές κοινωνίες, η παροχή φαγητού είναι ένα σημάδι φροντίδας και το μοίρασμα του φαγητού στο γεύμα αποτελεί μία από τις σημαντικότερες κοινωνικές επαφές. Αυτές οι κοινωνικές επιβολές και οι ψυχολογικοί βομβαρδισμοί των δύο αντιφατικών μηνυμάτων, διχάζουν και συγχύζουν τις γυναίκες, με αποτέλεσμα να έχουν λανθασμένη αντίληψη για το σώμα τους και να υιοθετούν διαταραγμένες συμπεριφορές πρόσληψης τροφής (Abraham & Llewellyn, 1997).

Από τις πρώτες κιόλας μέρες της ζωής ενός μωρού, η ποιότητα της φροντίδας που του δίνει η μητέρα και η αγάπη που του παρέχει αφειδώς, είναι άμεσα συσχετισμένα με το σωματικό του βάρος. Ένα στρουμπουλό μωρό θεωρείται ότι είναι ιδιαίτερα φροντισμένο και επαρκώς θρεμμένο. Στις κοινωνίες, όπου το φαγητό είναι άφθονο, τα παιδιά μαθαίνουν να αυξάνουν προοδευτικά το φαγητό που καταναλώνουν, με αποτέλεσμα να προσλαμβάνουν περισσότερη από την απαραίτητη για την ανάπτυξή τους ενέργεια. Όταν η νεαρή γυναίκα αποκτά γνώση και συνείδηση του σωματικού της βάρους, μαθαίνει να το ελέγχει είτε κάνοντας δίαιτα είτε άσκηση. Μερικές έφηβες, οι οποίες ελέγχουν με επιτυχία το βάρος τους, μπορεί να γίνουν ανήσυχες με το φαγητό με αποτέλεσμα η διατροφική τους συμπεριφορά να ξεφεύγει από τα φυσιολογικά πλαίσια και να επιδιώκουν με επιμονή την όλο και μεγαλύτερη απώλεια βάρους. Έτσι, γίνονται θύματα της νευρικής ανορεξίας. Οι ανορεκτικές γυναίκες συνήθως έχουν μητέρες που είναι αρκετά επικριτικές για την εμφάνιση και

το βάρος της κόρης τους και είναι πιθανό και οι ίδιες να είχαν τέτοιου είδους προβλήματα στο παρελθόν (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί, πως κανένας από τους παραπάνω παράγοντες μπορεί να αποτελέσει από μόνος του την αιτία για την ανάπτυξη της νευρικής ανορεξίας. Γίνεται κατανοητό πως ο συνδυασμός και η αλληλεπίδραση όλων ή μερικών από αυτούς μπορεί να συντελέσει στη δημιουργία της συγκεκριμένης διαταραχής.

1.4. Οι συνέπειες της νευρικής ανορεξίας

Οι συμπεριφορές, οι οποίες στοχεύουν στη μείωση του βάρους, όπως η λιμοκτονία, ο αυτοπροκαλούμενος εμετός, η κατάχρηση καθαρτικών και κλυσμάτων, τα διουρητικά και η υπερβολική σωματική άσκηση μπορούν να προκαλέσουν βιοχημικές, ψυχολογικές και φυσικές διαταραχές (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Οι περισσότερες από τις ψυχολογικές και φυσικές αλλαγές εξαρτώνται από τις βιοχημικές, οι οποίες ακολουθούν τη λιμοκτονία, την αυστηρή διαίτα και τις επικίνδυνες μεθόδους ελέγχου του βάρους. Οι βασικές βιοχημικές διαταραχές είναι η αφυδάτωση και η μεταβολή των επιπέδων των ηλεκτρολυτών στο αίμα. Οι πιο σοβαρές φυσικές διαταραχές είναι η ανεπάρκεια της καρδιάς ή του νεφρού, με αποτέλεσμα τον θάνατο. Στις περισσότερες περιπτώσεις, όμως, αυτές είναι λιγότερο απειλητικές για τη ζωή.

Ο αυτοπροκαλούμενος εμετός και η αφυδάτωση μπορούν να προκαλέσουν μεταβολική αλκάλωση.⁵ Αυτή εξασθενίζει τη νευρομυϊκή λειτουργία του ατόμου, με αποτέλεσμα να κουράζεται εύκολα, να έχει μυϊκή αδυναμία και τρόμο των άκρων. Σε περισσότερο σοβαρές περιπτώσεις, οι μεταβολικές αλλαγές μπορούν να οδηγήσουν σε αρρυθμίες και περιστασιακά σε καρδιακή ανεπάρκεια.⁶ Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι παρόλη την αυστηρή δίαιτα και τη χρησιμοποίηση επικίνδυνων μεθόδων απώλειας βάρους, μόνο σε λίγες περιπτώσεις δημιουργείται έλλειμμα καλίου. Εν μέρει, αυτό είναι πιθανό να οφείλεται στο γεγονός ότι το σώμα αναπτύσσει φυσιολογικούς αντισταθμιστικούς μηχανισμούς. Επιπλέον, πολλές ανορεκτικές γυναίκες γνωρίζουν πως μπορεί να προκληθεί μείωση καλίου και γι' αυτό επιλέγουν τροφές που είναι χαμηλές σε θερμίδες αλλά πλούσιες σε κάλιο (όπως χυμός πορτοκαλιού, ντομάτες και πιπεριές) (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Παρόλο που η μειωμένη έκκριση των ορμονών, οι οποίες συμπεριλαμβάνονται στην εμμηνόρροια, είναι η πιο οφθαλμοφανής ορμονική αλλαγή που συσχετίζεται με τη νευρική ανορεξία, υπάρχουν και άλλες. Εργαστηριακές μελέτες δείχνουν πως τα επίπεδα των περισσότερων ορμονών στο αίμα μειώνονται, με εξαίρεση την κορτιζόνη, η οποία αυξάνεται. Μία σημαντική αλλαγή είναι ότι η λειτουργία του θυρεοειδούς αδένος μειώνεται (υποθυρεοειδισμός). Αυτό οδηγεί σε χαμηλούς καρδιακούς παλμούς και στην πρόκληση ξηρού δέρματος. Όταν το βάρος της γυναίκας επανέρχεται και παραμένει σε φυσιολογικά επίπεδα, τότε και τα επίπεδα των ορμονών επιστρέφουν στο φυσιολογικό. Με άλλα λόγια, εξαρτώνται από το σωματικό βάρος και δεν προκαλούν τη νευρική ανορεξία. Είναι ένας τρόπος

⁵ Κατά τη μεταβολική αλκάλωση, το αίμα του ατόμου γίνεται αλκαλικό εξαιτίας της απώλειας του διττανθρακικού άλατος και της μείωσης του καλίου και του χλωριδίου (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

⁶ Μερικές γυναίκες, οι οποίες κάνουν κατάχρηση καθαρτικών, αναπτύσσουν μεταβολική οξέωση λόγω της απώλειας του υγρού που είναι πλούσιο σε διττανθρακικό άλας μέσω των εντερικών κενώσεων. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε υπεραερισμό και σε υψηλά επίπεδα χλωρίου στο αίμα, που πολύ σπάνια προκαλούν καρδιακή ανεπάρκεια (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

εξοικονόμησης ενέργειας για την επιβίωση του οργανισμού (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Κατά τη διάρκεια της οδοντικής σιτοδείας, καθώς οι άνθρωποι λιμοκτονούν και οι βιοχημικές αλλαγές είναι υπαρκτές, είναι πολύ συνηθισμένο να διαπιστωθεί πως υπάρχουν αλλαγές και στην προσωπικότητα. Οι ασθενείς τείνουν να γίνονται απαθείς, θλιμμένοι, οξύθυμοι, παράλογοι, συναισθηματικά ασταθείς με έντονες μεταπτώσεις της διάθεσης. Αυτά τα συμπτώματα ποικίλλουν από ημέρα σε ημέρα και από εβδομάδα σε εβδομάδα. Πολλοί είναι πιθανό να γίνουν καταναγκαστικοί, αναπτύσσοντας αποκλειστική ενασχόληση με το φαγητό ή μη φυσιολογικές γευστικές προτιμήσεις. Αυτές οι ψυχολογικές αλλαγές οφείλονται εν μέρει στην αφυδάτωση του εγκεφάλου, καθώς αυτός μικραίνει. Επίσης, οι ανορεκτικοί χαρακτηρίζονται από υπερδραστηριότητα, η οποία μπορεί να προκαλέσει αϋπνία, ιδιαίτερα νωρίς το πρωί. Μία πιο ασυνήθιστη ψυχολογική διαταραχή, της οποίας η αιτία παραμένει ασαφής, είναι ότι έχουν τάση προς κλεπτομανία, πολύ περισσότερο από αυτές που τρέφονται φυσιολογικά (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Οι φυσικές διαταραχές, που προσβάλλουν τους ανορεκτικούς, είναι συνέπεια των βιοχημικών και ορμονικών αλλαγών, καθώς και της μείωσης του σωματικού βάρους. Για την εξοικονόμηση ενέργειας οι καρδιακοί παλμοί μειώνονται μόλις στις 40 σφίξεις ανά λεπτό και η πίεση εξασθενεί. Αντιθέτως, όταν γυμνάζονται, ο καρδιακός ρυθμός αυξάνεται κατά παρόμοιο τρόπο με αυτόν των φυσιολογικών γυναικών. Αυτές οι δύο αλλαγές είναι πιθανό να οδηγήσουν σε ιλίγγους και περιστασιακά σε λιποθυμίες. Το δέρμα της γυναίκας γίνεται ξηρό και μπορεί να εμφανιστεί χνούδι στο πρόσωπο και το σώμα. Επειδή υπάρχει πολύ λίγο λίπος κάτω από το δέρμα, χάνεται η μόνωση, με αποτέλεσμα τα χέρια και τα πόδια να είναι κρύα και συχνά μελανιασμένα.. Πολλοί ασθενείς αναπτύσσουν οδοντικά προβλήματα και

ιδιαίτερα αυτοί που προκαλούν εμετό. Το κυριότερο πρόβλημα είναι η απώλεια του οδοντικού σμάλτου, επειδή το οξύ του εμετού επιδρά στα δόντια. Επίσης, μεταβάλλοντας την ποιότητα και τη σύνθεση του σάλιου, αυξάνεται η πιθανότητα καταστροφής των δοντιών. Αξίζει να σημειωθεί πως η έλλειψη φαγητού και οι βιοχημικές αλλαγές προκαλούν τη διαστολή του εντέρου, η οποία δίνει στη γυναίκα την αίσθηση ότι είναι πρησμένη και μπορεί να επιδεινώσει τη δυσκοιλιότητα. Το οίδημα των ποδιών είναι κοινότυπο, ιδιαίτερα όταν ακολουθείται από προσπάθειες αύξησης του βάρους. Αν οι γαστρικές ενοχλήσεις ή το οίδημα είναι έντονα, η γυναίκα οφείλει να αποφύγει να καταναλώσει περισσότερο φαγητό ή να προσφύγει στα διουρητικά. Το οίδημα, επίσης, παρουσιάζεται όταν το άτομο διακόπτει τα διουρητικά ή τα καθαρτικά λόγω του γεγονότος ότι τα υγρά συγκρατούνται στο σώμα (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που προκαλούνται από την ψυχογενή ανορεξία είναι η αμηνόρροια, η οποία αποτελεί βασικό διαγνωστικό κριτήριο. Η εξήγηση των εμμηνορροϊκών διαταραχών είναι ιδιαίτερος σύνθετη, διότι συμπεριλαμβάνει την αλληλεπίδραση πολλών ορμονών. Ο έλεγχος αυτών των ορμονικών σχέσεων εδραιώνεται σε μία περιοχή του εγκεφάλου που ονομάζεται υποθάλαμος. Εάν το σωματικό βάρος μειωθεί αρκετά, η υπόφυση αποτυγχάνει να απελευθερώσει επαρκώς την ωοθυλακιοτρόπο ορμόνη (FSH),⁷ με αποτέλεσμα η έμμηνος ρήση να διακόπτεται. Όταν, όμως, το σωματικό βάρος επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα, η εμμηνορροια επανεμφανίζεται, συνήθως μετά από καθυστέρηση (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Εάν η περίοδος της αμηνόρροιας διαρκέσει πάνω από έξι μήνες, η γυναίκα συμβουλεύεται να πάρει αντισυλληπτικά χάπια ή αν προτιμά, ορμονικά θεραπευτική

⁷ Η ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη (FSH) είναι η ορμόνη, η οποία επάγει την ανάπτυξη ενός ωοθυλακίου στην ωοθήκη (Kalat, 2001).

αγωγή. Ο λόγος είναι ότι η απώλεια των οιστρογόνων⁸ για πολλούς μήνες οδηγεί στη μείωση της πυκνότητας των οστών. Αυτό μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες μακροπρόθεσμα, καθώς η γυναίκα είναι πολύ πιθανό να αναπτύξει οστεοπόρωση. Όταν το άτομο φτάσει στην ηλικία των 50-60 χρόνων, συμβαίνουν πιο συχνά θραύσεις των οστών που απαρτίζουν τη σπονδυλική στήλη. Σε πολλές περιπτώσεις, μπορούν να προκαλέσουν πόνους στην πλάτη και το άτομο να γίνει πιο κοντό και γυρτό. Μετά την ηλικία των 70, υπάρχει η πιθανότητα της θραύσης του γοφού. Για να αποφευχθούν αυτές οι δυσάρεστες συνέπειες, θα πρέπει να αυξηθούν τα οιστρογόνα και να γίνεται πρόσληψη τουλάχιστον ενός γραμμαρίου ασβεστίου ημερησίως. Ωστόσο μετά τα 45, που συνήθως επέρχεται η φυσιολογική παύση της έμμηνου ρήσης, επανεμφανίζεται ο κίνδυνος. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι το 10-20% των ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία, εμφανίζουν αμηνόρροια πριν ακόμη υπάρξει καμία απώλεια κιλών. Η εμμηνόρροια επανέρχεται όταν το σωματικό βάρος ξεπεράσει το 19 σύμφωνα με το BMI, αλλά σε μερικές περιπτώσεις αυτό μπορεί να συμβεί ακόμη κι όταν το βάρος βρίσκεται σε χαμηλότερα επίπεδα (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

1.5. Η νευρική ανορεξία στους άντρες

Η νευρική ανορεξία στους άντρες απαιτεί ξεχωριστό ενδιαφέρον. Είναι εξαιρετικά σπάνια σε σχέση με την εμφάνισή της στις γυναίκες (15 φορές λιγότερο) και γι' αυτό το λόγο η βιβλιογραφία είναι ασαφής και συχνά αντιφατική, εφόσον πολύ λίγοι ειδικοί έχουν αντιμετωπίσει περισσότερες από μία τέτοιου είδους περιπτώσεις. Οι γνώμες διστανται ανάλογα με τα περιστατικά που έχει αντιμετωπίσει ο καθένας.

⁸ Τα οιστρογόνα είναι ορμόνες, που βρίσκονται στις ωοθήκες και επάγουν την εμφάνιση γυναικείων σεξουαλικών χαρακτηριστικών (Kalat, 2001).

Κάποιοι υποστηρίζουν πως η τυπική νευρική ανορεξία δεν συμβαίνει στους άντρες και κάποιοι άλλοι ότι δεν είναι διαφοροποιημένη από αυτή των γυναικών. Ορισμένοι έχουν αμφισβητήσει αν είναι δικαιολογημένο να γίνεται η διάγνωση στους άντρες. Αν η αμηνόρροια θεωρείται ένα θεμελιώδες σύμπτωμα τότε, εκ των πραγμάτων, το αντρικό φύλο εξαιρείται από αυτή τη νόσο. Ωστόσο, είναι πλέον κοινό πως οι ανορεκτικοί άντρες έχουν τα ίδια ψυχολογικά χαρακτηριστικά με αυτά των γυναικών και πως δεν παρουσιάζεται ομοιομορφία, αφού η κάθε περίπτωση είναι τελείως διαφορετική. Ο άντρας ασθενής ασχολείται υπερβολικά με το μέγεθος του σώματός του, με μία ανηλεή επιδίωξη να είναι αρρενωπός. Αυτή η παράδοξη κατάχρηση του φαγητού απεικονίζει μία τρομερή προσπάθεια να εδραιώσει την αίσθηση του ελέγχου και της ταυτότητας (Bruch, 1973).

Ωστόσο, οι άντρες με νευρική ανορεξία δεν επιδιώκουν τόσο πολύ όσο οι γυναίκες να είναι αδύνατοι αλλά πολύ περισσότερο να έχουν ένα καλογυμνασμένο σώμα. Για αυτόν τον λόγο σπαταλούν υπερβολικά πολλές ώρες ώστε να γυμναστούν. Βασανίζονται από τη σκέψη του φαγητού, όπως ακριβώς και το αντίθετο φύλο, αλλά δεν δίνουν τόσο μεγάλη έμφαση στο μαγείρεμα. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως οι άντρες δεν κάνουν επικίνδυνες δίαιτες, αλλά χρησιμοποιούν μεθόδους απώλειας βάρους (καθαρτικά, διουρητικά κτλ.), εφόσον οι περισσότεροι εμφανίζουν τον καθαρτικό τύπο (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

1.6. Η νευρική ανορεξία στα παιδιά

Η νευρική ανορεξία, σε αρκετές περιπτώσεις, παρουσιάζεται και στα παιδιά με τα ίδια ακριβώς συμπτώματα (άρνηση φαγητού, αυτοπροκαλούμενος εμετός κτλ.). Επειδή τα παιδιά πρέπει να αναπτυχθούν, η αποτυχία στην πρόσληψη βάρους

θεωρείται ισοδύναμη με την απώλειά του στους ενήλικους. Η απώλεια βάρους είναι ένα θέμα έντονου ενδιαφέροντος στην παιδικά ηλικία και είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό σε αυτά που βρίσκονται στην προεφηβική περίοδο και έχουν συγκριτικά χαμηλά επίπεδα λίπους. Τα παιδιά δεν διακατέχονται από γνώση σχετικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος, νομίζοντας ότι είναι παχύσαρκα όταν είναι πολύ αδύνατα ή εκδηλώνοντας έναν έντονο φόβο μήπως γίνουν υπέρβαρα. Έχουν τρομερή αίσθηση ανικανοποίησης από τη σωματική τους εμφάνιση. Τα παιδιά με νευρική ανορεξία υποφέρουν από την αποκλειστική ενασχόλησή τους με το βάρος, το σχήμα και το φαγητό σε τέτοιο βαθμό που η προσοχή τους μπορεί να εξασθενήσει σημαντικά. Έχουν τη δυνατότητα να υπολογίζουν πάρα πολύ καλά τις θερμίδες από κάθε ποσότητα φαγητού που καταναλώνουν. (Bryant-Waugh, 2000).

Τα παιδιά με ψυχογενή ανορεξία χρησιμοποιούν μια τεράστια ποικιλία λόγων ώστε να αρνηθούν το φαγητό. Το πιο κοινό είναι ότι λένε στους γονείς τους πως δεν θέλουν να παχύνουν, ωστόσο πολλές φορές μπορεί να προβάλλουν συναισθήματα πληρότητας, ναυτίας, κοιλιακού πόνου, έλλειψης όρεξης και δυσκολίας στην κατάποση ως αιτίες (Fosson, 1987). Συνήθως, όταν δεν δύνανται να αποφύγουν το φαγητό, χρησιμοποιούν την υπερβολική γυμναστική ή τον αυτοπροκαλούμενο εμετό, ώστε να μειωθεί το βάρος τους. Ωστόσο, η κατάχρηση καθαρτικών είναι λιγότερο κοινή επειδή έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε αυτά (Bryant-Waugh, 2000).

Τα παιδιά μπορούν να αναπτύξουν νευρική ανορεξία από την ηλικία των οκτώ ετών. Η κλινική παρουσίαση της νόσου είναι παρόμοια με αυτή των ενηλίκων. Ακόμη και τα αγόρια με νευρική ανορεξία εμφανίζουν τα ίδια συμπτώματα με αυτά των αντρών, δηλαδή δεν ασχολούνται τόσο με την απώλεια βάρους, όσο με το καλογυμνασμένο σώμα και την υγεία. Αυτό που θέλουν να αποφύγουν είναι η

ανάπτυξη ενός πλαδαρού σώματος. Το τελικό αποτέλεσμα, ωστόσο, αυτής της διαδικασίας είναι η απώλεια βάρους (Bryant-Waugh, 2000).

Το θέμα είναι ποια από τα κλινικά χαρακτηριστικά της νευρικής ανορεξίας θα συμπεριληφθούν στα διαγνωστικά κριτήρια. Οι φυσικές, συμπεριφοριστικές, γνωστικές και συναισθηματικές όψεις της διαταραχής είναι πιθανό να διαφέρουν από άτομο σε άτομο, υποδεικνύοντας ότι το κάθε παιδί απαιτεί διαφορετικές προτεραιότητες στην θεραπεία. Επιπροσθέτως, η νευρική ανορεξία μπορεί να συσχετιστεί με την κατάθλιψη σε έναν σημαντικό αριθμό παιδιών ή με την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή. Έχει αποδειχτεί ότι συγκεκριμένα στα αγόρια παρουσιάζονται σε αρκετά υψηλά ποσοστά ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά χαρακτηριστικά (Shafran, Bryant-Waugh, Lask & Arsiccott, 1995).

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για να μελετηθεί η νευρική ανορεξία και η αντιμετώπισή της, έγινε έλεγχος στις ανασκοπήσεις που έχουν δημοσιευτεί σε επιστημονικά περιοδικά κατά το διάστημα 1999-2005. Ο εντοπισμός έγινε μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων SYNERGY και SCIENCE DIRECT, καθώς και του εκδοτικού οίκου WILEY. Στην αναζήτηση έγινε χρήση της φράσης-κλειδί “treatment of anorexia nervosa” και αποκάλυψε πως κατά τη διάρκεια της προαναφερθείσας περιόδου δημοσιεύτηκαν 972 άρθρα. Κάποια από αυτά προβαίνουν σε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και κάποια άλλα σε περαιτέρω έρευνα του συγκεκριμένου θέματος. Επίσης ερευνήθηκαν τα περιοδικά “British Journal of Clinical Psychology” και “Clinical Child Psychology and Psychiatry” και βρέθηκαν 35 άρθρα εκ των οποίων τα 20 αφορούσαν στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας.

Τέλος, χρησιμοποιήθηκε το σύστημα «Πτολεμαίος» της βιβλιοθήκης του Πανεπιστημίου Κρήτης για την εύρεση βιβλίων. Έγινε χρήση της φράσης-κλειδί “anorexia nervosa” ως τίτλος (ΤΙ), θέμα (ΘΕ) και λέξη-κλειδί (ΛΚ). Βρέθηκαν 15 βιβλία , που όλα περιελάμβαναν τις περισσότερες διαταραχές πρόσληψης τροφής. Κάποια τις προσέγγιζαν από ψυχαναλυτική άποψη, κάποια από γνωστικοσυμπεριφοριστική και κάποια από νευροβιολογική.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

3. ΠΟΙΟΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΣΕΙ ΜΙΑ ΝΕΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ

ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ;

Η απόφαση σχετικά με το ποιος θα μπορούσε να θεραπεύσει μία γυναίκα, η οποία πάσχει από ψυχογενή ανορεξία, εξαρτάται από τη σοβαρότητα της διαταραχής, την ευκολία προσέγγισης από έναν έμπειρο οικογενειακό γιατρό, έναν διαιτολόγο ή μία μονάδα που ασχολείται με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής και από τις επιθυμίες της ασθενούς και της οικογένειάς της. Πολλοί νέοι με νευρική ανορεξία, που έχουν πρόσφατα χάσει βάρος ή έχουν υποτροπιάσει κατά τη διάρκεια θεραπείας στο νοσοκομείο, μπορούν να θεραπευτούν από έναν ψυχολόγο, τον οικογενειακό γιατρό και έναν διαιτολόγο, δεδομένου ότι έχουν εμπειρία με αυτή τη διαταραχή. Αυτός ο συνδυασμός επαγγελματιών της υγείας μπορεί να βοηθήσει την πλειονότητα των γυναικών, που αντιμετωπίζουν προβλήματα σε σχέση με αυστηρή δίαιτα και λογικά ακόλουθη απώλεια βάρους. Εάν, ωστόσο, η γυναίκα δεν αλλάξει τη διατροφική της συμπεριφορά και το βάρος της συνεχώς μειώνεται, μπορεί να δεχτεί

φροντίδα από μία ειδική μονάδα είτε σαν εξωτερικός είτε σαν εσωτερικός είτε σαν ασθενής ημέρας, καθώς και θεραπεία σε νοσοκομείο (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Για πολλές νέες γυναίκες, η παρακολούθηση σε μία ειδικευμένη μονάδα διαταραχών πρόσληψης τροφής ως ασθενής ημέρας από την αρχή της θεραπείας, είναι πιθανή. Αυτού του είδους θεραπεία επιτρέπει στη γυναίκα να μένει στο σπίτι της ενώ ταυτόχρονα δέχεται βοήθεια με στόχο την ανάρρωσή της. Η καθημερινή παρακολούθησή της, της προσφέρει πρόσβαση σε μία ομάδα υποστηρικτικών και έμπειρων ατόμων που την βοηθούν να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που βιώνει. Ένα μειονέκτημα αυτού του προγράμματος είναι ότι δεν επιτρέπει στο άτομο να πηγαίνει στο χώρο εργασίας ή εκπαίδευσής του. Καθώς πολλοί ανορεκτικοί είναι ιδιαίτερα επιτυχημένοι, η αποχώρηση από τη δουλειά τους ή το σχολείο τους μπορεί να μειώσει την αυτοεκτίμησή τους. Αυτό δύναται να ξεπεραστεί αν η ασθενής είναι αρκετά καλά, ώστε να θεραπευτεί ως εξωτερικός ασθενής (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Τα πλεονεκτήματα των παραπάνω μεθόδων θεραπείας είναι ότι η γυναίκα μπορεί να αυξήσει το βάρος της με τον δικό της ρυθμό, ώστε να αισθάνεται ασφαλής πως έχει τον έλεγχο, καθώς και ότι αναλαμβάνει η ίδια την ευθύνη για την διατροφική της συμπεριφορά. Επίσης, με τη βοήθεια των επαγγελματιών της υγείας, έχει τη δυνατότητα να μάθει εκ νέου διατροφικά πρότυπα, που είναι κατάλληλα για τον δικό της τρόπο ζωής (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

4. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ

ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Οι περισσότερες ασθενείς που πάσχουν από νευρική ανορεξία, δεν αντιμετωπίζουν καθόλου φιλικά τον θεραπευτή, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο και για τον ίδιο να τους συμπεριφερθεί με συμπάθεια. Κατ' αρχήν, η συμπεριφορά τους σπάνια είναι επιθετική ή ανοιχτά περιφρονητική. Συνήθως είναι ψυχρή και παθητική. Ωστόσο, η ψυχρότητά τους είναι απλά ένα προπέτασμα για τους έντονους φόβους και υποψίες τους, καθώς και για τον σκοπό τους να αποκρούσουν όλες τις προσεγγίσεις. Μερικές ασθενείς, και ειδικότερα οι νεότερες, μοιάζουν με τρομοκρατημένα παιδιά. Στην πραγματικότητα αυτά τα άτομα ποτέ δεν ζητούν θεραπεία από μόνα τους. Οι ανορεκτικοί όχι μόνο αρνούνται να παραδεχτούν πως φοβούνται να δημιουργήσουν ακόμη μία διαπροσωπική σχέση αλλά είναι περισσότερο αποφασισμένοι από άλλους ασθενείς να προσκολληθούν σε ένα σύμπτωμα, ώστε να αποφύγουν επιθέσεις από άλλα άτομα και ιδιαίτερα από τους γονείς, οι οποίοι πιστεύουν πως αν το άτομο αρχίσει να τρώει κανονικά, όλα τα υπόλοιπα προβλήματα θα λυθούν δια μαγείας. Περισσότερο δύσκολες είναι οι περιπτώσεις κατά τις οποίες το άτομο έχει θεραπευτεί ανεπιτυχώς σε ψυχιατρικά ή γενικά νοσοκομεία, με αποτέλεσμα να είναι περισσότερο δύσπιστο για όλα τα είδη θεραπείας. Αυτές, συνήθως, εκπλήσσονται όταν ο ψυχοθεραπευτής δεν αναφέρεται στα διατροφικά τους προβλήματα. Φοβούνται να δεχτούν φροντίδα και νιώθουν πως βρίσκονται σε αμυντική θέση απέναντι στον θεραπευτή, επειδή πιστεύουν πως αυτός το μόνο που επιδιώκει είναι να τις πείσει να πάρουν βάρος (Palazzoli, 1985).

Επίσης, ο θεραπευτής πρέπει να είναι ειλικρινής και ανοιχτός με τις ασθενείς από την αρχή, γιατί μόνο με αυτόν τον τρόπο σταδιακά μπορεί να συνεργαστούν μαζί

του. Είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες στο παραμικρό σημάδι υποκρισίας. Φοβούνται τα συγκαλυμμένα κίνητρα του θεραπευτή και ενώ οι ίδιες καταφεύγουν στην υποκρισία για αμυντικούς λόγους, απεχθάνονται να κάνουν το ίδιο οι άλλοι. Πρέπει να τους γνωστοποιείται, με τον πιο λεπτό τρόπο, πως το πραγματικό τους πρόβλημα δεν είναι το φαγητό, όπως όλοι οι άλλοι πιστεύουν. Η νηστεία τους αποτελεί απλά ένα σύμπτωμα του προβλήματός τους, όπως η υψηλή θερμοκρασία είναι ένα σύμπτωμα του τυφοειδούς πυρετού. Είναι μόνο η ορατή εκδήλωση από κάτι που είναι βαθιά κρυμμένο στην ιστορία τους, στα οικογενειακά προβλήματα, στην αντίληψη τους για τη ζωή, στη μοναξιά τους, στη λύπη τους και στους κρυφούς τους φόβους (Palazzoli, 1985).

Με τους ανορεκτικούς ασθενείς, οι προτροπές του θεραπευτή πέφτουν στο κενό. Αντιμέτωπος με τις μεγάλες και ύποπτες σιωπές τους⁹ και με τα έντονα και επίμονα βλέμματα τους, ο θεραπευτής συχνά αισθάνεται αμήχανος ή νευρικός. Μερικές φορές είναι δυνατό να σπάσει τον αμυντικό τοίχο με συμπαθητικούς υπαινιγμούς για τη δυσκολία της ασθενούς να εκφράσει τον εαυτό της και για τις απογοητευτικές εμπειρίες, οι οποίες μπορούν να θεωρηθούν υπεύθυνες για αυτήν την κατάσταση. Ο θεραπευτής οφείλει, ωστόσο, να φροντίζει την ασθενή μη όντας πολύ επιτακτικός με ευθείες προσφορές βοήθειας ή επιδεικνύοντας ιδιαίτερη ζεστασιά διότι το άτομο με αυτόν τον τρόπο πιστεύει πως εκβιάζεται συναισθηματικά (Palazzoli, 1985).

Όποτε η γενική επιδείνωση της υγείας της ασθενούς απαιτεί την εισαγωγή της στο νοσοκομείο, ο θεραπευτής οφείλει να την διαβεβαιώσει πως αυτή η ενέργεια γίνεται για το δικό της καλό, ώστε να μην νιώθει προδομένη και εγκαταλελειμμένη.

⁹ Στην ψυχαναλυτική προσέγγιση τα διαστήματα σιωπής θεωρούνται ιδιαίτερα θεραπευτικά και πολλές φορές επιδιώκονται. Ωστόσο, όλα τα θεωρητικά μοντέλα υποστηρίζουν πως η σιωπή αποτελεί πηγή πολλών πληροφοριών για το άτομο.

Όμως, σε κάθε περίπτωση, για την καλή ψυχολογική υγεία της ασθενούς, ενδείκνυται να αποφεύγεται η εισαγωγή στο νοσοκομείο, εάν υπάρχει εναλλακτική λύση. Αντιμετωπίζουν όλα τα νοσοκομεία σαν μέρη βασανιστηρίων, ταπείνωσης και καταδυνάστευσης των δικαιωμάτων τους. Όταν η κατάσταση της ασθενούς επιδεινώνεται κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας, η εμπειρία έχει δείξει ότι αν μόνο ένας δεν πανικοβάλλεται από τη δραματική απώλεια βάρους και παίρνει το ρίσκο να κρατήσει την ασθενή έξω από το νοσοκομείο, παρά την κατακραυγή των συγγενών, μπορεί από μόνος του να δημιουργήσει μια θετική ψυχοθεραπευτική σχέση¹⁰ (Palazzoli, 1985).

Από όλα τα παραπάνω γίνεται σαφές πως δεν υπάρχει μία απλή και συγκεκριμένη μέθοδος, η οποία εφαρμόζεται τυφλά σε κάθε τύπο ανορεκτικό ασθενή. Όλοι οι θεραπευτές μπορούν και πρέπει να στοχεύουν όχι στη δημιουργία ενός ψυχολογικά ενδιαφέροντος υλικού ούτε στα απτά αποτελέσματα ή στην τέλεια θεραπεία, αλλά στην ειλικρινή και αρμόζουσα κατανόηση των ασθενών, γιατί μόνο με αυτόν τον τρόπο μπορούν να αντισταθμιστούν οι αρνητικές τους εμπειρίες (Palazzoli, 1985).

¹⁰ Η κατάσταση είναι αρκετά διαφορετική όταν η ψυχοθεραπευτική διαδικασία αρχίζει μέσα στο νοσοκομείο ή την κλινική, διότι η ατμόσφαιρα δεν συμβάλλει θετικά, εφόσον το υπόλοιπο προσωπικό δεν έχει την κατάλληλη εκπαίδευση (Palazzoli, 1985).

5. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΒΟΗΘΟΥΝ ΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΝΑ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙ ΤΗ ΘΕΛΗΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΗ.

Έχουν βρεθεί κάποιες ερωτήσεις που αποτελούν ιδιαίτερα βοηθητικές για τους επαγγελματίες της υγείας, να διαπιστώσουν τα κίνητρα της ασθενούς με νευρική ανορεξία. Μπορούν να υποδείξουν τη θέλησή της για αλλαγή, τις προηγούμενες προσπάθειές της, καθώς και την αντίληψή της για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει. Επίσης, μέσω αυτών των ερωτήσεων, ο ειδικός μπορεί ευκολότερα να κατανοήσει τον τρόπο ζωής της ασθενούς, τους στόχους της και τα συναισθήματά της, με αποτέλεσμα να δημιουργήσει το κατάλληλο θεραπευτικό πλάνο. Ακόμη, πιστεύεται πως μπορούν να βοηθήσουν και τις ίδιες τις ασθενείς να διεισδύσουν πιο βαθιά στη συμπεριφορά τους και στα πιστεύω τους. Αυτές οι ερωτήσεις είναι οι εξής: 1) «Πραγματικά θέλεις να αλλάξεις τη διατροφική σου συμπεριφορά;», 2) «Ποιο είναι το επάγγελμά σας;», 3) «Ποιο είναι το βάρος σας τώρα;», 4) «Ποιο είναι το βάρος που θα επιθυμούσατε να αποκτήσετε;», 5) «Ποια είναι τα περισσότερα και ποια τα λιγότερα κιλά που έχετε φτάσει ποτέ;», 6) «Έχετε διατηρήσει το βάρος σας για μια περίοδο έξι μηνών, χωρίς να καταβάλετε καμία προσπάθεια;», 7) «Πιστεύεται πως η αλλαγή του βάρους σας θα προκαλέσει αλλαγή και στον τρόπο ζωής σας;», 8) «Έχετε προσπαθήσει ποτέ να αυξήσετε το βάρος σας;», 9) « Έχετε χρησιμοποιήσει εναλλακτικούς τρόπους απώλειας βάρους;», 10) «Εάν διατηρήσετε αυστηρά ένα διαιτητικό πλάνο, πόσο γρήγορα πιστεύετε πως θα αυξήσετε το βάρος σας;», 11) «Ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή;», 12) «Μιλήστε μου για την οικογένειά σας.», 13) «Μιλήστε μου για τον τρόπο ζωής σας.», 14) «Πώς αισθάνεστε για τον εαυτό σας;», 15) «Έχετε βιώσει ποτέ μία δυσάρεστη σεξουαλική εμπειρία;», 16) «Έχετε αντιμετωπίσει ποτέ προβλήματα στειρότητας;» και 17) «Έχει δεχτεί κάποιο

μέλος της οικογένειάς σας θεραπεία για ψυχολογικό ή ψυχιατρικό πρόβλημα;» (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

6. ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Ο βασικότερος και ουσιαστικότερος στόχος στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας αποτελεί η αύξηση του βάρους της ασθενούς ώστε να αποφευχθεί η επιδείνωση της σωματικής της υγείας. Η επιλογή του ιδανικού βάρους, σύμφωνα με την κλίμακα BMI, εξαρτάται από την ισορροπία που πρέπει να επέλθει ανάμεσα στο βάρος που επιθυμεί η γυναίκα (19-20 με το BMI) και σε αυτό που είναι απαραίτητο για να επιτευχθεί η ανάρρωση (21-25). Ο λόγος που επιλέγεται το 19-20 είναι ότι με αυτό το βάρος περισσότερες φυσιολογικές λειτουργίες, όπως ο έλεγχος της θερμοκρασίας και η εμμηνόρροια, θα επανέλθουν σε φυσιολογικά επίπεδα, καθώς και η γυναίκα θα αποφύγει το αίσθημα της ανησυχίας συνειδητοποιώντας πως αυξάνεται το βάρος της. Επίσης, έχει προαναφερθεί πως οι ανορεκτικές ασθενείς μελετούν συνεχώς βιβλία και περιοδικά που αφορούν στη διατροφή. Αυτό έχει ως συνέπεια να έχουν περισσότερες γνώσεις για το φαγητό από ό,τι η πλειοψηφία των άλλων ανθρώπων. Ωστόσο, πολλές από τις απόψεις που έχουν είναι λανθασμένες, κι αν δε διορθωθούν, θα διαιωνίσουν την διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά. Συμπεριλαμβανομένου και του γεγονότος ότι είναι άκαμπτες και ισχυρογνώμονες, ένα σημαντικό μέρος της θεραπείας αποτελούν οι εκπαιδευτικές συνεδρίες (κατά προτίμηση ομαδικές) από έναν διατροφολόγο ώστε οι διαταραγμένες απόψεις που έχουν σχέση με το φαγητό, τη δίαιτα και τη διατροφική συμπεριφορά να διορθωθούν (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Είναι εξίσου σημαντικό να βοηθηθεί η ασθενής ώστε να συνειδητοποιήσει πως έχει χάσει τον έλεγχο της συμπεριφοράς της και να σταματήσει την αυστηρή επιδίωξη της υπερβολικής απώλειας βάρους. Αυτό έχει ως στόχο να ενστερνιστεί φυσιολογικούς τρόπους διατροφής και να αποφύγει τη λιμοκτονία, εάν πάσχει από περιοριστικού τύπου νευρική ανορεξία. Αντίστοιχα, εάν χαρακτηρίζεται από τον καθαρτικό τύπο, ο στόχος είναι να παύσει τις επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως τα καθαρτικά, τα διουρητικά κτλ. Κατά τον ίδιο τρόπο πρέπει να αντιμετωπιστεί εφόσον γυμνάζεται υπερβολικά. Ακόμη, ένα πολύ βασικό στοιχείο της θεραπείας είναι ο ειδικός να εξηγήσει στο άτομο πως όλες οι φυσικές αλλαγές είναι αποτέλεσμα της διαταραχής και πως οφείλει να αντιμετωπίσει και όλα τα σχετικά προβλήματα που δύνανται να παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Αν όλα αυτά δεν επιτευχθούν, είναι πολύ πιθανό να εμποδίσουν την ανάρρωση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2003)

Εφόσον η ασθενής επιθυμεί πραγματικά να προβεί στις απαραίτητες αλλαγές, απαιτείται ευψυχία, επιμονή και ένα συνεχές ερέθισμα που να την κινητοποιεί. Αυτό μπορεί να γίνει εφικτό όταν αποκτήσει γνώση των παραγόντων-φυσιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, οικογενειακών κτλ.- που την υποκινούν να εξακολουθήσει τον διαταραγμένο τρόπο διατροφής. Επίσης, είναι απαραίτητο να γνωρίζει πως αυτό που προκάλεσε την έναρξη της νόσου, δεν αποτελεί κατά κανόνα την αιτία για την οποία η συγκεκριμένη συμπεριφορά συνεχίζεται. Για παράδειγμα, εάν μία διαταραγμένη οικογενειακή σχέση ήταν ένας από τους παράγοντες που οδήγησαν στη νευρική ανορεξία, είναι επιτακτικό να μην διερευνηθεί μόνο αυτή η σχέση αλλά να χρησιμοποιηθούν και άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Οφείλει, επίσης, η ανορεκτική γυναίκα να μάθει πως ακόμη κι αν διακατέχεται από έναν ενδόμυχο φόβο μήπως γίνει παχύσαρκη, είναι ασφαλές για εκείνη να προσπαθήσει να

αυξήσει το βάρος της διότι δεν θα χάσει τον έλεγχο του εαυτού της (Godley, Tchanturia, MacLeod & Schmidt, 2001)

Τέλος, πρέπει να επιτευχθεί σε όσο το δυνατό μεγαλύτερο βαθμό η προσπάθεια και η ειλικρίνεια ανάμεσα στον θεραπευτή και την ασθενή. Το πρόβλημα είναι πως οι ασθενείς με νευρική ανορεξία τείνουν να «παίζουν παιχνίδια» και να χειρίζονται τον θεραπευτή. Σε αντίθεση, θα έπρεπε να προσπαθούν να απαντούν ειλικρινά αν είναι συμμορφωμένες ή όχι στο πλάνο θεραπείας και αν οι εναλλακτικές συμπεριφορές επιδρούν αρνητικά ή θετικά στην υπόλοιπη ζωή τους. Ωστόσο, είναι σημαντικό, για να επιτευχθούν όλα τα παραπάνω, η ασθενής να αποκτήσει αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη στον θεραπευτή της (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

7. Ο ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΣ ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ

ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

7.1. Αυξάνοντας το βάρος του σώματος

Αν και η νευρική ανορεξία αποτελεί μία ψυχοσωματική διαταραχή, η πρώτη προτεραιότητα οφείλει να είναι η αύξηση του βάρους, καθώς οι περισσότερες ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στην ψυχολογική θεραπεία όταν βρίσκονται στη φάση της λιμοκτονίας. Είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσουν πως ο μακροπρόθεσμος στόχος είναι να μάθουν οι ίδιες να αυξάνουν το βάρος τους και να το διατηρούν στα φυσιολογικά επιθυμητά επίπεδα για την ηλικία και το ύψος τους. Αυτό δεν σημαίνει πως πρέπει να το ελέγχουν επί καθημερινής βάσεως. Στην πραγματικότητα, ο έλεγχος μία φορά την εβδομάδα είναι αρκετός (εκτός αν το άτομο νοσηλεύεται), καθώς είναι

λογικό να αυξομειώνεται περίπου ένα κιλό μέσα σε λίγες μέρες. Αν και ο αντικειμενικός στόχος είναι το βάρος να φτάσει στο 19, σύμφωνα με την κλίμακα BMI, αποτελεί το ελάχιστο για τις φυσικές λειτουργίες, όπως η επιστροφή της εμμηνόρροιας. Με αυτό το βάρος η ασθενής θεωρείται ακόμη αδύνατη αλλά παρόλα αυτά επειδή φαίνεται καλύτερα, ενθαρρύνεται να συνεχίσει τις προσπάθειές της. Ωστόσο, υπάρχουν βασικές εξαιρέσεις. Για παράδειγμα, αν η γυναίκα είναι μοντέλο ή μπαλαρίνα, δεν θεωρείται το 19 ως επιθυμητό βάρος. Έτσι, οφείλει η ίδια να συμφωνήσει με τον θεραπευτή της ένα χαμηλότερο ως το κατάλληλο για την περίπτωση της. Πρέπει, επίσης, να διαπραγματευτούν το γεγονός ότι είναι πιθανό να συνεχίσει το άτομο να ασχολείται υπερβολικά με το βάρος και να περιορίζει την κατανάλωση τροφής, ώστε να διατηρήσει τη σωματική μορφή που επιβάλλεται στα συγκεκριμένα επαγγέλματα (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

7.2. Επανάσitiση

Όπως έχει προαναφερθεί, η επανάσitiση είναι ένας βασικός τρόπος αύξησης του βάρους. Κατά τη διάρκεια του συγκεκριμένου προγράμματος, πραγματοποιούνται τακτικές συνεδρίες με τον θεραπευτή, προωθούνται διατροφικές πληροφορίες από τον διατροφολόγο, το άτομο μαθαίνει να τρέφεται φυσιολογικά και να αντιμετωπίζει τα καθημερινά προβλήματα, ιδιαίτερα αν πάσχει από αυτήν τη διαταραχή για αρκετό διάστημα. Εάν θεραπεύεται ως εξωτερικός ασθενής ή έχει εισαχθεί σε νοσοκομείο, του δίνεται καταρχήν η δυνατότητα να είναι υπεύθυνο το ίδιο για την αύξηση του βάρους του με τη βοήθεια των υποστηρικτικών επαγγελματιών της υγείας. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, η γυναίκα πρέπει να είναι συνεπής, να εποπτεύεται, να ασκείται με πολύ μικρή ένταση και να παρακολουθεί συζητήσεις και εκπαιδευτικές

συνεδρίες με άλλους πάσχοντες ώστε να διεισδύσει στη διατροφική της διαταραχή και σε κάθε άλλο πρόβλημα. Ενθαρρύνεται να αναζητήσει ενδιαφέροντα όπως οι τεχνικές χαλάρωσης, η χειροτεχνία και η ζωγραφική. Εάν πηγαίνει σχολείο, μπορεί να συνεχίσει με το πρόγραμμα μαθημάτων είτε στο σπίτι είτε στο νοσοκομείο με τη βοήθεια των δασκάλων (Sorrentino, Mucci, Merlotti, Galderisi & Maj, 2004).

Κατά τη διάρκεια της επανασίτισης, η ανορεκτική γυναίκα οφείλει να βρίσκεται σε επιφυλακή λόγω της πιθανότητας της απότομης αύξησης του βάρους που μπορεί να συμβεί όταν ξεκινήσει το πρόγραμμα. Αυτό προκαλείται από τη διαστολή του υγρού των ιστών ανάμεσα στα κύτταρα, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ανησυχίας και την ανάγκη της γυναίκας να διαβεβαιωθεί πως η αύξηση του βάρους, η οποία εξαρτάται από τη διαστολή των υγρών, θα σταματήσει αυτόματα αν συνεχίσει να εμμένει στο συγκεκριμένο πρόγραμμα. Οι περισσότεροι πάσχοντες ανταποκρίνονται σε αυτή την ήπια προσέγγιση. Αν, όμως, η ασθενής αρνηθεί να επανασιτιστεί, προκύπτει ένα ηθικό πρόβλημα για το αν θα πρέπει να αναγκαστεί να υποστεί παρά τις δικές της επιθυμίες ή να γίνει σεβαστό το αίτημά της, που αυτό θα οδηγήσει σε θάνατο. Το συγκεκριμένο θέμα βρίσκεται υπό συζήτηση αλλά δεν έχουν βρεθεί εναλλακτικές (Sorrentino, Mucci, Merlotti, Galderisi & Maj, 2004).

Εάν το άτομο δεν ανταποκρίνεται, θα μπορούσε να εφαρμοστεί ένα πιο δομημένο πρόγραμμα. Σε ακραίες περιπτώσεις, θα πρέπει να παρατηρείται συνεχώς ή να κρατείται σε απομόνωση σε ένα μονόκλινο δωμάτιο και να παραμείνει στο κρεβάτι μέχρι να επιτευχθεί το επιθυμητό βάρος. Αυτή η στρατηγική είναι απαραίτητη επειδή πολλές ασθενείς προσπαθούν να βρουν μεθόδους να αποφύγουν το φαγητό¹¹, προκαλούν εμετό ή καταναλώνουν καθαρτικά. Αν και αυτό το

¹¹ Οι ίδιες οι ασθενείς υποστηρίζουν πως κρύβουν το φαγητό στην πετσέτα, αφήνουν την κόρα του ψωμιού στο πιάτο κρύβοντας την τροφή που έχει απομείνει, το πετούν σε βάζα ή έξω από το παράθυρο, γεμίζουν παιχνίδια, ντουλάπες, το κρατούν στο στόμα μέχρι να πλύνουν τα δόντια τους ή τσιγγούν κάποιο ζώο κάτω από το τραπέζι (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

πρόγραμμα φαίνεται αρκετά αυστηρό, οι γυναίκες που έχουν πολύ χαμηλό βάρος, συχνά δεν μπορούν να σκεφτούν λογικά και ο φόβος μήπως γίνουν παχύσαρκες υπερισχύει. Το συγκεκριμένο είναι προτιμότερο από το εναλλακτικό όπου η επανασίτιση γίνεται μέσω ορού. Όσες έχουν βιώσει αυτή την εμπειρία, επιζητούν το πρώτο, το οποίο το κρίνουν ως ιδιαίτερα βοηθητικό και υποστηρικτικό παρά σωφρονιστικό (Sorrentino, Mucci, Merlotti, Galderisi & Maj, 2004).

Σε περίπτωση που το άτομο καταναλώνει την ποσότητα του φαγητού που επιβάλλεται, συμμορφώνεται στη θεραπεία και αρχίζει να αυξάνεται το βάρος του, του δίνεται ένα βραβείο ή ένα προνόμιο. Για παράδειγμα, μπορεί να της επιτραπεί να σηκωθεί από το κρεβάτι, να κάνει ένα μπάνιο ή να παρακολουθήσει τηλεόραση. Από την άλλη πλευρά, εάν αποτύχει στον επιδιωκόμενο στόχο, θα της αφαιρεθεί ένα προνόμιο. Οι περισσότεροι ειδικοί συνιστούν ότι πρέπει να γίνεται έλεγχος του βάρους κάθε μέρα και την ίδια ώρα αλλά αρκετοί πιστεύουν πως επειδή συμβαίνουν μικρές αλλαγές του βάρους καθημερινά, είναι προτιμότερο να ελέγχεται η ασθενής δύο ή τρεις φορές την εβδομάδα. Ο έλεγχος θα πρέπει να γίνεται προσεκτικά και ο υπεύθυνος οφείλει να είναι σίγουρος πως το άτομο δεν «κλέβει», όπως για παράδειγμα πίνοντας νερό ή βάζοντας βάρη στην τσέπη του¹². Απροειδοποίητοι περιστασιακοί έλεγχοι πραγματοποιούνται για να εξακριβωθεί αυτό ακριβώς το γεγονός (Cooper & Turner, 2000).

Κατά τη διάρκεια του προγράμματος επανασίτισης, η γυναίκα αναμένεται να καταναλώσει ποικίλες τροφές, ισορροπημένες σε θρεπτικά συστατικά και με υψηλή ενέργεια. Ο στόχος είναι η αύξηση του βάρους κατά 1-1,5 kg την εβδομάδα. Στα πρώτα στάδια αυτός ο στόχος μπορεί να επιτευχθεί με μικρότερες ποσότητες φαγητού ημερησίως (1600-1800 θερμίδες). Αν η γυναίκα καταναλώνει τις συγκεκριμένες

¹² Όπως έχουν δηλώσει οι ίδιες οι ασθενείς, για να φαίνεται πως ζυγίζουν περισσότερο, καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες νερού το προηγούμενο βράδυ, αποφεύγουν να πάνε τουαλέτα, τρώνε υπερβολικά στο δείπνο, φορούν βαριά κοσμήματα και ρούχα κτλ. (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

ποσότητες τροφών και δεν αυξάνεται το βάρος της, ίσως χρειαστεί αυτές να μεγαλώσουν. Βέβαια αυτό γίνεται μέσω συνεννόησης της ασθενούς με τον διαιτολόγο. Εάν το άτομο αισθάνεται πως το φαγητό είναι υπερβολικό (πάνω από 3000 θερμίδες), τότε ποτά υψηλής ενέργειας και συμπληρώματα διατροφής απαιτούνται. Μερικές γυναίκες χρειάζεται να λαμβάνουν 3000-5000 θερμίδες ημερησίως για να πλησιάσουν το επιθυμητό βάρος. Όμως, επειδή αυτή η ποσότητα τους φαίνεται υπερβολική, τις παραπλανούν λέγοντάς τους πως λαμβάνουν λιγότερες (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Στα πρώτα στάδια του προγράμματος η γυναίκα, αν είναι εξωτερικός ή εσωτερικός ή ασθενής ημέρας, χρειάζεται να παρακολουθείται ιατρικά ώστε να αποφευχθούν οι επικίνδυνες συνέπειες, οι οποίες είναι δυνατό να συμβούν κατά την επανασίτιση. Εάν αυτή λαμβάνει χώρα με γρήγορους ρυθμούς μπορεί να εμφανιστεί το σύνδρομο της επανασίτισης, στη διάρκεια του οποίου, ανάμεσα στις άλλες βιοχημικές αλλαγές, μεγάλη ποσότητα φωσφόρου μεταφέρεται από το αίμα στα κύτταρα, οδηγώντας σε χαμηλά επίπεδα φωσφορικού άλατος. Ο θάνατος είναι πιθανός εκτός αν δοθούν συμπληρώματα φωσφόρου. Καθώς το πρόγραμμα εξελίσσεται, μεγαλύτερες ποσότητες φαγητού προσφέρονται και αναμένεται μία αργή αλλά σταθερή αύξηση του βάρους. Πολλές γυναίκες μπορούν να ενθαρρυνθούν ώστε να αναρρώσουν γρηγορότερα αν συμφωνήσουν με τον θεραπευτή ή τον διαιτολόγο να παραμείνει το ίδιο βάρος για μία ή δύο εβδομάδες, πριν συμβεί οποιαδήποτε περαιτέρω αύξηση (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

7.3. Εξαφανίζοντας τις συμπεριφορές μείωσης του βάρους

Ένα μεγάλο κεφάλαιο στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας αποτελεί η αποφυγή των εξαιρετικά επικίνδυνων συμπεριφορών απώλειας βάρους που υιοθετούν πολλές ασθενείς. Οι περισσότερες ανταποκρίνονται στις πληροφορίες σχετικά με τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες της πρόκλησης εμετού και της κατάχρησης καθαρτικών, διουρητικών και κλυσμάτων και είναι πρόθυμες, τουλάχιστον προσωρινά, να μειώσουν τη συχνότητα αυτών των συμπεριφορών. Συνήθως καθησυχάζονται όταν μαθαίνουν τα αποτελέσματα που έπονται, όπως για παράδειγμα η προσωρινή αύξηση του βάρους και η ανακούφιση από τη δυσκοιλιότητα και τις κοιλιακές κράμπες για κάποιο διάστημα. Από την άλλη πλευρά η γαστρική διόγκωση μπορεί να τις υποκινήσει να επιστρέψουν στους αυτοπροκαλούμενους εμετούς και τα καθαρτικά παρόλο που γνωρίζουν πως αυτή αναμένεται (Cooper & Turner, 2000).

Οι γυναίκες, που πάσχουν από νευρική ανορεξία, συνήθως είναι χειριστικές και αναξιόπιστες όταν ρωτούνται για την κατανάλωση τροφής και τις μεθόδους απώλειας βάρους που χρησιμοποιούν. Ο θεραπευτής οφείλει να είναι ικανός να αντιμετωπίσει την ασθενή πριν ακόμη αρχίσει η θεραπεία, να διαβεβαιωθεί, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, εάν είναι διατεθειμένη να προσπαθήσει ώστε να βελτιωθεί η κατάστασή της. Το παραπάνω απαιτείται και κατά τη διάρκεια της θεραπείας σε περίπτωση που διαπιστωθεί πως η ασθενής δεν τηρεί το αρχικό πλάνο. Για παράδειγμα, είναι δυνατό να φαίνεται πως καταναλώνει όλο το φαγητό που της προσφέρεται ενώ στην πραγματικότητα να χρησιμοποιεί μεθόδους ώστε να το αποφύγει (βλ. υποσημείωση 11), όταν πιστεύει πως έχει πλησιάσει ένα βασικό βάρος

και δεν επιθυμεί να το υπερβεί, εφόσον ανησυχεί μήπως χάσει τον έλεγχο (Hill & Robinson, 1991).

7.4. Εδραιώνοντας φυσιολογικές συμπεριφορές διατροφής

Καθώς οι περισσότερες ανορεκτικές ασθενείς περιορίζουν την ποικιλία των τροφών που καταναλώνουν, ένας στόχος είναι η εκμάθηση της επιλογής φαγητών από μία μεγάλη γκάμα. Αυτό συνεπάγεται τον εφοδιασμό του σώματος με τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται. Επίσης, της παρέχεται βοήθεια ώστε να σταματήσει να κατηγοριοποιεί τις τροφές ως «καλές» ή «κακές»¹³ και να μάθει πως τα γεύματά της πρέπει να περιέχουν μεγάλη ποικιλία φαγητών σε λογικές ποσότητες. Η σωστή διατροφή περιλαμβάνει και την άνεση της ασθενούς να τρώει μπροστά σε άλλα άτομα, σε διαφορετικά μέρη συναντήσεων και σε διαφορετικές κοινωνικές καταστάσεις. Επιπροσθέτως, πρέπει να υπερνικήσει τη συνεχή της ενασχόληση με το φαγητό και τις θερμίδες που περιέχει. Πολλές ασθενείς είναι αδαείς σχετικά με την ποσότητα τροφής που μπορούν να προσλάβουν χωρίς να αυξήσουν το βάρος τους και δεν δύνανται να αναγνωρίσουν τα σημάδια της πείνας και του κορεσμού, με συνέπεια να πρέπει να μάθουν αυτές τις ενδείξεις και τα στοιχεία της διαιτητικής. Αυτά τα θέματα διερευνώνται και συζητιούνται κατά τη διάρκεια εκπαιδευτικών συνεδριών, οι οποίες λαμβάνουν χώρα τακτικά ταυτόχρονα με το πρόγραμμα επανασίτισης. Μάλιστα, πολλοί ειδικοί των διαταραχών πρόσληψης τροφής θεωρούν πως αυτή η «ψυχο-εκπαίδευση» είναι περισσότερο αποτελεσματική όταν πραγματοποιείται με ομάδες ασθενών (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

¹³ «Καλές» θεωρούνται οι τροφές που έχουν μικρή ποσότητα ενέργειας και λιπαρών και «κακές» αυτές που είναι πλούσιες σε θερμίδες.

7.5. Πώς οι συμβουλές τροποποίησης της διατροφής μπορούν να βοηθήσουν τη

Γνωστικο-Συμπεριφοριστική Θεραπεία

Η τροποποίηση της διατροφής επιτρέπει την πρόωμη ψυχολογική επαναδιατύπωση των συμπτωμάτων. Η έλλειψη της κινητοποίησης των σθενών για αλλαγή είναι στενά συνδεδεμένη με την καθυστερημένη επαναδιατύπωση των προβλημάτων τους. Η τροποποιημένη διατροφή δίνει έμφαση στο ρόλο των γνωστικών παραγόντων που σχετίζονται άμεσα με το φαγητό, το βάρος και το σχήμα του σώματος, αφιερώνοντας πολύ μικρή προσοχή στην ψυχολογική εκτίμηση των διαπροσωπικών και συναισθηματικών προβλημάτων της ασθενούς. Αυτή η παρέμβαση αποδεικνύεται χρήσιμη στις έντονες φάσεις, αλλά δεν αυξάνει την κινητοποίηση στην αλλαγή και δύναται να αποτρέψει το άτομο να συνεργαστεί στην μεταγενέστερη ψυχοθεραπεία (Sorrentino, Mucci, Merlotti, Galderisi & Maj, 2004).

Αυτού του είδους αντιμετώπιση έχει σχεδιαστεί για να αναπτύξει την ικανότητα αυτοπαρατήρησης και να διευκολύνει την έρευνα των διαφόρων διαστάσεων των υποκειμενικών εμπειριών, συμπεριλαμβανομένων των συναισθημάτων, της αυτοεκτίμησης και της ανησυχίας για τις διαπροσωπικές σχέσεις. Το διατροφικό ημερολόγιο επιτρέπει την ψυχολογική επαναδιατύπωση των προβλημάτων της ασθενούς, προωθώντας την κινητοποίηση της στη δομημένη γνωστικο-συμπεριφοριστική θεραπεία (Sorrentino, Mucci, Merlotti, Galderisi & Maj, 2004).

8. ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΜΙΑ

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

8.1. Αύξηση της αυτοπεποίθησης των ασθενών

Αυτό το κομμάτι της θεραπείας σχεδιάστηκε για να βοηθήσει τις ασθενείς να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση. Με την υποστήριξη και την ενθάρρυνση του θεραπευτή μαθαίνουν το πόσο πολύ έχουν ανάγκη να τρέφονται φυσιολογικά ώστε να διατηρούν το βάρος τους σε ένα συγκεκριμένο επίπεδο. Πρέπει να πληροφορηθούν πως δεν θα βραβευτούν γρήγορα για την αύξηση του βάρους τους, καθώς αυτό μπορεί απλά να δηλώνει πως βρίσκονται στη φάση της υπερφαγίας. Ο θεραπευτής, επίσης, έχει την ευθύνη να βοηθήσει το άτομο να ρυθμίσει και τα άλλα προβλήματα (όπως τα προβλήματα των σχέσεων), τα οποία μπορεί να έχουν διογκωθεί λόγω του φόβου του μήπως χάσει τον έλεγχο. Η αρμοδιότητα του θεραπευτή είναι να διερευνήσει αυτά τα προβλήματα με την ασθενή, να κερδίσει την εμπιστοσύνη της και να την κινητοποιήσει ώστε να επιστρέψει σε φυσιολογικούς τρόπους διατροφής. Ακόμη, οφείλει να της προσφέρει αυτοπεποίθηση για να συνεχίσει τη θεραπεία και να την βοηθήσει να διατηρήσει το βάρος της σε φυσιολογικά επίπεδα (Bruch, 1973).

Καθώς ο θεραπευτής πληροφορείται τον φόβο της απώλειας ελέγχου και την αντίσταση στην αλλαγή, γίνεται φανερό πως η θεραπεία πρέπει να αναβληθεί μέχρι η ασθενής να νιώσει έτοιμη να την δεχτεί, αν και αυτό σημαίνει πως η κατάσταση πολλών θα επιδεινωθεί και ίσως αναγκαστούν να εισαχθούν σε νοσοκομείο για να αποφευχθεί ο επικείμενος θάνατος. Οι ασθενείς που απαιτούν την εισαγωγή είναι αυτές που ήδη είναι βεβαρημένες κατά την πρώτη επαφή, αυτές που έχουν αποτύχει να σημειώσουν πρόοδο ως εξωτερικές ασθενείς, που δεν δύνανται να μεταβάλουν τις

συμπεριφορές απώλειας βάρους και αυτές που δεν μπορούν να ανταποκριθούν στην θεραπεία σαν αποτέλεσμα των φυσικών και ιατρικών συνεπειών του πολύ χαμηλού βάρους (Lask, 2000).

Κατά τη διάρκεια της περιόδου που η ασθενής αυξάνει το βάρος της, νιώθει ανησυχία λόγω της διόγκωσης που αισθάνεται στην κοιλιακή χώρα. Για αυτόν τον λόγο πρέπει να ενημερωθεί πως αυτή δεν θα παραμείνει. Παρόλο που πραγματοποιείται αυτή η πληροφόρηση, είναι πιθανό να συνεχίσει να αισθάνεται πως χάνει τον έλεγχο. Αυτά είναι προσωρινά συμπτώματα, τα οποία η ασθενής οφείλει να ανεχτεί ώστε να επιτύχει τον στόχο της. Όταν ένα λογικό ποσοστό αύξησης του βάρους επιτυγχάνεται κάθε εβδομάδα, τότε η ποσότητα του φαγητού μειώνεται καθώς προσεγγίζεται ο αρχικός σκοπός. Σε αυτήν την περίπτωση οι γυναίκες, που είναι ασθενείς σε νοσοκομείο, πρέπει να παραμείνουν σε αυτό για δύο ή τρεις εβδομάδες μετά την απόκτηση του επιθυμητού βάρους ώστε να διαβεβαιωθούν πως αυτό διατηρείται. Με αυτόν τον τρόπο η γυναίκα αποκτά αυτοπεποίθηση, εφόσον συνειδητοποιεί πως μπορεί να διατηρήσει το βάρος της χωρίς να χάνει τον έλεγχο (Fairburn, Shafran, & Cooper, 1999).

Μετά την επίτευξη του επιθυμητού βάρους, η διατροφή της γυναίκας τροποποιείται ώστε να περιλαμβάνει λίγη περισσότερη ενέργεια από ό,τι θεωρούταν αρχικά απαραίτητη για περίπου ένα μήνα. Αυτή η στρατηγική προλαμβάνει την απότομη απώλεια βάρους μετά την παύση του προγράμματος. Μερικές ασθενείς, ωστόσο, απαιτούν οι ίδιες να αυξηθεί η ποσότητα της ενέργειας που καταναλώνουν για μερικές εβδομάδες ή μήνες αλλά ο λόγος δεν είναι ακόμη γνωστός (Fairburn, Shafran, & Cooper, 1999).

8.2. Επεξήγηση των φυσικών συμπτωμάτων

Μερικές ασθενείς ικανοποιούνται από την απώλεια της έμμηνου ρήσης αλλά όταν βρίσκονται στο τέλος της εφηβείας, ίσως να χρειάζονται καθυσύχαση ότι η εμμηνόρροια θα επανέλθει εάν αυξήσουν το βάρος τους και σταματήσουν τις ακραίες μεθόδους ελέγχου του. Ωστόσο, πρέπει να ενημερωθούν πως η επιστροφή της θα καθυστερήσει μερικούς μήνες. Καθώς η ασθενής ακολουθεί το θεραπευτικό πρόγραμμα, επιθυμεί τις εμμηνορροϊκές περιόδους, εφόσον είναι μία ένδειξη πως βελτιώνεται. Άλλες γυναίκες απαιτούν συζήτηση και καθυσυχασμό για το ξερό τους δέρμα, τα κατεστραμμένα μαλλιά και τα χαλασμένα δόντια (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

8.3. Η θέση της άσκησης κατά τη διάρκεια της θεραπείας

Μελέτες έχουν δείξει πως οι γυναίκες με νευρική ανορεξία αυξάνουν γρηγορότερα το βάρος τους αν η φυσική δραστηριότητα περιορίζεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ωστόσο, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που πρέπει να συνυπολογιστούν. Αυτοί περιλαμβάνουν την ποιότητα της ζωής της ασθενούς, πως φαίνεται και πως νιώθει και την ανάγκη της να μάθει από την αρχή ποια άσκηση θεωρείται φυσιολογική και λογική. Η θεραπεία δεν κατευθύνεται μόνο στην αύξηση του λίπους αλλά και στην αύξηση της μυϊκής μάζας. Σταδιακά, η ελεγχόμενη άσκηση κατά τη διάρκεια της περιόδου της επανασίτισης ενός ανορεκτικού ασθενή συμβάλλει στην ανάρρωση της λιπόσαρκης σωματικής μάζας αυξάνοντας τη μυϊκή. Πολλές γυναίκες μειώνουν την κατανάλωση τροφής όταν πλησιάσουν το επιθυμητό βάρος με συνέπεια να επέλθει απώλεια λίπους. Επειδή, όμως, η μυϊκή μάζα είναι αυξημένη, η

απώλεια βάρους δεν αποθαρρύνει τη γυναίκα λόγω του γεγονότος ότι το σώμα της δεν φαίνεται αρκετά αδυνατισμένο (Sorrentino, Mucci, Merlotti, Galderisi & Maj, 2004).

Όπως έχει προαναφερθεί, οι περισσότερες ασθενείς, που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία, αθλούνται υπερβολικά. Αν τους απαγορευτεί να ασκούνται έστω και λίγο, τότε θα το κάνουν κρυφά, διότι αλλιώς τους δημιουργείται αναστάτωση. Στις περισσότερες περιπτώσεις το άτομο δεν γνωρίζει πόσο ασκείται και δεν δύναται να εξισώσει την κρυφή γυμναστική με αυτή που είναι κατάλληλη για εκείνη. Φαίνεται λογικό για έναν ανορεκτικό ασθενή, εάν το επιθυμεί, να επιχειρήσει ένα πρόγραμμα ασκήσεων όταν βρίσκεται σε θεραπεία, διότι με αυτόν τον τρόπο μαθαίνει και δέχεται το κατάλληλο για εκείνον, το οποίο στοχεύει στα επίπεδα της γυμναστικής που θα πραγματοποιεί μετά την αποθεραπεία. Αυτό της επιτρέπει να γνωρίζει τι είναι ασφαλές και φυσιολογικό. Ωστόσο, αν δεν αυξάνεται το βάρος της γυναίκας κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης της διαταραχής, πρέπει να μειωθεί ή και να σταματήσει η σωματική άσκηση. Επίσης, υπάρχει ακόμη ένα πλεονέκτημα. Ένα πρόγραμμα ασκήσεων κατά την περίοδο της θεραπείας μπορεί να αποτρέψει τη μετατροπή της διαταραχής της πρόσληψης τροφής σε «διαταραχή άσκησης». Σε αυτήν την περίπτωση, η συνεχής ενασχόληση με το φαγητό μετουσιώνεται σε συνεχή ενασχόληση με την άσκηση και την υπερβολική απόκτηση μυών (Sorrentino, Mucci, Merlotti, Galderisi & Maj, 2004).

8.4. Αντιμετώπιση των συσχετιζόμενων προβλημάτων

Μερικές ασθενείς ισχυρίζονται πως όταν έχουν τον έλεγχο της διατροφικής τους συμπεριφοράς και του βάρους τους, αισθάνονται πως ελέγχουν και τη ζωή τους. Αντιμετωπίζουν προβλήματα, τα οποία τις αναστατώνουν και επιδρούν στη συμπεριφορά τους. Για παράδειγμα, η αποκλειστική ενασχόληση με το φαγητό και το βάρος τους μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αποφύγουν τη συνειδητοποίηση από τη πλευρά των γονιών των δυσκολιών που τις χαρακτηρίζουν. Επίσης, η νευρική ανορεξία επιτρέπει στη γυναίκα να αποδράσει από διάφορες συζητήσεις και γεγονότα που την τρομοκρατούν (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Οι περισσότερες ασθενείς έχουν μία υποστηρικτική και επικοινωνιακή οικογένεια. Ωστόσο, υπάρχουν μερικές που είναι δυσλειτουργικές. Αυτές οι οικογένειες τείνουν να έχουν άκαμπτες θέσεις και αξίες ή είναι υπερπροστατευτικές προς τα παιδιά τους. Οι γονείς αδυνατούν να προωθήσουν την ανεξαρτησία των τέκνων τους και πολλές φορές χαρακτηρίζονται από έλλειψη τάξης και οργάνωσης. Συνήθως, δεν έχουν τη δυνατότητα να επιλύσουν τα προβλήματά τους, τα οποία διογκώνονται και χρειάζονται ένα «άρρωστο» μέλος για να καταστήσουν ικανή την επικοινωνία μεταξύ των υπολοίπων. Σε τέτοιου είδους καταστάσεις, για να αναρρώσει η ασθενής επιβάλλεται η οικογενειακή θεραπεία. Οι μεγαλύτερες σε ηλικία ανορεκτικές γυναίκες ίσως αισθάνονται πως δεν μπορούν να ξεπεράσουν το πρόβλημά τους ενώ βρίσκονται σε μία συγκεκριμένη σχέση. Αυτό είναι πιο πιθανό να διογκωθεί όταν πραγματοποιείται γάμος μετά την έναρξη της νευρικής ανορεξίας. Σε αυτήν την περίπτωση ο σύζυγος έχει αγαπήσει μία αδύνατη και εξαρτημένη γυναίκα, η οποία έχει ένα πρόβλημα. Ίσως, τον προσέλκυσε το γεγονός πως θα έπρεπε να αναλάβει τη φροντίδα της με αποτέλεσμα να ικανοποιείται. Αν τώρα αυτή αναρρώσει

και ανεξαρτητοποιηθεί, δύναται να μην νιώσει άνετα διότι ο ρόλος του, από τον οποίο αντλούσε ευχαρίστηση, εξαφανίζεται. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε οικογενειακά προβλήματα τα οποία είτε θα λυθούν από έναν επαγγελματία είτε το ζευγάρι θα αναγκαστεί να χωρίσει (Bruch, 1973).

Εάν το πρόβλημα είναι είτε η προσαρμογή στην εφηβεία είτε σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα είτε αποτελεί γυναικολογικό, η γυναίκα δικαιούται την ευκαιρία να μιλήσει με έναν ειδικό, ο οποίος χαρακτηρίζεται από ενσυναίσθησης και καλή επικοινωνία. Οι γονείς της νέας γυναίκας που πάσχει από ψυχογενή ανορεξία, επίσης, χρειάζονται υποστήριξη. Για αυτόν ακριβώς το λόγο υπάρχουν ομάδες γονέων που τους παρέχουν πληροφορίες, ενίσχυση και τους καθιστούν ικανούς να διεισδύσουν στο διατροφικό πρόβλημα του παιδιού τους (Bruch, 1973).

8.5. Αποφυγή των υποτροπών

Οι γυναίκες που αναγκάζονται να δεχτούν θεραπεία σε νοσοκομείο είναι πιο ευπαθείς να υποτροπιάσουν από αυτές που είναι λιγότερο άρρωστες και έχουν αντιμετωπιστεί ως εξωτερικές ασθενείς. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της ανάρρωσης το άτομο οφείλει να συνεχίσει να έχει επαφή με τον διαιτολόγο και τον θεραπευτή ώστε να μην ξαναπαρουσιαστεί το πρόβλημα. Μία δεύτερη ομάδα ασθενών που χρειάζεται συνεχή βοήθεια είναι αυτή που έχει αναρρώσει από τη νευρική ανορεξία αλλά κυριαρχεί η ανησυχία ότι η υποτροπή είναι πιθανή. Είναι σημαντικό για αυτές τις γυναίκες να γνωρίζουν πως μπορούν γρήγορα να εξασφαλίσουν βοήθεια από έναν θεραπευτή, τον οποίο εμπιστεύονται και νιώθουν άνετα (Sorrentino, Mucci, Merlotti, Galderisi & Maj, 2004).

Μερικές γυναίκες δεν δύνανται να προσεγγίσουν το επιθυμητό βάρος ακόμη και μετά τη θεραπεία. Αυτό σταθεροποιείται σε ένα επίπεδο αρκετά χαμηλότερο από το φυσιολογικό. Αυτές οι ασθενείς δεν θεωρούνται υγιείς, εφόσον ασχολούνται αποκλειστικά με σκέψεις που σχετίζονται με το φαγητό και το βάρος, συνεχίζουν να έχουν άκαμπτο τρόπο ζωής και εμμένουν στην ακραία συμπεριφορά τους. Είναι πάρα πολύ πιθανό να υποτροπιάσουν με συνέπεια τη μείωση του βάρους τους και την επανεμφάνιση της προηγούμενης διαταραγμένης κατάστασης. Άλλες γυναίκες, των οποίων το βάρος επέστρεψε σε φυσιολογικά επίπεδα, πιθανολογείται πως η υποτροπή μπορεί να συμβεί όταν αντιμετωπίζουν αγχογόνες καταστάσεις, όπως εξετάσεις, αλλαγή εργασίας, γάμος, διαζύγιο κτλ. Κάποιες αντικαθιστούν τη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά με την «διαταραχή της άσκησης» ή με την εξάρτηση από το αλκοόλ, κατά τη διάρκεια των οποίων μπορεί να έχουν επεισόδια νευρικής ανορεξίας (Sorrentino, Mucci, Merlotti, Galderisi & Maj, 2004).

Καθώς η ασθενής βρίσκεται σε επαφή με τον θεραπευτή, μπορεί να αποφύγει την υποτροπή αν είναι πληροφορημένη πως είναι προτιμότερο για εκείνη η μερική αύξηση του βάρους της μετά την επίτευξη του επιθυμητού παρά η μείωσή του, αν προσπαθεί να αποφύγει την περαιτέρω απώλεια βάρους για οποιοδήποτε λόγο (για παράδειγμα, αν διανύει μία περίοδο ασθενείας στην οποία χάνει βάρος, οφείλει να το αποκτήσει εξαρχής το γρηγορότερο δυνατό), αποφεύγει καταστάσεις που διατηρούν τις σκέψεις για το φαγητό και το σχήμα του σώματος, δεν πραγματοποιεί έντονες αλλαγές στην καθημερινή ρουτίνα και μεγάλης διάρκειας διακοπές. Σε ένα μη οικείο περιβάλλον, με την απώλεια της ρουτίνας, την ύπαρξη νέων φαγητών και εμπειριών, το άτομο μπορεί να αισθανθεί πως χάνει τον έλεγχο και να επανέλθει στην προηγούμενη διαταραγμένη συμπεριφορά του (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

9. ΓΝΩΣΤΙΚΟ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ

ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Ο Beck (1967) έχει θεωρήσει ως δεδομένο πως οι συναισθηματικές αντιδράσεις είναι αποτέλεσμα του τρόπου με τον οποίο τα άτομα δομούν τις εμπειρίες τους. Ο συνδυασμός της Γνωστικής θεραπείας και των μεθόδων για συμπεριφοριστική αλλαγή είχε ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη της Γνωστικο-Συμπεριφοριστικής θεραπείας. Ο πρωταρχικός της στόχος είναι να κατανοήσει πως οι σκέψεις και τα συναισθήματα του ατόμου σχετίζονται με το περιβάλλον. Είναι σημαντικό να γίνει σαφής ο τρόπος που αυτές οι σκέψεις επηρεάζουν τα συναισθήματα κατά τη διάρκεια διάφορων γεγονότων και ποιες σκέψεις και συναισθήματα σχετίζονται με τις συνέπειες της συμπεριφοράς. Η Γνωστικο-Συμπεριφοριστική θεραπεία, εκτός των άλλων, είναι και σαφής. Στα αρχικά στάδια της εκτίμησης και της αντιμετώπισης εστιάζεται στο εδώ και τώρα. Η επιτυχία της στη νευρική ανορεξία έχει αποδειχτεί ακράδαντα σε πολλές περιπτώσεις (Vitousek & Orimoto, 1993).

9.1. Ημερολόγιο σκέψεων και διατροφής

Αποτελεί ιδιαίτερα βοηθητικό για τη γυναίκα να διατηρεί ένα ημερολόγιο που να αφορά στη διάθεσή της και τη διατροφική της συμπεριφορά. Αυτό της επιτρέπει να παρατηρεί τη σχέση ανάμεσα σε αυτά τα δύο καθώς και τις αλλαγές στη διατροφή της και στον εμμηνορροϊκό της κύκλο. Όταν η ασθενής νιώθει πως δεν επέρχεται βελτίωση κατά τη διάρκεια της θεραπείας, δύναται να ελέγξει το ημερολόγιο και να το συζητήσει με τον θεραπευτή της. Ωστόσο, υπάρχει και ένας κίνδυνος. Αυτή η

τεχνική μπορεί να αυξήσει την ενασχόλησή της με το φαγητό και να παρεμποδίσει τη θεραπεία και για αυτόν ακριβώς το λόγο δεν πρέπει να διατηρείται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως μερικές γυναίκες ίσως δεν αισθάνονται έτοιμες να συμπληρώσουν το ημερολόγιο επειδή δεν επιθυμούν να ομολογήσουν τη συχνότητα και τη σοβαρότητα της ακατάλληλης διατροφικής τους συμπεριφοράς, τουλάχιστον στην αρχική φάση της αντιμετώπισης (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

9.2. Δουλεύοντας με σιωπή και φροντίδα

A) Το να κάνεις κάτι καλά: το να νιώθεις άσχημα

Ένας από τους κοινούς πυρήνες των ατόμων με νευρική ανορεξία αποτελεί η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Οι ασθενείς, τις περισσότερες φορές, είναι συνεπείς και πειθαρχημένες στο σπίτι και στο σχολείο, αλλά νιώθουν άσχημα. Μία αντίδραση στην έλλειψη αυτοαξίας είναι να προσπαθήσουν να γίνουν όσο το δυνατό πιο «μικρές», να «εξαφανιστούν». Πολλές προσπαθούν ενεργά να το επιτύχουν μέσω της λιμοκτονίας. Ένας από τους στόχους της θεραπείας είναι να βοηθηθεί το άτομο ώστε να νιώσει άνετα με τον εαυτό του. Το επιθυμητό δεν είναι να επιτυγχάνουν τα πάντα με το σωστό τρόπο αλλά να αισθάνονται ευχάριστα. Η έναρξη αυτής της διαδικασίας μπορεί να διαρκέσει αρκετό καιρό. Οι περισσότερες ασθενείς είναι εξοργισμένες με τους γονείς τους που τις ανάγκασαν να προσέλθουν για θεραπεία, καθώς και με τον θεραπευτή που τις υποχρεώνει να πραγματοποιούν άσκοπες και οδυνηρές συζητήσεις. Ο θυμός, οι διαμάχες ή η διεκδίκηση συχνά αποθαρρύνουν τις οικογένειες. Ο μόνος τρόπος για να δομήσουν αυτά τα άτομα τις εμπειρίες τους (π.χ. να επιβάλουν κάποιον έλεγχο στο περιβάλλον) είναι να σταματήσουν να τρέφονται. Για να επιβάλουν έναν

παρόμοιο έλεγχο στην θεραπευτική εμπειρία μπορεί να τους απαιτηθεί να είναι σιωπηλοί. Αυτές οι περίοδοι σιωπής βιώνονται εξαιρετικά βασανιστικοί και δύνανται να επαναλάβουν τις σιωπές θυμού που χρησιμοποιούσαν οι γονείς για να τους τιμωρήσουν. Η αδυναμία των ασθενών να σκεφτούν επιγραμματικά μπορεί να τους δημιουργήσει ακόμη μία δυσκολία στο να μιλήσουν για τα προβλήματά τους (Christie, 2000).

B) Τα πάντα για μένα

«Τα πάντα για μένα» είναι ένα παιχνίδι που περιλαμβάνει πολλά μονοπάτια σε μία σκηνή ζούγκλας (Hemmings, 1991). Μία σειρά καρτών με ερωτήσεις ή μη ολοκληρωμένες προτάσεις χρησιμοποιούνται για να προωθηθεί η κίνηση. Ο τρόπος με τον οποίο παίζεται, περιορίζεται μόνο από την εφευρετικότητα του θεραπευτή και την προθυμία της γυναίκας να απαντήσει ειλικρινά. Οι κάρτες με τις μη ολοκληρωμένες προτάσεις μπορούν να έχουν επιλεγθεί από πριν ώστε να εστιάσουν σε μία συγκεκριμένη πλευρά της ζωής της (π.χ. οικογένεια, συναισθήματα, εμπειρίες, συμπεριφορά).

Το σχήμα του παιχνιδιού είναι μη απειλητικό και δύναται να βοηθήσει να εξεταστούν διάφορες αρχικές υποθέσεις. Το συναισθηματικό περιεχόμενο των καρτών μπορεί να αναμειχθεί και να συνδυαστεί ανάλογα με τις ανάγκες και του θεραπευτή και της ασθενούς. Επίσης, μπορεί να αποτελέσει έναν σύνδεσμο ανάμεσα στις συνεδρίες. Εάν κανείς δεν φτάσει στο τέλος του μονοπατιού μέσα στη ζούγκλα, τα μέρη μπορούν να σημειωθούν για την επόμενη συνεδρία. Οι κάρτες δύνανται να σωθούν και να ταξινομηθούν για περαιτέρω συζητήσεις. Η συμμετοχή του θεραπευτή στο παιχνίδι προωθεί ένα μοντέλο για την έκφραση των συναισθημάτων του, που είναι ασφαλές. Ο μόνος κανόνας είναι πως δεν υπάρχουν κανόνες (Christie, 2000).

Γ) Τοίχος συναισθημάτων

Οι ασθενείς που μπορούν να διατηρήσουν ένα ημερολόγιο σκέψεων για λίγες μόνο μέρες ή αυτές που μοχθούν να σημειώσουν περισσότερες από λίγες λέξεις, σαφώς υποδεικνύουν πως δεν δύνανται ή δεν είναι πρόθυμες να αναγνωρίσουν και να περιγράψουν τα συναισθήματά τους. Μοιάζουν ανίκανες να διαφοροποιήσουν και να ορίσουν την ανησυχία, τον θυμό, τη λύπη, την ευτυχία κτλ. Είναι πιθανό να έχουν μικρή επαφή με τη συναισθηματική κατάσταση τη δική τους και των άλλων και αντιμετωπίζουν δυσκολία στο να την εκφράσουν σε άλλα άτομα και ιδιαίτερα στους γονείς τους (Christie, 2000).

Το πρώτο βήμα για να βρεθεί ένας ασφαλής τρόπος να σκεφτούν για όλα αυτά είναι να δημιουργηθεί μία λίστα από λέξεις που περιγράφουν συναισθηματικές καταστάσεις. Αυτά τα συναισθήματα πηγάζουν από μέσα μας. Το άτομο ενθαρρύνεται να τα γράψει σε ένα κομμάτι χαρτί. Τότε ο θεραπευτής του δίνει ένα χαρτί το οποίο έχει ζωγραφισμένο έναν τοίχο. Ο τοίχος έχει κολλημένα πάνω του τα συναισθήματα. Το επόμενο βήμα είναι η κάλυψή του με άλλες ζωγραφιές. Αυτές οι ζωγραφιές ξαναπαρουσιάζουν τους διάφορους τρόπους που οι άνθρωποι δρουν και συμπεριφέρονται (Christie, 2000).

Ο στόχος αυτής της άσκησης είναι η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο αυτά που βρίσκονται πάνω στον τοίχο μπορούν να συσχετιστούν με ένα ή περισσότερα συναισθήματα κάτω από αυτόν. Το θεραπευτικό έργο είναι να βρεθεί η σύνδεση ανάμεσα σε αυτά που βλέπουμε και σε αυτά που καλύπτονται. Οι πολλαπλοί σύνδεσμοι ανάμεσα στα συναισθήματα που βρίσκονται μέσα μας και σε αυτά που εκφράζονται μπορούν να διερευνηθούν και από την ασθενή και από τα άτομα γύρω της. Κινώντας τον τοίχο προς τα κάτω και δείχνοντας ταυτόχρονα και όλες τις

συμπεριφορές και τα συναισθήματα, επιτρέπει στη γυναίκα να δημιουργήσει αλυσιδωτές συνδέσεις. Καθώς οι ιδέες έχουν εξερευνηθεί (Christie, 2000).

Δ) Η τσάντα των συναισθημάτων

Οι Binnay και Wright (1997) έχουν περιγράψει μία τεχνική, που αρχικά χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση και ονομάζεται «η τσάντα των συναισθημάτων». Στο άτομο δίνεται ένα ζωγραφιστό περίγραμμα μίας τσάντας και ενθαρρύνεται να ζωγραφίσει τις ανησυχίες του μέσα σε αυτή. Η ιδέα πως η ανησυχία είναι φυσιολογική συζητάται, αν και κάποια άτομα έχουν περισσότερες από άλλα. Ο στόχος είναι να βοηθηθεί η ασθενής ώστε να τις εξωτερικεύσει. Ο θεραπευτής της προσφέρει διάφορα κομμάτια χαρτί και της προτείνει πως θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να παρουσιαστούν όλες οι ανησυχίες που την διακατέχουν αυτή τη στιγμή (Christie, 2000).

Αυτό το πρώτο μέρος της διαδικασίας δίνει στην ασθενή σαφή συγκατάθεση στο να έχει ανησυχίες. Κάθε μία υποδιαιρείται σε μικρά τμήματα. Τότε όλα τα κομμάτια τοποθετούνται σε έναν μεγάλο φάκελο, ο οποίος έχει την ταμπέλα «Η τσάντα των συναισθημάτων μου». Σε κάθε συνεδρία μία ανησυχία εξάγεται από την τσάντα και συζητιέται. Τότε οι στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να τις εξαλείψουν. Αυτός ο συμβολικός τρόπος ρύθμισης των προβλημάτων αποτελεί μία δυναμική τεχνική. Η διαδικασία μπορεί να επαναληφθεί, καθώς μερικές φορές, λύνοντας ένα πρόβλημα, τα άλλα που σχετίζονται με αυτό καλύπτονται. Η «τσάντα συναισθημάτων» μπορεί να εφαρμοστεί και σε άτομα που δεν επιθυμούν να μιλήσουν αλλά δύνανται να επικοινωνήσουν μέσω της γραφής ή της ζωγραφικής (Christie, 2000).

E) Role Play: Προσποιούμενος τον ντετέκτιβ

Αυτή η τεχνική απαιτεί την υιοθέτηση μίας καινούργιας ταυτότητας, η οποία υποδύεται ανάμεσα στις συνεδρίες, συχνά χωρίς να αναφέρεται στους συγγενείς και τους φίλους. Η επίδραση της αλλαγής της συμπεριφοράς και του τρόπου με τον οποίο επηρεάζει τις σκέψεις και τα συναισθήματα, μπορούν να συζητηθούν στη θεραπευτική συνεδρία. Στο πρώτο μέρος η ασθενής ρωτάται τι θα μπορούσε να συμβεί αν συμπεριφερόταν με διαφορετικό τρόπο (π.χ. αν τρεφόταν περισσότερο). Τότε συζητιούνται οι αντιδράσεις των άλλων ανθρώπων. Το επόμενο βήμα είναι να τεθεί επί τάπητος η ιδέα ότι η προσέλευση σε θεραπεία είναι σαν τη δουλειά ενός ντετέκτιβ, γίνεται έρευνα των αιτιών της ύπαρξης των ανησυχιών και των προβλημάτων (Christie, 2000).

Επίσης, ζητάται από τα άτομα να διατηρήσουν ένα κρυφό ημερολόγιο και να προσπαθήσουν να καταγράψουν τις αντιδράσεις των άλλων, καθώς και πώς ένιωθαν όταν συμπεριφερόντουσαν διαφορετικά. Οι γονείς δεν πρέπει να είναι ενημερωμένοι για αυτήν τη διαδικασία. Αυτή η τεχνική συλλέγει πληροφορίες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη θεραπεία. Αποτελεί έναν τρόπο για να εδραιωθεί η δέσμευση της ασθενούς στην αλλαγή. Αν δεν μπορέσει να ολοκληρώσει αυτή την τεχνική, τότε η εστίαση στην αυτοκατευθυνόμενη αλλαγή δεν είναι βοηθητική σε αυτό το στάδιο (Christie, 2000).

9.3. Συμβολικά σχεδιαγράμματα με μία διαφορά για παιδιά και εφήβους

Όπως είναι γνωστό, οι συμπεριφορές εδραιώνονται όταν επιβραβεύονται ή ενισχύονται. Η ανταμοιβή των επιτυχιών με προσοχή και τα συμβολικά σχεδιαγράμματα αποτελούν πολύ χρήσιμα εργαλεία. Παρόλα αυτά, πολλοί γονείς

αναφέρουν πως έχουν προσπαθήσει αλλά έχουν αποτύχει να τα χρησιμοποιήσουν με επιτυχία. Αυτό, συνήθως, συμβαίνει επειδή οι στόχοι που έχουν τεθεί είναι πολύ υψηλοί για να είναι πραγματοποιήσιμοι. Ένα άλλο πρόβλημα είναι πως τα συμβολικά σχεδιαγράμματα δεν αποτελούν φανερές επιβραβεύσεις, με αποτέλεσμα το άτομο να δυσκολεύεται να συνδυάσει τη συμπεριφορά με το σχεδιάγραμμα (Christie, 2000).

A) Μεγαλώνοντας ένα λουλούδι

Σε αυτή τη γνωστικο-συμπεριφοριστική τεχνική, ζητάται από το άτομο να δοκιμάζει νέες γεύσεις και να τις καταγράφει. Στη συνεδρία η θεραπευόμενη συμφωνεί με τον θεραπευτή ποιες είναι οι επιτρεπτές και αποτυπώνει τη κάθε μία σε ένα χαρτί σχήματος πετάλου. Τότε της δίνεται ένα μεγάλο λουλούδι χωρίς πέταλα και οφείλει να τοποθετήσει αυτά που έχει δημιουργήσει η ίδια γύρω από το κέντρο. Αυτό το λουλούδι αποτελεί το διατροφολόγιό της. Όταν προστίθενται νέες γεύσεις το λουλούδι μεγαλώνει.

B) Η πεινασμένη κάμπια

Συνήθως οι ανορεκτικοί άντρες δεν ελκύονται από τη δημιουργία ενός λουλουδιού. Μία κάμπια μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μεταφορά της ανάπτυξης και της αλλαγής. Το άτομο μπορεί να την φτιάξει όσο μεγάλη επιθυμεί.

Γ) Αυξάνοντας την αυτοεκτίμηση

Τα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία, χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση. Το λουλούδι και η κάμπια μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αναγνωριστούν και να ενισχυθούν θετικά οι επιτυχίες. Η ασθενής και ο θεραπευτής διερευνούν πράγματα, τα οποία η πρώτη μπορεί να υλοποιήσει επαρκώς. Η

συγκεκριμένη διαδικασία είναι ιδιαίτερα δύσκολη, όταν το άτομο πιστεύει πως δεν δύναται να κατορθώσει οτιδήποτε. Ωστόσο, αυτή η δυσκολία μπορεί να ενσωματωθεί σε μία εργασία για το σπίτι, στην οποία πρέπει να ανακαλύψει ποια πλεονεκτήματα έχει, σύμφωνα με την άποψη του κάθε μέλους της οικογένειας. Τότε ο θεραπευτής συζητά μαζί της ποια από αυτά πιστεύει η ίδια πως είναι πραγματικότητα και προσπαθεί να εξαλείψει την άρνησή της να αποδεχτεί τα θετικά χαρακτηριστικά της (Christie, 2000).

Δ) Η αναρρίχηση στο βουνό: Ένα απίστευτο ταξίδι;

Οι αρνητικές στάσεις για το μέλλον εκφράζονται πολύ συχνά από τα άτομα που έχουν ένα χρόνιο πρόβλημα και πιστεύουν πως αυτή η κατάσταση δεν θα αλλάξει ποτέ. Σε αυτές τις περιπτώσεις προτείνεται να το αντιμετωπίσουν σαν ένα βουνό¹⁴ το οποίο πρέπει να ανέβουν.

Καθώς οι γνωστικο-συμπεριφοριστικές τεχνικές αποτελούν μία διαδικασία συνεργασίας με τις ασθενείς, ενθαρρύνονται να ορίσουν οι ίδιες την κορυφή. Ωστόσο, δεν χρειάζεται να σκεφτούν πώς θα φτάσουν μέχρι εκεί. Ο θεραπευτής συνοδεύει το άτομο στο ταξίδι του αλλά αυτό οφείλει να πραγματοποιήσει τη δική του αναρρίχηση. Αυτό το μοντέλο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διασαφηνιστεί η ανάγκη της σταθερής προόδου. Δεν αναμένεται να διασχίσει η ασθενής όλη τη διαδρομή. Οι γονείς και οι πάσχουσες πρέπει να συνειδητοποιήσουν πως θα υπάρξουν στιγμές ξεκούρασης. Όλη η οικογένεια αλλά και ο θεραπευτής ζωγραφίζουν ανά τακτά χρονικά διαστήματα το βουνό και σημειώνουν το σημείο στο οποίο η ανορεκτική γυναίκα έχει καταφέρει να φτάσει (Christie, 2000).

¹⁴ Η βάση του βουνού συμβολίζει την τωρινή κατάσταση και η κορυφή αυτό που επιθυμούν να πραγματοποιήσουν ή να αλλάξουν.

10. ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

10.1. Οι στόχοι της ψυχοθεραπείας και της θεραπευτικής μεθόδου

Η αποστολή του ψυχοθεραπευτή είναι κατά πολλούς τρόπους παρόμοια με αυτή των γονιών. Για αυτόν τον λόγο, η ψυχοθεραπεία δεν είναι μία μέθοδος στην οποία οι ασθενείς οφείλουν να έχουν καλή λεκτική ικανότητα ή υψηλή νοημοσύνη. Η σχέση ανάμεσα στους γονείς και το παιδί περιλαμβάνει τις εσωτερικές και εξωτερικές εμπειρίες του, τη συνέπεια της φροντίδας, εξειδικευμένα και οριοθετημένα πλαίσια και την αποδοχή του ακόμη κι αν είναι καταστρεπτικό ή απορριπτικό. Επίσης, ένα αξιόπιστο και τακτικό σύστημα συναντήσεων επιτρέπει στην ασθενή να αναπτύξει εμπιστοσύνη στον θεραπευτή (Magagna, 2000).

Σε αυτές τις συναντήσεις, ο θεραπευτής οφείλει να προσαρμοστεί στις συναισθηματικές εμπειρίες της ασθενούς και να σημασιοδοτήσει τις επικοινωνίες της. Αυτό ομοιάζει με το γεγονός ότι η μητέρα, χρησιμοποιώντας τη δική της συναισθηματική εμπειρία, δίνει νόημα στις εκφράσεις των φυσικών και συναισθηματικών καταστάσεων του μωρού. Αξίζει να σημειωθεί πως τα άτομα με νευρική ανορεξία, συχνά δεν έχουν τη δυνατότητα να ενοποιήσουν τις φυσικές και ψυχολογικές εμπειρίες τους (Winnicott, 1958).

Συγκεκριμένα, στην έναρξη της θεραπείας, η ασθενής προβάλλει¹⁵ αφόρητο συναίσθημα και φυσικές εμπειρίες στον θεραπευτή, πριν ακόμη αποκτήσει την ικανότητα να εκφράσει με λέξεις την εμπειρία. Τότε, ο θεραπευτής χρησιμοποιεί τα δικά του βιώματα ώστε να συνειδητοποιήσει η ασθενής αυτές τις προβολές. Το

¹⁵ Η προβολή είναι από τους πιο πρωτόγονους μηχανισμούς άμυνας. Οτιδήποτε εσωτερικό και μη αποδεκτό προβάλλεται προς τα έξω και νοείται ως εξωτερικό. Αντί το άτομο να παραδέχεται τα δικά του εχθρικά αισθήματα, θεωρεί ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί (Pervin & John, 2001).

βασικό θεραπευτικό πλάνο είναι να μοιραστεί το άτομο τις εσωτερικές του εμπειρίες, δίνοντας έμφαση στα συναισθήματα. Παρόλο που ο θεραπευτής παρεισφρεί με ερωτήσεις και σχόλια, είναι συχνά κατάλληλο να μιλάει με τη φωνή της ασθενούς, τονίζοντας πως η μη λεκτική της επικοινωνία έχει γίνει κατανοητή (Magagna, 2000).

Η υγιής ψυχολογική ανάπτυξη μπορεί να διασφαλιστεί μόνο με την παρουσία μίας αποτελεσματικής εσωτερικής ψυχικής δομής. Καθώς ο θεραπευτής υφίσταται τα συναισθήματα και τους δίνει νόημα, η ασθενής μπορεί να αρχίσει να βιώνει όντας κατανοητή και αποδεκτή. Αυτές οι εμπειρίες εσωτερικεύονται μέχρι να εμφανιστούν τα συναισθήματα και οι σκέψεις για αυτές (Magagna, 2000).

10.2. Χρησιμοποιώντας τα όνειρα για μία αρχική εκτίμηση

Άσχετα με τις διάφορες δυσκολίες, τα άτομα με νευρική ανορεξία τείνουν να προοδεύουν σε παρόμοιες φάσεις συναισθηματικής ανάπτυξης στην πορεία της θεραπείας. Αυτό ερμηνεύεται από τα όνειρα των ασθενών, τα οποία λειτουργούν σαν ένα είδος εσωτερικού θεάτρου με εσωτερικές οικογενειακές φιγούρες, που εμπλέκονται σε συναισθηματικές σχέσεις και διαμάχες (Meltzer, 1987).

Η σταθερή ανάπτυξη των εσωτερικών δυνάμεων στη δομή της προσωπικότητας της ασθενούς εξιχνιάζονται πιο αξιόπιστα εκτιμώντας τη δομή των ονείρων της και τις συναισθηματικές σχέσεις μέσα σε αυτά. Προς το παρόν, η έρευνα για την ψυχική ανάπτυξη, όπως παρατηρείται μέσα από τη διαδικασία των ονείρων, είναι ακόμη ελλιπής. Η δομή των ονείρων της ασθενούς στη θεραπεία προτείνει μία διακύμανση της ψυχικής κατάστασης. Η αναπτυσσόμενη αίσθηση υπευθυνότητας για τα εκφραζόμενα συναισθήματα στα όνειρα προτείνουν το ίδιο. Κάποιος μπορεί να τα θεωρήσει σαν ασυνείδητη σκέψη, ισοδύναμη με τη δράση των μικρών παιδιών.

Καθώς η ασθενής συζητά τα όνειρά της, ο θεραπευτής εστιάζει στο πώς το μυαλό αντεπεξέρχεται στις συναισθηματικές εμπειρίες και πώς διαπραγματεύεται τις διαστρεβλώσεις που διαμορφώνονται από τον ασυνείδητο εαυτό κατά τη διάρκεια της μέρας (Meltzer, 1987). Η εστίαση της ερμηνευτικής δουλειάς του θεραπευτή στοχεύει στο να βοηθήσει το άτομο να διεισδύσει στις σχέσεις του με τις γονεϊκές φιγούρες, καθώς υποδύονται στη σχέση του με τον θεραπευτή. Υπάρχει ένας βαθμιαίος διαχωρισμός ανάμεσα στα παιδικά συναισθήματα της ασθενούς και στα πιο ώριμα μέρη της προσωπικότητάς της. Η ωριμότητα χαρακτηρίζεται από την ευθύνη της σκέψης σχετικά με τις συναισθηματικές εμπειρίες και από ένα αναπτυσσόμενο ενδιαφέρον για τις καταστροφικές ενέργειες και συναισθήματα (Magagna, 2000).

10.3. Η αρχική φάση της θεραπείας: Η ολική μεταβίβαση¹⁶

Αν και είναι σημαντικό για τον ψυχοθεραπευτή να αξιολογεί συνεχώς όχι μόνο την εσωτερική ψυχική ανάπτυξη αλλά και τις εξωτερικές σχέσεις με την οικογένεια, ο σκοπός αυτού του κεφαλαίου περιορίζεται στην περιγραφή της ψυχοθεραπευτικής προόδου και των εμποδίων στην ανάπτυξη που παρουσιάζονται είτε στον θεραπευτή είτε στην ασθενή. Αυτή η εξέλιξη και οι δυσκολίες αναδύονται και γίνονται κατανοητές μέσω της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης¹⁷ που παρουσιάζονται στα όνειρα, στις ζωγραφιές, στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία κατά τη διάρκεια διάφορων φάσεων της θεραπείας. Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία

¹⁶ Ο όρος μεταβίβαση αναφέρεται στη διαμόρφωση από τον ασθενή κάποιων στάσεων απέναντι στον αναλυτή ανάλογα με τη στάση που τηρούσε στο παρελθόν απέναντι στις γονεϊκές φιγούρες. Αν δεχτούμε την άποψη ότι η μεταβίβαση σχετίζεται με κάποια παραποίηση της πραγματικότητας βασισμένη σε παρελθούσες εμπειρίες, τότε αυτή συμβαίνει στην καθημερινή ζωή όλων και συντελείται σε όλες τις μορφές ψυχοθεραπείας. Αν και η μεταβίβαση είναι μέρος κάθε σχέσης και κάθε μορφής θεραπείας, η ψυχανάλυση τη χρησιμοποιεί με έναν ξεχωριστό τρόπο ως δύναμη που επεμβαίνει δυναμικά στην αλλαγή της συμπεριφοράς (Pervin & John, 2001).

¹⁷ Η αντιμεταβίβαση χρησιμοποιείται για να ορίσει τις ασυνείδητες αντιδράσεις του αναλυτή απέναντι στον αναλύμενο και στη μεταβίβασή του. Αρχικά ο Freud θεωρούσε την αντιμεταβίβαση εμπόδιο στην αναλυτική διεργασία (Σηφακάκη, 2002).

χαρακτηρίζεται από την εστίαση στην ολική μεταβίβαση της ασθενούς. Η όλη συναισθηματική αντίδρασή της στους ειδικούς και στους γονείς συσσωρεύεται στη σχέση μεταβίβασης με τον θεραπευτή (Magagna, 2000).

10.3.1. Το θέμα της αντιμεταβίβασης και η δημιουργία μιας ερμηνείας σε σχέση με τη συνολική μεταβίβαση του ατόμου

Το κύριο πρόβλημα με την αντιμεταβίβαση είναι ότι ενώ ο θεραπευτής επιθυμεί να αισθάνεται βοηθητικός και αποτελεσματικός, περιορίζεται και απορρίπτεται σαν αποτέλεσμα των εμποδίων που ανορθώνονται από την « ψευδο-αυτονομία» της ασθενούς, η οποία ασκεί έλεγχο μέσω της μείωσης του φαγητού, των δυσάρεστων συναισθημάτων και των ευχάριστων στιγμών σε μία σχέση με οικειότητα. Ο θυμός και η ματαιώση παρουσιάζονται συχνά καθώς ο ένας από τους δύο αποδοκιμάζεται (Magagna, 2000).

Εάν ο θεραπευτής χρειάζεται να είναι αρεστός από την ασθενή και δεν μπορεί να ανεχτεί να βιώνεται σαν μία βασανιστική φιγούρα, υπάρχει μία τάση να διχαστεί η μεταβίβαση. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στην υποκρισία της ασθενούς σε σχέση με τους γονείς και τους ειδικούς. Στο μεσοδιάστημα των συνεδριών, οι γονείς αντιμετωπίζονται σαν αντικαταστάτες του θεραπευτή, με αποτέλεσμα η ασθενής να τους συμπεριφέρεται πολύ άσχημα. Αυτό συμβαίνει γιατί κάθε συγγενικό είδος θεραπείας αξιώνει από τον θεραπευτή να την προετοιμάσει για τους αποχωρισμούς που έχουν σχέση με το τέλος των συνεδριών, τις διακοπές και τη λήξη της θεραπευτικής διαδικασίας (Magagna, 2000).

10.4. Η ενδιάμεση φάση της θεραπείας: Επιπλοκές στην ενοποίηση των διγασμένων όψεων της προσωπικότητας

Η ενδιάμεση φάση της θεραπείας χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη μερικής εμπιστοσύνης της ασθενούς στην ικανότητα του θεραπευτή να κατανοήσει και να αποδεχτεί τις συναισθηματικές εμπειρίες της. Η επιδεξιότητά του σε αυτό επηρεάζεται από τη δική της προθυμία να παραμείνει συναισθηματικά ζωντανή και να διαβιβάσει τον ψυχικό πόνο της αποδοχής των διαισθητικών εσωτερικών δυνάμεων, τις συνειδητά ή ασυνείδητα προβάλλει στην προσωπικότητα του θεραπευτή. Τα ασυνείδητα μηνύματα της ασθενούς στον θεραπευτή προωθούν την πιο τίμια και βοηθητική επίβλεψη του εσωτερικού του κόσμου. Η καλύτερη ψυχοθεραπεία είναι «ένα ντουέτο για δύο», στο οποίο τα ξεχασμένα και μη ανεπτυγμένα μέρη και του θεραπευτή και της ασθενούς ανασταίνονται μέσω της νευρωσικής και ψυχωσικής μεταβίβασης της δεύτερης. Η θεραπεία γίνεται πιθανή όταν ο αναλυτής ακούει προσεκτικά, επεξεργάζεται την αντιμεταβίβασή του και οδηγείται στη βάση της κατανόησής της (Leunig, 1990).

10.4.1. Έξι επαναλαμβανόμενα προβλήματα

Παρόλο που η νευρική ανορεξία δημιουργείται από ένα πλήθος παραγόντων, υπάρχουν κάποιες κοινές προκλήσεις που παρουσιάζονται στην ενδιάμεση φάση της θεραπείας, στην οποία η ασθενής έχει γνωρίσει καλύτερα τον θεραπευτή. Αυτές οι προκλήσεις είναι οι εξής: α) σιωπή, β) εχθρότητα, φόβος και εκδίκηση, γ) ανταγωνισμός, δ) ψυχαναγκασμός και διανοητικότητα, ε) διατροφικές δυσκολίες που

αποτελούν μέρος της μεταβίβασης και στ) η συμβιβαστική εξωτερική πρόοδος που καλύπτει τις εσωτερικές δυσκολίες.

A) Σιωπή

Αξίζει να σημειωθεί πως τις περισσότερες φορές υπάρχει επικοινωνία ανάμεσα στον θεραπευτή και την ασθενή. Ωστόσο, όταν η δεύτερη είναι σιωπηλή, ο θεραπευτής υποκινείται ώστε να κατανοήσει την επικρατούσα διάθεση που απορρέει από τη στάση της απέναντί του αλλά και από την αντιμεταβίβασή του (Magagna, 1996). Αν ο θεραπευτής είναι γαλήνιος και μέσα στη σιωπή «ακούει» τι συμβαίνει στον ψυχισμό της ασθενούς, δεν χρειάζεται να την ρωτήσει (Leunig, 1990). Ωστόσο, πολλές φορές τα διαστήματα σιωπής δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα στον θεραπευτή όπως αδικαιολόγητη υπερπροστασία, φόβος, ανικανότητα, απόρριψη, απελπισία και ανάγκη για στοιχειώδη επικοινωνία, τα οποία δύνανται να επηρεάσουν αρνητικά τη θεραπεία.

B) Εχθρότητα, φόβος και εκδίκηση

Η βοήθεια προς τους γονείς να συνεργαστούν, να προωθήσουν σταθερά όρια και ρόλους για την ασθενή είναι απαραίτητη για πολλά ανορεκτικά άτομα εάν η ευσπλαχνία και η ευαισθησία για τον φόβο του παιδιού χαρακτηρίζει τους γονείς. Ωστόσο, η πιο ευπαθής, ανίσχυρη, χρόνια πάσχουσα και συναισθηματικά διαταραγμένη είναι πιθανό να νιώθει εθισμένη στον ψευδο-αυτόνομο εαυτό σαν μία προστασία απέναντι στον εσωτερικό φόβο μήπως χάσει τον έλεγχο. Χωρίς το σταθερό ψυχικό όριο που προωθείται από τους ψυχικούς ελιγμούς της συμπεριφοράς, όπως η λιμοκτονία, η δίαιτα, η άσκηση, η πρόκληση εμετού και η χρήση καθαρτικών, η ασθενής νιώθει πως συντρίβεται. Όταν αυτές οι συμπεριφορές αναστέλλονται, το

άτομο γίνεται επιθετικό και εκδικητικό, πιστεύοντας πως κάποιος προσπαθεί να του προκαλέσει κακό (Magagna, 2000).

Γ) Ανταγωνισμός

Καθώς η ασθενής προσαρμόζεται στην επιτήρηση ή αναπτύσσει μία σχέση εξάρτησης με τον θεραπευτή, ο ανταγωνισμός με τους υπόλοιπους μπορεί να την ωθήσει ώστε να γίνει το πιο «άρρωστο» άτομο. Όταν τα μέλη της οικογένειας παρατηρούν πρόοδο, η ασθενής ενδέχεται να νιώσει πως ο θεραπευτής νοιάζεται μόνο για τα προβλήματα και, επιπλέον, ο στόχος να αποκολληθεί από αυτόν, μπορεί να προκαλέσει ανησυχία. Αυτή η παθολογική ανάγκη να ανταγωνίζεται τα άλλα άτομα ώστε να είναι η πιο «άρρωστη» δύναται να οδηγήσει σε χρόνιες δυσκολίες (Magagna, 2000).

Δ) Ψυχαναγκασμός και διανοητικότητα

Ο έλεγχος μέσω της δίαιτας χρησιμοποιείται για να ανασταλεί η ενστικτώδης διατροφική συμπεριφορά. Οι φοβίες για κάποιες τροφές δύνανται να υπάρχουν και κατά τη διάρκεια αυστηρής δίαιτας. Αυτές οι συμπεριφορές υποκρύπτουν φαντασιώσεις, οι οποίες, όταν κατανοηθούν, μπορούν να οδηγήσουν στη σημασιολόγηση της προβληματικής διατροφικής συμπεριφοράς, της πρόκλησης εμετού και της κατάχρησης καθαρτικών. Οι νοητικές λειτουργίες της ασθενούς είναι παρόμοιες με τη διαταραγμένη συμπεριφορά της. Όταν δεν υπάρχει επαρκής διανοητική δομή για την ταξινόμηση των εσωτερικών συναισθημάτων, η ασθενής μοιάζει να βρίσκεται σε «διανοητική» δίαιτα, με την οποία αποφεύγει να προσεγγίσει συναισθηματικά θέματα που αποτελούν ταυτόχρονα και επώδυνα. Μέχρι να προετοιμαστεί η εσωτερική δομή της για να συγκρατήσει συναισθήματα, μπορεί μόνο

να επιτρέψει σταδιακά στον εαυτό της να βγει από το κάλυμμα του κρύου διανοητικισμού (Magagna, 2000).

E) Διατροφικές δυσκολίες που αποτελούν μέρος της μεταβίβασης

Έχει ήδη προαναφερθεί πως οι γονείς της ασθενούς οφείλουν να συνεργαστούν ώστε να επέλθει ανάρρωση. Ωστόσο, συχνά, είναι πολύ εύκολο για τον θεραπευτή να ξεχάσει ότι οι αλλαγές στις διατροφικές δυσκολίες του ατόμου συνδέονται με τη μεταβίβαση που συνίσταται από την αναπτυσσόμενη σχέση μαζί του, ο οποίος είναι τώρα ο αντιπρόσωπος των γονιών. Ο βασικός στόχος είναι να συλλεχθούν τα παιδικά συναισθήματα στη σχέση μεταβίβασης με τον θεραπευτή και η απελευθέρωσή της από τη δυσκυβέρνητη ένταση συναισθημάτων που παρεμβαίνουν στη διατροφική και ψυχολογική λειτουργία της. Μία συνέπεια της συλλογής συναισθημάτων μέσα στη μεταβίβαση είναι ότι ο θεραπευτής οφείλει να αποδεχτεί την αναπτυσσόμενη εξάρτηση της ασθενούς, όπως και την ορμή της επιθετικότητάς της. Όταν έχει αναπτυχθεί μία καλή συμμαχία με τον θεραπευτή, η αντίδραση στον αποχωρισμό από αυτόν περιλαμβάνει, συνειδητά ή ασυνείδητα, δυσάρεστα συναισθήματα, τα οποία μπορούν να προκαλέσουν υποτροπή (Magagna, 2000).

Στ) Η συμβιβαστική εξωτερική πρόοδος που καλύπτει τις εσωτερικές δυσκολίες

Πολλές ανορεκτικές ασθενείς προσπαθούν να επαναστιστούν ώστε να εξέλθουν όσο το δυνατό γρηγορότερα από το νοσοκομείο. Ο στόχος τους μετά είναι ξανά η απώλεια βάρους. Η αναγνώριση της συμβιβαστικής διάθεσης και η ανοιχτή συζήτησή της μπορεί να τους προκαλέσει ανακούφιση. Είναι πολύ σημαντικό για

τους θεραπευτές να σημειώνουν τις αντιδράσεις των ασθενών σε σχόλια και ερμηνείες για να διαπιστώσουν αν έχει επέλθει πραγματική αλλαγή (Magagna,2000).

10.5. Η τελική φάση της θεραπείας

Ο τερματισμός της θεραπείας αφυπνίζει παλιά θέματα που χαρακτηρίζονται από υπερθυμία με τους γονείς. Η ασθενής εξαρτάται από την κατανόηση που προωθείται κατά τη διάρκεια των συνεδριών. Συνήθως, στην τελική φάση υπάρχει οργή προς τον θεραπευτή, επειδή αυτή η σχέση θα διακοπεί, σε αντίθεση με την παντοτινή «μηχανή φαγητού». Αυτή είναι μία απόκτηση της ασθενούς, που βρίσκεται υπό τον έλεγχό της, κάτι που δεν συμβαίνει με τον θεραπευτή, και μπορεί να αποφασίσει η ίδια πότε θα λάβει τροφή και πότε όχι. Ωστόσο, η μελλοντική σταθερότητα εξαρτάται από τον τρόπο που έχει εσωτερικεύσει η ασθενής τη θεραπευτική σχέση, μία σχέση που δεν την ήλεγχε ποτέ, καθώς και από τον τρόπο που θα συνεχίσει τη διαδικασία ανακάλυψης των διαφόρων όψεων του εαυτού της (Magagna, 2000).

Η επιτυχημένη θεραπεία περιλαμβάνει τη λήψη ευθύνης από την ασθενή για την φροντίδα του εαυτού της ενώ παραμένει συνδεδεμένη με άλλα άτομα από τα οποία εξαρτάται, καθώς και την ανάπτυξη της ανησυχίας για τα συναισθήματα των άλλων. Υπάρχει μία συχνότητα ονείρων στα οποία υποστηρικτικές φιγούρες μπορούν να συναντήσουν την αγωνία των υπολοίπων. Επίσης, η ασθενής οφείλει να έχει συνειδητοποιήσει πως οι γονείς της δεν είναι τέλειοι αλλά απλά ανθρώπινα όντα με αδυναμίες και προβλήματα. Τέλος, πρέπει να έχει αποκολληθεί από αυτούς, τουλάχιστον προσωρινά, διότι οι δυσκολίες τους παρεμβαίνουν στην ψυχολογική ανάπτυξή της (Magagna, 2000).

11. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΩΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ

Πολλές φορές τα άτομα με νευρική ανορεξία χρειάζονται μία περίοδο εσωτερικής νοσηλείας. Οι ενδείξεις για την εισαγωγή περιλαμβάνουν τον σοβαρό υποσιτισμό, τα ιατρικά παράπονα όπως καρδιακές αρρυθμίες, τα διάφορα είδη αυτοκαταστροφικής ή αυτοκτονικής συμπεριφοράς, τα σημάδια άλλων προβλημάτων υγείας όπως κατάθλιψη, την ανάγκη για μια πιο ευρεία εκτίμηση και μία μικρή ή καθόλου πρόοδο κατά τη διάρκεια άλλων ειδών θεραπείας (Honig & Sharman, 2000).

11.1. Μία πολυπειθαρχική προσέγγιση

Υπάρχει καθολική αποδοχή της ανάγκης για μία πολυπειθαρχική προσέγγιση στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας, διότι με αυτόν τον τρόπο αυξάνεται η κατανόησή της και εμφανίζεται μία πιο σύνθετη και πολυπαραγοντική εικόνα. Συνεπώς, το ιδανικό μοντέλο για την αντιμετώπισή της οφείλει να παρεμβαίνει σε ποικίλες πτυχές της ζωής της ασθενούς. Τα βασικότερα χαρακτηριστικά των ασθενών που συμπεριλαμβάνονται στη θεραπεία είναι η χειριστικότητα και η ικανότητά τους να παραπλανούν το προσωπικό. Όπως ο Garfinkel (1985) προτείνει, τα «αντιμεταβιβαστικά θέματα» είναι μερικά από τα οποία μία καλώς λειτουργούσα ομάδα εσωτερικής νοσηλείας μπορεί ιδανικά να χειριστεί.

11.2. Οργανωμένες δομές που ενισχύουν την καλή επικοινωνία

Η ανάγκη για καλή επικοινωνία ανάμεσα σε αυτούς που συνεργάζονται (αθρονείς και προσωπικό) με μία ασθενή είναι τόσο θεμελιώδης, που δεν μπορεί να παραβλεφθεί. Οι εσωτερικές ασθενείς γίνονται μέλη ενός σύνθετου συστήματος που περιλαμβάνει την οικογένεια, την ομάδα των νοσοκόμων, τους ψυχοθεραπευτές, τους ψυχιάτρους και τους γιατρούς. Τα δημιουργικά κανάλια επικοινωνίας αποτελούν προϋπόθεση για την αντιμετώπιση. Σύμφωνα με τον Vandereycken (1985, σελ. 418), «η συνοχή της θεραπευτικής ομάδας είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα εσωτερικής νοσηλείας».

11.2.1. Η εβδομαδιαία πολυπειθαρχική συζήτηση

Σε εβδομαδιαία βάση, η εσωτερική πολυπειθαρχική ομάδα οφείλει να πραγματοποιεί συναντήσεις, που θα αφορούν στην κάθε ασθενή ξεχωριστά. Έχει βρεθεί ότι ένα ισχυρά δομημένο σχήμα λειτουργεί καλύτερα για αυτές τις συναντήσεις, καθώς το πρωταρχικό βήμα είναι να εδραιώσουν θεραπευτικούς στόχους για την ερχόμενη εβδομάδα. Κατά μέσο όρο, μία δεκαπεντάλεπτη συζήτηση για κάθε ασθενή επαρκεί (Honig & Sharman, 2000).

Η ομάδα οφείλει να προσφέρει ευκαιρίες για ανατροφοδότηση από όλους τους επαγγελματίες για να συλλεχθούν οι παρακάτω πληροφορίες: 1) ανασκόπηση των συζητήσεων της προηγούμενης εβδομάδας, 2) ενημέρωση για τη φυσική κατάσταση των ασθενών, 3) παρατήρηση των σχέσεων των ασθενών με τους φίλους, την οικογένεια και το προσωπικό, 4) ικανότητα της ασθενούς να λειτουργήσει σε ένα εκπαιδευτικό περιβάλλον, 5) η αλληλεπίδραση των γονιών με το παιδί και το

προσωπικό, 6) η ανατροφοδότηση από τον θεραπευτή για τις αντιλήψεις των ασθενών και 7) ο καθορισμός της επόμενης συνάντησης (Honig & Sharman, 2000).

Εκτός από την ενίσχυση της καλής επικοινωνίας, η συνάντηση έχει ακόμη μία λειτουργία. Αποτελεί ένα ιδανικό περιβάλλον για την αναγνώριση εξαιρέσεων στο πρόβλημα και των περιοχών δύναμης της ασθενούς καθώς και για τη μετακίνηση της θεραπείας σε έναν «ενάρετο κύκλο», χωρίς εξαιρέσεις και αδικίες (White, 1984, σελ. 115).

11.2.2. Το σύστημα της «μικρής ομάδας»

Το σύστημα της «μικρής ομάδας» συνίσταται από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, την ασθενή και την οικογένεια και συναντιέται για μισή ώρα κάθε εβδομάδα. Αυτή η συνάθροιση προωθεί ένα πιο στοχαστικό πλαίσιο. Ο στόχος τους είναι να διασφαλίσουν τις συμβουλές της προηγούμενης ομάδας και να αποφασίσουν ποια σημεία πρέπει να διερευνηθούν περισσότερο στην επόμενη συνάντησή τους. Αυτό αποδεικνύεται ιδιαίτερα χρήσιμο, όταν υπάρχουν διαφορές που δεν μπορούν να επιλυθούν στην «μικρή ομάδα» (Honig & Sharman, 2000).

Οι «μικρές ομάδες» βασίζονται στην ομάδα που περιλαμβάνει αρκετά μέλη του προσωπικού και διανέμουν ρόλους. Είναι ένα σύστημα που λειτουργεί καλύτερα όταν το προσωπικό δεν δουλεύει μειωμένο ωράριο. Είναι ιδιαίτερα δύσκολο να οργανώνονται τακτικές συναντήσεις για όλες τις ασθενείς με το προαναφερθέν δεδομένο. Ένα άλλο βασικό πλεονέκτημα αποτελεί η χρησιμότητά τους για το ενιαίο θεραπευτικό πλάνο, καθώς οι ασθενείς περιλαμβάνονται στις συναντήσεις και μπορούν να εκφράσουν ελεύθερα την άποψή τους (White, 1984).

11.2.3. Συναντήσεις απολογισμού με τους γονείς

Καθώς οι γονείς συμμετέχουν σε πρόγραμμα συμβουλευτικής, είναι κρίσιμο να συμπεριληφθούν σε όλες τις πτυχές της θεραπείας του παιδιού τους. Υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους μπορεί να επιτευχθεί κάτι τέτοιο. Ένας από αυτούς είναι η συνάντησή τους σε τακτική βάση (κάθε 4-6 εβδομάδες) με το προσωπικό για να γίνεται απολογισμός των στόχων. Αυτό μπορεί να προωθήσει ένα μοντέλο θεραπείας πολύ πιο συνεργατικό παρά κατευθυντικό-αλλά μόνο όταν η ομάδα είναι πραγματικά ανοιχτή στην ανατροφοδότηση και στην πιθανότητα παραίτησης μερικών από τους ειδικούς (Honig & Sharman, 2000).

11.3. Δουλεύοντας με τις οικογένειες εκτός της οικογενειακής θεραπείας

Η οικογενειακή θεραπεία αποτελεί ένα βασικό συστατικό της αντιμετώπισης αλλά δεν είναι απαραίτητα επαρκής για να επέλθει ανάρρωση. Η εργασία με τις οικογένειες, εκτός της οικογενειακής θεραπείας, είναι θεμελιώδης σε κάθε προσέγγιση αλλά είναι ακόμη πιο αποφασιστικής σημασίας στο πρόγραμμα της εσωτερικής νοσηλείας. Βασικά είναι μία προσέγγιση που απαιτεί από το προσωπικό να μην λησμονεί ποτέ πως οι γονείς είναι υπεύθυνοι για τα παιδιά τους είτε μένουν μαζί είτε όχι. Άρα, είναι κρίσιμο που οι γονείς συμβουλευονται τακτικά και ιδιαίτερα όταν το προσωπικό έρχεται αντιμέτωπο με αποφάσεις, που μπορούν να δημιουργήσουν διαμάχες με την ασθενή. Αυτό το είδος εργασίας βασίστηκε στην πεποίθηση ότι για μία επιτυχημένη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας, ο ακρογωνιαίος λίθος κάθε προγράμματος είναι ο συνυπολογισμός και η εξουσιοδότηση των γονιών. Αυτό σημαίνει πως πρέπει να πληροφορούνται και να ενθαρρύνονται ώστε να παίρνουν αποφάσεις, οι οποίες βρίσκονται μέσα στα ενδιαφέροντα της ασθενούς.

Φυσικά, απαιτείται μεγάλη προσπάθεια για να βοηθηθούν οι πάσχουσες να εκφράσουν την απογοήτευση για τους γονείς τους (Honig & Sharman, 2000).

Ο τηλεφωνικός σύνδεσμος ανάμεσα στους γονείς και το προσωπικό είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Έτσι, δημιουργείται μία δυναμική σχέση που βοηθά την ανάρρωση. Επίσης, ο προσεκτικός σχεδιασμός και η διαπραγμάτευση των γευμάτων είναι ακόμη ένας πολύ καλός τρόπος να συμμετέχουν οι γονείς στη θεραπεία. Ο στόχος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι να διευκολύνει τη διαδικασία, βοηθώντας τους να επιτύχουν τους συμβιβασμούς και δίνοντας τους τη δυνατότητα να συλλογιστούν τι ήταν επιτυχημένο και τι όχι (Garfinkel, Garner, & Kennedy, 1985).

Οι σχέσεις με τα αδέρφια, επίσης, απαιτούν προσοχή και μπορεί να τεθούν υπό συζήτηση με την ασθενή και την οικογένεια. Αυτή η συζήτηση διευθύνει τον τρόπο που ένα θεραπευτικό πρόγραμμα μπορεί καλύτερα να ανταποκριθεί στις ανάγκες τόσο της οικογένειας όσο και όλων των μελών της. Περιστασιακά, η συνάντηση με τα αδέρφια για να συζητηθεί η επίδραση της νευρικής ανορεξίας της ασθενούς σε αυτούς και η προσφορά ψυχο-εκπαιδευτικών πληροφοριών μπορεί να αποδειχτεί ιδιαίτερα χρήσιμη (Garfinkel, Garner, & Kennedy, 1985).

11.4. Η θεραπεία του περιβάλλοντος

Αυτό το είδος αντιμετώπισης περιλαμβάνει τη φροντίδα του θεραπευτικού περιβάλλοντος σε μία κλινική και στοχεύει στην ενδυνάμωση και την ενθάρρυνση της ασθενούς να εξετάσει τη συμπεριφορά της, να αναγνωρίσει τα δυσάρεστα συναισθήματα και να ανακαλύψει εναλλακτικούς τρόπους έκφρασής τους (Crouch,

1998). Η θεραπεία του περιβάλλοντος αποτελεί ένα βασικό συστατικό του προγράμματος της εσωτερικής νοσηλείας. Ορισμένες περιοχές που πρέπει να διευθετηθούν σε αυτό το είδος αντιμετώπισης είναι: α) ο φόβος της απώλειας ελέγχου (άλλες περιοχές στη ζωή της ασθενούς μπορεί να μοιάζουν πως είναι εκτός ελέγχου αλλά ο έλεγχος του βάρους είναι απτός και της δίνει μία πιο σαφή αίσθηση του εαυτού της), β) η χαμηλή αυτοεκτίμηση (η ασθενής πιθανόν πιστεύει πως η αυτοαξία της σχετίζεται άμεσα με την ικανότητά της να παραμείνει λεπτή), γ) ο αγώνας για επίτευξη (οι ανορεκτικοί τείνουν να θέτουν υψηλούς στόχους και σταθερά προσπαθούν να τους επιτύχουν), δ) ο ανταγωνισμός με τους άλλους (γίνονται ανταγωνιστικές ώστε να είναι πιο αδύνατες και για να αποδείξουν πως έχουν τον μεγαλύτερο αυτοέλεγχο), ε) η άρνηση (η άρνηση της ασθένειας είναι κοινή και αποτελεί έναν σημαντικό μηχανισμό άμυνας) και στ) η κατηγοριοποίηση των άλλων ως «καλούς» ή «κακούς» (αντιμετωπίζουν τον κάθε γονιό και το κάθε μέλος του προσωπικού σαν «καλό» ή «κακό» και όχι σαν κάτι ενδιάμεσο. Αυτή η συμπεριφορά μοιάζει να είναι μία προσπάθεια να αποκτήσουν αίσθηση των παράλογων θετικών και αρνητικών συναισθημάτων που βιώνουν) (Honig & Sharman, 2000).

11.5. Ατομική προσπάθεια

Είναι σημαντικό για κάθε ασθενή να έχει μία ή δύο επιλεγμένες νοσοκόμες, με τις οποίες να μπορεί να συναντιέται τακτικά. Το νοσηλευτικό προσωπικό δύναται να διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στην προώθηση ευχάριστου προσωπικού χρόνου στις πάσχουσες. Η φύση αυτής της διαδικασίας στηρίζεται στη φυσιολογική και υγιή επικοινωνία ανάμεσα στους γονείς και το παιδί, αν και μπορεί να περιλαμβάνει στοιχεία της γνωστικής και ψυχοδυναμικής θεραπείας. Η ατομική προσπάθεια

συνήθως είναι ένα είδος απλής συζήτησης. Δίνεται η ευκαιρία στην ασθενή να υποβάλει διάφορες ερωτήσεις και να εκφράσει συναισθήματα, είτε θετικά είτε αρνητικά. Με αυτόν τον τρόπο της μεταφέρεται το μήνυμα πως είναι θεμιτό να μιλάει για συναισθήματα και ότι είναι πιο υγιές από την απώλεια βάρους. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό γιατί ο τρόπος με τον οποίο αισθάνεται μπορεί να συζητηθεί στις συναντήσεις των ομάδων (Cash, 1991).

Η ιδέα μιας υγιούς και μιας μη υγιούς πλευράς της ασθενούς μπορεί να χρησιμοποιηθεί στις ατομικές συνεδρίες, οι οποίες αργότερα δύνανται να επικεντρωθούν σε πιο ειδικά θέματα, όπως η ανάπτυξη μιας υγιούς ιδέας για το σώμα, η αύξηση της αυτοεκτίμησης, διάφορες θεματικές σχετικές με την ωρίμανση και μία εκπαίδευση που αφορά στη δίαιτα και την άσκηση (Honig & Sharman, 2000).

11.5.1. Ασκήσεις για βελτίωση της ιδέας του σώματος

Ένα πρόγραμμα για τη θεραπεία της ιδέας του σώματος πρέπει να βοηθήσει την ασθενή να αναγνωρίζει πότε αισθάνεται υπέρβαρη. Στις ατομικές συνεδρίες η νοσοκόμα και η πάσχουσα μπορούν να συζητήσουν τις ερμηνείες των γεγονότων που δημιουργεί η δεύτερη. Η νοσοκόμα προσφέρει εναλλακτικούς τρόπους κατανόησης των γεγονότων και προκαλεί τις πεποιθήσεις της ασθενούς (Cash, 1991).

Μία δεύτερη τεχνική είναι να καταγράψει η ασθενής μία λίστα με τα μέρη του σώματός της που δεν της αρέσουν και να τα βαθμολογήσει από το 1 έως το 10, όπου το 1 δείχνει ελαφριά δυσαρέσκεια και το 10 έντονη αποστροφή. Με αυτόν τον τρόπο γίνεται κατανοητή η δύναμη του συναισθήματος. Σε αυτό το σημείο πρέπει να εφαρμοστούν κάποιες τεχνικές χαλάρωσης, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την απευαισθητοποίηση και τη μείωση της ανησυχίας που σχετίζεται με τη σκέψη

για το σώμα. Τέλος, η ασθενής αρχίζει να ηρεμεί και για 15 δευτερόλεπτα συλλογίζεται το στρεσογόνο ερέθισμα και ακολουθεί περαιτέρω συγκέντρωση στη χαλάρωση. Ο χρόνος που δαπανείται για να σκεφτεί το άτομο το στρεσογόνο ερέθισμα αυξάνεται σταδιακά στο ένα λεπτό. Η απευαισθητοποίηση χρησιμοποιείται, επίσης, για να μειωθεί η ανησυχία που έχει σχέση με αγχογόνα γεγονότα, όπως π.χ. το κολύμπι. Επιπροσθέτως, θα μπορούσε να ζητηθεί από την ασθενή μία λίστα με τα μέρη του σώματός της που της αρέσουν. Υπάρχει μία τάση να εστιάζεται στα μισητά μέρη, σε αντίθεση με τα αρεστά (Cash, 1991).

Η ενθάρρυνσή της να χρησιμοποιεί σωστή σκέψη όταν εκτίθεται και όχι αρνητική ή διαταραγμένη είναι αποφασιστικής σημασίας. Η δουλειά για τη σωστή σκέψη θα μπορούσε να καταγραφεί σε ένα ημερολόγιο, να συζητηθεί στις ατομικές συνεδρίες και να επιβραβευθεί όταν επιτυγχάνεται. Τέλος, πρέπει να της ζητηθεί να σκεφτεί κάποιον που θαυμάζει και δεν είναι λεπτός. Τότε, αξίζει να διερευνηθεί τι ακριβώς είναι αυτό που της αρέσει πάνω του (Honig & Sharman, 2000).

11.5.2. Ασκήσεις για βελτίωση της αυτοεκτίμησης

Με τη βοήθεια της νοσοκόμας, η ασθενής γράφει ένα ημερολόγιο στο τέλος της ημέρας, στο οποίο αναγνωρίζει τα επιτεύγματά της. Μαζί με τους γονείς της δημιουργεί ένα «βιβλίο ζωής». Αυτό αποτελεί το ιστορικό της ασθενούς που είναι υπό τη μορφή κειμένου, εικόνων, ντοκουμέντων, αξιομνημόνευτων γεγονότων και στοχεύει στο να συνειδητοποιήσει ποια είναι. Τα «βιβλία ζωής» είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για τα άτομα που δεν ζουν με τις βιολογικές οικογένειές τους. Δεν διευκολύνουν μόνο τη συζήτηση για το παρελθόν και το παρόν αλλά και για το μέλλον (Ryan & Walker, 1985).

Επίσης, η ασθενής ζωγραφίζει έναν χάρτη για να απεικονίσει τη ζωή της μέχρι τώρα. Ο δρόμος, το ποτάμι ή ο σιδηρόδρομος ξεκινούν από τη μία γωνία της εικόνας και τελειώνουν στην άλλη. Διάφορα κτίρια και δέντρα αναπαριστούν διαφορετικούς ανθρώπους και γεγονότα. Ο στόχος αυτής της τεχνικής είναι παρόμοιος με αυτόν του «βιβλίου ζωής». Ακόμη, θα μπορούσε να δημιουργήσει ένα ερωτηματολόγιο για να διαπιστώσει τι πιστεύουν οι άλλοι για αυτήν (Honig & Sharman, 2000).

11.5.3. Προσπάθεια για ωρίμανση

Τα θέματα που σχετίζονται με την ωρίμανση πρέπει να περιλαμβάνουν και τον γονιό του ίδιου φύλου, αν είναι δυνατόν. Η προσπάθεια αυτή καλύπτει περιοχές όπως η ανεξαρτησία και η αυτονομία, καθώς και το σεξ και τη σεξουαλικότητα. Η σεξουαλικότητα περιλαμβάνει την ταυτότητα και το ρόλο του φύλου. Πριν ξεκινήσουν οι συνεδρίες με την ασθενή, η νοσοκόμα πρέπει πρώτα να συναντηθεί με τον γονιό για να σχεδιάσουν και να προετοιμάσουν το πλάνο. Μία συζήτηση με τους γονείς σχετικά με τις σκέψεις και τις αξίες αποτελεί μία πολύ καλή αρχή. Τους καθιστά ικανούς να αποσαφηνίσουν τις δικές τους απόψεις και επιθυμίες για το παιδί και το σημαντικότερο είναι ότι τις επικοινωνούν με τη νοσοκόμα. Διαφορετικές στάσεις και αντιλήψεις είναι πιθανό να σημειωθούν σε διαφορετικές εθνικές και πολιτισμικές ομάδες και πρέπει να αναμένονται (Honig & Sharman, 2000).

11.5.4. Εκπαίδευση για την υγεία

Η νοσοκόμα οφείλει να διδάξει στην ασθενή για τα υγιή διατροφικά πρότυπα και τους κινδύνους της πρόκλησης εμετού και της κατάχρησης καθαρτικών. Προσφέροντάς της βοήθεια να αναγνωρίσει τους παράγοντες που οδηγούν στη

νηστεία, στην υπερφαγία κτλ. Μπορεί να την καταστήσει ικανή να βρει στρατηγικές αντιμετώπισής τους (Vandereycken, 1985).

11.6. Ο ρόλος των ανεπτυγμένων επαγγελματικών δικτύων

Οι Anderson και Goolishian (1988) έχουν περιγράψει τον τρόπο με τον οποίο ομάδες ανθρώπων συγκεντρώνονται μαζί γύρω από το πρόβλημα. Το αποκαλούν «σύστημα οργάνωσης του προβλήματος», το οποίο είναι ένα «σύστημα κοινωνικής δράσης που οργανώθηκε από θέματα που αφορούν και ανησυχούν αυτούς που συμμετέχουν στο σύστημα»(σελ. 379). Αυτή είναι μία κατάσταση που είναι οικεία με αυτούς που εργάζονται με τη νευρική ανορεξία, ιδιαίτερα όταν η ασθενής είναι ένα νέο άτομο. Κάθε αποτελεσματική θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει πολλούς και διαφορετικούς επαγγελματίες, όπως το σχολείο, τον οικογενειακό γιατρό, τις υπηρεσίες υγείας του σχολείου και αυτές που ασχολούνται με την ευημερία των παιδιών, αν είναι απαραίτητες.

Εάν η επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της πολυπειθαρχικής ομάδας είναι δύσκολο να υποστηριχθεί, η επικοινωνία με εξωτερική δίκτυα είναι συχνά περισσότερο δοκιμασμένη. Ιδανικά, η διαδικασία πρέπει να ξεκινήσει πριν την εισαγωγή. Στην έναρξη της θεραπείας, αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό να οριστεί κάποιος που θα έχει την κλινική ευθύνη της ασθενούς. Αν και πολλές εισαγωγές λαμβάνουν χώρα ως επιτακτικές, αφήνοντας λίγο χρόνο για σχεδιασμό, ο κεντρικός στόχος είναι η επιτυχημένη συνεργασία με τα εξωτερική δίκτυα (Honig & Sharman, 2000).

11.7. Η αποτελεσματικότητα της εσωτερικής νοσηλείας συγκρινόμενη με την εξωτερική

Τα διαθέσιμα ευρήματα δεν υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην έκβαση της ψυχογενούς ανορεξίας όταν θεραπεύεται είτε με εσωτερική είτε με εξωτερική νοσηλεία. Επειδή αυτή η απουσία σημαντικής διαφοράς προκαλείται από το RCT (randomized controlled trial) και όχι λόγω αδιάσειστων ερευνητικών ευρημάτων, δεν υπάρχει δυνατότητα να σημειωθεί μία ανάλυση της αποτελεσματικότητας (Meads, Gold, & Burls, 2001).

Γίνεται, λοιπόν, κατανοητό πως χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για την έκβαση της θεραπείας τόσο με εσωτερική όσο και με εξωτερική νοσηλεία. Η διερεύνηση αυτού του θέματος είναι ελλιπής, παρόλο που η αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας χρονολογείται 100 έτη και ο αριθμός των ασθενών που προσέρχονται για θεραπεία φτάνει στο 1500 κάθε χρόνο στη Μεγάλη Βρετανία (Turnbull, Ward, Treasure, Hershel & Derby, 1996).

12. ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ

Η νευρική ανορεξία αποτελεί σύνθετη ασθένεια, που προκαλείται από φυσικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Έχει σημειωθεί πως καμία άλλη διαταραχή δεν χαρακτηρίζεται από αυτήν την περίπλοκη αλληλεπίδραση ανάμεσα στους βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες για τη γένεση και τη διατήρησή της (Vandereycken, Depreitre, & Probst, 1987). Σε μία προσπάθεια να επιλυθούν όσο το δυνατό περισσότερα από τα πιθανά προβλήματα, που σχετίζονται με τη νευρική ανορεξία, είναι ευρέως αποδεκτό ότι το

θεραπευτικό πλάνο οφείλει να περιλαμβάνει διαφορετικά είδη θεραπείας. Αυτές, συνήθως, είναι η ψυχοδυναμική, η γνωστική και η οικογενειακή. Ωστόσο, μία θεραπεία που συχνά αγνοείται είναι η φυσιοθεραπεία.

Η νευρική ανορεξία είναι τόσο πολύ εστιασμένη στο σώμα, με διαταραγμένη ιδέα για αυτό, υπερβολική ενασχόληση με το βάρος, φόβο για παχυσαρκία και συχνά υπέρμετρη άσκηση, που είναι δύσκολο να κατανοηθεί ο λόγος που η φυσιοθεραπεία δεν έχει συμπεριληφθεί πιο νωρίς στο θεραπευτικό πλάνο. Οι φυσιοθεραπευτές είναι συνηθισμένοι να χρησιμοποιούν μία ολιστική προσέγγιση στη θεραπεία και μέσα στο πλήθος των ικανοτήτων τους περιλαμβάνεται η άσκηση, η κίνηση, η χαλάρωση, χειρομάλαξη και οι ασκήσεις αναπνοής. Στη συγκεκριμένη διαταραχή μπορούν να παρουσιαστούν διάφορα προβλήματα, καθώς πολλές φορές η ασθενής δεν δύναται να εκφράσει λεκτικά τα συναισθήματά της. Ωστόσο, οι συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν τη νευρική ανορεξία, μπορούν να κατανοηθούν ως έκφραση της προαναφερθείσας δυσκολίας. Οι μη λεκτικές τεχνικές της φυσιοθεραπείας διευκολύνουν και ενισχύουν τη δουλειά των άλλων μελών της θεραπευτικής ομάδας (Close, 2000).

Μία ομάδα από το Σίδνεϋ (Beaumont, Arthur, Russell & Touyz, 1994) έχει αναφέρει τα θετικά αποτελέσματα της συμμετοχής της άσκησης στο θεραπευτικό πλάνο, η οποία περιλαμβάνει προοδευτική θεραπευτική κίνηση και εκπαιδευτικά στοιχεία. Σε ένα περιβάλλον εσωτερικής νοσηλείας, η υποστήριξη από τα μέλη της πολυπειθαρχικής ομάδας και από τους άλλους ασθενείς προωθούν αυτού του είδους θεραπεία που γίνεται αποδεκτή και αποτελεσματική.

Ένας φυσιοθεραπευτής δύναται να μειώσει την ανάγκη για εισαγωγή στο νοσοκομείο σε άτομα που μπορούν ευκολότερα να κατανοήσουν τις πραγματικές τους ανάγκες και τη λειτουργία του σώματος. Πολλές ασθενείς εισάγονται διότι η

υγεία τους έχει ακραία επιδεινωθεί. Ωστόσο, οι περισσότερες ανταποκρίνονται αρκετά καλά στις φυσιοθεραπευτικές τεχνικές, με αποτέλεσμα να αποφεύγουν την εσωτερική νοσηλεία (Close, 2000).

13. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

13.1. Κινούμενοι πέρα από την υπαιτιότητα

Μερικές έρευνες προτείνουν πως η πιο αποτελεσματική θεραπεία της νευρικής ανορεξίας είναι η οικογενειακή (Eisler, Dare, Russell, Szmukler, le Grang & Dodge, 1997· Russell, Szmukler, Dare & Eisler, 1987). Αυτό επιβεβαιώνει σε πολλούς γονείς πως η οικογένειά τους είναι δυσλειτουργική και πως ευθύνονται οι ίδιοι για τη διαταραχή του παιδιού τους. Τα πρωταρχικά κείμενα για την οικογενειακή θεραπεία περιγράφουν την «ανορεκτική εξέλιξη στην οικογένεια» (Palazzoli, 1985, σελ. 177), όπου η έναρξή της παρουσιάζεται ως αναπόφευκτη συνέπεια των βασικών διαταραγμένων αλληλεπιδράσεων. Οι Minuchin, Rosman και Baker (1978) αναφέρουν τις «ψυχοσωματικές οικογένειες» ως βαθιά εμπλεκόμενες. Αυτές οι απόψεις μπορούν να επηρεάσουν τους κλινικούς στην ίδια αρνητική κατεύθυνση όπως τους γονείς.

Αυτό που πρέπει να κατανοηθεί είναι η διάκριση ανάμεσα στους οικογενειακούς παράγοντες, οι οποίοι επιφέρουν την έναρξη της νευρικής ανορεξίας, και στην τωρινή οικογενειακή λειτουργία, που μπορεί να την διαιωνίσει. Το ουσιαστικότερο στοιχείο αποτελεί πως κανείς δεν είναι σίγουρος για τα αίτια της διαταραχής και για αυτό το λόγο η οικογένεια χρησιμοποιείται ως πηγή ανάρρωσης και όχι ως αναπαραγόμενο έδαφος παθολογίας.

13.2. Συμπεριλαμβάνοντας τους γονείς ως συντρόφους

Για να επιτευχθεί η αλλαγή των αρνητικών αντιλήψεων για την οικογένεια, απαιτείται μία προσέγγιση στη θεραπεία, που θα την συμπεριλαμβάνει σε πολλά διαφορετικά επίπεδα. Η συντροφικότητα οφείλει να διαπεράσει όλες τις επαφές με τους γονείς, επειδή η έρευνα προτείνει πως ο πιο επιτυχημένος τρόπος για να θεραπευτεί η ψυχογενής ανορεξία είναι η ενδυνάμωση των γονιών και η εστίαση στο οικογενειακό πλαίσιο (Russell, Szmulker, Dare & Eisler, 1987). Η διαδικασία της προσέγγισης της συντροφικότητας είναι συνεχής, προωθώντας μία ψυχο-εκπαιδευτική παρέμβαση.

13.3. Συμβουλευτική γονέων

Η συμβουλευτική γονέων αποτελεί μία προσέγγιση που προσφέρει στους γονείς μία ευκαιρία να ανακτήσουν τις φθαρμένες γονεϊκές δεξιότητες. Αυτό περιλαμβάνει την ενθάρρυνση των γονιών να συνεργαστούν, ανεξάρτητα από το αν έχουν διαφορές σε άλλες περιοχές της σχέσης τους. Ο Lask (1997) ισχυρίζεται πως η συμβουλευτική γονέων δεν είναι μία ασυνεχής παρέμβαση, η οποία πραγματοποιείται με έναν αριθμό συνεδριών και μετά εγκαταλείπεται για χάρη κάτι άλλου. Αποτελεί πιο βοηθητικό να γίνει αντιληπτή η αξία της σαν μία συνεχή διαδικασία κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Όπου υπάρχει μόνο ένας γονιός, η προσοχή πρέπει να επικεντρωθεί στους τρόπους με τους οποίους αυτά τα άτομα θα καταφέρουν να υποστηρίξουν τους εαυτούς τους. Σε περίπτωση που οι γονείς είναι χωρισμένοι,

δίνεται έμφαση στο ποιός από τους δύο θα συμπεριληφθεί στη συμβουλευτική γονέων.

13.3.1. Η λήψη ώριμων αποφάσεων

Σε ένα μέρος της θεραπείας, και ιδιαίτερα στην επανασίτιση, οι γονείς βρίσκονται σε τέτοια θέση που οφείλουν να παραβιάσουν τις επιθυμίες του παιδιού τους, συνήθως για να καταναλώνουν επαρκή ποσότητα τροφής. Είναι γνωστό πως μία από τις συνέπειες της λιμοκτονίας αποτελεί η διαστρέβλωση των αντιλήψεων. Η δύναμή της είναι τέτοια που μπορεί να επηρεάσει και τα άτομα που κυκλώνουν την ασθενή. Η συμβουλευτική γονέων αποσαφηνίζει τη συμπτωματική φύση των διαταραγμένων συμπεριφορών και δίνει έμφαση στους λόγους της άμεσης θεραπείας (Honig, 2000).

Πολλοί γονείς αναφέρουν πως οι συμβουλές σχετικά με τη διαδικασία της ανάρρωσης, με την αποδοχή της διαπραγμάτευσης διαφόρων καταστάσεων, ήταν ιδιαίτερα βοηθητικές στη συγκράτηση της ανησυχίας τους πως η σχέση με το παιδί τους θα μπορούσε αμετάκλητα να πληγεί εάν αρνούσαν να συμφωνήσουν με τις απαιτήσεις του. Η γνώση και η αναγνώριση της οικογενειακής εξέλιξης μπορεί να βοηθήσει τους ειδικούς να διευθετήσουν αλλιώς τις δυσκυβέρνητες καταστάσεις. Συγκεκριμένα, είναι χρήσιμο να ενημερωθούν οι γονείς πως ο εσωτερικός θυμός της ασθενούς μαζί τους, ο οποίος αρχικά παρουσιάζεται με διαφωνίες σχετικά με το φαγητό και αργότερα αναπτύσσεται σε γενικευμένη διαμάχη, είναι από μόνος του ένα θετικό σημάδι. Αν και οι γονείς μπορεί να επιθυμούν διακαώς την επιστροφή του υπάκουου παιδιού που γνώριζαν πριν την έναρξη της ασθένειας, η θεραπευτική ομάδα ενθαρρύνει την αυξανόμενη ικανότητα της ασθενούς να εκφράζει τα αρνητικά

της συναισθήματα. Αυτή η «επανασύνταξη» της συμπεριφοράς δύναται για τους περισσότερους γονείς να είναι μία ένδειξη επανάκτησης της υγείας. Θα ήταν ιδιαίτερα ανησυχητικό αν παρέμεναν ανίκανοι να αντιμετωπίσουν την ανορεκτική «φωνή», που απορρέει από το παιδί τους (Honig, 2000).

Η νευρική ανορεξία έχει την ικανότητα να δημιουργεί σύγχυση. Οι γονείς είναι πιθανό να αναφέρουν βελτίωση στη διάθεση της ασθενούς και μείωση των διαταραγμένων συμπεριφορών. Ωστόσο, αν δεν υπάρχει σταθερή αύξηση του βάρους, η συμβουλευτική γονέων οφείλει να τους βοηθήσει να αναγνωρίζουν τέτοιες καταστάσεις. Οι περισσότεροι γονείς ανταποκρίνονται θετικά όταν ενθαρρύνονται να παίρνουν πρωτοβουλίες, γνωρίζοντας πως θα υποστηριχθούν σε αυτή τους την προσπάθεια. Εάν δεν υπάρχει βελτίωση μέσα σε μία λογική χρονική περίοδο, τότε αναλαμβάνουν οι κλινικοί να καταστήσουν διαθέσιμη αυτήν την ικανότητα (Magagna & Nicholls, 1997).

13.3.2. Εφοδιασμός των γονιών με έναν ξεχωριστό χώρο

Πρέπει να τονιστεί πως το να είναι κάποιος γονιός ενός παιδιού με ψυχογενή ανορεξία, αποτελεί μία ανατρεπτική εμπειρία. Το αίσθημα του χειρισμού και της υπονόμησης από την άρνηση της ασθενούς αναπόφευκτα θα προκαλέσει συναισθήματα θυμού. Ένα ανοιχτά εχθρικό περιβάλλον με ένα υψηλό επίπεδο εκφραζόμενου συναισθήματος, δεν είναι το κατάλληλο για να προωθήσει την ανάρρωση (Le Grange, Eisler, Dare & Hodes, 1992). Για αυτόν τον λόγο είναι θεμιτό να πραγματοποιούνται συναντήσεις μόνο με τους γονείς. Ενθαρρύνονται να εκφράζουν την αρνητική τους διάθεση, χωρίς να φοβούνται πως θα πληγώσουν την αυτοεκτίμηση των ασθενών.

13.3.3. Διατήρηση του θεραπευτικού συνδέσμου ανάμεσα στους γονείς και την ομάδα

Η διατήρηση του θεραπευτικού συνδέσμου ανάμεσα στους γονείς και τη θεραπευτική ομάδα είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι προωθεί την πιο αποτελεσματική θεραπεία. Η νευρική ανορεξία επιδρά σε μία ποικιλία σχέσεων-αν και αυτές δεν προκαλούν την ασθένεια, μπορούν να συμβάλουν στην αντιμετώπισή της. Συνεπώς χρειάζεται να αφιερωθεί χρόνος στην υποβοήθηση αυτών των σχέσεων, με στόχο να εξαλειφθούν οι διαφορές. Η ειδική δυναμική της υποστήριξης των γονιών να αντιταχθούν στις επιθυμίες του παιδιού τους, είναι πιθανό να δημιουργήσει ένταση ανάμεσα σε αυτούς και το προσωπικό. Ο στόχος είναι να προωθηθεί ένα περιβάλλον, στο οποίο οι γονείς να δύνανται να βρουν τις δικές τους λύσεις, δίνοντάς τους ένα πλαίσιο συμβουλών που βασίζεται στην εμπειρία των ειδικών (Honig, 2000).

13.4. Από τη συμβουλευτική γονέων στην οικογενειακή θεραπεία

Αξίζει να σημειωθεί πως η θεραπεία των ασθενών δεν πρέπει να ξεκινάει, αν δεν γίνονται πρώτα κάποιες συνεδρίες συμβουλευτικής με τους γονείς. Η οικογενειακή θεραπεία, από την άλλη πλευρά, θεωρείται σε πολλές περιπτώσεις πως δεν είναι χρήσιμη. Ωστόσο, αυτό είναι αναληθές. Τα πλεονεκτήματά της είναι πολλά και περιλαμβάνουν την αύξηση της φωνής του παιδιού στην οικογένεια, τον σχεδιασμό ενός μέλλοντος χωρίς τη νευρική ανορεξία, τη διευκρίνιση των συζυγικών δυσκολιών και τον τρόπο που αυτές επιδρούν στο παιδί και την προώθηση χώρου στα άλλα μέλη της οικογένειας να συζητήσουν πως αισθάνονται με αυτό το πρόβλημα (Honig, 2000).

Η συνάντηση με τα αδέρφια αποδεικνύεται αρκετά βοηθητική, όχι απαραίτητα επειδή εξωτερικεύουν τα αρνητικά συναισθήματά τους αλλά επειδή τους επιτρέπει να συζητήσουν για ένα σχέδιο ανάρρωσης. Με άλλα λόγια, γίνεται προσπάθεια να διαπραγματευθεί τι μπορεί να κάνει το κάθε μέλος της οικογένειας για να λυθεί αυτή η δυσάρεστη κατάσταση αλλά και πώς μπορούν να συνεργαστούν με την υπόλοιπη οικογένεια. Επίσης, η οικογενειακή θεραπεία προσφέρει μία ευκαιρία να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο οι σχέσεις θα βελτιωθούν (Honig, 2000).

Αυτού του είδους αντιμετώπιση δίνει τη δυνατότητα ενός πλαισίου, στο οποίο η συζυγική διαμάχη μπορεί να αναγνωριστεί, καθώς και η επίδραση της κάθε δυσαρμονίας πάνω στην ασθενή. Οι Dare και Lidsay (1979) ισχυρίζονται πως αυτό δεν υπονοεί πως η οικογενειακή θεραπεία μετατρέπεται σε συζυγική με τα παιδιά να έχουν τον ρόλο του παρατηρητή, αλλά μπορεί να οριστεί σαν ένα πρόβλημα που χρειάζεται φροντίδα και για το οποίο η ασθενής δεν πρέπει να αισθάνεται υπεύθυνη.

Ένα άλλο σημείο στο οποίο εστιάζει η οικογενειακή θεραπεία είναι η δημιουργία μίας βοηθητικής αντίδρασης από τους γονείς, όταν αποκαλύπτεται κάποιο είδος κακοποίησης. Είναι γνωστό πως το 30% των γυναικών με νευρική ανορεξία, είχαν δεχτεί σεξουαλική επίθεση κατά τη παιδική τους ηλικία (Palmer, Oppenheimer, Dignon, Chaloner & Howells, 1990). Έτσι, πρέπει να δοθεί έμφαση στην εύρεση τρόπων ώστε να συζητηθεί μία τέτοια εμπειρία. Για αυτόν τον λόγο η συνεργασία με τον προσωπικό θεραπευτή της ασθενούς είναι καθοριστικής σημασίας, καθώς η αρχική αποκάλυψη είναι πιο πιθανό να γίνει στις ατομικές συνεδρίες. Η πληροφόρηση των γονιών πραγματοποιείται μόνο όταν η ασφάλεια του παιδιού είναι βέβαιη. Αν η κακοποίηση προέρχεται από κάποιο μέλος της οικογένειας, είναι η κατάλληλη στιγμή για τον ειδικό να δουλέψει σε δυάδες ή τριάδες, π.χ. συνεδρίες ανάμεσα στη μητέρα και την κόρη, όταν ο πατέρας θεωρείται δράστης. Αν ο θύτης

βρίσκεται εκτός οικογένειας, θα πρέπει να βοηθηθεί η ασθενής να μοιραστεί αυτήν την εμπειρία με τους γονείς.

Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση, ώστε να μιλήσει η πάσχουσα κατά τη διάρκεια της οικογενειακής θεραπείας. Αυτό μπορεί να ενισχυθεί από τη συνεργασία με τον προσωπικό θεραπευτή. Τέλος, αποτελεί ιδιαίτερα βοηθητικό να γίνονται συναντήσεις με τους γονείς στην αρχή της θεραπείας, για να τους εξηγηθεί πόσο κρίσιμο είναι για το παιδί τους να αρχίσει η διαδικασία ανοιχτής επικοινωνίας και πως οι αντιδράσεις τους στην επικοινωνία της ασθενούς μπορεί να επηρεάσει την προθυμία της να συνεργαστεί.

13.5. Δουλεύοντας με μονογονεϊκές και με χωρισμένες οικογένειες

Η δουλειά με τις μονογονεϊκές οικογένειες πρέπει να αναγνωρίσει την επιπρόσθετη ένταση που ενυπάρχει στο γονιό. Αν και αυτός δεν έχει τη δυσκολία να έρθει αντιμέτωπος με έναν ανταγωνιστικό σύντροφο, συνήθως αναλαμβάνει την συνολική ευθύνη της ασθενούς. Αυτό αποτελεί ένα τεράστιο φορτίο για κάθε άτομο και για αυτόν τον λόγο πρέπει να δεχτεί υποστήριξη. Η ιδέα της περιστασιακής ανάπαυλας θεωρείται βασικό μέρος της θεραπείας, παρά σαν ένας δείκτης ανεπάρκειας του γονιού (Russell, Szmukler, Dare & Eisler, 1987).

Στην περίπτωση των χωρισμένων οικογενειών, είναι σημαντικό να διευκρινιστούν οι διαφορετικοί ρόλοι των γονιών. Σαν μία εμπειρική μέθοδος, όταν και οι δύο βιολογικοί γονείς βρίσκονται σε επαφή με το παιδί, επιχειρούνται συνεδρίες και με τους δύο. Οι συναντήσεις εστιάζουν στους γονεϊκούς ρόλους, οι οποίοι απαιτούν καλή επικοινωνία. Κάθε αθεράπευτη διαμάχη των γονιών εκτίθεται και αξιοποιείται. Η γνώση αυτών των διαφορών, καθώς και του ιστορικού των

διαφωνιών στο ζευγάρι, αποτελεί μία βοηθητική παρέμβαση (Russell, Szmukler, Dare & Eisler, 1987).

13.6. Τεχνικές στην οικογενειακή θεραπεία

Η προϋπόθεση της οικογενειακής θεραπείας είναι ότι τα άτομα και οι συμπεριφορές πάντα υφίστανται σε ένα πλαίσιο. Για παράδειγμα, υπάρχει η πεποίθηση στις Δυτικές κοινωνίες πως η ψηλή και αδύνατη γυναίκα θεωρείται όμορφη. Αυτή είναι η αλληλεπίδραση ανάμεσα σε ποικίλα μέρη του πλαισίου, που εστιάζεται η οικογενειακή θεραπεία. Οι περισσότερες θεωρίες της οικογενειακής λειτουργίας στη νευρική ανορεξία, δίνουν έμφαση στη δυσλειτουργική οργάνωσή τους (Palazzoli, 1985· Minuchin, Rosman, & Baker, 1978). Αυτές στηρίζονται στην αλλαγή των προτύπων αλληλεπίδρασης που προκαλούν τη δυσλειτουργία. Άλλα μοντέλα θεραπείας έχουν χρησιμοποιήσει διαφορετικές τεχνικές και στρατηγικές. Η υπερβολική ενασχόληση με την αποκαλυπτόμενη δυσλειτουργία έχει αποτελέσει μία από τις βασικότερες κριτικές της οικογενειακής θεραπείας. Συγκεκριμένα, μερικά από τα νεότερα μοντέλα έχουν κατηγορήσει την επιβολή μιας άκαμπτης άποψης για την αιτιολογία της νευρικής ανορεξίας, εστιάζοντας μόνο στους οικογενειακούς παράγοντες. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες αποτελεσματικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται ευρέως (Honig, 2000).

13.6.1. Ενίσχυση του οικογενειακού υποσυστήματος

Αυτή η τεχνική δίνει έμφαση στην ανάγκη για σαφή δομή της οικογένειας. Συγκεκριμένα, η προσοχή επικεντρώνεται στις έφηβες, των οποίων το αναπτυξιακό καθήκον, τουλάχιστον στις Δυτικές κοινωνίες, είναι να αποχωριστούν τους γονείς και

να κινηθούν προς την ανεξαρτησία. Οι οικογένειες, στις οποίες κάποιο μέλος απόκτά μία ψυχοσωματική διαταραχή, γίνονται αντιληπτές ως κλειστές ή «εμπλεκόμενες». Αυτό αποδεικνύει μία ανικανότητα να εκφράσουν την εχθρότητα ανοιχτά και ο στόχος του θεραπευτή είναι να προωθήσει ένα περιβάλλον, στο οποίο τέτοια συναισθήματα, μπορούν να βιωθούν με ασφάλεια. Επιπλέον, η εστίαση στην επικοινωνία είναι πολύ αποτελεσματική. Είναι σαφές πως αυτή η τεχνική ομοιάζει με τη συμβουλευτική γονέων, με αυτή τη δομική ιδέα των υποσυστημάτων στα οποία οι ρόλοι είναι ιεραρχικά οριοθετημένοι. Υπάρχει μία μικρή αμφιβολία στο αν μία τέτοια προσέγγιση είναι βοηθητική στα αρχικά στάδια της θεραπείας, όπου ο πρωταρχικός στόχος είναι η αποκατάσταση του βάρους και της φυσικής υγείας (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978).

13.6.2. Εστίαση στην επικοινωνία

Από την αρχή της χρησιμοποίησης της οικογενειακής θεραπείας, η παρατήρηση και η αναγνώριση προτύπων επικοινωνίας αποτελούν τον πυρήνα της. Οι Watzlawick, Beavin και Jackson (1967) εξήγησαν πως η επικοινωνία των ατόμων βρίσκεται κάτω από τις λέξεις που χρησιμοποιούν. Υπάρχουν διαφορετικά επίπεδα επικοινωνίας, τα οποία συνεισφέρουν στη σημασιοδότηση των λεγομένων του ατόμου. Ο στόχος του θεραπευτή είναι να σημειώσει τις ασυμφωνίες είτε σχολιάζοντάς τες άμεσα είτε ρωτώντας τον δέκτη του μηνύματος τι νομίζει πως εννοούσε ο πομπός. Υπάρχουν πολλά άλλα πρότυπα επικοινωνίας που αντιμετωπίζονται και είναι προβληματικά διότι μπορούν να αναστείλουν τη λύση του προβλήματος. Για παράδειγμα, η επικοινωνία ανάμεσα σε άτομα, που συζητούν κατευθείαν ο ένας με τον άλλον και δεν επιτρέπουν τη σιωπή και την έκφραση απόψεων. Το χιούμορ συχνά είναι ένας καλός τρόπος για να δοθεί προσοχή σε αυτά

τα πρότυπα, Καθώς απλά είναι μία μέθοδος που φέρνει στην επιφάνεια το τι είναι γνωστό στην οικογένεια.

13.6.3. Διαχωρισμός της συζυγικής από τη γονεϊκή σχέση

Είναι χρήσιμο να αναγνωριστεί πως παράπλευρα το σύμπτωμα δύναται να κρύβει κι άλλες δυσκολίες στις σχέσεις αλλά δεν μπορεί να γίνει ο ισχυρισμός πως αυτές αποτελούν την αιτία της διαταραχής. Περιλαμβάνουν τα συζυγικά προβλήματα, που δεν επιτρέπουν στους γονείς να ασκήσουν τον γονεϊκό ρόλο. Ο θεραπευτής μπορεί να τα συζητήσει κάποια άλλη στιγμή, αν το ζευγάρι συναινεί. Προσεγγίζοντας άλλα θέματα σχέσεων με αυτόν τον τρόπο, οι ειδικοί είναι πιθανό να διατηρήσουν τη συμφωνία με την οικογένεια. Αυτή προσέγγιση διαφέρει από την «απάτη» μερικών στρατηγικών μοντέλων οικογενειακής θεραπείας, όπως της Palazzoli, η οποία δεν διευθετεί ποτέ τη συζυγική διαφωνία φανερά (1985). Η αποστολή που περιγράφει, ωστόσο, όπου το ζευγάρι συμβουλεύεται να κρατήσει ένα μυστικό από τα παιδιά, αποτελεί μία προσπάθεια να ενδυναμωθεί η συζυγική σχέση, μετακινώντας την ασθενή από την ακατάλληλα κλειστή θέση που καταλαμβάνουν για τον ένα από τους δύο γονείς. Είναι μία εργασία που αναμφίβολα διαταράσσει το σύστημα και δεν ταιριάζει στην ιδέα της συντροφικότητας και του σεβασμού.

13.6.4. Ενσωμάτωση του πολιτισμικού πλαισίου στη θεραπεία

Το φεμινιστικό μοντέλο στην οικογενειακή θεραπεία δίνει ιδιαίτερη προσοχή στον τρόπο που τα θέματα του φύλου διαιώνίζονται κατά τη διάρκεια της σκληρής δοκιμασίας της οικογενειακής ζωής, αλλά δίνει λιγότερη έμφαση στην αιτιολογία από ότι άλλα μοντέλα. Αντίθετα, εστιάζει στους πολιτιστικούς παράγοντες που

διαμορφώνουν τη νευρική ανορεξία. Όταν οι ενδοοικογενειακές σχέσεις περιγράφονται, υπάρχει μία προσπάθεια για επανασύνταξή τους (Rabinor, 1994).

Επιπροσθέτως, μία φεμινιστική προοπτική ασχολείται με το ρόλο του θεραπευτή πολύ περισσότερο από άλλα μοντέλα. Μία σαφής αναγνώριση της επίδρασης του τύπου (π.χ. άμεσος εναντίον εμμέσου), οι οποίοι συχνά περιγράφονται από τη συμπεριφορά του, είναι σημαντική στην οικογενειακή θεραπεία. Η φεμινιστική προοπτική (Walter, Carter, Papp & Silverstein, 1988) έχει ανυψώσει το θέμα της δύναμης, συχνά παραμελημένο στο κλινικό περιβάλλον και ισχυρό στην καθημερινή ζωή των γυναικών, στην αντιμετώπιση. Οι εναλλακτικές απόψεις έχουν μετατραπεί σε μία πολύ χρήσιμη παρέμβαση, που ασκεί σημαντική επιρροή στην οικογενειακή θεραπεία. Αποτελεί μία προσέγγιση που δίνει έμφαση στη διαφάνεια της διαδικασίας και αφαιρεί τη δύναμη του θεραπευτή.

13.6.5. Εξωτερίκευση του προβλήματος

Η εξωτερίκευση του προβλήματος αποτελεί μία πολύ βοηθητική ιδέα για τη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας. Αυτή η τεχνική έχει ανυψωθεί από το αφηγηματικό θεραπευτικό μοντέλο, το οποίο είναι συναφές με το φεμινιστικό διότι δίνει έμφαση στο φύλο. Οι αφηγηματικές προσεγγίσεις εστιάζουν στην «επικρατούσα ιδεολογία» (White & Epston, 1990, σελ. 18) ενός πολιτισμού και στον τρόπο που αυτή επηρεάζει τις προσωπικότητες των ανθρώπων και συνεισφέρει στην πλαισίωση των προβλημάτων. Όσον αφορά στη νευρική ανορεξία, αναγνωρίζει την επιρροή του κοινωνικού προτύπου της αδύνατης γυναίκας στην αξία της. Το μοντέλο εξετάζει τον τρόπο που ένα πρόβλημα ενσωματώνεται στην ταυτότητα ενός ανθρώπου. Η εξωτερίκευση είναι μία απόπειρα να αποσυνδεθεί το πρόβλημα από το άτομο και να

αποκτήσει μία δική του ταυτότητα. Αυτοί οι οποίοι θίγονται μπορούν να ενωθούν σε μία προσπάθεια να βρεθούν εξαιρέσεις σε αυτό, παρά να εδραιωθεί σαν ταυτότητα του ατόμου, μέσα στην οποία ενυπάρχει το πρόβλημα. Συνήθως, χρησιμοποιείται σε ασθενείς που επιθυμούν να καταπολεμήσουν τη νευρική ανορεξία. Οι γονείς, που συχνά διακατέχονται από ενοχή, και τα αδέρφια, τα οποία ματαιώνονται από τον έντονο θυμό, εμφανίζονται ανακουφισμένοι από την περιγραφή ενός παρείσακτου που εκδιώκεται για να επέλθει ηρεμία στην οικογένεια.

Η αφηγηματική θεραπεία προσφέρει μερικές δυναμικές τεχνικές, που αναπτύσσονται έξω από την αντίληψη του κόσμου που ασχολείται με το πλαίσιο, ιδιαίτερα πλαίσιο ιδεών, το οποίο αντανακλά τις δομές της κοινωνίας και έχει τη δύναμη να διαμορφώνει τις ζωές των ανθρώπων. Η άποψη της ανάπτυξης της προσωπικότητας είναι σχετική με την κατανόηση της δυναμικής της ψυχογενούς ανορεξίας (Honig, 2000).

14. ΟΜΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αυτό το κεφάλαιο εστιάζει στη διαδικασία και στην εφαρμογή της ομαδικής δουλειάς στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας. Όπως και άλλα είδη αντιμετώπισης, μπορεί να διεξαχθεί σε μία ποικιλία περιβαλλοντικών πλαισίων, όπως εξωτερική, εσωτερική ή νοσηλεία ημέρας. Η ομαδική προσέγγιση θεωρείται σαν ένα συστατικό μιας πιο διευρυμένης θεραπείας.

14.1. Η σύνθεση της ομάδας

Λέγοντας «σύνθεση της ομάδας» εννοούμε τα άτομα που συμπεριλαμβάνονται στην ίδια ομάδα, σύμφωνα με κάποια κοινά χαρακτηριστικά τους, όπως την ηλικία, την ωριμότητα και το φύλο. Αξίζει να σημειωθεί πως δεν πρέπει να αναμειχθούν ασθενείς διαφορετικών ηλικιών, επειδή οι διάφορες ηλικιακές ομάδες έχουν διαφορετικές αναπτυξιακές ανάγκες. Ο Behr (1988) έχει περιγράψει τους βασικούς διαχωρισμούς ανάμεσα στις ομάδες των εφήβων και σε αυτές των ενηλίκων, οι οποίοι φαίνεται να επηρεάζουν περισσότερο την εξέλιξη. Οι έφηβες είναι πιο πιθανό να δοκιμάσουν τα όρια της ομάδας. Το είδος και ο βηματισμός της επικοινωνίας απεικονίζουν αυτή του συνόλου των μελών: συγκεκριμένα, την γρήγορη αλλαγή θεμάτων, ασταθείς διαθέσεις και τη ροπή προς τη δράση (Behr, 1988)

Στην ομαδική θεραπεία, συνήθως, υπάρχει ανάμιξη αντρών και γυναικών. Ωστόσο, με τα νεαρά άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία, η σύνθεση της ομάδας αποτελείται κυρίως από γυναίκες. Ο θεραπευτής πρέπει να είναι ενήμερος για το αν προκαλεί αναστάτωση η παρουσία ενός μέλους του αντίθετου φύλου. Επίσης, είναι αναγκαίο να κατανοήσει πόσο δύσκολο είναι για ένα έφηβο αγόρι να βρίσκεται σε μία ομάδα με έφηβα κορίτσια και πόσο σημαντικό είναι να τον υποστηρίξει σε αυτή του την προσπάθεια (Wright, 2000).

Το μέγεθος της κάθε ομάδας διαφέρει ανάλογα με το είδος της και τους στόχους της. Αν είναι μικρό, είναι δύσκολο να δημιουργηθούν ιδέες που να ενθαρρύνουν την αλλαγή. Αυτό γίνεται φανερό όταν τα μέλη απομακρύνονται και δεν επιθυμούν να συνεισφέρουν θετικά. Ωστόσο, το πλεονέκτημα της μικρής ομάδας είναι πως μπορεί να διευκολύνει τα άτομα που έχουν μικρή αυτοπεποίθηση να γίνουν πιο κοινωνικά και πρόθυμα να εκθέσουν τον εαυτό τους. Αντίθετα, στις μεγάλες

ομάδες είναι δύσκολο να αναπτυχθεί συνοχή, καθώς τα μέλη τους δεν έχουν τη δυνατότητα να μιλάνε αρκετά. Παρόλα αυτά, τους δίνεται η ευκαιρία να ακούν και να παρατηρούν τους άλλους ασθενείς, χωρίς να αναμένεται από τους ίδιους να συνεργαστούν (Northen, 1970).

Όταν ξεκινάει μία ομάδα είναι σημαντικό να εξεταστεί ποια άτομα πρέπει να συμπεριληφθούν, ανάλογα με τις διαφοροποιημένες ανάγκες τους. Υπάρχουν και θετικά και αρνητικά στο να συνυπάρχουν ασθενείς με διαφορετικά προβλήματα. Σε μονάδες εσωτερικής νοσηλείας, οι ομάδες περιέχουν και άτομα που δεν πάσχουν από νευρική ανορεξία. Σε αυτή την περίπτωση πρέπει να επικεντρώνεται η προσοχή σε πιο γενικά θέματα. Αρκετές φορές υπάρχουν ασθενείς με διαφορετικές διαταραχές πρόσληψης τροφής. Τα αποτελέσματα αυτής της ανάμιξης εξαρτώνται από την ισορροπία μεταξύ τους. Για παράδειγμα, όταν υπάρχουν μόνο ένα ή δύο άτομα με βουλιμία, είναι πολύ δύσκολο για αυτούς να συμμετέχουν. Ενδέχεται να νιώθουν ζηλοφθονία για τους ανορεκτικούς, πιστεύοντας πως έχουν κατακτήσει τον αυτοέλεγχο. Αυτοί που πάσχουν από νευρική ανορεξία, θα ανησυχίσουν μήπως γίνουν βουλιμικοί. Ίσως αισθάνονται πως έρχονται αντιμέτωποι με τον εφιάλτη τους. Το θετικό είναι πως καταφέρνουν να συνειδητοποιήσουν πως κανένας από αυτούς δεν έχει τον έλεγχο (Wright, 2000).

14.2. Η δομή της ομάδας

Λέγοντας «δομή της ομάδας» εννοούμε τον τρόπο με τον οποίο δομείται, δηλαδή αν θα είναι κλειστή ή ανοιχτή, το είδος της ηγεσίας του θεραπευτή και τους κανόνες που υφίστανται. Το σύνολο των μελών των κλειστών ομάδων παραμένει αμετάβλητο, δεδομένου ότι στις ανοιχτές αλλάζει. Κάθε τύπος είναι εφαρμόσιμος στη

θεραπεία της νευρικής ανορεξίας. Παρόλα αυτά είναι δύσκολο να λειτουργήσουν οι κλειστές ομάδες σε μονάδες εσωτερικής νοσηλείας. Οι ανοιχτές μπορούν να συνεχίζουν σε εβδομαδιαία βάση μέχρι η ζήτησή τους να μειωθεί, η θεραπευτική τους αξία να είναι μικρή ή να μετακινηθούν όλοι οι ασθενείς. Οι κλειστές ομάδες μπορούν να σχεδιαστούν ώστε να έχουν ένα χρονικά περιορισμένο πλαίσιο με έναν συγκεκριμένο στόχο. Ανεξάρτητα από το είδος της ομάδας, οι συνεδρίες διαρκούν 60-90 λεπτά.

Ο Dies (1983) έχει αναγνωρίσει τις θετικές διαστάσεις του θεραπευτικού στυλ, το οποίο περιλαμβάνει φροντίδα, υποστήριξη, κατανόηση, ερμηνεία και λογικά επίπεδα ελέγχου. Αντίθετα, ο υπερβολικός έλεγχος, τα ασαφή όρια και η απάθεια επηρεάζουν αρνητικά την ομάδα. Αποτελεί ιδιαίτερα βοηθητικό για τον αρχηγό της να έχει πρακτική γνώση της ομαδικής θεραπείας και να είναι έμπειρος στον διαχωρισμό της διαταραγμένης από την υγιή συμπεριφορά. Η επιτυχία της διαδικασίας εξαρτάται από τη θετική συμπεριφορά του και τη δημιουργία μιας καλής ψυχοσωματικής επαφής με το κάθε μέλος. Είναι σημαντικό να προωθεί ένα κλίμα αποδοχής, σεβασμού, κατανόησης και ειλικρίνειας. Καθώς η ομάδα εδραιώνεται, ο ρόλος του αρχηγού γίνεται λιγότερο κεντρικός και τα μέλη της εργάζονται περισσότερο. Αν και ο ίδιος αναλαμβάνει ολοκληρωτικά την ευθύνη, συνεργάζεται με τα υπόλοιπα άτομα για να ορίσουν τα θέματα συζήτησης. Ωστόσο, λαμβάνει και αυτός μέρος στις συζητήσεις και είναι ο πρώτος που ανατροφοδοτεί τους υπόλοιπους. Αυτό βοηθά ώστε να εκδηλωθεί η πεποίθηση του ατόμου για τη χρησιμότητα της διαδικασίας και να εξαλειφθεί η επιπολαιότητα, η αμηχανία ή η υποχώρηση που επιδεικνύουν. Επίσης, δείχνει στην ομάδα πως η συμμαχία είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση και τη διερεύνηση των δυσκολιών. Η αίσθηση της συνεργασίας, του

δωσιλογισμού και της αμοιβαιότητας ενδυναμώνει την κινητοποίηση και την υποστήριξη των συνεδριών ομαδικής θεραπείας.

Τέλος, προκειμένου να εκφράσουν οι ασθενείς τον εαυτό τους, οι κανόνες είναι απαραίτητοι. Είναι σημαντικό για αυτούς να νιώθουν πως βρίσκονται στην κυριότητα της ομάδας και πως είναι συνδεδεμένοι με κάποια άτομα. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την ενθάρρυνση των μελών να συμμετάσχουν στην ανάπτυξη των κανόνων. Αυτοί πρέπει να περιλαμβάνουν: όλοι συμμετέχουν, σε όλους δίνεται χώρος και χρόνος να εκφράσουν τον εαυτό τους, όχι κρυφές συζητήσεις και το γέλιο είναι επιθυμητό (όταν μοιράζεται). Η πρώτη συνεδρία χρησιμοποιείται για να εδραιωθούν αυτοί οι κανόνες και να συζητηθούν διάφορα θέματα, όπως η αυτοπεποίθηση της ομάδας (Wright, 2000).

14.3. Τα δυναμικά της ομάδας

Τα δυναμικά της ομάδας χαρακτηρίζουν τις σχέσεις και τις αλληλεπιδράσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στα μέλη της και τον θεραπευτή, καθώς και αυτές των μελών μεταξύ τους. Υπάρχουν δυναμικά θέματα προσωπικής ανάπτυξης που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τον αρχηγό ενώ ταυτόχρονα διευθετούνται τα συμπτώματα. Οι ομάδες βιώνουν ένα αρκετά ανταγωνιστικό περιβάλλον. Η αποδοχή και η ένταξη των άλλων ατόμων αποτελούν σημαντικά στοιχεία, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα των υπολοίπων να εκφράσουν ανεξαρτησία. Δεδομένου πως η αποδοχή και η αυτοεκτίμηση είναι στενά συνδεδεμένα και ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι το πυρηνικό χαρακτηριστικό της νευρικής ανορεξίας, η διαμόρφωση μιας ικανοποιητικής ταυτότητας στην ομάδα δύναται να αποτελέσει μία κρίσιμη αναπτυξιακή εξέλιξη για αυτά τα άτομα (Wright, 2000).

Μερικοί ασθενείς που παρακολουθούν τις ομάδες, μπορεί να βρίσκονται σε μία πιο εντατική θεραπεία ή είναι δυνατό για άλλους λόγους να αναπτύσσουν σχέσεις εξάρτησης με τους ειδικούς. Σε αυτήν την περίπτωση, η συνεχιζόμενη εξάρτηση και η παλινδρόμηση είναι πιθανές. Ο αρχηγός οφείλει να γνωρίζει τις διαχωριστικές γραμμές ανάμεσα στην υποστήριξη και την εξάρτηση και να βοηθήσει τα άτομα να χρησιμοποιήσουν την ομάδα σαν μία περιοχή που μπορούν να κατακτήσουν την αυτονομία και την ανεξαρτησία. Η προώθηση αυτών των στοιχείων μπορεί να μειώσει την εξάρτηση και να τους βοηθήσει να συνειδητοποιήσουν πως η νευρική ανορεξία δεν τους επιτρέπει να κατανοήσουν ποιοι είναι οι πιο αποτελεσματικοί τρόποι για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους. Ωστόσο, οι νεότερες ασθενείς, που είναι ακόμη πολύ εξαρτημένες από τους γονείς τους, μπορεί να χαρακτηρίσουν αυτή τη διαδικασία ιδιαίτερα δύσκολη (Behr, 1988).

Οι ομάδες συγκροτούν ένα εξαιρετικό πλαίσιο για την πρόκληση των διαταραγμένων απόψεων για το σώμα. Όμως, πολλές ανορεκτικές γυναίκες προσπαθούν να αποφύγουν τις καταστάσεις, στις οποίες οι πεποιθήσεις τους και οι ιδέες τους μπορούν να αμφισβητηθούν. Όταν τα μέλη προκαλούν μία συμπεριφορά ή μία άποψη, είναι πολύ πιο δραστικό από το να πραγματοποιήσουν το ίδιο οι γονείς ή ο θεραπευτής (Wright, 2000).

14.4. Πιθανοί τύποι ομάδων

14.4.1. Ψυχο-εκπαιδευτικές ομάδες

Οι ψυχο-εκπαιδευτικές ομάδες έχουν ως στόχο την εκμάθηση διαφόρων δεξιοτήτων που αφορούν στον χειρισμό της ζωής και των συναισθημάτων. Μπορούν

να καλύψουν μία ποικιλία θεμάτων, όπως για παράδειγμα τη θετική σκέψη, τη διαχείριση του θυμού, τις δεξιότητες ζωής, την ανάπτυξη, τη διατροφή και την αυτοεκτίμηση. Ωστόσο, σε αυτό το κεφάλαιο θα περιγραφούν οι ομάδες που ασχολούνται με τη θετική σκέψη, τη διαχείριση του θυμού και την αυτοεκτίμηση.

Η ομάδα θετικής σκέψης διευθετεί θέματα, όπως η ανάγκη για θετική σκέψη, οι βασικές δεξιότητες απόκτησής της και η διαφορά της με την επιθετικότητα και την παθητικότητα. Αυτά τα στοιχεία διαχειρίζονται καλύτερα με σενάρια και παιχνίδια ρόλων. Οι καταστάσεις που απαιτούν θετική σκέψη εκμαιεύονται από τα μέλη και απεικονίζουν την κουλτούρα και τις πιέσεις τους. Αυτές ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία και το πολιτισμικό πλαίσιο της ομάδας (Polivy, 1984).

Πολλές ανορεκτικές ασθενείς αισθάνονται εξαγριωμένες αλλά αδυνατούν να εκφράσουν το θυμό τους ευθέως. Συχνά, είναι μία φυσική αντίδραση στον πόνο και μπορεί να παρουσιαστεί σαν κατάθλιψη ή σαν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Οι ομάδες διαχείρισης του θυμού είναι οι καταλληλότερες για αυτές τις περιπτώσεις. Τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν τις ομάδες για να αναγνωρίσουν την οργή τους και την πηγή της, σαν ένα προσίμιο για να ανακαλύψουν πιο υγιείς τρόπους έκφρασής της.

Τέλος, οι ομάδες αυτοεκτίμησης αποτελούν ένα πολύ βοηθητικό πλαίσιο για την ανύψωση της χαμηλής αυτοεκτίμησης, ιδιαίτερα επειδή δίνουν την ευκαιρία για άμεση ανατροφοδότηση. Οι κανόνες μαζί με τον θεραπευτή εξασφαλίζουν σε κάθε μέλος να ακουστεί η άποψή του και να αυξηθεί η αυτοαξία του. Η εστίαση στην εξύψωση της αυτοεκτίμησης περιλαμβάνει τον τρόπο που αυτή αναπτύσσεται, με τις επακόλουθες σκέψεις υποτίμησης του εαυτού και τη δημιουργία στρατηγικών για την εξάλειψη των αυτοκαταστροφικών συνηθειών μέσω της θετικής σκέψης, της επανασύνταξης, της επιβεβαίωσης και της διεκδίκησης (Wright, 2000).

14.4.2. Ομάδες δραστηριοτήτων

Η υποτροπή της συναισθηματικής κατάστασης των ασθενών προκαλεί τον θεραπευτή να βρει μία διέξοδο στον αυστηρά προστατευμένο εσωτερικό τους κόσμο. Πολλές αδυνατούν να προσεγγίσουν και να εκφράσουν λεκτικά τα συναισθήματά τους. Οι συγκεκριμένες ομάδες κάνουν χρήση διάφορων δραστηριοτήτων για να διευκολύνουν τις συζητήσεις και τη διερεύνηση ειδικών θεμάτων. Οι δραστηριότητες βοηθούν τα μέλη να εργαστούν με δύσκολες καταστάσεις με έναν έμμεσο και πολλές φορές μη λεκτικό τρόπο. Τους δίνουν την ευκαιρία να διεισδύσουν στον εσωτερικό τους κόσμο, χρησιμοποιώντας τη δημιουργικότητα. Τέτοιες ομάδες αποδεσμεύουν τη δύναμη της εφευρετικής έκφρασης του ατόμου σε ένα ασφαλές περιβάλλον. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί, επιτρέποντας στην ασθενή να διαλέξει τα δικά της μέσα. Ο αρχηγός δεν αναλύει ούτε ερμηνεύει αλλά προσφέρει έναν υποστηρικτικό ρόλο, ώστε το άτομο να ερμηνεύσει από μόνο του τη δουλειά του. Μερικές ομάδες δραστηριοτήτων είναι: θεραπεία τέχνης, δραματοθεραπεία (Wurt & Pope-Carter, 1998), χοροθεραπεία και μουσικοθεραπεία (Sloboda, 1994).

14.4.3. Άλλες ομάδες

Ομάδες επικοινωνίας και επιτήρησης του περιβάλλοντος

Αυτόματα με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, η ασθενής λαμβάνει μέρος σε μία ομάδα θεραπείας. Είναι αναπόφευκτο πως θα συμπεριληφθούν σε οργανωμένες και μη οργανωμένες διαδικασίες και αλληλεπιδράσεις. Ο Crouch (1998) έχει αναφέρει πως τα ουσιώδη συστατικά ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι «η διατήρηση ενός ασφαλούς και συγκρατημένου περιβάλλοντος, ένα υψηλά δομημένο πρόγραμμα, η φυσική και συναισθηματική υποστήριξη, η επιλεκτική ανάμιξη των

ασθενών, της οικογένειας και του προσωπικού στη θεραπευτική μονάδα και η συνεχής αξιολόγηση όλων των παρεμβάσεων» (σελ. 115). Ο ρόλος των νοσοκόμων είναι, επίσης, σημαντικός διότι οι ασθενείς σπαταλούν τον περισσότερο χρόνο τους συζητώντας μαζί τους και μπορούν να επηρεαστούν από τη συμπεριφορά και τη στάση τους.

Ομάδες αποφυγής των υποτροπών

Ο στόχος αυτού του τύπου ομάδας είναι η προσφορά υποστήριξης και συμπαράστασης, ώστε να αποφευχθεί η υποτροπή. Δίνει τη δυνατότητα να συζητηθούν οι προσπάθειες των μελών να διατηρήσουν υγιείς συμπεριφορές και υγιές βάρος. Αποτελεί, επίσης, ένα μέρος όπου οι αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα μπορούν να συζητηθούν ανοιχτά. Ένα πρόβλημα που προκύπτει είναι το ότι οι ασθενείς υποκρίνονται πως έχουν αναρρώσει αλλά στην πραγματικότητα διατηρούν πολλές από τις σκέψεις της νευρικής ανορεξίας. Η ομάδα οφείλει να διερευνήσει τι θα συμβεί αν συζητηθούν όλες οι ιδέες και τα συναισθήματα ανοιχτά και τι όχι. Ένας φόβος μπορεί να είναι πως θα επιβαρύνουν άσκοπα τα άλλα άτομα. Τα μέλη συνήθως βρίσκονται σε διαφορετικά επίπεδα ανάρρωσης, με αποτέλεσμα να έχουν διαφορετικές αντιλήψεις και έτσι η συζήτηση γίνεται ιδιαίτερα επικοινωνιακή. Ο σκοπός είναι να βρουν τρόπους να δέχονται υποστήριξη, χωρίς να χρησιμοποιούν την ασθένειά τους (Wright, 2000).

Ομάδες υποστήριξης των γονιών

Οι Nicholls και Magagna (1997) έχουν περιγράψει μία ομάδα υποστήριξης γονιών σαν μέρος της συνολικής θεραπείας των ασθενών. Οι ανορεκτικοί αισθάνονται πως παρόλο που έχουν διαφορετικά συμπτώματα, οι βασικές ανάγκες

τους είναι οι ίδιες. Συγκεκριμένα, «να είναι ικανοί να καταναλώνουν ικανοποιητικές ποσότητες τροφής και να μπορούν να εκφράζουν άφοβα τα συναισθήματά τους» (σελ. 566). Η ευθύνη των γονιών είναι να βοηθήσουν στην ικανοποίηση αυτών των αναγκών, κάτι που τους φαίνεται αρκετά δύσκολο. Η συζήτηση, που αφορά στη δική τους τρωτότητα και στα συναισθήματα ανεπάρκειας ή αποτυχίας, μπορεί να τους καταστήσει ικανούς να ανακτήσουν την κυριότητα του γονεϊκού ρόλου.

Ο στόχος της ομάδας είναι να προσφέρει υποστήριξη στους γονείς των ασθενών. Αυτή προέρχεται από τον αρχηγό και τους άλλους γονείς. Ένα βασικό πλεονέκτημα είναι πως οι γονείς βρίσκονται σε διαφορετικά επίπεδα της θεραπευτικής διαδικασίας, με αποτέλεσμα να ελπίζουν, βλέποντας την πρόοδό τους. Οι Nicholls και Magagna (1997) σχολίασαν τα συναισθήματα ενοχής, ηττοπάθειας, ματαίωσης και μειωμένης ικανότητας, που διακατέχουν πολλούς γονείς και υποστήριξαν την ανάγκη τους να βρίσκονται όλοι μαζί και να μοιράζονται γνώσεις και δεξιότητες. Έδωσαν έμφαση στις διαφορές ανάμεσα στους τρόπους με τους οποίους το κάθε άτομο αντιδρά στη νευρική ανορεξία. Είναι σημαντικό να προσφέρεται χώρος και χρόνος για τη γονεϊκή αυτοεικόνα μέσα στην ομάδα (Nicholls & Magagna, 1997).

Η πρώτη συνεδρία πρέπει να ξεκινά ρωτώντας τα μέλη για ποιο λόγο επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν την ομάδα. Οι γονείς πρέπει να έχουν την ευκαιρία να συναντιούνται με τους υπόλοιπους για να τους θέτουν ερωτήσεις σχετικά με την εμπειρία τους. Μερικές φορές επιθυμούν να προσφέρουν υποστήριξη στα νέα μέλη δίνοντας τους μία τηλεφωνική λίστα με τα άτομα που θέλουν να επικοινωνήσουν. Οι ομάδες διευκολύνουν την επικοινωνία ανάμεσα στους γονείς και την κλινική ομάδα, με αποτέλεσμα η δεύτερη να δέχεται λιγότερα παράπονα από τους πρώτους (Wright, 2000).

15. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ο Herpertz-Dahlmann (2002) πραγματοποίησε μία έρευνα για να διαπιστώσει την πρόγνωση της νευρικής ανορεξίας. Το δείγμα του αποτελούταν μόνο από εσωτερικούς ασθενείς που πληρούσαν όλα τα κριτήρια σύμφωνα με το DSM-III. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα 2/3 των ασθενών ανάρρωσαν μετά από 10 χρόνια. Λιγότερο από το 10% έπασχαν ακόμη από τη διαταραχή και κανείς τους δεν είχε πεθάνει. Αντίστοιχα, ο Theander (1996) σε μία δική του έρευνα ανέφερε πως το 74%-76% ανάρρωσε μετά από 10-15 χρόνια.

Επίσης, ο κίνδυνος της θνησιμότητας φαίνεται να είναι πολύ μικρότερος στις έφηβες από ότι στις ενήλικες γυναίκες. Στην έρευνα που πραγματοποίησε ο Sullivan (1995), το 5,6% των ασθενών απεβίωσε ενώ σε αυτή των Fichter και Quadflieg (1999) το 6%.

Παρόλο που αρκετές ασθενείς αναρρώνουν από τη νευρική ανορεξία, οι περισσότερες πάσχουν από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Οι πιο διαδεδομένες είναι οι αγχώδεις και οι συναισθηματικές. Η κοινωνική φοβία παρουσιάστηκε στο ¼ των ασθενών (Herpertz-Dahlmann, 2002). Περισσότεροι από το ¼ εμφάνισαν διαταραχές της προσωπικότητας (Herpertz-Dahlmann, 2002), ενώ σύμφωνα με τους Fichter και Quadflieg (1999) το 23%.

Αξίζει να σημειωθεί πως βρέθηκε μία σχέση ανάμεσα στη νευρική ανορεξία και στις προνοσηρές ψυχιατρικές διαταραχές και μία συσχέτιση μεταξύ της χρόνιας ψυχογενούς ανορεξίας και των διαταραχών προσωπικότητας (Herpertz-Dahlmann, 2002).

Τέλος, είναι πάρα πολύ σημαντικό να σημειωθεί πως η μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων είναι αμφιλεγόμενη. Ωστόσο, έχει βρεθεί πως

η ειδικευμένη θεραπεία βελτιώνει την πρόγνωση της νευρικής ανορεξίας στους εφήβους και μειώνει τα ποσοστά της θνησιμότητας. Παρόλα αυτά, στις περισσότερες ασθενείς υπάρχουν σημαντικές περίοδοι ψυχολογικής ανάπτυξης και κοινωνικότητας, οι οποίες σταθεροποιούνται (Herpertz-Dahlmann, 2002).

16. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί μία από τις σοβαρότερες ψυχοσωματικές διαταραχές, καθώς μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στον θάνατο. Παρουσιάζεται κατά κύριο λόγο στις γυναίκες και ιδιαίτερα την περίοδο της εφηβείας και πολύ πιο σπάνια στους άντρες και τα παιδιά. Τα διαγνωστικά της κριτήρια είναι αρκετά και ποικίλουν από ασθενή σε ασθενή. Το βασικότερο χαρακτηριστικό της είναι η ραγδαία μείωση του βάρους, καθώς το άτομο ελαττώνει την ποσότητα του φαγητού που καταναλώνει. Πολλοί χρησιμοποιούν επικίνδυνες μεθόδους με στόχο την απώλεια κιλών, όπως οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί, η κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών και κλυσμάτων και η υπερβολική άσκηση. Οι ασθενείς που πάσχουν από νευρική ανορεξία βρίσκονται κάτω από το 85% του ιδανικού τους βάρους, με αποτέλεσμα να προκαλείται αμηνόρροια. Η διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος, ο φόβος για την παχυσαρκία και η χαμηλή αυτοεκτίμηση κατέχουν κεντρική θέση στη διαταραχή (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Σε αντίθεση με την ευμεγέθη έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς τα αίτια της ανάπτυξης και της διατήρησης της νευρικής ανορεξίας. Έχουν δημιουργηθεί διάφορες θεωρίες, οι οποίες όμως δεν αποκλείουν η μία την άλλη. Αντίθετα, είναι αλληλοσυμπληρούμενες. Το εύρος των αιτιών είναι μεγάλο και περιλαμβάνει τους γενετικούς, βιοχημικούς,

ψυχολογικούς, οικογενειακούς, σεξουαλικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες (Lask, 2000). Ωστόσο, κανείς από τους παραπάνω δεν δύναται να αποτελέσει από μόνος του την αιτία για τη δημιουργία της διαταραχής. Γίνεται κατανοητό πως ο συνδυασμός και η αλληλεπίδραση όλων ή μερικών από αυτούς, μπορεί να συντελέσει στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας.

Οι συμπεριφορές που στοχεύουν στη μείωση του βάρους, όπως η λιμοκτονία, ο αυτοπροκαλούμενος εμετός, η κατάχρηση καθαρτικών και κλυσμάτων, τα διουρητικά και η υπερβολική σωματική άσκηση μπορούν να προκαλέσουν βιοχημικές, ψυχολογικές και φυσικές διαταραχές. Η μεταβολική αλκάλωση, η μειωμένη έκκριση ορμονών, οι αλλαγές στην προσωπικότητα, η μείωση των καρδιακών παλμών, η ξηρότητα του δέρματος, η τριχοφυΐα, τα οδοντικά προβλήματα, η διαστολή του εντέρου, το οίδημα, η αμηνόρροια και η οστεοπόρωση αποτελούν μερικές από αυτές (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Ο βασικότερος και ουσιαστικότερος στόχος στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας αποτελεί η αύξηση του βάρους ώστε να αποφευχθεί η επιδείνωση της σωματικής υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της απόκτησης φυσιολογικών τρόπων διατροφής και της αναστολής των επικίνδυνων μεθόδων απώλειας βάρους. Η αύξηση της αυτοπεποίθησης και η αλλαγή των διαστρεβλωμένων απόψεων είναι αποφασιστικής σημασίας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2003).

Η πρώτη παρέμβαση που πραγματοποιείται είναι ο διατροφικός χειρισμός των ασθενών. Με τη βοήθειά της επιτυγχάνεται η αύξηση του σωματικού βάρους, η επανασίτιση, η εξαφάνιση των συμπεριφορών απώλειας κιλών και η εδραίωση φυσιολογικών συμπεριφορών διατροφής (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Εφόσον έχει επιτευχθεί το φυσιολογικό βάρος των ασθενών, χρησιμοποιούνται διάφορες προσεγγίσεις ώστε να μην επανέλθουν στις

προηγούμενες συνήθειές τους. Μία από αυτές είναι η γνωστικο-συμπεριφοριστική θεραπεία, η οποία χρησιμοποιεί διάφορες τεχνικές για την αλλαγή του γνωστικού πλαισίου του ατόμου και των διαταραγμένων συμπεριφορών του. Αυτές οι τεχνικές περιλαμβάνουν το ημερολόγιο σκέψεων και διατροφής, «Δουλεύοντας με σιωπή και φροντίδα» και τα συμβολικά σχεδιαγράμματα με μία διαφορά για παιδιά και εφήβους. Η γνωστικο-συμπεριφοριστική θεραπεία έχει μεγάλα ποσοστά επιτυχίας στις ανορεκτικές ασθένειες. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της δημιουργίας μίας σχέσης ανάμεσα στις σκέψεις και τα συναισθήματα και της εστίασης στο παρόν. Οι τεχνικές βοηθούν τα άτομα να μειώσουν την ανησυχία τους που οφείλεται στη διατροφή αλλά και να κινητοποιηθούν ώστε να επιλύσουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και να αυξήσουν την αυτοεκτίμησή τους. Παρόλα αυτά, δεν είναι χρήσιμη για όλους τους ασθενείς. Μερικοί από αυτούς μπορεί να μην ελκύονται από τις μεθόδους που χρησιμοποιεί η γνωστικο-συμπεριφοριστική προσέγγιση και να τις θεωρούν περιττές και ανούσιες (Christie, 2000).

Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται, επίσης, ευρέως στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας. Με τη βοήθειά της διερευνάται ο εσωτερικός κόσμος της ασθενούς, ο οποίος οδηγεί σε έντονη συναισθηματική διαμάχη και σε σφοδρές προασπιστικές αμυντικές διεργασίες ενάντια στον ανυπέρβλητο ψυχολογικό πόνο. Η θεραπευτική χρήση της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης στην ψυχοθεραπεία έχει ευρεία εφαρμογή για την κατανόηση της συμπεριφοράς τόσο της ασθενούς όσο και του θεραπευτή. Επίσης, ο ρόλος των ονείρων είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την αντίληψη της ανάπτυξης του εσωτερικού κόσμου της ασθενούς, αποσκοπώντας στην ψυχολογική υγεία. Οι επιλοκές και τα εμπόδια κατά τη διάρκεια της αρχικής, της μεσαίας και της τελικής φάσης της θεραπευτικής διαδικασίας αποτελούν συνηθισμένο φαινόμενο (Magagna, 2000). Παρόλο που η

ψυχοδυναμική προσέγγιση οδηγεί σε θετικά αποτελέσματα, είναι ιδιαίτερα δαπανηρή, διότι δεν μπορεί να ολοκληρωθεί με επιτυχία μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα. Το μεγάλο κόστος και το χρονοβόρο της διαδικασίας αποτρέπουν τους ασθενείς να ακολουθήσουν αυτού του είδους παρέμβαση.

Πολλές φορές τα άτομα με νευρική ανορεξία χρειάζονται μία περίοδο εσωτερικής νοσηλείας. Οι ενδείξεις για την εισαγωγή περιλαμβάνουν τον σοβαρό υποσιτισμό, τα ιατρικά παράπονα όπως καρδιακές αρρυθμίες, τα διάφορα είδη αυτοκαταστροφικής ή αυτοκτονικής συμπεριφοράς, τα σημάδια άλλων προβλημάτων υγείας όπως κατάθλιψη, την ανάγκη για μια πιο ευρεία εκτίμηση και μία μικρή ή καθόλου πρόοδο κατά τη διάρκεια άλλων ειδών θεραπείας. Οι ανορεκτικές ασθενείς πρέπει να αντιμετωπίζονται σε μία ποικιλία πλαισίων εσωτερικής νοσηλείας και αν είναι δυνατό, το κάθε πλαίσιο πρέπει να επιλέγεται σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ατόμου. Η πολυπαραγοντική αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας απαιτεί μία πολυπειθαρχική προσέγγιση στη θεραπεία, δηλαδή τη συνεργασία πολλών ειδικών. Η θεραπεία του περιβάλλοντος αποτελεί ένα βασικό συστατικό της εσωτερικής νοσηλείας, που προωθεί τη γρηγορότερη ανάρρωση της ασθενούς. Επίσης, η απaráμιλλη σχέση ανάμεσα στην ανορεκτική γυναίκα και τη νοσοκόμα, που έχει η ίδια επιλέξει, δίνει τη δυνατότητα για μια αξιόλογη ατομική προσπάθεια από την πλευρά του προσωπικού (Vandereycken, 1985). Ωστόσο, πολλές φορές τα άτομα προσποιούνται πως έχουν αναρρώσει, εφόσον το βάρος τους έχει επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα. Στην πραγματικότητα, όμως, οι διαστρεβλωμένες απόψεις και θέσεις έχουν παραμείνει. Αυτό συμβαίνει διότι οι ασθενείς αισθάνονται εγκλωβισμένες μέσα στη μονάδα και το μόνο που επιθυμούν είναι να απαλλαχτούν από τον ασφυκτικό κλοιό και να επανέλθουν στις προηγούμενες συμπεριφορές διατροφής.

Μία άλλη προσέγγιση που χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η οικογενειακή θεραπεία και η συμβουλευτική γονέων. Οι προαναφερθείσες μέθοδοι θεωρούνται ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Αυτές συνεπάγονται έναν αιτιολογικό σύνδεσμο ανάμεσα στην οικογενειακή λειτουργία και τη διαταραχή και στοχεύουν στην απαλλαγή της οικογένειας από την υπαιτιότητα και στην επίλυση των προβλημάτων της. Κάθε τέτοιου είδους παρέμβαση βασίζεται στις παραπάνω προϋποθέσεις. Η οικογενειακή θεραπεία προωθεί μία αφθονία ιδεών και τεχνικών για την επίτευξη των στόχων της (Honig, 2000). Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί πως για την επιτυχία των συγκεκριμένων μεθόδων, απαιτείται η συνεργασία των γονιών και η προθυμία τους να συμβάλουν στην ανάρρωση του παιδιού τους. Δυστυχώς, πολλές φορές οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας είναι τόσο πολύ διαταραγμένες που η αποτελεσματικότητα και η ισχύς της οικογενειακής θεραπείας μειώνεται.

Επιπροσθέτως, η ομαδική θεραπεία θεωρείται απόλυτα βοηθητική αλλά δεν μπορεί να αποτελέσει το βασικό θεραπευτικό πλάνο. Συνήθως, χρησιμοποιείται συμπληρωματικά. Η ομαδική θεραπεία παροτρύνει τα άτομα να μοιραστούν τις εμπειρίες τους και πιθανόν να βρουν λύσεις στα προβλήματά τους. Αποτελεί ένα μέρος όπου οι ιδέες και οι πεποιθήσεις μπορούν να αμφισβητηθούν με ευγενικό και υποστηρικτικό τρόπο. Το βασικό πλεονέκτημά της είναι ότι μπορούν να συμμετέχουν οι οικογένειες στη θεραπευτική διαδικασία και ότι οι σχέσεις και οι αλληλεπιδράσεις μπορούν να αναδιαμορφωθούν. Οι ομάδες προωθούν μία ατμόσφαιρα αμοιβαίας υποστήριξης. Μέσω της συζήτησης αυξάνεται η ανεξαρτησία, η αυτονομία και η γνώση των ασθενών για τη διαταραχή τους (Nicholls & Magagna, 1997). Ωστόσο, σε αυτό που πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή είναι ο σχεδιασμός των ομάδων. Πολλές φορές τα άτομα που συμμετέχουν είναι δυνατόν να μην ταιριάζουν μεταξύ τους ή να

μην ακολουθούν τους κανόνες, με αποτέλεσμα να δημιουργείται αρνητικό και άρα μη βοηθητικό κλίμα. Σε αυτήν την περίπτωση, η ομάδα πρέπει να διασπαστεί και να συγκροτηθεί εκ νέου.

Έχει διαπιστωθεί από ερευνητική δεδομένα (Herpertz-Dahlmann, 2002· Theander, 1996) πως τα 2/3 περίπου των ασθενών αναρρώνουν μετά από 10 περίπου χρόνια. Το ποσοστό της θνησιμότητας δεν είναι καθόλου αμελητέο καθώς κυμαίνεται στο 5%-6% (Sullivan, 1995· Fichter & Quadflieg, 1999). Παρόλο που μερικές ασθενείς αναρρώνουν από τη νευρική ανορεξία, πάσχουν από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές όπως της προσωπικότητας, συναισθηματικές και αγχώδεις (Herpertz-Dahlmann, 2002· Fichter & Quadflieg, 1999). Η μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αμφισβητείται αλλά έχει βρεθεί πως η θεραπεία βελτιώνει την πρόγνωση της ασθένειας στους εφήβους και μειώνει τα ποσοστά των θανάτων (Herpertz-Dahlmann, 2002).

Αξίζει να σημειωθεί πως πολύ λίγες πληροφορίες είναι γνωστές για την αποφυγή της έναρξης της διαταραχής. Θεωρητικά είναι δυνατό να μειωθεί η συχνότητα εμφάνισής της, αποτρέποντας τους εφήβους από τις αυστηρές δίαιτες. Ωστόσο, αυτές οι προσεγγίσεις είχαν απογοητευτικά αποτελέσματα. Θα πρέπει να ερευνηθούν και να ληφθούν μέτρα πρόληψης, τα οποία να συμπεριλαμβάνουν όχι μόνο τους εφήβους αλλά ακόμη τους γονείς και το σχολείο.

Στο σχολικό περιβάλλον καθίσταται επιτακτικό να αναπτυχθούν διάφορα προγράμματα, τα οποία να διδάσκουν στα παιδιά να αναγνωρίζουν και να εκφράζουν τις διαστρεβλωμένες σκέψεις και πεποιθήσεις τους σχετικά με τη μορφή του σώματός τους και του βάρους τους. Ακόμη, δεδομένου πως η αυτοεκτίμηση διαδραματίζει αποφασιστικό ρόλο στην έναρξη της διαταραχής, ένα πρόγραμμα πρόληψης θα μπορούσε να εστιάζει στο να βοηθήσει τα παιδιά να βασίζονται στην αυτοεκτίμησή τους

όχι στην εξωτερική τους εμφάνιση αλλά σε άλλες πτυχές της ζωής και της προσωπικότητάς τους. Για παράδειγμα, οι γονείς και οι δάσκαλοι οφείλουν να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στις έμφυτες ικανότητες και κλίσεις, καθώς και στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.

Ο ρόλος των μέσων μαζικής ενημέρωσης είναι αποφασιστικής σημασίας. Η υπερβολική ενασχόλησή τους με την προώθηση του αδύνατου σώματος ως το ιδανικό και της αναγκαιότητας της δίαιτας αποτελεί δυσοίωνη επιρροή. Αυτό συνδυάζεται και με την έκθεση των παιδιών σε σκηνές σεξ, που προβάλλονται σε περιοδικά, εφημερίδες, τηλεόραση και βιντεοκασέτες, με αποτέλεσμα ασυνείδητα επηρεασμένα να επιδιώκουν τα προβαλλόμενα πρότυπα. Θα ήταν ιδιαίτερος αισιόδοξο αν τα μηνύματα προωθούνταν με πιο ισορροπημένους τρόπους από την τηλεόραση και τον τύπο και αν η τωρινή τάση προς αδυνάτισμα αντικαθιστούταν με πιο υγιείς τρόπους ζωής. Οι γονείς θα μπορούσαν να συμβάλλουν συζητώντας με τα παιδιά τους τις αξίες που τόσο σθεναρά προωθούνται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και να τα καταστήσουν ικανά να αντιμετωπίζουν τις καταστάσεις με έναν πιο κριτικό τρόπο.

Επίσης, η κοινότητα και το σχολείο μπορούν να προωθήσουν προγράμματα εκπαίδευσης στην υγιεινή διατροφή, στην σπουδαιότητα της σωματικής άσκησης, να προσφέρουν πληροφόρηση για τα προβλήματα που προκαλούν οι αυξομειώσεις του βάρους στην υγεία, να ενισχύσουν την αυτοεικόνα και την αυτοεκτίμηση του ατόμου, να βοηθήσουν τα άτομα να εντοπίσουν τη σχέση μεταξύ της συναισθηματικής διάθεσης και της λήψης τροφής και να τους προσφέρουν διεξόδους στην επίλυση των διαπροσωπικών προβλημάτων και των συγκρούσεων με εποικοδομητικούς τρόπους.

Με την παρούσα εργασία έγινε μία προσπάθεια μελέτης των θεραπευτικών μεθόδων που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας. Ωστόσο, λόγω έλλειψης χώρου και χρόνου η προσοχή εστιάστηκε στις παρεμβάσεις

που χρησιμοποιούν ψυχολογικά μέσα. Υπάρχουν πολλές άλλες θεραπείες, οι οποίες αποδεικνύονται ιδιαίτερα αποτελεσματικές και βοηθητικές σε συνδυασμό με αυτές που έχουν αναφερθεί, όπως η φυσιοθεραπεία, η άσκηση, η φαρμακοθεραπεία κτλ. Συγκεκριμένα, η φυσιοθεραπεία και η άσκηση στοχεύουν στην ανάπτυξη ενός συνδέσμου ανάμεσα στο μυαλό και το σώμα. Με αυτόν τον τρόπο βοηθά στη βελτίωση και της σωματικής και της ψυχικής υγείας.

Ακόμη, αξίζει να σημειωθεί πως οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που αναφέρθηκαν, δεν αναλύθηκαν πλήρως με όλες τις λεπτομέρειές τους. Απλά έγινε μία περιεκτική και με όσο το δυνατό περισσότερες λεπτομέρειες αναφορά για την κάθε μία, ώστε να αποκτηθεί μία γενική αντίληψη για τα συστατικά στοιχεία των μεθόδων αντιμετώπισης της νευρικής ανορεξίας. Το εύρος των πληροφοριών ήταν πολύ μεγάλο αλλά συμπεριλήφθησαν μόνο όσα θεωρήθηκαν σημαντικά. Αυτό κρύβει τον κίνδυνο της παράλειψης στοιχείων που είναι ουσιώδη κατά την κρίση κάποιων άλλων, αλλά σύμφωνα με τη δικιά μου όχι. Επίσης, η περιορισμένη πρόσβαση στη βιβλιογραφία αποτελεί ακόμη ένα μειονέκτημα της συγκεκριμένης εργασίας. Είναι κατανοητό πως υπάρχουν πολύ περισσότερες βιβλιογραφικές πηγές από ότι χρησιμοποιήθηκαν αλλά δυστυχώς δεν κατέστη δυνατό να εντοπιστούν.

Η περιπλοκότητα και η σοβαρότητα της νευρικής ανορεξίας έχει ως αποτέλεσμα τη διατάραξη της ζωής της ασθενούς. Πολλά σημεία της ακόμη πρέπει να ερευνηθούν και να κατανοηθούν, συμπεριλαμβανομένης της φύσης της και των παραγόντων που προδιαθέτουν, προκαλούν και διαιωνίζουν την ασθένεια, καθώς και το ποιες θεραπείες είναι οι πιο αποτελεσματικές. Όπως έχει προαναφερθεί, όλα τα είδη παρεμβάσεων είναι βοηθητικά και αποτελεσματικά κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. Ωστόσο, δεν έχει πραγματοποιηθεί επαρκής έρευνα για το ποια είναι τα ποσοστά επιτυχίας της κάθε μίας. Βέβαια, αυτό είναι δύσκολο να συμβεί διότι

συνήθως γίνεται συνδυασμός θεραπευτικών μεθόδων. Πιστεύω, όμως, πως αν διερευνηθεί περισσότερο αυτό το θέμα, θα είναι αποφασιστικής σημασίας για την πρόγνωση και την πλήρη αποκατάσταση των ασθενών.

Επίσης, αποτελεί πραγματικότητα το γεγονός ότι κάποια άτομα αναρρώνουν από τη διαταραχή ενώ κάποια άλλα όχι, με άμεση συνέπεια να οδηγούνται στον θάνατο. Σε αυτήν την περίπτωση πρέπει να ερευνηθούν οι παράγοντες που αποτρέπουν τη διαίωσιση του προβλήματος, καθώς και ποιες θεραπευτικές τεχνικές έχουν χρησιμοποιηθεί σε αυτούς τους ασθενείς. Ωστόσο, υπάρχουν ελλιπή ερευνητικά στοιχεία στον συγκεκριμένο τομέα παρόλο που γίνονται αξιόλογες προσπάθειες.

Ακόμη, περισσότερες μελέτες θα πρέπει να λάβουν χώρα στην εκτίμηση του περιβάλλοντος της ασθενούς. Με αυτόν τον τρόπο, ίσως, δημιουργηθεί μία διάκριση ανάμεσα στη θεραπεία των γονιών και σε αυτή των αδερφών, εφόσον μέχρι στιγμής αυτά τα δύο αντιμετωπίζονται από κοινού. Υπάρχει ανάγκη να διερευνηθεί η σχέση του ανορεκτικού ατόμου με τα αδέρφια του πριν και μετά την έναρξη της ασθένειας, μήπως εξαχθούν πιο σαφή συμπεράσματα για την αιτιολογία της διαταραχής.

Μία πολλά υποσχόμενη περιοχή αποτελεί αυτή της βιοϊατρικής έρευνας. Όλο και πιο πολλές εξεζητημένες τεχνικές γίνονται διαθέσιμες για τη μελέτη της βιοχημείας και της φυσιολογίας του εγκεφάλου, καθώς και ανωμαλίες της εγκεφαλικής λειτουργίας σιγά σιγά αναγνωρίζονται. Ο συνδυασμός της νευροαπεικόνισης του εγκεφάλου και της νευροψυχομετρίας μπορεί να αποδειχτεί ιδιαίτερα σημαντικός για τη διερεύνηση της φύσης της νευρικής ανορεξίας.

Συμπερασματικά, όλοι οι επαγγελματίες που ασχολούνται με τη συγκεκριμένη διαταραχή οφείλουν να έχουν επίγνωση της ανάγκης για συνεχή αξιολόγηση και βελτίωση των θεραπευτικών τους δεξιοτήτων. Η πρόγνωση της ψυχογενούς

ανορεξίας παραμένει ανεπαρκής, με υψηλά ποσοστά υποτροπών και θνησιμότητας. Η έρευνα για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των διάφορων μορφών αντιμετώπισης θεωρείται επιτακτική. Ωστόσο, είναι πιθανό πως η πιο βοηθητική προσέγγιση για την καταπολέμηση της ασθένειας θα περιλαμβάνει τον συνδυασμό διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

Abraham, S. & Llewellyn-Jones, D. (1997). *Eating Disorders: the facts*, (4th ed.). Oxford, New York, Melbourne: Oxford University Press.

Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York : Harper & Row.

Behr, H. (1988). Group analysis with early adolescents: Some clinical issues. *Group analysis*, 21, 119-133.

Beaumont, P. J. V., Arthur, B., Russell, J. D. & Touyz, S. W. (1994). Excessive physical activity in dietary disorder patients: Proposals for supervised exercise program. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 21-36.

Binnay, V. & Wright, J. C. (1997). The bag of feelings: An ideographic technique for the assessment and exploration of feelings in children and adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2, 449-462.

Bruch, H. M. D. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the person with in*. New York: Basic Books, Inc.

Brumberg, J. J. (1988). *Fasting girls: The emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bryant-Waugh, R. (2000). Overview of the eating disorder. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (Eds), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2nd ed) (pp. 27-40). UK: Psychology Press.

Cash, T. F. (1991). *Body-image therapy-a program for self-directed change*. New York : Guilford Publications.

Christie, D. (2000). Cognitive-behavioral therapeutic techniques for children with eating disorders. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (Eds.), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence (2nd ed)* (pp. 205-226). UK: Psychology Press.

Close, M. (2000). Physiotherapy and exercise. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (Eds.), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence (2nd ed.)* (pp. 289-305). UK: Psychology Press.

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

Crisp, A. (1980). *Anorexia nervosa-let me be*. London: Academic Press.

Crisp, A., Palmer, L., & Kaluci, S. (1976). How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *British Journal of Psychology*, 128, 549-554.

Crouch, W. (1998). The therapeutic milieu and treatment of emotionally disturbed children: Clinical application. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3, 115-129.

Dare, C. & Lindsay, C. (1979). Children in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 1, 253-269.

Eisler, I., Dare, C., Russell, G., Szmukler, G., le Grange, D. & Dodge, E. (1997). Family and individual therapy in anorexia nervosa: A five year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1025-1030.

Epstein, R. (1990). *Eating habits and disorders*. New York: Chelsea House.

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

Fichter, M. & Quadflieg, A. (1999). Six-year course and outcome of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 359-385.

Fosson, A., Knibbs, J., Bryant-Waugh, R. & Lask, B. (1987). Early onset anorexia nervosa. *Archives of Disease in Childhood*, 62, 114-118.

Garfinkel, P. E., Garner, D. M., & Kennedy, S. (1985). Special problems of inpatient management. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 344-359). New York: Guilford Press.

Godley, J., Tchanturia, K., MacLeod, A. & Schmidt, U. (2001). Future-directed thinking in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 281-296.

Hemmings, P. (1991). *All about me*. London: Barnardos.

Herpertz-Dahlmann, B. (2002). Outcome in adolescent anorexia nervosa. *Acta Neuropsychiatrica*, 14, 2, 90-95.

Hill, A. J. & Robinson, A. (1991). Dieting concerns have a functional effect on the behavior of nine-year-old girls. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 265-267.

Hoek, W. (1993). Review on the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 61-74.

Honig, P. (2000). Family work. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (Eds.), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2nd ed.) (pp. 187-204). UK: Psychology Press.

Honig, P. & Sharman, W. (2000). Inpatient management. In B. Lask & R. Bryant – Waugh (Eds), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2nd ed.) (pp.265-288).UK: Psychology Press.

Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2003). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση* 2^η έκδοση. Αθήνα: Γιώργος Δαρδάνος.

Kalat, J. W. (1998). *Βιολογική Ψυχολογία* (5^η έκδοση). Αθήνα: Έλλην.

Lask, B. (2000). Aetiology. In B. Lask & R. Bryant – Waugh (Eds), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2nd ed.) (pp. 63-79). UK: Psychology Press.

Le Grange, D., Eisler, I., Dave, C. & Hodes, M. (1992). Family criticism and self-starvation: A study of expressed emotion. *Journal of Family Therapy*, 14, 177-192.

Leunig, M. (1990). *A common prayer*. North Blackburn, Victoria, Australia: Collins Dove.

Magagna, J. (2000). Individual psychotherapy. In B. Lask & R. Bryant – Waugh (Eds), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2nd ed) (pp. 227-263). UK: Psychology Press.

Magagna, J. (1996). Understanding the unspoken: Psychotherapy having severe eating disorders. *Psychosomatic problems in children* (ACPP Occasional Papers No 12). London.

Magagna, J. & Nicholls, D. (1997). A group for the parents of children with eating disorders. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2, 565 – 578.

Meads, C., Gold, L. & Burks, A. (2001). How effective is Outpatient Care Compared to Inpatient Care for the Treatment of Anorexia Nervosa? A Systematic Review. *European Eating Disorders Review*, 9, 229-241.

- Meltzer, D. (1987). *Studies in extended metapsychology*. UK: Radavion Press.
- Minuchin, S., Rasman, B. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. USA: Harvard University.
- Nicholls, D. & Magagna, J. (1997). A group for the patient of children with eating disorders. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2 (4), 565-578.
- Northen, H. (1970). Size of groups. In T. Douglas (Ed), *Groupwork practice* (pp.84-95). London: Tavistock.
- Palazzoli, M. S. (1985). *Self-Starvation: From Individual to Family Therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.
- Palmer, R., Oppenheimer, R., Dignon, A., Chaloner, D. & Howells, K. (1990). Childhood sexual experiences with adults reported by women with eating disorders: An extended series. *British Journal of Psychiatry*, 156, 699-703.
- Pervin, L. A. & John, O. P. (2001). *Θεωρίες προσωπικότητας: Έρευνα και Εφαρμογές*. Αθήνα: Γιώργος Δαρδάνος.
- Polivy, J. & Garfinkel, P.E. (1984). Group treatments for specific medical disorders: Anorexia nervosa. N H. B. Roback (Ed.), *Helping patients and their families cope with problems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rabinor, J. (1994). Honouring the mother-daughter relationship. In P. Fallon, M. Katzman, & S. Wooley (Eds.), *Feminist perspectives on eating disorders* (pp. 272-287). New York: Guilford Press.
- Russell, G., Szmukler, G. Dare, C. & Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-1056.
- Ryan, T. & Walker, R. (1985). *Making life story books*. London: British Agencies for Adoption and Fostering.

Σηφρακάκη, Γ. (2002). Η ψυχαναλυτική προσέγγιση του S. Freud. Στο Γ. Α. Ποταμιάνος (Εκδ.), *Θεωρίες προσωπικότητας και κλινική πρακτική* (σελ. 45-143). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Shafram, R., Bryant-Waugh, R., Lask, B. & Arscott, K. (1995). Obsessive-compulsive symptoms in children with eating disorders: A preliminary investigation. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 304-310.

Sorrentino, D., Mucci, A. Merlotti, E., Galderisi, S. & Maj, M. (2004, in press). Modified nutritional counseling to increase motivation to treatment in anorexia nervosa. *European Psychiatry*.

Steinhausen, C. (1997). Annotation: Outcome of anorexia in the younger patient. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 271-276.

Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073-1076.

Turnbull, S. Ward, A., Treasure, J., Hershel, J. & Derby, L. (1996). The demand for eating disorders care, an epidemiological study using the general practice research database. *British Journal of Psychiatry*, 169, 705-712.

Vandereycken, W. (1985). Inpatient treatment of anorexia nervosa: Some research- guided changes. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 418-423.

Vandereycken, W., Depreitre, L., & Probst, M. (1987). Body oriented therapy for anorexia nervosa patients. *American Journal of Psychotherapy*, 2, 252-259.

Vitousek, K. B. & Orimoto, L. (1993). Cognitive-behavioural models of anorexia nervosa, Bulimia nervosa and obesity. In K. S. Dobson & P. C. Kendall (Eds.), *Psychotherapy and cognition* (pp. 191-243). San Diego: Academic Press.

Waller, J. V., Kaufman, R. M., & Deutsch, F. (1940). Anorexia nervosa: A psychosomatic entity. *Psychosomatic Medicine*, 2, 3-16.

Walters, M., Carter, B., Papp, P. & Silverstein, O. (1988). *The invisible web-gender patterns in family relationships*. New York: Guilford Press.

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.

White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. London: Norton.

Winnicott, D. (1958). *Collected papers: Through paediatrics to psycho-analysis*. London: Tavistock Publications.

White, M. (1984). Pseudo-encopresis: From avalanche to victory, from vicious to virtuous cycles. *Family Systems Medicine*, 2 (2), 115-124.

Wright, S. (2000). Group work. In B. Lask & R. Bryant- Waugh (Eds.), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2nd Ed.) (pp. 307-322). UK: Psychology Press.

Wurr, C. & Pope-Carter, J. (1998). The journal of a group dramatherapy for adolescents with eating disorders. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3 (4), 621-627).