

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στο Νοσοκομείο

Θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Φραγκίσκος Γονιδάκης

Μονάδα ΔΠΤ, Α' Ψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο



ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΕ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ



Α' ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ψυχογενής Ανορεξία

Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία



ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΕ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ



Α' ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ



Garner & Vitousek

- Κοινά στοιχεία με την κατάθλιψη: απο την γνωσιακή τριάδα κυρίως η αρνητική εικόνα του εαυτού
- Κοινά στοιχεία με τις φοβίες (φόβος πάχυνσης): αποφευκτικές συμπεριφορές

- « Η βασική προβληματική της ψυχογενούς ανορεξίας είναι ότι η αξία του ατόμου αποτυπώνεται στο βάρος και το σχήμα του σώματος»

K.Vitousek (2002) in “Eating Disorders and Obesity” Ed K.Browell and C. Fairburn

- Η απώλεια του βάρους και όχι η ισχνότητα είναι ο ενισχυτής με αποτέλεσμα το άτομο να μην είναι ευχαριστημένο με το βάρος του και συνέχεια να επιθυμεί τη μείωσή του.
- Απώλεια βάρους = ανακούφιση και ευχαρίστηση

ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- **1ο στάδιο**
- Δημιουργία θεραπευτικής συμμαχίας (υπέρ και κατά της ανορεξίας)
- Αξιολόγηση σωματικής κατάστασης
- Ψυχοεκπαίδευση
- Πολλαπλή λειτουργικότητα της ΨΑ (θετική και αρνητική ενίσχυση)
- Τα δύο σκέλη της ΓΣΘ (διατροφή και ψυχολογία)
- Εισαγωγή στην ΓΣΘ

ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- **1ο στάδιο (συνέχεια)**
- Διαχείριση της διατροφής και του βάρους (βάρος στόχος, ορισμός γευμάτων, καταγραφή γευμάτων, τρώω μηχανικά, πειραματικός χαρακτήρας, έξοδος κινδύνου)
- Τροποποίηση των πεποιθήσεων για το φαγητό και το βάρος (εισαγωγή απαγορευμένων τροφών)
- Αντιμετώπιση βουλιμικών επεισοδίων και προκλητών εμέτων

ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- **1ο στάδιο (συνέχεια)**
- Έναρξη εφαρμογών γνωσιακών παρεμβάσεων (τελειοθηρία, φόβος απώλειας ελέγχου, εικόνα σώματος, πεποιθήσεις για τη διατροφή)
- Τροποποίηση των πολιτισμικών αξιών για το βάρος και σχήμα του σώματος
- Εμπλοκή της οικογένειας

ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- **2ο στάδιο**
- Συνεχίζεται η αποκατάσταση της διατροφής και του βάρους
- Αναπλαισίωση των υποτροπών
- Αναγνώριση των δυσλειτουργικών σκέψεων, πεποιθήσεων και σχημάτων-Γνωσιακή Αναδόμηση
- Τροποποίηση της αντίληψης του εαυτού (ανάξιος εαυτός, τελειοποιήσιμος εαυτός, ακατανίκητος εαυτός)
- Διαπροσωπικές σχέσεις
- Εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία

ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- **3ο στάδιο**
- Ανακεφαλαίωση της προόδου
- Ανακεφαλαίωση βασικών αρχών της συνεχιζόμενης προόδου
- Σύνοψη των ευάλωτων περιοχών
- Σύνοψη των σημείων της υποτροπής
- Πότε είναι αναγκαία η επιστροφή στη θεραπεία;



Fairburn et al

Το βασικό χαρακτηριστικό της ψυχογενούς
ανορεξίας είναι η ακραία ανάγκη για τον
έλεγχο της πρόσληψης τροφής

Έλεγχος της πρόσληψης τροφής=Δίαιτα

A) Θετική ενίσχυση: επίτευξη του στόχου

B) Αρνητική ενίσχυση: φόβος πάχυνσης,
αποφυγή άλλων δυσκολιών

Slade, 1982

Στην έναρξη της διαταραχής υπάρχει
η ανάγκη για αυτοέλεγχο ως
απάντηση στα συναισθήματα της
αναποτελεσματικότητας και στη
συνοδό τελειοθηρία

ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Έναρξη της διαταραχής

Ανάγκη ελέγχου
(αναποτελεσματικότητα-
τελειοθηρία, χαμηλή
αυτοεκτίμηση)

**Έλεγχος της
διατροφής**

- Ο έλεγχος της πρόσληψης τροφής προσφέρει άμεση απόδειξη του αυτοελέγχου
- Ο έλεγχος της πρόσληψης τροφής επηρεάζει άμεσα τους σημαντικούς άλλους
- Σε ορισμένες οικογένειες το φαγητό κατέχει ήδη κεντρική θέση
- Ο έλεγχος της πρόσληψης τροφής οδηγεί σε αναστολή της ενήβωσης
- Ο έλεγχος της πρόσληψης τροφής ενισχύεται από το ιδανικό των Δυτικών κοινωνιών για την δίαιτα και τον έλεγχο του βάρους

Μηχανισμοί διατήρησης

- 1. Ο περιορισμός της διατροφής ενισχύει το αίσθημα του ελέγχου (Η αξία του να είσαι «ανορεκτικός»)
- 2. Ο υποσιτισμός ενισχύει περαιτέρω τον περιορισμό της διατροφής (φόβος απώλειας του ελέγχου)
- 3. Η έντονη ανησυχία για το σχήμα και το βάρος του σώματος (συνεχής έλεγχος του σώματος-αποφυγή)



CBT-E by Fairburn et al

- [Ο σχεδιασμός της υπόθεσης εστιάζει κυρίως στους διαιωνιστικούς μηχανισμούς της ΔΠΤ.
- [20 εβδομάδες θεραπείας
- [4 στάδια θεραπείας

ΣΤΑΔΙΟ 1

- 4 εβδομάδες διάρκεια
- 2 συνεδρίες την εβδομάδα
- Εμπλοκή στη θεραπεία, σχεδιασμός θεραπείας, ψυχοεκπαίδευση, ζύγισμα εντός της θεραπείας και κανονικά γεύματα

ΣΤΑΔΙΟ 2

- 2 εβδομάδες διάρκεια
- Εβδομαδιαίες συναντήσεις
- Ανασκόπηση της προόδου, εντοπισμός των δυσκολιών, τροποποίηση του σχεδιασμού
- Εντοπισμός των θεραπειών που δεν προοδεύουν

ΣΤΑΔΙΟ 3

- 8 εβδομάδες διάρκεια
- 1 συνεδρία την εβδομάδα
- κύρια θεραπεία
- Στόχευση στους μηχανισμούς
δαιώνισης της ΔΠΤ

ΣΤΑΔΙΟ 4

- 6 εβδομάδες διάρκεια
- 1 συνεδρία ανά 15νθήμερο
- Εστιασμός στο μέλλον
- Διατήρηση του καλού αποτελέσματος
- Μείωση του κινδύνου υποτροπής.

ΜΟΡΦΕΣ CBT-Ε

- 20 συνεδρίες όταν ο ΔΜΣ είναι >17.5 και 40 συνεδρίες όταν ο ΔΜΣ είναι <17.5
- Εντατική μορφή
- Ομαδική μορφή
- Για εφήβους
- **Εστιασμένη θεραπεία** (η βασική μορφή) **Ευρεία θεραπεία** (επιπλέον στοιχεία, για την τελειοθηρία, την χαμηλή αυτοεκτίμηση και τις διαπροσωπικές δυσκολίες)

Ψυχογενής Ανορεξία

Συστημική Θεραπεία Οικογένειας



ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΕ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ



Α' ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ



Η αεχιά (1970-1990)

ΔΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

- η συμπτωματολογία της ΨΑ θεωρείται ότι συνεισφέρει στην διατήρηση δυσλειτουργικών μηχανισμών στην οικογενειακή λειτουργία
- Οι παρεμβάσεις, όπως τα οικογενειακά γεύματα, είχαν σαν στόχο να ενισχύσουν την γονεϊκή λειτουργία, να επαναδημιουργήσουν μια περισσότερο σταθερή και περιγεγραμμένη ιεραρχική δομή στην οικογένεια, να προκαλέσουν αλλαγή σε μη βοηθητικές συμμαχίες μεταξύ παιδιών και γονέων οριοθετώντας τους ρόλους των μελών της οικογένειας καθώς και να ευοδώσουν την εξέλιξη των υποσυστημάτων των συνομήλικων (Lock & Le Grange, 2005).

MINUCHIN ET AL (1978)

- 1. χωρίς απόδειξη
- 2. μεθολογικά προβλήματα
- 3. όχι ειδικότητα για την ΨΑ

4 τύποι οικογενειών:

1. Υπερμπλοκή
2. Ακαμψία
3. Αποφυγή της σύγκρουσης
4. Υπερ-προστατευτικότητα

Η ΣΧΟΛΗ ΤΟΥ ΜΙΛΑΝΟΥ

- Τα μέλη της οικογένειας είναι συνδεδεμένα με μεταφορικές, κυκλικές και συστημικές αλληλεπιδράσεις στις οποίες τα συμπτώματα έχουν μια σημαντική λειτουργία.
- Τα συμπτώματα μπορεί να προστατεύουν την οικογένεια, να συμβάλλουν στην μείωση της απειλής από την εμφάνιση της σεξουαλικότητας στην ασθενή, να συμβάλλουν στην επανασύνδεση της οικογένειας ή στην αποφυγή συγκρούσεων που αυξάνουν την πιθανότητα διάσπασής της.
- Τα συμπτώματα έτσι, γίνονται μέσο επικοινωνίας και εμφανίζονται σαν ένας «τρόπος επίλυσης των αδιεξόδων» της οικογένειας.

SELVINI-PALAZZOLI ET AL

1. χωρίς απόδειξη
2. μεθολογικά προβλήματα
3. όχι ειδικότητα για την ΨΑ

Χαρακτηριστικά των οικογενειών:

1. ιδιαίτερα δύσκολη στο να δεχτεί εξωτερικές παρεμβάσεις
2. πολλές κρυφές συμμαχίες μεταξύ των μελών της που εμποδίζουν τον σαφή καθορισμό των ενδοοικογενειακών σχέσεων

Η ΣΧΟΛΗ ΤΟΥ ΜΙΛΑΝΟΥ

Χαρακτηριστικά της παρέμβασης:

1. Οι θεραπευτές είναι λιγότερο παρεμβατικοί και ωθούν την οικογένεια να εξερευνήσει, να παρατηρήσει και να προτείνει η ίδια πιθανές αλλαγές (Selvini-Palazzoli και συν, 1988).
2. Χρησιμοποιείται στην θεραπεία η τεχνική των κυκλικών ερωτήσεων (Boscolo et al., 1987).
3. Οι θεραπευτές συχνά, «αναπλαισιώνουν» το σύμπτωμα, παρουσιάζοντας έτσι την συστημική αντίληψη της σημασίας του στην οικογένεια. (Schwartz et al., 1985).
4. Η τεχνική των παράδοξων οδηγιών: ο θεραπευτή μπορεί να «ενισχύσει» την προσπάθεια της εφήβου να αντισταθεί στους γονείς της με το να μην τρώει ή να «ζητήσει» από την έφηβο να δυναμώσει τρώγοντας για να είναι πιο αποτελεσματική στην αμφισβήτηση της γονεϊκής εξουσίας. (Lock & Le Grange, 2005).



Η ωρίμανση (1990-2000)

ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ MAUDLSEY

Αρχικό στάδιο της θεραπείας

- Οι θεραπευτές εστιάζονται αποκλειστικά στην αντιμετώπιση του υποσιτισμού.
- Γίνεται προσπάθεια να ενισχυθούν οι γονείς και να αναλάβουν αυτοί τον έλεγχο της διατροφής του παιδιού τους.
- Οικογενειακά γεύματα,
- .Γίνεται προσπάθεια να αποφεύγονται συζητήσεις για την αιτιολογία της ψυχογενούς ανορεξίας

ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ MAUDLSEY

Αρχικό στάδιο της θεραπείας

- Η παρουσία των γονέων στην οικογενειακή θεραπεία είναι αναγκαία όχι γιατί η οικογένεια ευθύνεται για την εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας αλλά γιατί έχει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της διαταραχής. Ε
- Γίνεται προσπάθεια να διαχωριστεί η πάθηση από την πάσχουσα ως άτομο καθώς αυτό βοηθάει τους γονείς να μην κατηγορούν το παιδί τους για την ανορεκτική συμπτωματολογία.
- Οι θεραπευτές σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας διατηρούν ρόλο συμβουλευτικό

ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ MAUDLSEY

Ενδιάμεσο στάδιο της θεραπείας

- Όταν ο υποσιτισμός αρχίσει να υποχωρεί η οικογένεια συχνά φέρνει για συζήτηση στη θεραπευτική συνεδρία και άλλα θέματα που την απασχολούν. Συνήθως γίνεται προσπάθεια από τους θεραπευτές οι συνεδρίες να εστιάζονται περισσότερο στα θέματα που αφορούν άμεσα την αποκατάσταση της υγείας της πάσχουσας.

ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ MAUDLSEY

Τελικό στάδιο της θεραπείας

- Όταν αποκατασταθεί πλήρως ο υποσιτισμός τότε οι γονείς ενθαρρύνονται να επιστρέψουν σταδιακά τον έλεγχο της διατροφής στο παιδί τους.
- Συζητιούνται σημαντικά θέματα που αφορούν την οικογένεια όπως η ωρίμανση της έφηβης κόρης, η σεξουαλικότητα, η αποχώρησή των παιδιών από την οικογενειακή εστία καθώς και η ανάγκη επαναπροσδιορισμού του ρόλου των γονέων και της μεταξύ τους σχέσης.

ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ MAUDLSEY

Αποτελεσματικότητα

- Η συνολική διάρκεια της θεραπείας στις περισσότερες μελέτες κυμαίνεται μεταξύ 6 και 12 μηνών με μέσο όρο 18,3 συνεδρίες ανά οικογένεια (Le Grange & Lock, 2005).
- Στο τέλος της θεραπείας περίπου το 60-70% των κοριτσιών φτάνει σε φυσιολογικό βάρος ενώ μετά από 5 έτη από το τέλος της θεραπείας το 75-90% των κοριτσιών έχει πλήρως αναρρώσει από την ψυχογενή ανορεξία (Carr, 2000, Le Grange & Lock, 2005).
- Κορίτσια κάτω των 18 ετών και με διάρκεια νόσου μικρότερη των 3 ετών, είχαν καλύτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με κορίτσια που είχαν ατομική υποστηρικτική θεραπεία. (Russell και συν 1987, Eisler και συν, 1997).

-



Το παρόν (2000-)

Πολυοικογενειακή
θεραπεία για την
Ψυχογενή Ανορεξία

- ◆ Οι αρχικές εφαρμογές της πολυοικογενειακής θεραπείας αφορούσαν ασθενείς που νοσηλεύονται και που έπασχαν κυρίως από σχιζοφρένεια.
- ◆ η πρώτη αναφορά πολυοικογενειακής θεραπείας για άτομα με ΨΑ αφορούσε μια παρέμβαση 6 συνεδριών *(Slagerman and Yager, 1989)*

Η συλλογιστική πίσω από την πολυοικογενειακή θεραπεία

- ◆ Αλληλεγγύη μεταξύ των οικογενειών
- ◆ Ξεπέραςμα του στιγματισμού και της κοινωνικής απομόνωσης.
- ◆ Δημιουργία νέων προοπτικών
- ◆ Ο ένας μαθαίνει από τον άλλο
- ◆ Το καθρέφτισμα από τους άλλους
- ◆ Θετική χρήση της πίεσης από την ομάδα

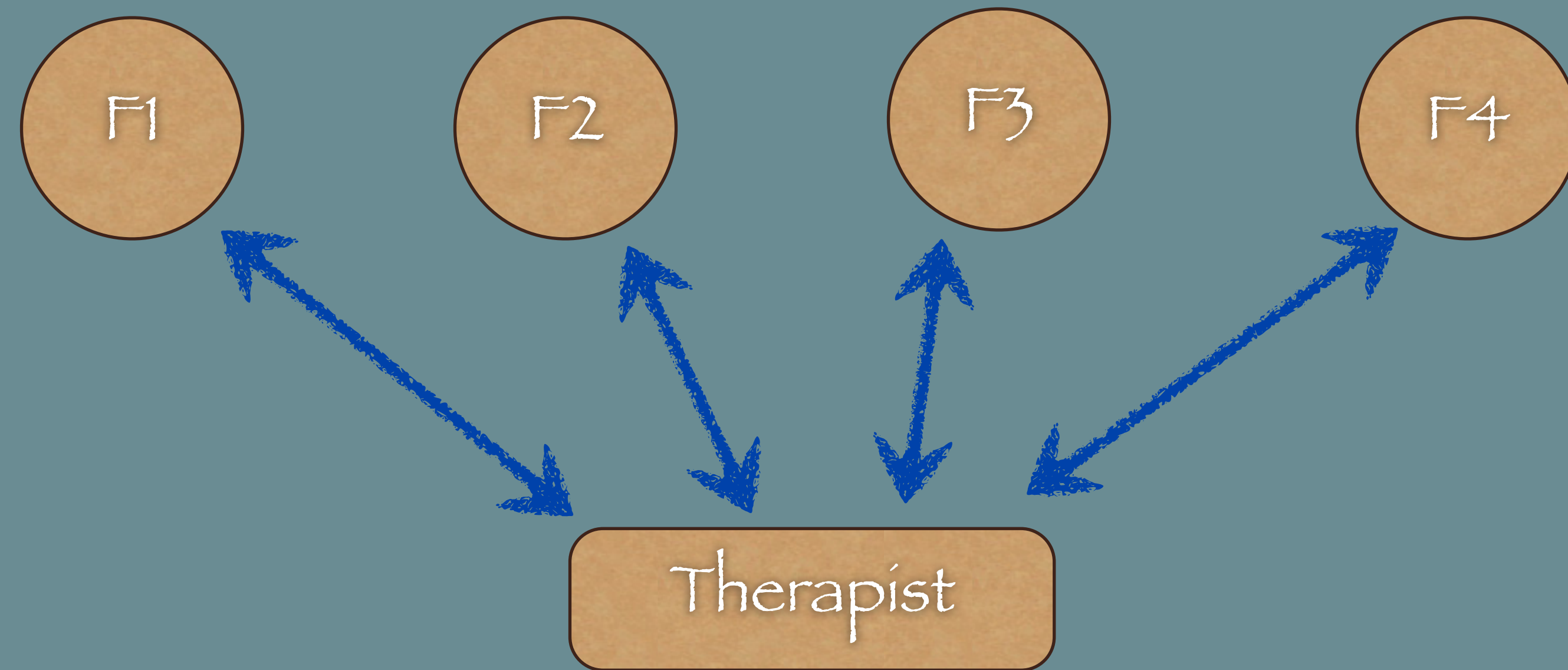
Η συλλογιστική πίσω από την πολυοικογενειακή θεραπεία

- ◆ Αμοιβαία στήριξη και ανατροφοδότηση
- ◆ Ανακάλυψη και επένδυση στις ικανότητες της κάθε οικογένειας
- ◆ Πειραματισμός με παρένθετες οικογένειες και ανταλλαγή ρόλων.
- ◆ Εντατικοποίηση της διαντίδρασης και των εμπειριών.
- ◆ Αύξηση της ελπίδας.

Η συλλογιστική πίσω από την πολυοικογενειακή θεραπεία

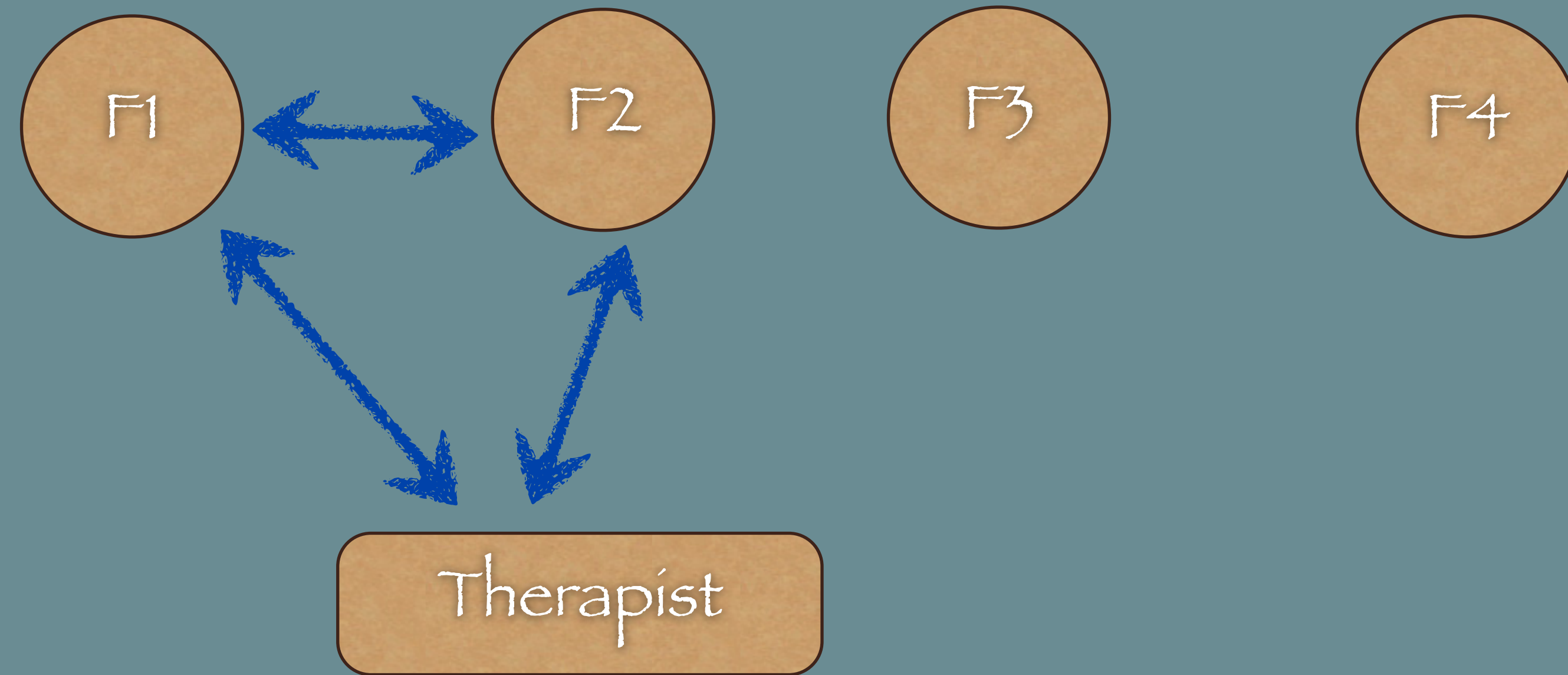
- ◆ Εξάσκηση νέων συμπεριφορών σε ένα ασφαλές περιβάλλον.
- ◆ Ενίσχυση της αυτο-αντανάκλασης.
- ◆ Προώθηση της ανοικτής επικοινωνίας και αύξηση της αυτοπεποίθησης μέσω “δημόσιων” ανταλλαγών και αλληλεπιδράσεων

Βασικές Τεχνικές



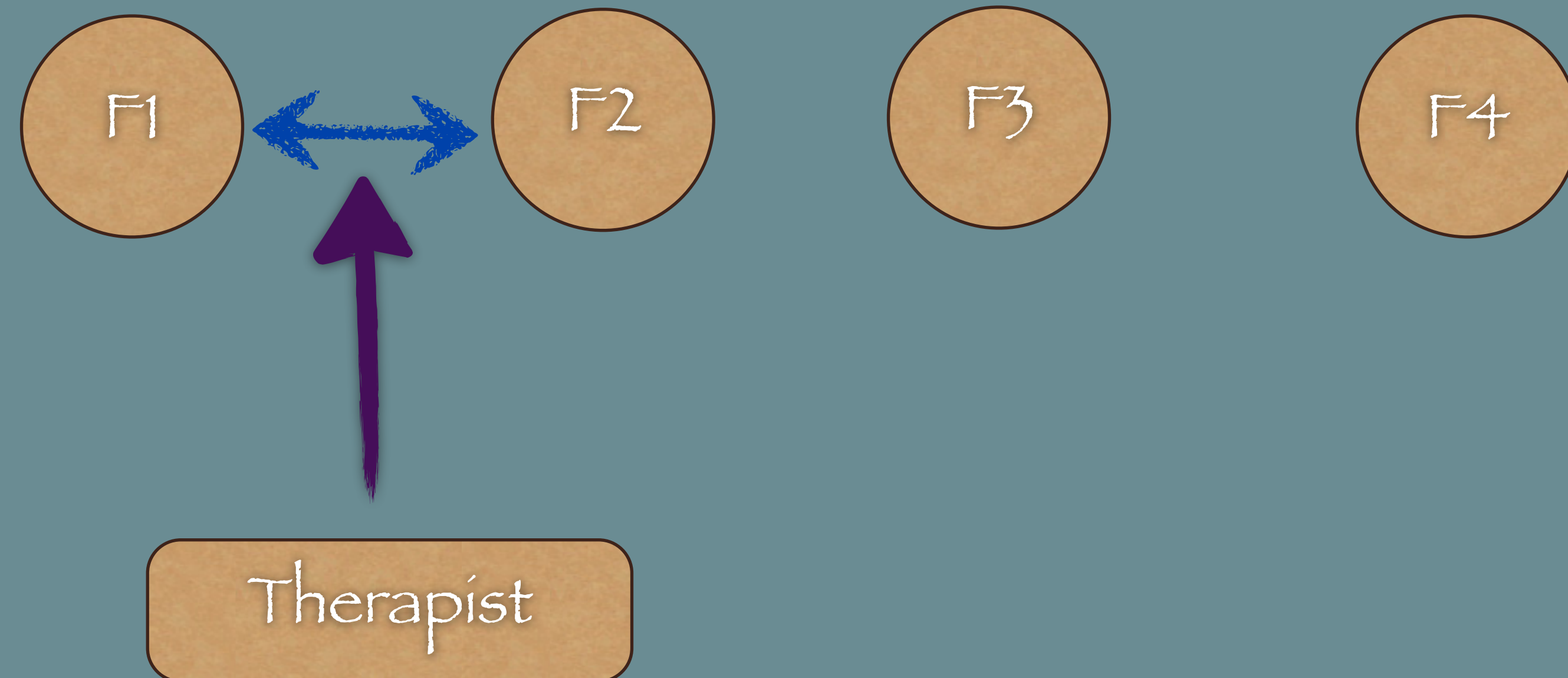
Σύνδεση: η επικοινωνία περνάει μέσα από το
θεραπευτή

Βασικές Τεχνικές



Διέγερση: Ο θεραπευτής διεγείρει την διαντίδραση μεταξύ δύο οικογενειών

Βασικές Τεχνικές



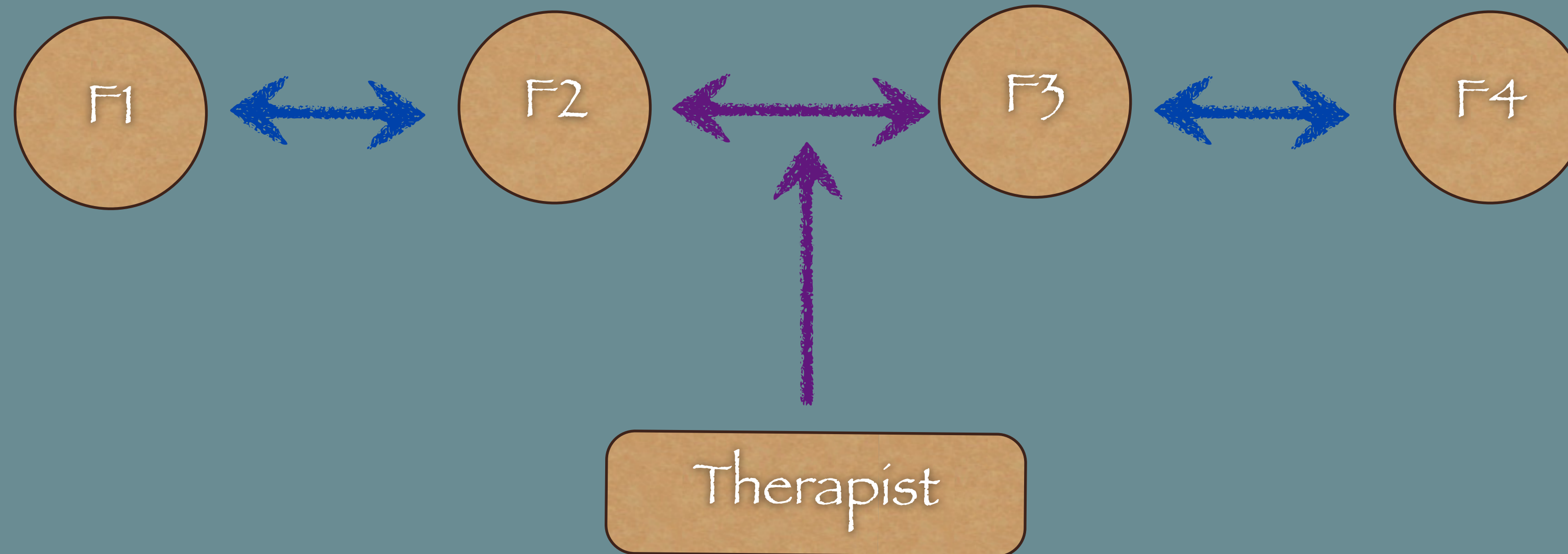
Επίταση: Ο θεραπευτής επιτείνει την επικοινωνία
μεταξύ δύο οικογενειών

Βασικές Τεχνικές



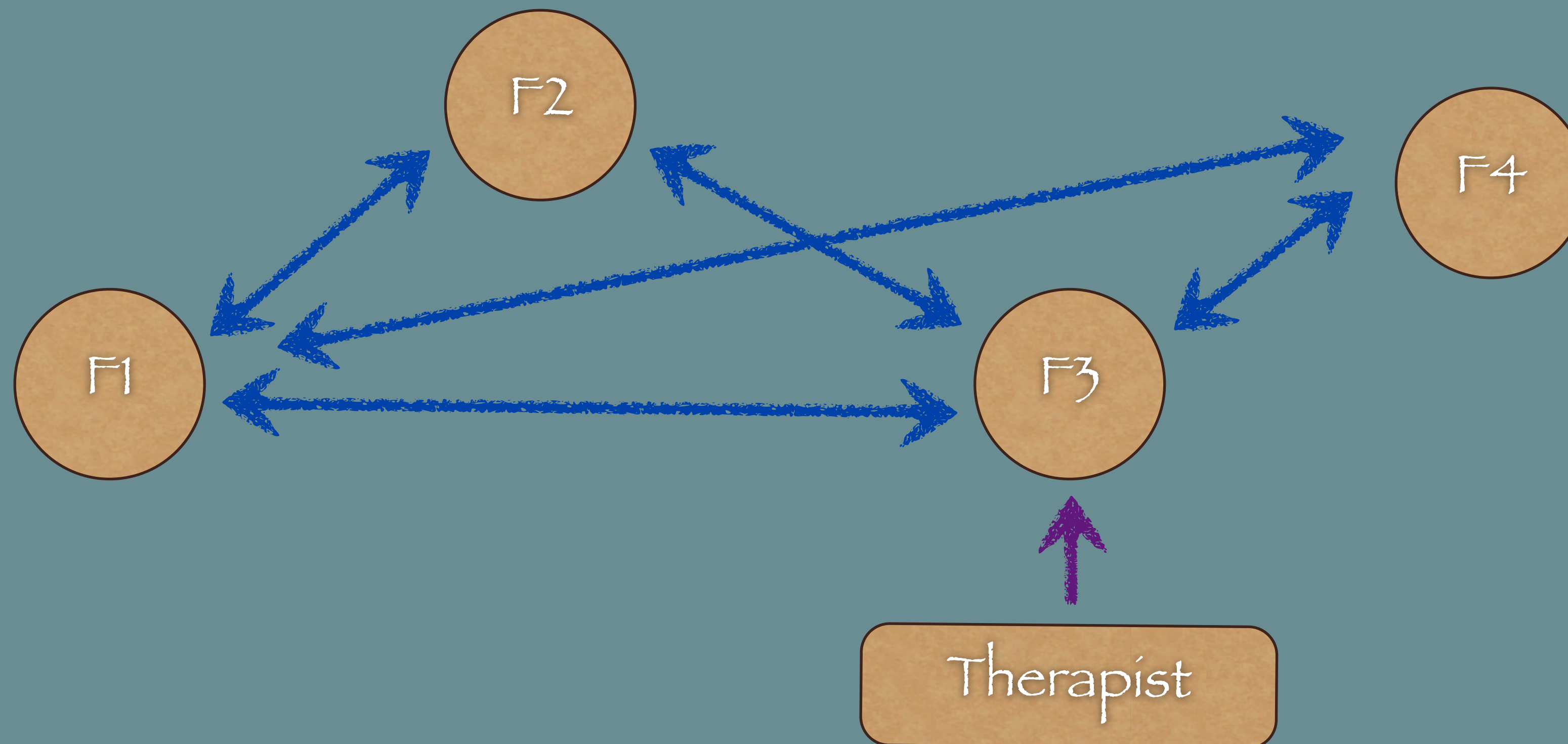
Υποχώρηση: Ο θεραπευτής υποχωρεί, αφήνει τις δύο οικογένειες και επικεντρώνεται στις υπόλοιπες

Βασικές Τεχνικές



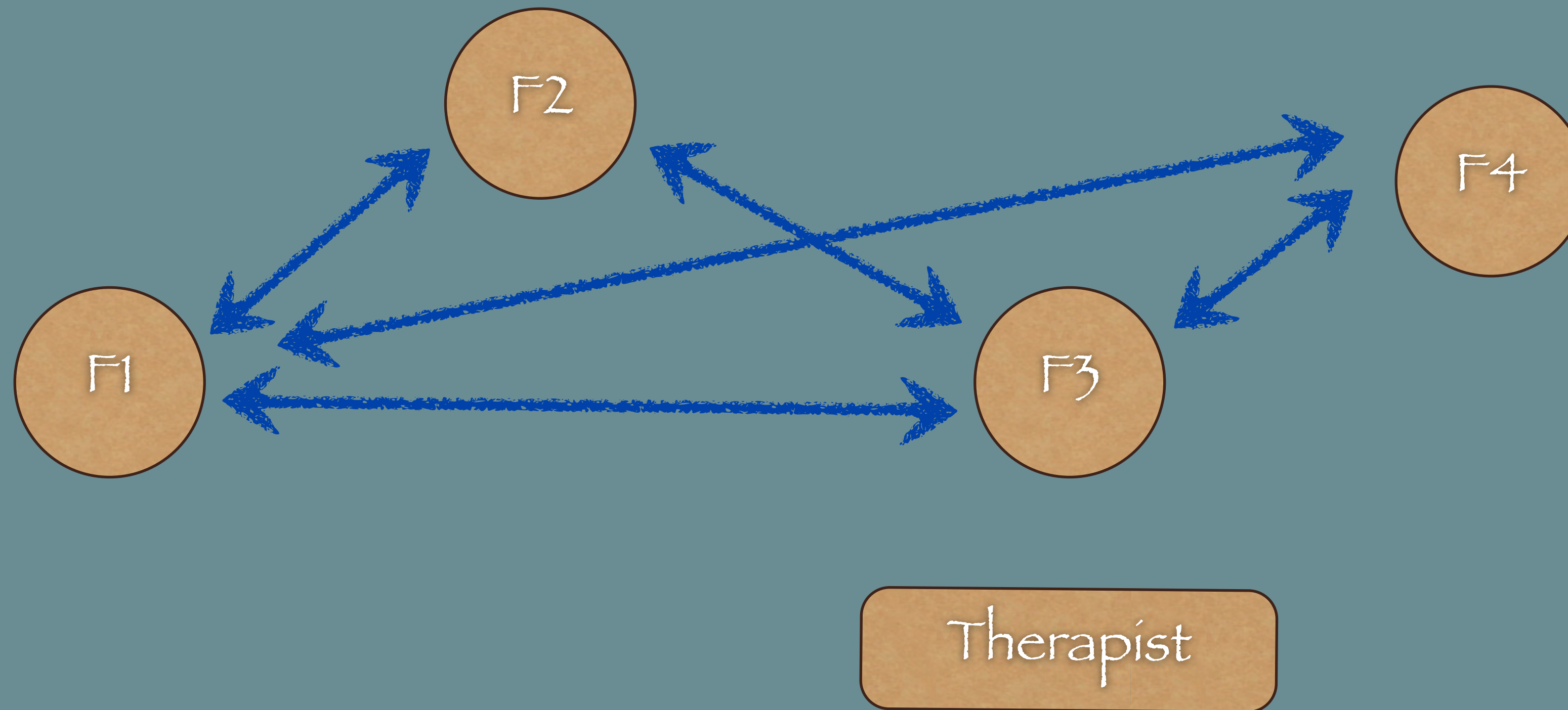
Διασταυρούμενη διασύνδεση: Ο θεραπευτής διασυνδέει τις δύο προσωρινές ομάδες οικογενειών

Βασικές Τεχνικές



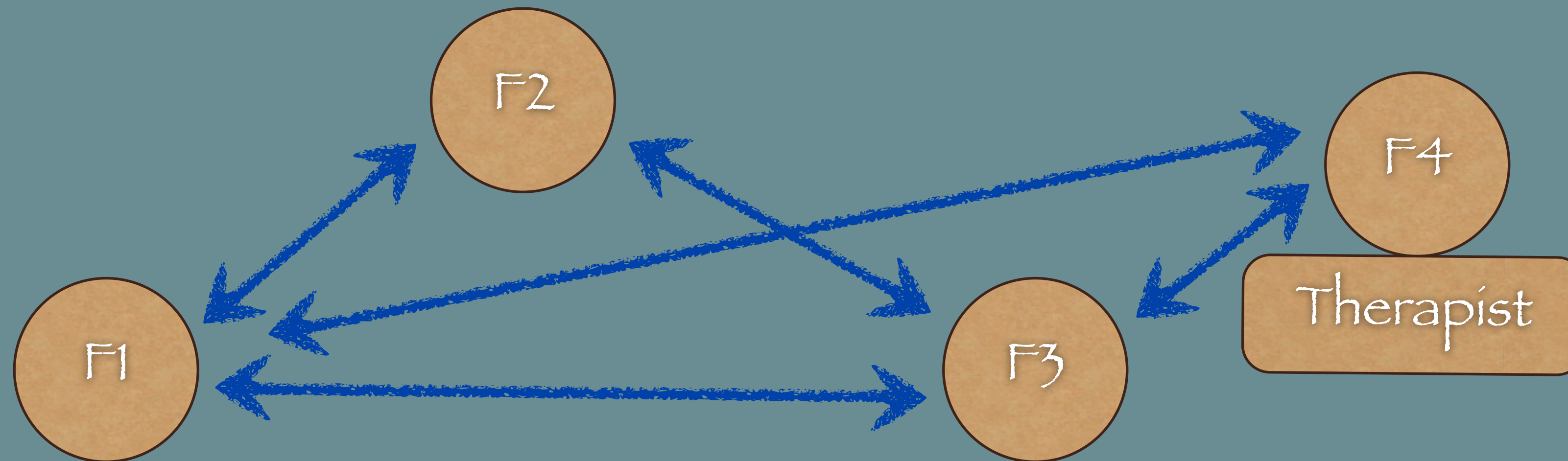
Καταλύτης: Ο θεραπευτής σαν καταλύτης της
διαντίδρασης μεταξύ των οικογενειών

Βασικές Τεχνικές



Κάνοντας κύκλους: Ο θεραπευτής σαν πτηνό, φαινομενικά ήρεμο αλλά έτοιμο να “ορμήσει” όταν χρειαστεί.

Βασικές Τεχνικές



Wood-pecking: Ο θεραπευτής επιλέγει μια συγκεκριμένη διαντίδραση και την φέρνει σε όλη την ομάδα των οικογενειών

Δομή της Θεραπείας

- ◆ Εισαγωγική βραδιά, συνήθως Παρασκευή (2 ώρες)
- ◆ Παρέμβαση, τυπικά από Δευτέρα έως Πέμπτη (6 ώρες/ημέρα)
- ◆ Συνεδρίες ενίσχυσης του αποτελέσματος, συνήθως Παρασκευή (3 διμηνιαίες, 6 ώρες/ημέρα)

Παράδειγμα: η δεύτερη ημέρα της παρέμβασης

15.00-15.15	Ανατροφοδότηση
15.15-15.45	κολλάζ φαγητού
15.45-16.00	Συζήτηση με την κάθε οικογένεια
16.00-16.30	Συζήτηση με όλη την ομάδα για την μάχη του φαγητού
16.30-17.00	καφές/ελαφρύ σνακ
17.00-19.00	οικογενειακό δέντρο/συζήτηση για την κληρονομιά από την οικογένεια
19.00-20.00	Γεύμα
20.00-21.00	Ανατροφοδότηση για το γεύμα. Κλείσιμο της ημέρας.

Ψυχογενής Ανορεξία

Ψυχοδυναμική Θεραπεία



ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

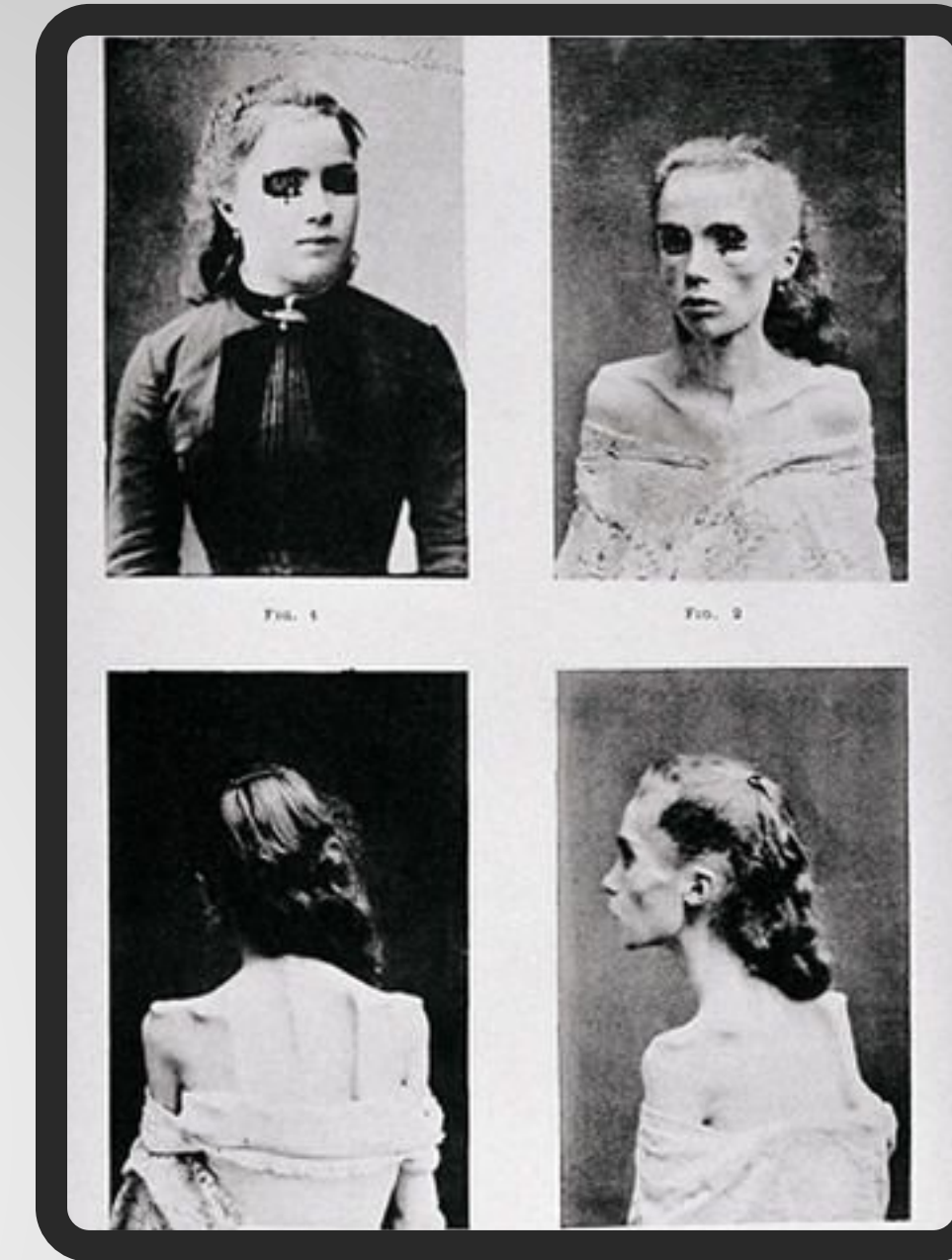
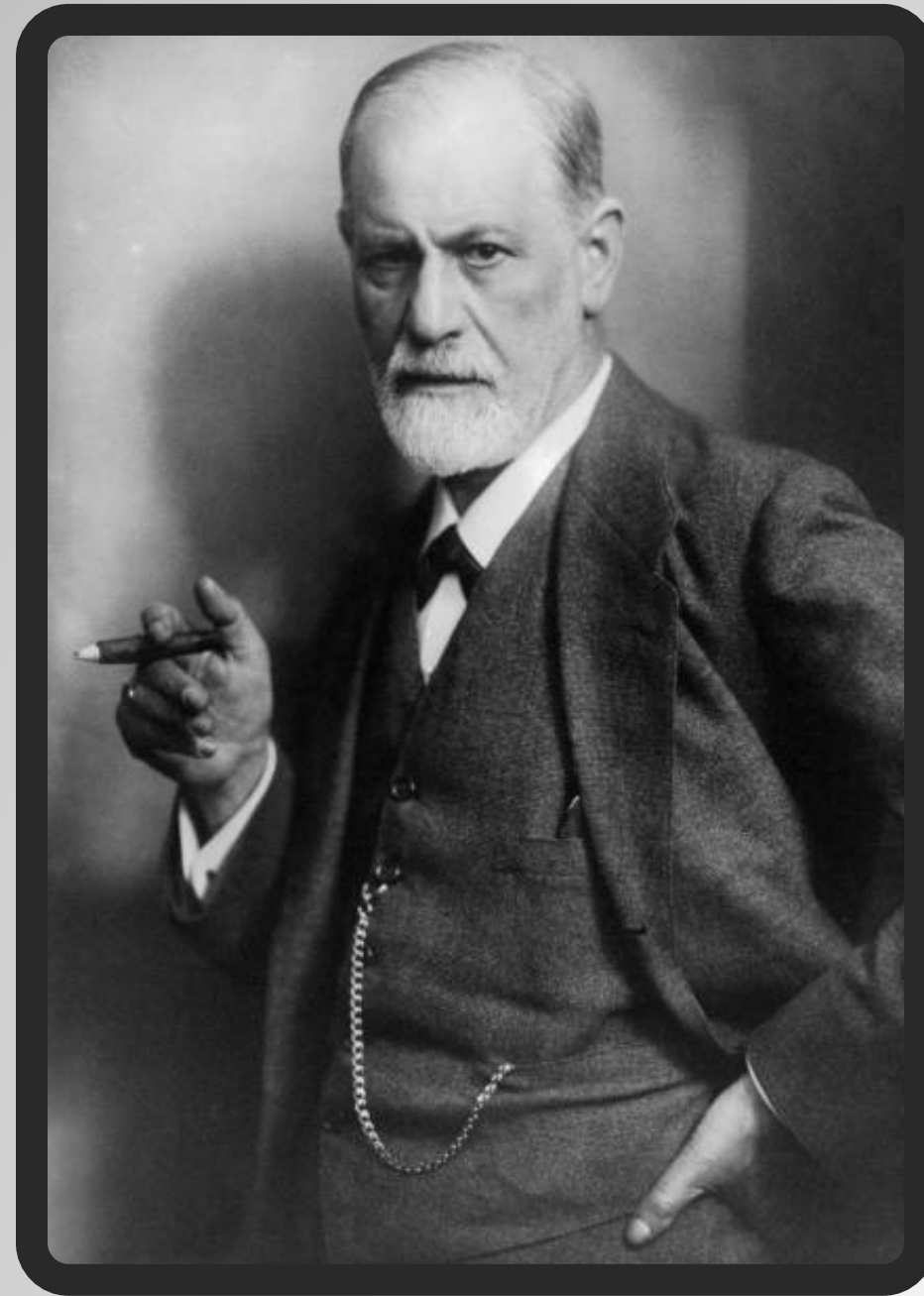
ΣΕ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ



Α' ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ



Η Ψυχανάλυση, αν και δεν είναι κάτι τόσο γνωστό, από τα πρώτα χρόνια της ύπαρξής της έδειξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Μόλις το 1889 ο Φρόυντ έγραψε στον Φλις...

"η γνωστή νευρογενής ανορεξία των κοριτσιών φαίνεται να είναι μια μελαγχολία που συμβαίνει όταν δεν αναπτύσσεται η σεξουαλικότητα. Η απώλεια της όρεξης είναι σε σεξουαλικούς όρους η απώλεια της λίμπιντο".

t h e o r y

Οι θεωρητικοί της **ψυχολογίας του εγώ** επικεντρώθηκαν στην αναποτελεσματικότητα του ανορεκτικού ασθενή να πετύχει την αυτονόμησή του στην εφηβεία ως αποτέλεσμα μιας διαταραγμένης πρώιμης σχέσης μητέρας-παιδιού.

Οι υποστηρικτές της θεωρίας **των αντικειμενοτρόπων σχέσεων** αντιλήφθηκαν την διαταραχή ως την παρανοειδή αντίδραση ενός αδύναμου εαυτού απέναντι σε ένα παντοδύναμο κακό αντικείμενο το οποίο έχει ενσωματωθεί στον σωματικό εαυτό.

Η **διαπροσωπική θεωρία** δίνει έμφαση στην εκμετάλλευση του ανορεκτικού παιδιού μέσα στην οικογένεια με στόχο την διατήρηση μιας παθολογικής ισορροπίας.

Μέσα από το πρίσμα της θεωρίας της **ψυχολογίας του εαυτού** η ανορεξία ερμηνεύθηκε ως ελλείμματα στο "εμπαθητικό καθρέπτισμα" κατά την παιδική ηλικία.



Η ενσυναίσθηση ορίζεται ως η ικανότητα να τοποθετείται κάποιος στην ψυχική πραγματικότητα του άλλου αντιλαμβανόμενος τον κόσμο από αυτή την θέση.

Οι ΔΠΤ είναι παραλλαγές μιας αμυντικής δομής για να αναπληρώσουν μια παρατεταμένη διακοπή στην πρώιμη επαφή του παιδιού με το περιβάλλον και επομένως ένα έλλειμμα στην επικοινωνία.

Προάγει έτσι αποσυνδεδετικές άμυνες.

Οι αποσυνδεδετικές άμυνες συνθέτουν την κλινική εικόνα των ασθενών (διαταραγμένη εικόνα σώματος, αποσύνδεση του σωματικού από τον ψυχικό εαυτό).

Κατά την εφηβεία, γίνεται προσπάθεια να αναπληρωθούν τα δομικά ελλείμματα της σχέσης με τους άλλους, αναπαράγοντας συμβολικά μέσω των συμπτωμάτων της βουλιμίας και της ανορεξίας τόσο τον κίνδυνο που διατρέχει ο εαυτός όσο και την προσπάθεια επανόρθωσης.

Οι εμπραθητικές γονεϊκές αντιδράσεις συνιστούν τις πρόδρομες δομές που συμβάλλουν και ενδυναμώνουν την ψυχική συγκρότηση του εαυτού.

Οι γονείς που έχουν αυτή την ικανότητα κατανοούν τις ανάγκες των παιδιών τους ενώ η κλινική έννοια της λέξης καθορίζει το πώς οι γονείς (οι θεραπευτές) συλλέγουν τα δεδομένα για να κατανοούν τα παιδιά τους (τους ασθενείς).

Το παιδί νιώθει πως οι ανάγκες του γίνονται κατανοητές και η ενσυναίσθηση γίνεται το ψυχικό περιβάλλον που στηρίζει και εμπεριέχει τα άγχη διευκολύνοντας σιωπηρά την ψυχική ανάπτυξη.

Δημιουργούνται οι απαραίτητες ταυτίσεις για την ενίσχυση της συγκρότησης του εαυτού και το καθρέπτισμα αυτό θα μεταφραστεί αργότερα σε αυτοεκτίμηση και ανοχή στην ματαίωση.

Διάφοροι συγγραφείς συμφωνούν ότι πρώιμα αναπτυξιακά ελλείμματα παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία αυτών των διαταραχών και προσπάθησαν να τα καθορίσουν με μεγαλύτερη ακρίβεια.

Ο Brenner θεωρεί ότι το έλλειμμα αυτών των ασθενών έγκειται στην μη εσωτερίκευση επαρκών μητρικών λειτουργιών.

Οι Sugarman και Kurash έδωσαν έμφαση σε ένα πυρηνικό έλλειμμα των βουλιμικών ασθενών που συμβαίνει κατά την αναπτυξιακή φάση του αποχωρισμού- εξατομίκευσης, μία φάση που σχετίζεται με την ικανότητα δημιουργίας ξεχωριστών αναπαραστάσεων εαυτού και αντικειμένου.

Οι Swift και Letven πρότειναν ότι αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν ένα βασικό "λάθος" στην δομή του εγώ τους το οποίο σχετίζεται με συγκεκριμένες λειτουργίες που ρυθμίζουν την ψυχική ένταση.

Ένα χαρακτηριστικό τους είναι η ιδιαίτερη ευαισθησία τους για τις ανείπωτες επιθυμίες της μητέρας τους.

Το παιδί υιοθετεί τα χαρακτηριστικά της μητέρας του που μένουν ανείπωτα, πλευρές που η ασθενής ξέρει ότι η μητέρα θεωρεί πολύ σημαντικές.

"Εξαναγκάζεται" δηλαδή (κι αυτό συνιστά ασφαλώς μια βίαιη κατάσταση) να ακολουθήσει τον δρόμο της μητέρας για να διατηρήσει αυτό τον δεσμό μαζί της.

Το τίμημα όμως που πληρώνει από αυτή την εσωτερίκευση είναι να εμποδίζεται να αναγνωρίζει τις δικές της ανάγκες ως ξεχωριστές και να χάνει την αυτονομία και την συνεκτικότητά της ως άτομο. Οι ίδιες συχνά αναφέρουν ότι αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως "τον ενήλικα της μητέρας".

Συνήθως άριστες μαθήτριες, πρότυπα καλού παιδιού για την ευρύτερη οικογένεια αναλαμβάνουν συχνά ενεργό ρόλο στηρίζοντας και συμβουλεύοντας τους άλλους.

Στην οικογένειά τους συχνά αποκτούν την εύνοια και προτίμηση του πατέρα τοποθετώντας σε δεύτερο ρόλο την μητέρα. Στις αναφορές για το παρελθόν τους μιλούν για μια χρόνια έλλειψη διαθέσιμων για αυτούς ενηλίκων.

Η κλονισμένη αυτοπεποίθηση και η έντονη ανάγκη να συμμορφώνονται με την επιθυμία της μητέρας καθιστούν την ωρίμανση και το φυσιολογικό αποχωρισμό από την οικογένεια τρομακτικές διαδικασίες.

Απομονώνονται, αφού ο απόλυτος και δύσκαμπτος τρόπος σκέψης τις εμποδίζει να υπάρξουν ουσιαστικά με συνομηλίκους τους, ο κόσμος τούς φαίνεται εχθρικός.

Η θέση στην ίδια τους την οικογένεια γίνεται άβολη καθώς ο ρόλος του νεαρού ενήλικα δεν τους ταιριάζει.

Μπροστά στις νέες επιθυμίες και ανάγκες που αναδύονται καθώς και στην φυσιολογική επαναστατική τάση της εφηβείας η σχέση με την μητέρα είναι πλέον μετέωρη.

Η στάση του πατέρα απέναντι στις γυναίκες καθιστά την γυναικεία ωρίμανση επίσης μια τρομακτική προοπτική.

Έτσι η λύση που δίνεται είναι η αναστροφή της εφηβείας και της σεξουαλικής ωρίμανσης μέσω της ασιτίας.

Η βουλιμία στο επίπεδο της διαπροσωπικής επικοινωνίας τότε το φαγητό υποκαθιστά το άτομο και η συμπεριφορά αυτή είναι η μεταφορά της σχέσης μαζί του.

Στο επίπεδο της ενδοοικογενειακής επικοινωνίας τότε ίσως είναι η προσπάθεια για να κρατηθεί η ισορροπία σε μια οικογένεια που υπάρχει αλλοτρίωση αλλά και έχθρα.

Στο επίπεδο μιας κοινωνικοπολιτισμικής επικοινωνίας μπορεί να αντιπροσωπεύει έναν ακραίο καταναλωτισμό και μια επιθετικότητα για την κοινωνία όπου τα αγαθά έχουν υποκαταστήσει τις ανθρώπινες ανάγκες.

Η ασθενής θέλει να επικοινωνήσει μηνύματα προς διάφορες κατευθύνσεις. Το βουλιμικό σύμπτωμα τελικά επικοινωνεί μια παθολογική αντίδραση-μια κατάπτωση- αλλά και μια προσπάθεια να οργανωθεί ο εαυτός με τρόπο που διατηρεί μερικώς την συνοχή του.

Therapy.

Η κλασσική ψυχαναλυτική μέθοδος που βασίζεται στην ουδετερότητα του θεραπευτή και την ανάλυση της μεταβιβαστικής σχέσης φαίνεται ότι δεν αποδίδει τουλάχιστον στην αρχική φάση.

Η ψυχαναλυτική ουδετερότητα είναι για αυτούς τους ασθενείς μια έντονα ματαιωτική-τραυματική κατάσταση, μια επανάληψη των παλαιότερων δυναμικών μέσα στην οικογένεια και μια κατάσταση απώλειας ελέγχου.

Η ασθενής βιώνει σχεδόν μια παρανοειδή κατάσταση όπου υπόκειται στις ναρκισσιστικές ανάγκες ενός ενήλικα-θεραπευτή που την οδηγεί να κινητοποιήσει ακόμα πιο έντονα τις αποσυνδεδεμένες της άμυνες και να οχυρωθεί μέσα στον σωματικό εαυτό της.

Αντίθετα μια θεραπευτική διαδικασία που βασίζεται στην "εμπαθητική" σχέση, στην δημιουργία μιας αλληλεπίδρασης όπου η ασθενής μπορεί να εκφράζεται και να καθρεπτίζεται μέσα από τον θεραπευτή, μπορεί να βοηθήσει στην επεξεργασία και την αναστροφή των τραυματικών σχέσεων του παρελθόντος.

Αυτό προϋποθέτει πρωτίστως την εγρήγορση του θεραπευτή αλλά και την ικανότητα να αντέξει τα συναισθήματα του ασθενή κυρίως την επιθετικότητα που είναι συνεχώς παρούσα σε φανερή ή καλυμμένη μορφή

Η ψυχαναλυτική θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής διανύει τρία στάδια.

Στο πρώτο στάδιο στόχος είναι η εγκατάσταση μιας εμπραθητικής σχέσης έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να καταστεί παρατηρητής τόσο της συμπεριφοράς του όσο και σε ένα επόμενο στάδιο παρατηρητής της σχέσης του με τον θεραπευτή.

Στην αρχή μιλούν συνεχώς για την εικόνα του σώματός τους και το φαγητό ενώ τα συναισθήματα υποτιμούνται γιατί μοιάζουν δυσβάσταχτα.

Γίνεται λοιπόν προσπάθεια να αποκωδικοποιηθεί η σχέση με το φαγητό και να συνδεθεί με συναισθήματα. Εμφανίζουν επίσης ελλείμματα στην ικανότητα να αναγνωρίζουν και να αρθρώνουν διάφορες εσωτερικές τους καταστάσειςόρο (interoceptive awareness-ιδιοδεκτική επίγνωση).

Στο δεύτερο στάδιο της θεραπείας υπάρχει γενικά μια ύφεση της συμπτωματολογίας ενώ αναπτύσσεται μια σχέση εξάρτησης με τον θεραπευτή.

Η επεξεργασία της σχέσης είναι πολύ σημαντική για την κατανόηση των συναισθημάτων, των συγκρούσεων και γενικότερα των σχέσεων με τους άλλους.

Ο ασθενής χρησιμοποιεί τον θεραπευτή για να μπορέσει να δημιουργήσει νέους πιο λειτουργικούς τρόπους του σχετίζεσθαι από τους οποίους αντλεί και μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Σε αυτή την διαδρομή ο ασθενής θα νιώσει απογοητεύσεις, αισθήματα κενού και συχνά θα υπάρξουν εξάρσεις της συμπτωματολογίας στην προσπάθειά του να ανακτήσει τον έλεγχο απέναντι σε κάτι που δεν μπορεί να χειριστεί.

Στο τρίτο στάδιο της θεραπείας οι ασθενείς είναι γενικά ελεύθεροι συμπτωμάτων.

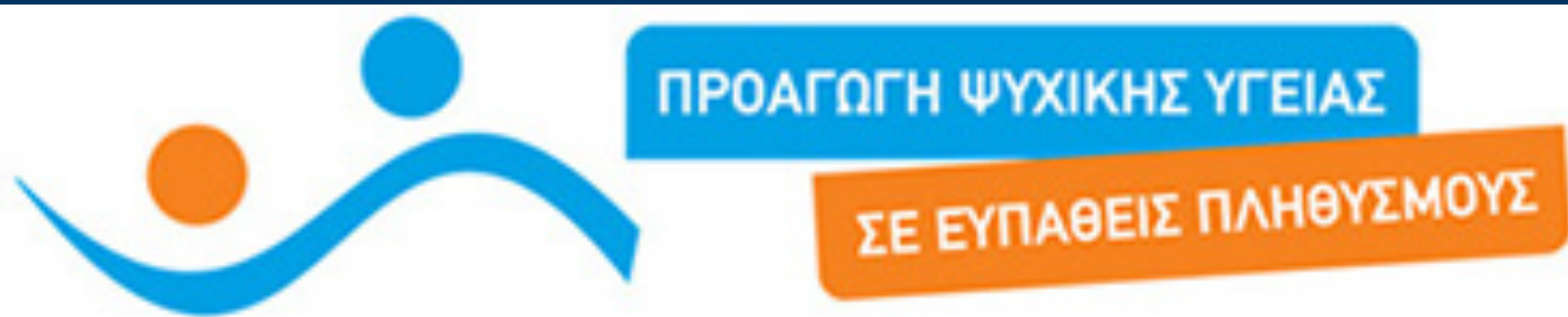
Έχουν ανακτήσει μια πιο συνεκτική εικόνα του εαυτού τους και μια αποδοχή για το σώμα τους.

Στόχος σε αυτό το στάδιο της θεραπείας είναι η επεξεργασία πιο δύσκολων συναισθηματικών καταστάσεων όπως της απόρριψης ή της απώλειας καθώς και η σύνδεση των τωρινών συγκρούσεων με αντίστοιχες καταστάσεις του παρελθόντος.

Ο ασθενής έτσι αντέχει την απογοήτευση και την κατάθλιψή του χωρίς να χάνει την συνεκτικότητά του εαυτού του.

Ψυχογενής Ανορεξία

Σας ευχαριστώ για την προσοχή σας
fragoni@yahoo.com



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ



Α' ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ