

Αντώνιος Αθ. Ρήγας
Αντωνία-Λήδα Ματάλα

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ: ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

1. Εφηβεία και εμφάνιση διαταραχών συμπεριφοράς εξαιτίας της λήψης τροφής (Eating Disorders)

Η *διατροφική αγωγή* των παιδιών και των εφήβων αποτελεί σε διεθνές επίπεδο ενδιαφέρουσα επιστημονική ενασχόληση, γιατί είναι αποφασιστικός παράγοντας διαμόρφωσης της συμπεριφοράς τους αλλά και οικοδόμησης της ψυχοσωματικής τους υγείας. Το θέμα αυτό θεωρείται και για τη χώρα μας μεγάλης σημασίας, δεδομένης της στροφής του επιστημονικού ενδιαφέροντος προς ό,τι επηρεάζει τη συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων στις ημέρες μας. Τα παιδιά αλλά κυρίως οι έφηβοι συγκροτούν ένα κοινωνικό μόρφωμα, μια ομάδα, που είναι ιδιαίτερα επιρρεπής σε αντικοινωνική συμπεριφορά και παρουσιάζει ευρείας κλίμακας ψυχολογικές διαταραχές. Είναι, για τους λόγους αυτούς, επιβεβλημένο να μελετηθούν επιστημονικά και στη χώρα μας οι «*διαταραχές συμπεριφοράς στη λήψη τροφής*», και να καταρτιστούν προγράμματα παρέμβασης στο πλαίσιο του σχολείου.

Το σχολείο αποτελεί τον ιδανικό χώρο για τη συνάντηση των μαθητών όλων των κοινωνικών στρωμάτων, που από κοινού μοχθούν, μέσα από τη θεσμοθετημένη διαδικασία αγωγής να μορφώσουν τις στάσεις και τις θέσεις τους για τη ζωή, όπως και να μάθουν να φροντίζουν για τους εαυτούς τους. Το πολύτιμο ανθρώπινο δυναμικό, που φοιτά στο σχολείο, είναι δυνατό να επωφεληθεί από την ένταξή του σε προγράμματα *διατροφικής αγωγής*.

Ο άνθρωπος από την ημέρα της γέννησής του εκδηλώνει την ανάγκη λήψεως τροφής. Δεν έχει ικανοποιήσει την πείνα του με τη λήψη τροφής; Τότε αισθάνεται ανήσυχος και εκδηλώνει την έλλειψή του αυτή κυρίως με το κλάμα, για να ευαισθητοποιήσει το περιβάλλον του και να λύσει το ζωτικό πρόβλημά του. Τη σχέση του με την τροφή, με την πάροδο του χρόνου, μετατρέπει σε μέσο διαφοροποίησής του από το οικογενειακό του περιβάλλον. Είναι μια βιολογική σταθερά, ότι ο άνθρωπος δύναται να αντέξει επί μακρόν στη μη λήψη τροφής, αλλά όχι και στη δίψα. Η πέραν των ορίων όμως βιολογικής αντοχής αποχή από τη χρήση τροφής ασφαλώς οδηγεί στο θάνατο. Η καταφυγή του εφήβου στη μέθοδο μη λήψης τροφής είναι δυνατόν να έχει πολλές αιτιολογίες, όπως π.χ. την

πρόκληση της προσοχής των οικείων του, την αποτίναξη της πατερναλιστικής επιρροής των γονέων του κ.λ.π.

Ως διαταραχές συμπεριφοράς στη λήψη τροφής χαρακτηρίζονται αποκλίσεις στον τρόπο χρήσης της τροφής, οι οποίες οδηγούν σε ασθένεια ή σε κάποιου είδους ψυχρωματική ανικανότητα¹. Οι διάφορες διαταραχές στη χρήση τροφής μπορούν να διαχωρισθούν είτε βάση οφθαλμοφανών τους αποτελεσμάτων-υπερβολική παχυσαρκία ή λιποσαρκία- είτε βάση των χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς, που επιδεικνύει ο πάσχων απέναντι στο φαγητό-νηστεία, περιοριστική δίαιτα, «ταιμπολόγημα»². Η διαταραχή στη χρήση τροφής, που συναντάται συχνότερα, είναι η παχυσαρκία, προιόν στις πλείστες των περιπτώσεων της αλόγιστης κατανάλωσης ενέργειας. Με τον όρο διαταραχές συμπεριφοράς φαγητού, ωστόσο, συνήθως εννοούνται η *νευρική ανορεξία* και η *βουλιμία*, παθολογικές καταστάσεις, όπου η συμπεριφορά απέναντι στην τροφή είναι σοβαρότατα διαταραγμένη³. Τόσο η *νευρική ανορεξία* όσο και η *βουλιμία*, εμφανίζονται συνήθως στην εφηβεία-κατά τη διάρκεια της οποίας εκδηλώνεται άλλωστε η συντριπτική πλειοψηφία των διαταραχών, που σχετίζονται με τη χρήση τροφής είτε αυτές είναι σοβαρής μορφής, είτε ήπιες⁴.

Η *νευρική ανορεξία* είναι κατεξοχήν ασθένεια των κοριτσιών, της εφηβικής ηλικίας. Χαρακτηρίζεται από υπερβολική απώλεια βάρους, που συμβαίνει χωρίς εμφανή αιτιολογία⁵. Τα ανορεκτικά άτομα διατηρούν το σωματικό τους βάρος σε επίπεδα πολύ χαμηλότερα του φυσιολογικού εφαρμόζοντας τακτική λιμοκτονίας και εντατική σωματική άσκηση⁶. Η επιλογή του όρου «*ανορεξία*»-που έγινε εδώ και 100 χρόνια-ήταν ατυχής, μια που το αίσθημα της πείνας δεν καταστρέφεται, αλλά καταπιέζεται⁷. Τα ανορεκτικά άτομα έχουν εσφαλμένη εικόνα για το σώμα τους και θεωρούν ότι είναι υπέρβαρα ακόμα και όταν είναι λιποβαρή. Αποκρύπτουν επιμελώς τις μεθόδους που χρησιμοποιούν, για να διατηρούν το σωματικό τους βάρος στα επίπεδα που έχουν επιλέξει, και κατηγορηματικά αρνούνται την ύπαρξη προβλήματος καθώς και την προσφορά βοήθειας⁸. Αφιερώνουν ώρες στην κατανάλωση ελαχίστων ποσοτήτων τροφής, ενώ παραπονιούνται για δυσφορία μετά από μόλις μια ή δυο μπου-

1. Miller and Keane, 1987, σελ. 390.

2. Lucas and Huse, σελ. 977.

3. Lucas and Huse, 1994, σελ. 977.

4. Herzog and Copeland, 1985, σελ. 295-296.

5. Hunt and Groff, 1990, σελ. 427.

6. Casper, 1986, σελ. 304.

7. Hunt and Groff, 1990, σελ. 427.

8. Hunt and Groff, 1990, σελ. 427.

κιές⁹. Άλλα τυπικά συμπτώματα της ανορεξίας περιλαμβάνουν ψυχολογικά προβλήματα: κατάθλιψη, έμμενες ιδέες και καταναγκαστική συμπεριφορά. Δεν είναι ξεκάθαρο αν αυτά τα ψυχολογικά προβλήματα προηγούνται της απώλειας βάρους ή αν είναι συνέπεια της ημιλιμοκτονίας¹⁰. Στα πρώτα της στάδια η διάγνωση της ασθένειας είναι δυσκολότατη μια που οι ανορεξικές όχι μόνο δεν αναζητούν βοήθεια αλλά και αρνούνται να συνεργαστούν προκειμένου να γίνει διάγνωση¹¹.

Μόνο εκείνα τα περιστατικά, όπου η απώλεια βάρους είναι τόσο μεγάλη (έως και 25% του σωματικού βάρους), ώστε να συνιστά άμεσο κίνδυνο για τη ζωή της πάσχουσας, αναφέρονται στους ιατρικούς κύκλους. Η νευρική ανορεξία εμφανίζεται 8 με 12 φορές συχνότερα στα κορίτσια απ' ό,τι στα συνομήλικά τους αγόρια¹². Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η ασθένεια εκδηλώνεται είτε στην αρχή της εφηβείας (13-14 ετών) είτε προς το τέλος της (17-18 ετών)¹³. Τα ανορεξικά άτομα προέρχονται κυρίως από μεσαία και ανώτερα κοινωνικά στρώματα, έχουν καλές επιδόσεις στο σχολείο και έχουν υπάρξει παιδιά-πρότυπα¹⁴. Σύμφωνα με στοιχεία από τις ΗΠΑ η νευρική ανορεξία συναντάται σε συχνότητα 8,2 ανά 100.000 στο γενικό πληθυσμό· ειδικότερα για τα κορίτσια ηλικίας 15 έως 18 ετών όμως, η συχνότητα φθάνει το 1%¹⁵. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου στην τελευταία αυτή ομάδα σημειώνει γραμμική αύξηση τις τελευταίες δύο δεκαετίες, τόσο στη Μεγάλη Βρετανία¹⁶ όσο και τη Βόρεια Αμερική¹⁷.

Η βουλιμία έχει χαρακτηριστεί «αδελφή» πάθησης της νευρικής ανορεξίας¹⁸. Περιγράφηκε και καθιερώθηκε ως διακριτή διαταραχή μόλις το 1979¹⁹. Η βουλιμική έφηβος, όπως και η ανορεξική, ασχολείται επισταμένα με τα της τροφής και είναι πλήρως ενημερωμένη γύρω από τη θερμιδική αξία των διαφόρων τροφών. Αντίθετα με την ανορεξική όμως, η οποία εστιάζει τις προσπάθειές της στην αποφυγή τροφής, το ενδιαφέρον της βουλιμικής έγκειται στο να καταναλώσει τη μέγιστη δυνατή ποσότητα χωρίς να αυξήσει το σωματικό της βάρος. Τα βουλιμικά άτομα επιδίδονται τακτικά-τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα-σε

9. Zeeman, 1991, σελ. 507.

10. U.S. Department of Health and Social Services, 1988, σελ. 521.

11. Adams and Shafer, 1988, σελ. 307.

12. Williams and King, 1987, σελ. 207 και Lucas and Huse, 1994, σελ. 979.

13. Herzog and Copeland, 1985, σελ. 296.

14. Fieldhouse, 1986, σελ. 205.

15. Lucas and Huse, 1994, σελ. 979.

16. Williams and King, 1987, σελ. 206.

17. Lucas and Huse, 1994, σελ. 979.

18. Hunt and Groff, 1990, σελ. 429.

19. Russel, 1979, σελ. 429.

«ταιμπολόγημα» τροφής. Σε κάθε τέτοιο επεισόδιο, που κατά κανόνα διαρκεί 1-2 ώρες, καταναλώνονται τεράστιες ποσότητες τροφής και ως επί το πλείστον τροφές τύπου snack, υψηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες. Τις ημέρες κατά τη διάρκεια των οποίων εμπλέκεται σε επεισόδιο «ταιμπολογήματος», η βουλιμική καταναλώνει 10.000-20.000 kcal, δηλαδή ενέργεια έως και υπερδεκαπλάσια των πραγματικών θερμιδικών της αναγκών²⁰. Τα βουλιμικά άτομα συχνά αναφέρουν ότι δεν απολαμβάνουν ούτε γεύονται πραγματικά τις τροφές που καταναλώνουν στη διάρκεια των βουλιμικών επεισοδίων²¹. Προκειμένου να «αποβάλουν» την επιπλέον ενέργεια χρησιμοποιούν παντοίους μεθόδους: εμετό μετά τη βουλιμική κρίση, λήψη διουρητικών και καθαρτικών και εξαντλητική σωματική άσκηση²². Η καταφυγή των βουλιμικών σε αυτές τις μεθόδους εκδηλώνεται αρκετά μεταγενέστερα των πρώτων βουλιμικών τους κρίσεων. Τα βουλιμικά άτομα συχνά έχουν ιστορικό και άλλων καταναγκαστικών συμπεριφορών, όπως χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοτρόπων ουσιών²³. Όπως και οι ανορεξικοί έφηβοι, χαρακτηρίζονται από τελειομανία και επιτυχημένη παρουσία στο σχολείο. Η βουλιμία συναντάται σε υψηλά ποσοστά στους νέους και πρωτοεκδηλώνεται μεταξύ 17 και 25 ετών, αν και στις περισσότερες περιπτώσεις η διάγνωση γίνεται μετά τα 30²⁴. Σε έρευνες, που διεξήχθησαν σε κολλέγια των ΗΠΑ, βρέθηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης της βουλιμίας κυμαινόταν μεταξύ 46% και 79% για τις γυναίκες, και 41% και 60% για τους άνδρες²⁵. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται από τους κλινικούς για τη διάγνωση της βουλιμίας ποικίλλουν, ανάλογα με το αν η πρακτική του ηθελημένου εμετού θεωρείται απαραίτητο ή όχι κριτήριο προκειμένου ο έφηβος να χαρακτηριστεί ως βουλιμικός²⁶. Στις έρευνες, που αναφέραμε πιο πάνω, το κριτήριο αυτό δεν είχε συμπεριληφθεί στο σετ των διαγνωστικών κριτηρίων που χρησιμοποιήθηκαν.

Η νευρική ανορεξία και βουλιμία επιφέρουν βλάβες στην υγεία, που μπορεί να είναι μόνιμου χαρακτήρα. Για τη νευρική ανορεξία, οι επιπλοκές είναι κοινές με εκείνες που εμφανίζονται σε όλες τις περιπτώσεις λιμοκτονίας (αμηνόρροια, οστεοπόρωση, βραδυκαρδία, υπόταση, αναιμία, οιδήματα)²⁷. Αν και στην πλειονότητά τους οι ανορεκτικές επανέρχονται σε φυσιολογικό βάρος χωρίς παρέμβαση, ένα σημαντικό ποσοστό απαι-

20. Herzog and Copeland, 1985, σελ. 296.

21. Arnow, 1990, σελ. 294.

22. Zeeman, 1991, σελ. 507.

23. Herzog and Copeland, 1985, σελ. 296.

24. Herzog and Copeland, 1985, σελ. 296.

25. Casper, 1986, σελ. 306.

26. Schotte and Stunkard, 1987, σελ. 1213.

27. Herzog and Copeland, 1985, σελ. 295.

τεί νοσοκομειακή περίθαλψη. Μελέτες έχουν δείξει ότι ο δείκτης θνησιμότητας μεταξύ ανορεκτικών κυμαίνεται από 15 έως 21%- που είναι από τους πιο υψηλούς δείκτες που έχουν καταγραφεί για ψυχιατρικές διαταραχές. Από τις μοιραίες αυτές περιπτώσεις το ένα πέμπτο οφείλεται σε αυτοκτονία, ενώ οι υπόλοιπες είναι αποτέλεσμα της λιμοκτονίας²⁸. Αλλά και στις περιπτώσεις που η ανορεκτική έφηβος αναλαμβάνει, μόνιμες διαταραχές, όπως η αμηνόρροια, συχνά παραμένουν και μετά τη σταθεροποίησή της σε φυσιολογικό σωματικό βάρος²⁹. Δεν είναι επίσης ασύνηθες, η ανορεξική έφηβος μεγαλώνοντας ν' αναπτύξει βουλιμική συμπεριφορά. Οι ιατρικές επιπλοκές της βουlimίας είναι αποτέλεσμα των τακτικών επεισοδίων εμετού (ηλεκτρολυτικές διαταραχές, αφυδάτωση, ορμονικές διαταραχές, διάβρωση οδόντων), ενώ ένα σημαντικό ποσοστό των βουlimικών δεν ξεπερνούν ποτέ τη βουlimική τους συμπεριφορά και γίνονται παχύσαρκοι ενήλικες³⁰.

Η αιτιολογία τόσο της παχυσαρκίας όσο και της νευρικής ανορεξίας και της βουlimίας μόνο ενμέρει έχει κατανοηθεί. Οι θεωρίες που έχουν προταθεί καλύπτουν όλο το φάσμα, από τις πιο ντετερμινιστικές, που αποδίδουν τα αίτια σε γονιδιακές καταβολές, έως θεωρίες για κοινωνικά και ψυχολογικά αίτια. Ο ρόλος της κληρονομικότητας στη δημιουργία της παχυσαρκίας-όπως διατυπώνεται π.χ. στη θεωρία του καστανού λίπους³¹-είναι αποσπασματικά σημαντικός. Για τη νευρική ανορεξία η πιο ντετερμινιστική από τις πολλές θεωρίες που έχουν προταθεί, είναι αυτή που αποδίδει την πάθηση σε νεοπλασίες του εγκεφάλου, και συγκεκριμένα της περιοχής του υποθαλάμου³². Η θεωρία αυτή οπωσδήποτε αδυνατεί να εξηγήσει το γεγονός, ότι η πάθηση είναι ουσιαστικά άγνωστη στις οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες. Η πλειονότητα των ερευνητών δέχεται ότι η αιτιολογία των διαταραχών που σχετίζονται με τη χρήση τροφής είναι σύνθετου χαρακτήρα. Το επικρατέστερο μοντέλο προτείνει ότι γενετικοί παράγοντες-που ακόμα δεν είναι πλήρως γνωστοί-κάνουν το άτομο λιγότερο ή περισσότερο ευάλωτο σε διαταραχές συμπεριφοράς του φαγητού. Με άλλα λόγια η παχυσαρκία και η ανορεξία είναι προϊόν αλληλεπίδρασης βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων³³. Φαίνεται, όμως, ότι το σύνολο των συγκεκριμένων κοινωνικο-ψυχοσωματικών μεταβλητών, στις οποίες μπορεί να αποδοθεί η διαταραχή, είναι μοναδικό για τον κάθε πάσχοντα, πράγμα που καθιστά τον

28. Herzog and Copeland, 1985, σελ. 295.

29. Herzog and Copeland, 1985, σελ. 296.

30. Herzog and Copeland, 1985, σελ. 296-297.

31. Ezzell, 1994, σελ. 71 και Friedman, 1992, σελ. 217.

32. Katz and Weiner, 1975, σελ. 103 και 1984, σελ. 353.

33. Lucas and Huse, 1994, σελ. 978.

έγκαιρο εντοπισμό των ατόμων με προδιάθεση σχεδόν αδύνατο³⁴.

Οι έφηβοι συχνά χρησιμοποιούν τις τροφές-και μάλιστα τροφές καθαρά ηδονιστικού χαρακτήρα-για να επανέλθουν σε συναισθηματική ισορροπία μετά από μια κρίση³⁵. Η χρόνια ανησυχία και κατάθλιψη για ένα πρόβλημα ενδέχεται να οδηγήσουν τους εφήβους σε καταναγκαστική χρήση τροφής. Από την τροφή αντλείται προσωρινή ικανοποίηση, αλλά βαθμιαία η κατανάλωση τροφής γίνεται έμμονη και καταναγκαστική συμπεριφορά³⁶. Ο αντιφατικός χαρακτήρας των κοινωνικών επιταγών ευνοεί την εξάπλωση διαταραχών που σχετίζονται με τη χρήση τροφής: οι νέοι δέχονται πληθώρα μηνυμάτων, που τους προτρέπουν να καταναλώνουν το δυνατόν περισσότερο, «τιμωρούνται» όμως, όταν υποπέσουν στη φυσιολογική συνέπεια της υπερκατανάλωσης τροφής-την παχυσарκία-και στιγματίζονται.

Στοιχεία αναφορικά με την εξάπλωση της νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας, απ' όσα γνωρίζουμε, δεν υπάρχουν για την Ελλάδα. Περιορισμένα στοιχεία έχουμε στη διάθεσή μας για τη συχνότητα εμφάνισης της παχυσарκίας στη χώρα μας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διακρατικής μελέτης για την εξάπλωση της παχυσарκίας ανάμεσα σε παιδιά εφηβικής ηλικίας (10-15 ετών), τα παιδιά της Αθήνας βρέθηκαν να έχουν τη μεγαλύτερη συχνότητα παχυσарκίας ανάμεσα στους συνομηλίκους τους από 11 χώρες, μεταξύ των οποίων και οι ΗΠΑ, Γερμανία, Φιλλανδία και Ολλανδία, χώρες που παρουσιάζουν τους υψηλότερους δείκτες παχυσарκίας ενηλίκων διεθνώς³⁷.

2. Περιθώρια για παρέμβαση στο σχολείο

Η σημασία της διατροφικής αγωγής στη διάρκεια των σχολικών χρόνων έχει πολλάκις διατυπωθεί όχι μόνο στη διεθνή αλλά και την Ελληνική βιβλιογραφία³⁸. Στην Ελλάδα διατροφική αγωγή σε μαθητές του δημοτικού έχει επιχειρηθεί μέσω επιμορφωτικών προγραμμάτων για θέματα αγωγής υγείας, που απευθύνονται σε δασκάλους και νηπιαγωγούς³⁹. Όσον αφορά έφηβους μαθητές, η μόνη παρέμβαση διατροφικής αγωγής, που έχει διεξαχθεί στην Ελλάδα, ήταν το πενταετές πρόγραμμα-πilotος, που οργάνωσε το τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου της Κρήτης στα πλαίσια των ολοκληρωμένων Μεσογειακών Προγραμμάτων

34. Lucas and Huse, 1994, σελ. 978.

35. Fieldhouse, 1986, σελ. 200.

36. Fieldhouse, 1986, σελ. 200.

37. Καφάτος et al., 1991, σελ. 20.

38. Καφάτος, 1978, σελ. 308 και Καφάτος et al., 1981, σελ. 185.

39. Ερευνητικό και Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Διατροφής, 1993, σελ. 2.

το 1987-1992 σε μαθητές τριών σχολείων, ηλικίας 12-15 ετών. Η παρέμβαση είχε ως στόχο την πρόληψη καρδιοαγγειακών παθήσεων και κατά συνέπεια έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στην καταπολέμηση και πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας.

Έρευνες για πρόληψη διαταραχών στη χρήση τροφής, άλλων, πέραν της παχυσαρκίας, απ' όσα γνωρίζουμε, δεν έγιναν ποτέ στην Ελλάδα. Στην απουσία τέτοιων προγραμμάτων από τα σχολεία έχει οπωσδήποτε συμβάλει και το γεγονός, ότι η εξάπλωση σοβαρών διαταραχών, όπως είναι η νευρική ανορεξία και η βουλιμία στην Ελλάδα, δεν εκτιμήθηκε ποτέ με συστηματικό τρόπο. Αντίθετα, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, υπάρχει πλούσια σχετική βιβλιογραφία για τις Ευρωπαϊκές χώρες καθώς και αυτές της βορείου Αμερικής. Η ανάγκη να εκτιμηθεί η διάσταση του προβλήματος ανάμεσα σε νέους και ενήλικες είναι άμεση. Ανέκδοτες παρατηρήσεις ειδικών από ιατρικούς χώρους προτείνουν ότι η συχνότητα εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας και της βουλιμίας σε έφηβους και νέες γυναίκες είναι ανησυχητική. Η διατήρηση του σωματικού βάρους σημαντικά κάτω του φυσιολογικού, καθώς και η επιμονή σε παράδοξες συμπεριφορές προκειμένου να αποφευχθεί η παχυσαρκία, σαφώς συνιστά κίνδυνο υγείας, εξ ίσου σοβαρό⁴¹ αν όχι μεγαλύτερο από αυτόν της παχυσαρκίας. Επιπλέον, η μονόπλευρη έμφαση στην πρόληψη της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας εμπεριέχει τον κίνδυνο να επιφέρει και ανεπιθύμητα αποτελέσματα. Να λειτουργήσει, δηλαδή, σαν πράσινο φως για τη μερίδα εκείνη των εφήβων που έχουν προδιάθεση προς ανορεξική ή βουλιμική συμπεριφορά.

Διαταραχές, όπως η νευρική βουλιμία και η ανορεξία, μόνο μέσω εκπαιδευτικών και κοινωνικών παρεμβάσεων μπορεί να καταπολεμηθούν αποτελεσματικά⁴². Μια δραστική και ολοκληρωμένη λοιπόν προσέγγιση κρίνεται απαραίτητη. Σε μια τέτοια παρέμβαση ο εκπαιδευτικός θα απευθύνεται σε ομάδες ατόμων που επιδεικνύουν διαμετρικά αντίθετες στάσεις διατροφής. Οι υποβόσκουσες αιτίες όμως και των δυο αυτών ακραίων συμπεριφορών, της υπερκατανάλωσης και της ημιλιμοκτονίας, είναι κοινές, στο βαθμό που αυτές είναι αποτέλεσμα λανθασμένης τακτικής στην επιδίωξη «ιδεώδους» σωματικής διάπλασης. Η παρέμβαση που προτείνουμε απαιτεί αυστηρό προγραμματισμό αλλά και ευελιξία στην εφαρμογή της. Κατανοεί κανείς τη δυσκολία μιας τέτοιας παρέμβασης και κυρίως τη δυσκολία να αξιολογηθεί το αποτέλεσμά της.

Οι έφηβοι μαθητές διακρίνονται από διανοητική ωριμότητα. Κατά συνέπεια, και αντίθετα με τους μαθητές του δημοτικού, στους οποίους η

40. Καφότος et al., 1991, σελ. 19 και Lionis et al., 1991, σελ. 685.

41. Hunt and Groff, 1990, σελ. 430.

42. Adams and Shafer, 1988, σελ. 307.

διατροφική αγωγή κινείται αποκλειστικά στο επίπεδο της συμπεριφοράς, μια θεωρητική προσέγγιση θεμάτων διατροφής κρίνεται σκόπιμη. Οι έφηβοι μαθητές, ωστόσο, δυσκολεύονται να σκεφτούν αφηρημένα και να συνδέσουν τις δραστηριότητες του σήμερα με τις επιπτώσεις του αύριο. Ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να κερδίσει το ενδιαφέρον του εφήβου διαπραγματευόμενος εκείνα τα θέματα που τον αγγίζουν: η αύξηση της μυϊκής δύναμης για τα αγόρια, και η διατήρηση ιδεώδους σωματικού βάρους για τα κορίτσια. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι συστάσεις υπό μορφή «κινδυνολογίας» είναι συνήθως αναποτελεσματικές και οδηγούν σε νοσηρή συμπεριφορά. Αντίθετα, σύμφωνα με παρεμβάσεις που έχουν γίνει στις ΗΠΑ, μαθητές και σπουδαστές ανταποκρίνονται καλύτερα σε μηνύματα με θετικό περιεχόμενο, παρά σε μηνύματα-προειδοποιήσεις. Σκόπιμο είναι λοιπόν η παρέμβαση να γίνει με τέτοιο τρόπο, ώστε να μην αντιτάσσεται η γαστρίμαργκή ικανοποίηση⁴³.

Αν και το ακριβές περιεχόμενο της παρέμβασης και η μεθόδευση της εφαρμογής στα σχολεία είναι πέρα από το σκοπό αυτού του άρθρου, συνοψίζουμε τα σημαντικότερα από τα θέματα που θα πρέπει να ενταχθούν στην υπάρχουσα διδακτική ύλη προκειμένου να αποτραπούν διαταραχές συμπεριφοράς στους εφήβους. Ποιές φυσιολογικές αλλαγές υπόκειται το εφηβικό σώμα κατά την ανάπτυξη. Ποιές είναι οι διαιτητικές απαιτήσεις ενός αναπτυσσόμενου οργανισμού και η σημασία της επαρκούς πρόσληψης από τα διάφορα θρεπτικά συστατικά για τη σωστή και ολοκληρωμένη σωματική ανάπτυξη. Ο ρόλος του σωματικού λίπους στην ανάπτυξη και καλή φυσική κατάσταση του οργανισμού θα πρέπει επίσης να υπογραμμισθεί, δεδομένου ότι η αύξηση του σωματικού λίπους (γεγονός που είναι φυσιολογικό) αποτελεί την πιο έντονη φοβία των εφήβων με ανορεξική ή βουλιμική συμπεριφορά⁴⁴. Τέλος, θα πρέπει να εκτιμηθεί ότι η προσαρμογή του οργανισμού σε ένα καθεστώς ημιλιμοκτονίας δε γίνεται χωρίς κόστος και ότι περιορίζει τόσο τις σωματικές όσο και διανοητικές ικανότητες του ατόμου. Οι σοβαρότατες φυσιολογικές συνέπειες της στερητικής δίαιτας σκόπιμο είναι να κατανοηθούν από τον έφηβο: απώλεια του μυϊκού ιστού, που πολλές φορές υπερσκελίζει αυτή του λιπώδους⁴⁵, ορμονικές διαταραχές (αμηνόρροια, μείωση του ρυθμού έκκρισης των ορμονών του θυρεοειδούς), αλλαγές στην περιφερική κυκλοφορία του αίματος, μείωση του βασικού μεταβολισμού, που, μεταξύ άλλων, σημαίνει και εύκολη πρόσληψη λιπώδους ιστού αμέσως μετά την επιστροφή σε μια φυσιολογική διαίτα, προδιαθέτοντας τον οργανισμό έτσι στην παχυσαρκία⁴⁶.

43. Nelson et al., 1990, σελ. 31.

44. Centers for the Disease Control, 1991, σελ. 2811.

45. Waterlow, 1986, σελ. 501.

46. Herzog and Copeland, 1985, σελ. 297.

Πέρα από τα θεωρητικά θέματα, που θα αναπτυχθούν στην τάξη, σκόπιμη είναι και η ανταλλαγή εμπειριών και ο προσδιορισμός από τον εκπαιδευτικό τυχόν παρεξηγημένων εννοιών ανάμεσα στους μαθητές του. Έτσι θα πρέπει να προσδιορισθούν και να σχολιασθούν μορφές νοσηρών τακτικών στη λήψη τροφής και να συζητηθεί πώς οι μαθητές αντιλαμβάνονται την εφαρμογή διαιτολογίων, που αποσκοπούν στον έλεγχο του σωματικού βάρους.

Σε ένα σχολείο, άξιο του ονόματός του, δηλαδή σε ένα σχολείο που δε μένει εγκλωβισμένο στα παλαιά σχήματα, αλλά φιλοδοξεί να αγκαλιάσει τα σύγχρονα προβλήματα και να ασκήσει ευεργετική επίδραση στη νέα γενεά, είναι δυνατή η αξιοποίηση επιστημονικών πορισμάτων σχετικών με τη διατροφική αγωγή⁴⁷ και η προσφυγή στη λήψη των ενδεδειγμένων μέτρων, όπως π.χ. μεταξύ άλλων είναι και τα εξής:

- Η σχετική επιμόρφωση των εκπαιδευτικών.
- Ο καταρτισμός σχετικών προγραμμάτων.
- Η μεθοδική πληροφόρηση των μαθητών μέσω της διδασκαλίας, καταλλήλου εντύπου υλικού, συνεντεύξεων κλπ.
- Η έγκυρη και υπεύθυνη ενημέρωση των γονέων κλπ.

Με όλο αυτό το πλέγμα μέτρων και με άλλες σχετικές παρεμβάσεις του σχολείου είναι δυνατόν να βοηθηθούν οι μαθητές και να λάβουν μια ορθή διατροφική αγωγή.

47. Dührssen, Annemarie, 1962, σελ. 238 κ.ε.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adams L.B., and Shafetr M.D., *Early Manifestations of Eating Disorders in Adolescents, Defining Those at Risk*. Journal of Nutrin Education 1988; 20: 307-310.
- Arnow B., *Psychological Treatment for Binge Eating*. In: Perspectives in Nutrition, by Wardlaw G.M., and P.M. Insel. Times Mirror: St. Louis 1990.
- Casper R. C., *The Pathophysiology of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. Annual Reviews of Nutrition 1986; 6: 299-316.
- Centers for Disease Control, *Body-weight Perceptions and Selected Weight-Management Goals and Practices of High School Children-United States*, 1990. Journal of American Medical Association. 1991; 266: 2811-2812.
- Dührssen An., *Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen*, Göttingen 1962.
- Ερευνητικό και Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Διατροφής, Υγειονομική Σχολή Αθηνών, *Βοήθημα για την Οργάνωση Ομάδων Εργασίας σε θέματα Αγωγής Υγείας* (επιμέλεια: Τριχοπούλου Α. και Λαγίου Π.), Αθήνα 1993.
- Ezzell C., *Getting the Skinny on Obesity*. The journal of NIH Research 1994; 6(5): 71-75.
- Fieldhouse P., *Food and Nutrition: Customs and Culture*. Croom Helm: London 1986.
- Friedman J.M., and Leibel R.L., *Tackling a Weighty Problem*. Cell 1992; 69: 217-220.
- Herzog D.B., and Copeland P.M., *Eating Disorders*. New England Journal of Medicine 1985; 313 (5): 295-303.
- Hunt S.M., and Groff J.L., *Advanced Nutrition and Human Metabolism*. West Publishing Company: St. Paul 1990.
- Καφάτος Α., *Η Παχυσαρκία της Βρεφικής και Παιδικής Ηλικίας*. Ιατρική 1978; 34: 290-308.
- Καφάτος Α., Αποστολάκη Ι., Καντιδάκη Ε. και Λιόνης Γ., *Συνήθειες Διατροφής των Παιδιών στο Σχολείο*. Παιδιατρική 1991; 54: 10-25.
- Kafatos A., Panagiotakopoulos G., Bastakis N., Trakas D., Stoikidou M. and Pantelakis S., *Cardiovascular Risk Factors Status in Greek Adolescents in Athens*. Preventive Medicine 1981; 10: 173-186.
- Katz J.L., and Weiner H., *A Functional Anterior Hypothalamic Defect in Primary Anorexia Nervosa*. Psychosomatic Medicine 1975; 37: 103-107.
- Lionis C., Kafatos A., Vlachonikolis J., Vakaki M., Tzortzi M., and Petraki A., *The Effects of a Health Education Intervention Program Among Cretan Adolescents*. Preventive Medicine 1991; 20: 685-699.
- Lucas A.R., and Huse D.M., *Behavioral Disorders Affecting Food Intake: Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. In: *Modern Nutrition and Health* (editors. Shils M.E., Olson J.A. and Shike M.). Lea and Febiger: Philadelphia 1994.
- Miller B.F., and Keane C.B., *Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing and Allied Health*. Saunders: Philadelphia 1987.
- Nelson J.L., and Larson-Brown L.B., *Students' Perception of Nutrition Messages: How Motivating Are They?* Journal of Nutrition Education 1990; 22 (1) 30-34.
- Russel G., *Bulimia Nervosa: An Ominous Variant of Anorexia Nervosa*. Psychological Medicine 1979; 9: 429-448.
- Schotte D.E., and Stunkard A.J., *Bulimia vs. Bulimic Behavior on a College Campus*. Journal of American Medical Association 1987; 258: 1213-1215.
- U.S. Department of Health and Social Services, *The Surgeon General's Report on Nutrition and Health*. DHHS Publication No. 88-50210: Washington, DC 1988.
- Warerlow J.C., *Metabolic Adaptation to Low Intakes of Energy and Protein*. Annual Reviews of Nutrition 1986; 6: 495-526.
- Williams P. and King M., *The Epidemic of Anorexia Nervosa: Another Medical Myth?* Lancet

1987; i: 205-207.

Zeeman F. J., *Clinical Nutrition and Dietetics*. MacMilan Publishing Company: New York 1991.

Anorexia Nervosa Due to a Tumor of the Hypothalamus. *Nutrition Reviews* 1984; 42:: 351-353.

SUMMARY

Antonios Rigas - Antonia-Lida Matala, *Behavioral Eating Disorders: Intervention in the School*

Adolescents are exceptionally prone to developing behavioural disorders affecting food intake. Anorexia nervosa and bulimia are eating disorders in which eating behaviour is grossly disturbed. Anorexia nervosa is characterized by severe weight loss, sustained by self-induced semistarvation, while bulimia is marked by frequent episodes of binge eating, in which extreme quantities of food are consumed, and subsequent purging. Persistence of anorexia nervosa and/or bulimia during adolescence can perpetuate serious health complications, both physical and psychological. Furthermore, it is not uncommon that teenagers suffering from eating disorders develop obesity during adulthood. Although extensive literature exists regarding the prevalence of anorexia nervosa and bulimia in most of the developed countries, these disorders never received attention by the Greek health professionals and data revealing their prevalence among Greek adolescents are generally lacking. Despite the lack of prevalence data, the adolescents should be recognized and action must be taken toward preventing these psychosomatic illnesses in the Greek population. Nutrition intervention programmes at Greek schools could address the issue of eating disorders, along with the other nutrition-related health issues currently at focus. Education methods toward this goal are discussed.

KEY WORDS: Adolescents, Anorexia nervosa, Bulimia, Eating disorders, Greece, Nutrition education.