

ISSN 2241-2638 (print)

ISSN 2441-2778 (on-line)

ΣΕΙΡΑ ΚΕΙΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Κατανοώντας το νόημα της
ψυχογενούς βουλιμίας:
Συνδυασμός ατομικών και
ομαδικών συνεδριών.

Έρις Χατζητζάνου, MSc

Τεύχος 2012.3 Αθήνα



ISSN 2241-2638 (print)

ISSN 2441-2778 (on-line)

WORKING PAPERS SERIES

Understanding the meaning of bulimia nervosa: Combined individual and group therapy

Iris Chatzitanou M.Sc.,

Issue 2012.3 Athens



ΤΙΤΛΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΣΕΙΡΑΣ: Σειρά Κειμένων Εργασίας του 'Λόγω Ψυχής'
ΕΚΔΟΤΗΣ: Λόγω Ψυχής ΕΠΕ- Ινστιτούτο Εκπαίδευσης και Έρευνας στη Συστημική
Ψυχοθεραπεία
ΤΟΠΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: Αθήνα
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: Ιούλιος 2011

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: Αθηνά Ανδρουτσοπούλου, PhD
Γιώργος Καλαρρύτης, MMedSci
Τσαμπίκα Μπαφίτη, MSc, PhD

ISSN 2241-2638 (print)

ISSN 2441-2778 (on-line)

Ευχαριστίες

Η εργασία αυτή κατατέθηκε σε μια πιο πρόωμη μορφή της ως διπλωματική εργασία στο Εργαστήριο Διερεύνησης Ανθρώπινων Σχέσεων για την ολοκλήρωση του Προγράμματος Ειδίκευσης στη Συστημική και Οικογενειακή Θεραπεία. Ευχαριστώ όλους τους εκπαιδευτές και επόπτες μου για τη στήριξή τους.

Ευχαριστώ ιδιαίτερω την επιστημονικά υπεύθυνη του Κ.Η. ΑΝΑΣΑ για την πολύτιμη στήριξη και καθοδήγησή της, καθώς και όλους τους συνεργάτες για την εξαιρετική συνεργασία μας.

Τρις Χατζητζάνου¹

¹Ψυχολόγος - Συστημική Ψυχοθεραπεύτρια, MSc. Εξειδίκευση στη διάγνωση και θεραπεία ατόμων που πάσχουν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (Ψυχογενής Ανορεξία, Ψυχογενής Βουλιμία, Κρίσεις Επεισοδιακής Υπερφαγίας). Κέντρο Ημέρας ΑΝΑΣΑ.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	σελ. 6
ΕΝΟΤΗΤΑ 1. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ	σελ. 7
1.1. Ψυχογενής Βουλιμία	σελ. 9
1.2. Προφίλ των βουλιμικών ασθενών	σελ. 11
ΕΝΟΤΗΤΑ 2.	
ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΨΒ	σελ. 12
2.1. Γνωστικό-συμπεριφορικά μοντέλα	
2.2. Ψυχοδυναμικά μοντέλα	σελ. 13
2.2.1. Η πρώιμη σχέση μητέρας-βρέφους. Προσκόλληση και αποχωρισμός	σελ. 14
2.3. Γονεϊκές στάσεις - Οικογενειακά μοντέλα	σελ. 15
ΕΝΟΤΗΤΑ 3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ	σελ. 17
3.1. Ομαδική Θεραπεία. Γιατί «κλειστού τύπου»;	σελ. 18
ΕΝΟΤΗΤΑ 4. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ	σελ. 23
4.1. Ατομικό Ιστορικό Ασθενούς	
4.2. Οικογενειακό Ιστορικό - Κοινωνικές σχέσεις	σελ. 24
4.3. Διάγνωση – Αίτημα	σελ. 25
4.4. Θεραπεία (ατομικές και ομαδικές συνεδρίες)	σελ. 27
4.5. Υποθέσεις	σελ. 37
4.6. Στόχοι Θεραπείας	σελ. 38
4.7. Μέθοδοι / Τεχνικές	σελ. 39
4.8. Δυσκολίες / Θεραπευτικά Διλήμματα	σελ. 41
4.9. Αξιολόγηση της πορείας – Πρόγνωση	σελ. 41
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	σελ. 43
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ. 44
Abstract	σελ. 48

Περίληψη

Η παρουσία των «σημαντικών Άλλων» στη ζωή του ανθρώπου μπορεί να διαδραματίσει καταλυτικό ρόλο στη μετέπειτα ψυχοσωματική συγκρότησή του. Η απουσία τους, απεναντίας, ή ο βίαιος αποχωρισμός από αυτούς -ιδιαίτερα σε πρώιμα στάδια της ανάπτυξής του- ενδέχεται να βιωθεί εχθρικά αφήνοντας ένα αίσθημα κενού ή/και προκαλώντας έντονα, επώδυνα συναισθήματα. Η εμφάνιση της Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής της *Ψυχογενούς Βουλιμίας* πιθανά συνδέεται με την *παρουσία* και την *απουσία*, με την (υπερ)πληρότητα και το κενό με «μέσο» την κατανάλωση και την αποβολή της τροφής. Στο περιστατικό που θα παρουσιαστεί, μαζί με τη νοηματοδότηση του συμπτώματος, εξετάζουμε ένα συγκεκριμένο σχήμα θεραπείας σε σχέση με την αποτελεσματικότητά του στην αντιμετώπιση της διαταραχής για χρονικό διάστημα 18 μηνών.

Λέξεις κλειδιά: διαταραχές πρόσληψης τροφής, ψυχογενής βουλιμία, αποχωρισμός, ομαδική θεραπεία

ΕΝΟΤΗΤΑ 1

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής² αποτελούν σοβαρές ψυχογενείς νόσους, όπου η *ασιτία* και η *υπερφαγία* εκδηλώνονται ως συμπτώματα υποκείμενων ψυχολογικών και συναισθηματικών δυσκολιών. Τα τελευταία χρόνια τοποθετούνται ανάμεσα στις πρώτες θέσεις χρόνιων παθήσεων που πλήττουν τις δυτικές κοινωνίες (Chavez & Insel, 2007) και η επίπτωσή τους αυξάνεται (Σίμος, 1996; Hoek & van Hoeken, 2003; Fairburn & Harrison, 2003; Sours, 1969; Duddle, 1973; Kendell et al. 1973; Halmi, 1974; Ikemi et al. 1974; Crisp et al. 1976 στο Garner and Garfinkel, 1980; Μάνος, 1997).

Αυτή η εμφανής αύξηση της διαταραχής έχει παραλληλιστεί με την «αισθητική προτίμηση» του πολιτισμού μας υπέρ της λεπτότητας στις γυναίκες. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι η αξία του αδυνατίσματος και της λεπτότητας συσχετίζονται με την έκφραση των ΔΠΤ, αλλά δεν αποτελούν επαρκή λόγο για την παθογένεσή τους (Berrettini, 2004).

Μολονότι το κεντρικό σύμπτωμα έχει να κάνει με την κατανάλωση τροφής, στις ΔΠΤ το άτομο χρησιμοποιεί ασυνείδητα και με τρόπο δυσλειτουργικό την τροφή ως «μέσο» για να μπορέσει να διαχειριστεί σκέψεις, συναισθήματα και ανάγκες, τα οποία δεν μπορεί εύκολα να «αντέξει».

Η έντονη (παράλογη) ανησυχία του ατόμου για το βάρος και τη διάπλαση του σώματος καθώς και η «έμμονη» σκέψη κι η υπερβολική ενασχόλησή του με την τροφή σε συνδυασμό με την απώλεια μέτρου (ελέγχου) είναι τα χαρακτηριστικά που προεξάρχουν και τα οποία αποκρύπτουν ή/και αποκαλύπτουν άλλες μορφές ψυχοπαθολογίας.

Οι ΔΠΤ έχουν πολύ-παραγοντική αιτιολογία και στο συνεχές της αιτιολογικής διερεύνησης -εκτός από την εξέχουσα θέση της οικογένειας- εντάσσονται και άλλοι *προδιαθεσικοί, εκλυτικοί και επιβαρυντικοί* παράγοντες. Μερικοί από αυτούς είναι: α)

² Όπου Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, ΔΠΤ.

η ιδιοσυγκρασία (στοιχεία προσωπικότητας), β) κοινωνικές παράμετροι, όπως το «λεπτό και καλλίγραμμο σώμα», καθώς και θέματα που σχετίζονται με την ταυτότητα των γυναικών (οι οποίες κινδυνεύουν σαφώς σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από αυτές τις διαταραχές), γ) αναπτυξιακοί λόγοι, και, ειδικά, η μετάβαση στην εφηβεία και την ενηλικίωση και δ) η ίδια η αυτοτροφοδοτούμενη δυσλειτουργική διατροφική συμπεριφορά και τα σχόλια των άλλων· όλοι οι παραπάνω παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη (Cierpka, Reich & Kraul, 1998) και συμβάλλουν στην διατήρηση της διαταραχής.

Οι ΔΠΤ συναντώνται κατά κύριο λόγο στην κρίσιμη περίοδο της εφηβείας ή της ενηλικίωσης κι αυτό μπορεί να εξηγηθεί, καθώς στη φάση αυτή αναδιοργανώνεται τόσο το ίδιο το άτομο όσο και η οικογένεια. Όσον αφορά στο άτομο, το σώμα και η εξωτερική εμφάνιση αλλάζει πολλές φορές δραματικά. Η σωματική αυτοεικόνα/αυτοεκτίμηση μοιάζει να έχει σημαντικές διακυμάνσεις ή και να μειώνεται αισθητά, ενώ οι συγκρίσεις με τα κοινωνικά πρότυπα, υπαρκτά ή μη, εντατικοποιείται· το λεπτό σώμα, που συνδέεται με την ελκυστικότητα, την κοινωνική και επαγγελματική επιτυχία, και την αυτοεκτίμηση, αποκτά μεγάλη σημασία.

Το πρόβλημα δεν εμφανίζεται «ξαφνικά», αντιθέτως -συνήθως- εντοπίζεται στο παρελθόν και αφήνει στο παρόν σημάδια, που «προδίδουν» τη συμπτωματολογία. Συχνά, πυροδοτείται από ένα τραυματικό γεγονός, μία απώλεια ή αλλαγή και δεν αναπτύσσεται μόνο από τις κακές διατροφικές συνήθειες ή την έναρξη κάποιας δίαιτας, που, απλώς, αποτελεί εκλυτικό παράγοντα (Burton & Stice, 2006).

Συμβολικά, οι διαταραχές διατροφής «αναπαριστούν μια ασυνείδητη διαδικασία αποφυγής της εφηβείας, της ψυχολογικής ωρίμανσης και της σεξουαλικής απαρτίωσης, μια «φυγή» από τη διαδικασία της ανάπτυξης» (Μωρόγιαννης, 2000). Η διαταραγμένη (διατροφική) συμπεριφορά εξυπηρετεί ανικανοποίητες αναπτυξιακές ανάγκες και ο έλεγχος της τροφής και του σώματος ισοδυναμεί -μέσω της μετάθεσης- με τον έλεγχο των ενορμήσεων. Το άτομο που επικεντρώνει την προσοχή του στο σωματικό βάρος του, αποφεύγει να εξετάσει το συνολικό εαυτό του, τις σχέσεις του με τους άλλους, τα συναισθήματά του και τα όρια των δυνατοτήτων του. Η ΔΠΤ

αναδύεται τότε ως «λύση», ως ένας τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων μέσω της αποφυγής της ανάπτυξης (Μωρόγιαννης, 2000).

Κυρίαρχες εκφάνσεις των ΔΠΤ είναι η *ψυχογενής ανορεξία* και η *ψυχογενής βουλιμία*. Παρ' ότι μπορεί να διαφέρουν ως προς την εξωτερική εκδήλωσή τους, σε ό,τι αφορά στην υποβόσκουσα ψυχοπαθολογία υπάρχουν μεταξύ τους κοινά σημεία. Μάλιστα, κλινικοί συγκλίνουν στο ότι αποτελούν «τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος» (Modjtaba, 2007) και οι πάσχοντες, κατά τη διάρκεια της πορείας της ασθένειας, περνούν από τα χαρακτηριστικά της ανορεξίας σ' αυτά της βουλιμίας, και αντίστροφα (Fairburn & Harrison, 2003). Εκτός από τις δύο τυπικές μορφές, υπάρχουν και οι *άτυπες* ή *μη αλλιώς καθοριζόμενες* διατροφικές διαταραχές.

1.1. Ψυχογενής Βουλιμία: Διαγνωστικά κριτήρια – Σωματικές επιπτώσεις

Από τον 19^ο αιώνα οι βουλιμικές συμπεριφορές υπήρξαν αντικείμενο μιας μακράς νοσογραφικής περιπλάνησης. Η Νευρογενής ή Ψυχογενής Βουλιμία³ για πρώτη φορά περιγράφηκε το 1979 από τον Russell σαν μια εκδοχή -όπως ήδη αναφέρθηκε- της Νευρογενούς Ανορεξίας (Fairburn, 1995).

Η ΨΒ εκδηλώνεται σε δύο φάσεις: στην πρώτη, το άτομο σπάει τη διατροφική «ρουτίνα» και τα κανονικά γεύματα και «καταβροχθίζει» σε σύντομο χρόνο (κατά επεισόδια) μεγάλες ποσότητες φαγητού με απώλεια της αίσθησης ελέγχου· στη δεύτερη, βιώνει αισθήματα ενοχών και δυσανεξίας και λαμβάνει μέτρα «επανόρθωσης», όπως είναι ο προκλητός έμετος (αποβολή του φαγητού), η εντατική γυμναστική και η χρήση διουρητικών και καθαρικών.

Τυπικά τα άτομα με διάγνωση ΨΒ έχουν φυσιολογικό βάρος, αν και υπάρχουν ενδείξεις ότι ενδεχομένως πριν την εμφάνιση της διαταραχής το βάρος τους μπορεί να ήταν αυξημένο. Η έναρξη της ΨΒ τοποθετείται στην εφηβεία ή συνηθέστερα στην πρώιμη ενήλικη ζωή και το 90% των πασχόντων είναι γυναίκες (Bryant-Waugh & Lask, 1992 στο Lask and Bryant-Waugh, 1995; Μάνος, 1997; Fairburn, 1999; Fairburn & Harrison, 2003; Hoek & Van Hoeken, 2003). Η διαταραχή είναι πιο συχνή σε κοπέλες που ασχολούνται με συγκεκριμένα επαγγέλματα, όπως χορεύτριες μπαλέτου, αθλήτριες, μοντέλα κ.α. (Hsu, 1996) (Hoek, 2002; Andersen, 2002 στο

³ Όπου ψυχογενής βουλιμία, ΨΒ

Openshaw, 2004; Becker & Fay στο Wonderlich et al., 2006), όπου το σωματικό βάρος αποκτά μεγάλη σημασία κι απαιτείται αυξημένη προσοχή και έλεγχος πάνω στο σχήμα του σώματος.

Ο επιπολασμός της Ψυχογενούς Βουλιμίας θεωρείται ότι είναι 1-3% (Μάνος, 1997), ενώ σύμφωνα με πρόσφατη επισκόπηση των υπαρχόντων επιδημιολογικών μελετών των Hoek και Van Hoeken (2003) η επίπτωσή της είναι δώδεκα περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα στον πληθυσμό τον χρόνο.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη NB⁴ κατά DSM-IV είναι τα εξής:

A. Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο από τα παρακάτω:

(1) το να τρώει κάποιος μέσα σε μια διακριτή χρονική περίοδο (π.χ. σε μια περίοδο 2 ωρών) μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από όση θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια μιας παρόμοιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις

(2) μια αίσθηση έλλειψης ελέγχου του πόσο τρώει κάποιος κατά τη διάρκεια του επεισοδίου

B. Επανελημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους (έντονη γυμναστική, κατάχρηση καθαρτικών, πρόκληση εμετών)

Γ. Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα για 3 μήνες.

Δ. Η εκτίμηση του εαυτού αδικαιολόγητα επηρεάζεται από το σχήμα του σώματος και του βάρους.

E. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.

Οι κυριότερες ιατρικές επιπλοκές είναι: (1) ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες (π.χ. υποκαλιαιμία από τους συχνούς εμέτους η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μεταβολική

⁴ Διακρίνονται δύο τύποι ΨΒ.

Ο τύπος *κάθαρσης* στον οποίο το άτομο εμπλέκεται συστηματικά στην πρόκληση εμετού και την κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων.

Ο τύπος *μη-κάθαρσης* στον οποίο το άτομο δε χρησιμοποιεί την κάθαρση αλλά άλλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές (όπως π.χ. νηστεία, υπερβολική άσκηση)

αλκάλωση), (2) ενδοκρινολογικές, (3) στοματικές (π.χ. ξηροστομία, υπερτροφία των σιελογόνων αδένων, φθορά της αδαμαντίνης των δοντιών), (4) γαστρεντερικές (π.χ. οισοφαγίτιδα, οισοφαγική ρήξη, δυσπεψία, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, χρόνια δυσκοιλιότητα και διάρροια από τη συχνή χρήση καθαρτικών), (5) καρδιαγγειακές (π.χ. αρρυθμίες με κίνδυνο το θάνατο, καρδιομυοπάθειες), (6) υπερφαγία (η οποία από μόνη της μπορεί να προκαλέσει γαστρική ρήξη, ναυτία, πόνους στην κοιλιακή χώρα και αύξηση του βάρους). Ακόμα, συχνά εμφανίζονται κάλοι ή ουλές στη ραχιαία επιφάνεια των χεριών και διαταραχές της εμμήνου ρύσεως (Μάνος, 1997).

1.2. Προφίλ των βουλιμικών ασθενών

Οι βουλιμικοί ασθενείς παρουσιάζονται ως ιδιαίτερα κοινωνικά άτομα με αυτοπεποίθηση, επιτυχία και ευτυχία, γι' αυτό και η διαταραχή περνά απαρατήρητη για χρόνια (Kayrooz, 2001; Μωρόγιαννης, 2000). Η εικόνα τους, ωστόσο, έρχεται σε αντίφαση με αποτελέσματα μελετών που δείχνουν ότι έχουν ιδιαίτερα χαμηλή αυτοεκτίμηση (Haller, 1992; Freeman et al., 1988), και είναι περισσότερο καταθλιπτικοί και παρορμητικοί σε σχέση με άλλους συνομηλίκους τους (Freeman et al, 1988). *Στην παρούσα εργασία η ασθενής, που θα ονομάσω Γεωργία, παρουσιάζει ένα τέτοιο προφίλ.*

Στους πάσχοντες συνυπάρχουν χαμηλή ανεκτικότητα στις απογοητεύσεις/άγχος και μειωμένη ικανότητα για αναγνώριση και άμεση έκφραση συναισθημάτων (ιδίως του θυμού). Η βουλιμική συμπεριφορά -πλασματικά- μειώνει την ένταση, βοηθά στην «αυτο-διαχείριση» και προσφέρει μία «διέγερση» ικανή να αμβλύνει αισθήματα «κενού» (Haller, 1992; Glassmann, 1992). *Η Γεωργία πολύ συχνά στη θεραπεία της φέρνει το θέμα της αίσθησης κενού.*

Οι παρορμητικές και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας (Waugh & Lask, 1995; Βάρσου, 2008; Halmi, 2005), ενώ σημαντικό ποσοστό βουλιμικών ασθενών κάνει χρήση/κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ (Bulik et al., 2004; Wade et al., 2000 στο Halmi, 2005). Τέλος, ιστορικό κάποιας μορφής κακοποίησης στην παιδική ηλικία υπάρχει σε περιπτώσεις 30-50% των ασθενών αυτών, ποσοστό ελαφρά μεγαλύτερο από το αναφερόμενο ποσοστό κακοποίησης στο γενικό ψυχιατρικό πληθυσμό (Βάρσου, 2008; Miller, 1993).

Οι Polivy & Herman παρατηρούν πως τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία «παγιδεύονται σ' έναν φαύλο κύκλο συμπεριφορών που ενισχύεται από τα συναισθήματά τους, την ενοχή, τη ντροπή, την αηδία και την απέχθεια για τον εαυτό τους» (Μωρόγιαννης, 2000). Συχνά -όπως συνέβη και στην περίπτωση της Γεωργίας- ο θεραπευτής είναι ο πρώτος άνθρωπος στον οποίο οι ασθενείς «εξομολογούνται» το επώδυνο μυστικό τους, κάποιες φορές -μάλιστα- έπειτα από αρκετά χρόνια.

ΕΝΟΤΗΤΑ 2

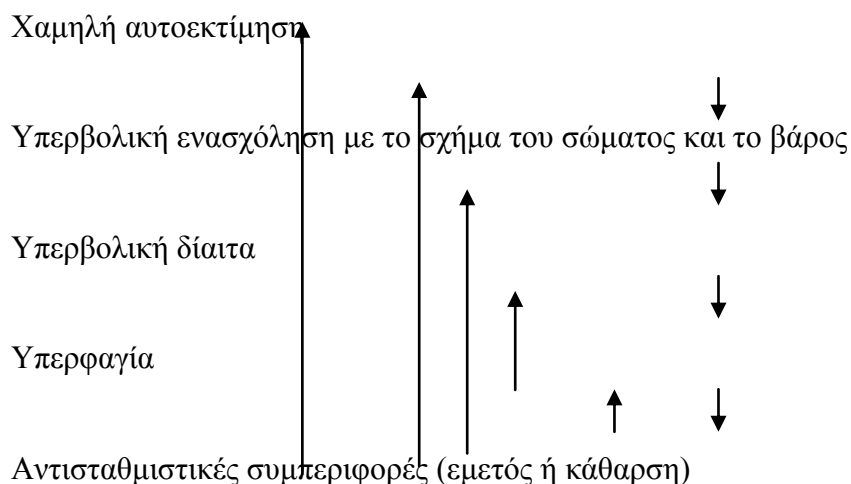
ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΨΒ

2.1. Γνωστικό-συμπεριφορικά μοντέλα

Η βασική συμπεριφορική υπόθεση για τα βουλιμικά συμπτώματα, συνδέει την πρόκληση εμετού/ κάθαρση με τη *μείωση του άγχους*.

Μέσα από το συμπεριφοριστικό πρίσμα, οι ΔΠΤ μπορούν να κατανοηθούν ως συμπεριφορές, οι οποίες διατηρούνται λόγω *θετικής* (π.χ. αίσθηση ελέγχου και επιτυχίας μέσα από τη δίαιτα ή/και τις καθαρτικές μεθόδους, κοινωνική ενίσχυση για το λεπτό σώμα) και *αρνητικής* ενίσχυσης (π.χ. απόσπαση προσοχής και αποφυγή ευθυνών μέσα από το «πρόβλημα»).

Το γνωστικο-συμπεριφορικό μοντέλο διατήρησης της NB του Fairburn et al. (1986, 1995) δείχνει το «φαύλο κύκλο» που προκαλείται:



Ένα άλλο μοντέλο από τον Wilson (1989) για τη NB αναλύει και στοιχεία που συνοδεύουν τα βουλιμικά επεισόδια, όπως ο *φόβος* (της αύξησης βάρους) και οι *ψυχολογικές συνέπειες* μετά από την «κάθαρση» π.χ. μείωση του άγχους, σωματική

ανακούφιση, ενοχή και κατάθλιψη, πτώση αυτοεκτίμησης, υπόσχεση ότι δεν θα ξαναγίνει και αύξηση του περιορισμού στο φαγητό.

2.2. Ψυχοδυναμικά μοντέλα

Οι πρώτες ψυχαναλυτικές εξηγήσεις τόνισαν τη στοματική καθήλωση. Το «στοματικό άτομο», σαν το μωρό που θηλάζει και κυριαρχείται από μία έντονη ανάγκη αφομοίωσης μη δυνάμενο να κάνει σωστά το διαχωρισμό ανάμεσα στο Εγώ και το μη Εγώ, βιώνει κάθε σχέση συγχωνευτικά και παθητικά και συνάπτει εξαρτητικές σχέσεις με τους άλλους εναλλάσσοντας συναισθηματική απληστία με τη βίαιη απόρριψη.

Η Bruch (1973) αναφέρεται στη σύγχυση αισθήσεων και συγκινήσεων, στην εξάρτηση από τη μητέρα, στην εύθραυστη ταυτότητα και «μήτρα» που γεννά τις διάφορες διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς. Η άλλως ή συνεχής ανταπόκριση της μητέρας στις ποικίλες ανάγκες του παιδιού της μέσω της τροφής αποτελεί τη βάση για τις μετέπειτα ανάγκες που καλύπτονται με τη βουλιμία (Σακελλαρόπουλος, 1998).

Στη δεκαετία '80-'90 ο Jeammet εμμένει στην προβληματική της ταυτότητας, καθώς επίσης και στη σημασία της σύγκρουσης *εξάρτηση/αυτονομία*. Θεωρεί ότι κυριαρχεί η παθολογία του Εγώ που οφείλεται στις πρώιμες ναρκισσιστικές ελλείψεις.

Η βουλιμία μπορεί, πράγματι, να υποδηλώνει την ύπαρξη αντιφατικών αναγκών και ενδοψυχικών και διαπροσωπικών συγκρούσεων, όπως την ανάγκη για τροφή και φροντίδα σε αντιδιαστολή με την ανάγκη αυτονόμησης, την επιθυμία να είναι κανείς «καλός» και αποδεκτός, να συμμορφώνεται απέναντι στις επιταγές της οικογένειας ή της κοινωνίας, να είναι «ελκυστικός» αλλά και ταυτόχρονα να επαναστατεί και να διαφοροποιείται (Glassmann, 1992).

Οι σύγχρονοι συγγραφείς (π.χ. Kestenber) αναγνωρίζουν τα συμπτώματα, τα ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά και τη συνύπαρξη αμυντικών διεργασιών διαφόρων επιπέδων σ' ένα διαγνωστικό συνεχές που συγγενεύει με τις οριακές καταστάσεις. Η παρορμητικότητα των οριακών προσωπικοτήτων μπορεί να εκδηλωθεί με

διαφορετικούς τρόπους στην πράξη: βουλιμία, αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές ή πράξεις βίας, κλεπτομανία, αλόγιστες σεξουαλικές συμπεριφορές κ.α.

Στις περιπτώσεις ΨΒ σημαντικό επίσης ρόλο διαδραματίζουν τα απωθημένα τραύματα (π.χ. σεξουαλικής κακοποίησης), οι σημαντικές απώλειες, οι ματαιώσεις και οι αλλαγές, που μπορούν να προκαλέσουν ανακατατάξεις στις οικογενειακές σχέσεις και επιπλοκές σε ό,τι αφορά στην κλίμακα της διαφοροποίησης⁵ του κάθε μέλους.

Η θεραπευόμενη, η ιστορία της οποίας θα αναλυθεί στη συνέχεια, στην αρχή της ενήλικης ζωής της βίωσε έντονες σκηνές και ιδιαίτερα τραυματικές εμπειρίες λόγω του προβλήματος αλκοολισμού του πατέρα της, που την έκανε να αναλάβει ρόλο «δυνατής» και «υπεύθυνης». Ο θάνατός του την απελευθέρωσε από την ψευδή εικόνα της «δυνατής», όμως παράλληλα ενεργοποίησε τη «μόνωση» των επώδυνων συναισθημάτων της, γεγονός που όπως φαίνεται την οδήγησε στη βουλιμία. Η βουλιμία ενδέχεται να έγινε για εκείνη, όπως το είχε εισαγάγει ο Lieberman, «ένα σχήμα αποφυγής σε οτιδήποτε θυμίζει την απώλεια σε συνδυασμό με τα μη εκφρασμένα συναισθήματα θυμού και ενοχής που τείνουν να καθυστερήσουν την έναρξη του θρήνου» (Δαμασκηνίδου, 2010).

2.2.1. Η πρόωπη σχέση μητέρας-βρέφους. Προσκόλληση και αποχωρισμός

Ο Winnicott (1969) γράφει ότι η ψυχική υγεία είναι το αποτέλεσμα των αδιάκοπων φροντίδων που επιτρέπουν τη συνέχεια της συναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού. Περιγράφει επίσης την έννοια του «μεταβατικού αντικειμένου», αυτού δηλ. που χρησιμοποιείται από το παιδί καθ' όλη τη διάρκεια της πορείας προς τη διαφοροποίηση ως αντίδοτο του άγχους αποχωρισμού από τη μητέρα.

Και ο Bowlby (1969) ασχολήθηκε με τις συνέπειες του πρόωρου αποχωρισμού μητέρας-παιδιού. Η διατροφή είναι ο άξονας γύρω από τον οποίο περιστρέφεται η σχέση τους· για το μωρό η διατροφή έχει μία διπλή λειτουργία, αφ' ενός

⁵ Το επίπεδο της διαφοροποίησης φανερώνει την ικανότητα να εμπλέκεται κανείς στενά με άλλους, διατηρώντας ωστόσο την ατομικότητά του και αναφέρεται στη συναισθηματική ανεξαρτησία του ατόμου από την οικογένειά του (Δαμασκηνίδου, 2010)

ικανοποίησης από την πείνα και αφ' ετέρου στοματικής λιβιδινικής ικανοποίησης, όπως την είχε περιγράψει ο Freud.

Ένας πρώιμος, επομένως, ή βίαιος αποχωρισμός από τη μητέρα μπορεί να οδηγήσει αργότερα σε σοβαρές διαταραχές, όπως θα δούμε παρακάτω με τη Γεωργία να πάσχει από ψυχογενή βουλιμία.

Παρατηρούμε πως, αργότερα, στην εφηβεία, ο αγώνας για την εξατομίκευση και τον αποχωρισμό από το μητρικό αντικείμενο εκφράζεται με αμφιθυμία που μετατίθεται στο φαγητό (πρόσληψη-αποβολή) και ως δυσκολία στη διαχείριση και έκφραση της επιθετικότητας. Οι Dare and Crowther (Μωρόγιαννης, 2000) υποστηρίζουν: «το να τρως αντιπροσωπεύει τις ανάγκες συγχώνευσης με τη μητέρα, και το να αποβάλλεις τις τροφές την ασυνείδητη επιθυμία για αποχωρισμό και αυτονομία».

Με βάση τα παραπάνω, θα υπογραμμίσω στην περίπτωση της Γεωργίας την έννοια του «μεταβατικού αντικείμενου» και τις δυσκολίες αυτονόμησης-διαφοροποίησης. Η Γεωργία κατά κάποιον τρόπο χρησιμοποίησε ως μεταβατικό αντικείμενο το ίδιο της το σώμα.

2.3. Γονεϊκές στάσεις - Οικογενειακά μοντέλα

Ο ρόλος της οικογένειας στην αιτιολογία και διατήρηση των ΔΠΤ έχει διερευνηθεί από οικογενειακούς θεωρητικούς και κλινικούς που την θεωρούν «δυσλειτουργική» (Davila & Bradbury, 1998; Cierpka, Reich & Kraul, 1998) (Latzer & Gaber, 1998; LeGrange, 2005; McGrane & Carr, 2002; Minuchin, Rosman & Baker, 1978 στο Latzer, 2009).

Η υπεραπασχόληση των γονέων με το βάρος, τη διάπλαση του σώματος και τη διατροφή στο σπίτι είναι επιβαρυντικοί παράγοντες για την ανάπτυξη της νόσου (Lucas, 2010; MacKinnon, 2007; Levine, 1996; Fairburn, 1999; Cierpka, Reich & Kraul, 1998; Wonderlich et al., 2006). έχει φανεί ότι η στάση της οικογένειας απέναντι στην διατροφή και το αδυνάτισμα, γενικά, και, ειδικότερα, οι διαταραγμένες γονεϊκές συμπεριφορές έχουν άμεση σύνδεση με τις παθολογικές συμπεριφορές των παιδιών και τις διατροφικές διαταραχές που αυτά μπορεί να εμφανίζουν (Cierpka, Reich & Kraul, 1998). Επιπρόσθετα, η ανάπτυξη των ΔΠΤ συσχετίζεται με ιστορικό

παχυσαρκίας (Steinhausen & Weber, 2009) ή/και διατροφικής διαταραχής στην οικογένεια (Lucas, 2010; Halmi, 2005).

Πολλές θεωρίες των ΔΠΤ υπογραμμίζουν, επίσης, τη σημασία των διαπροσωπικών παραγόντων, ειδικά των οικογενειακών σχέσεων και δυσλειτουργικών «σχημάτων» αλληλεπίδρασης, στην ανάπτυξη και εξέλιξη των διαταραχών αυτών (Benninghoven, Schneider, Strack, Reich & Cierpka, 2003; Latzer, Hochdorf, Bachar & Conetti, 2002; Wisotsky et al., 2003; Davies & Forman, 2002; LeGrange, 2005 στο Latzer, 2009). Περισσότερο έχει μελετηθεί η ΨΑ, αλλά πιο πρόσφατα περιγράφονται και οικογένειες με μέλος που πάσχει από ΨΒ.

Ως προς τα χαρακτηριστικά που μπορεί ενδεικτικά (κι όχι παθογνωμικά) να περιγράψουν τις οικογένειες των βουλιμικών ασθενών, αναφέρονται «ο προσανατολισμός στη διάκριση και την επιτυχία, το χάος σε ό,τι αφορά στη δομή, η μειωμένη συνεκτικότητα, οι ανοικτές συγκρούσεις και το βίωμα μιας αδιάφορης μητέρας» (Σίμος, 1996; Haller, 1992).

Συγκεκριμένα, έχουν περιγραφεί τρεις τύποι «βουλιμικών» οικογενειών (Levine, 1996; Kayrooz, 2001): η «τέλεια», η «υπερπροστατευτική» και η «χαοτική». Σύμφωνα με τη *συστημική* οπτική, οι οικογένειες είναι «δυσπροσαρμοστικές» και ένα μέλος τους εκδραματίζει τη «δυσκολία» όλης της οικογένειας με την εκδήλωση συμπτωμάτων (Kayrooz, 2001).

Στην πρώτη, δίνεται έμφαση στην εμφάνιση, τη φήμη, τις επιδόσεις και τα κατορθώματα. Υπάρχει μία έντονη και εμπλεκόμενη αφοσίωση, με τα μέλη να μένουν πιστά σε κοινά μυστικά και να κρατούν τον πόνο κρυμμένο. Σ' αυτή την περίπτωση, η βουλιμία αποτελεί την «τέλεια» μέθοδο να ανήκει κανείς στο σύστημα αλλά και την ίδια στιγμή να του επιτίθεται (με παθητικό τρόπο). Στη δεύτερη, χαρακτηριστικές είναι οι συζυγικές εντάσεις και οι ανεπαρκείς δεξιότητες επίλυσης συγκρούσεων. Η ανάγκη των παιδιών για αυτονομία δεν αναγνωρίζεται. Σ' αυτό το πλαίσιο, η βουλιμία θέτει όρια και ξεχωρίζει επιβάλλοντας τον έλεγχο. Στην τρίτη, οι κανόνες δεν είναι συνεκτικοί και ο θυμός εκφράζεται ανοιχτά. Ένας ή και οι δυο γονείς είναι πρακτικά ή/και συναισθηματικά «μη-διαθέσιμοι» και συχνά, συνυπάρχει και χρήση ουσιών ή αλκοόλ. Έτσι, η κατανάλωση της τροφής δίνει μια αίσθηση

προσωρινής «ζεστασιάς» και φροντίδας με αποτέλεσμα πλασματικά να γεμίζει το «κενό» που βιώνεται.

Στην περίπτωση της Γεωργίας θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για μία περισσότερο «χαοτική» οικογένεια.

Όπως αναφέρθηκε ήδη, στους οικογενειακούς παράγοντες ιστορικό αλκοολισμού (Dunne et al., 1991; Walsh, 2000) αλλά και κατάθλιψη ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη της διαταραχής (Walsh et al., 2000). Συγκεκριμένα, σε μελέτη των Hatsukami et al. (βλ. Dunne et al., 1991) έχει βρεθεί ότι οι γονείς των ασθενών με βουλιμία είναι επιρρεπείς στο αλκοόλ με ποσοστά 18-32% στους πατέρες και 8-12% στις μητέρες.

Τόσο στη μητέρα (κατάθλιψη) όσο και στον πατέρα (αλκοολισμός) της Γεωργίας τα στοιχεία αυτά είναι εμφανή, ίσως, δε και καταλυτικά για την εξέλιξη της ψυχοπαθολογίας της.

ΕΝΟΤΗΤΑ 3

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Η αρχή της *διεπιστημονικότητας* αποτελεί το βασικότερο σημείο αναφοράς, καθώς η πολυπλοκότητα όλων των ΔΠΤ, καθιστά τη θεραπεία τους σχεδόν αδύνατη χωρίς τη συνδρομή και συνεργασία αριθμού επαγγελματιών υγείας (γενικός ιατρός, ψυχίατρος ή παιδοψυχίατρος, ψυχολόγος, διατροφολόγος, εργοθεραπευτής), που παρέχουν σφαιρικό μοντέλο θεραπευτικής αντιμετώπισης⁶.

Ουσιαστικό τρόπο ενημέρωσης του ίδιου του ασθενούς (αλλά και των οικείων του) σχετικά με τη φύση της ασθένειας αποτελεί η *ψυχοεκπαίδευση*: περιλαμβάνει βασικές πληροφορίες τόσο για τη φυσιολογία της διατροφής και τις τροφές, όσο και για τη διαταραχή και τις ιατρικές συνέπειές της. Δεν αποτελεί αυτοτελή θεραπευτική παρέμβαση, αλλά συνήθως προηγείται κάθε θεραπευτικής προσπάθειας (Βάρσου, 2008).

⁶ Το εξειδικευμένο Κ.Η. ΑΝΑΣΑ διέπεται από την αρχή αυτή.

Πέραν της ψυχοεκπαίδευσης, η αντιμετώπιση της διαταραχής εντοπίζεται κυρίως στις ψυχολογικές θεραπείες, καθώς η διεργασία της ψυχοθεραπείας επιτρέπει την αναβίωση και την επεξεργασία ανεσταλμένων σκέψεων και συναισθημάτων. Επιπρόσθετα, η εσωτερική διερεύνηση γύρω από ζητήματα κεντρικής σημασίας για το άτομο και τις σχέσεις του μπορεί να συμβάλλει σε σταθερές αλλαγές και να προλάβει την υποτροπή των συμπτωμάτων.

Τα θεραπευτικά σχήματα που προτείνονται είναι οι γνωστικο-συμπεριφορικές θεραπείες, οι ψυχοθεραπείες ψυχοδυναμικού πρίσματος, οι οικογενειακές θεραπείες και τα φάρμακα.

Η πρόγνωση της ΨΒ είναι, σε γενικές γραμμές, καλή. Κατά μέσο όρο, τα βουλιμικά συμπτώματα επιμένουν σε ποσοστό περίπου 20-30% των ασθενών (ακόμα και αυτών που ολοκληρώνουν προγράμματα θεραπείας) (Bryant-Waugh & Lask, 1995; Steinhausen & Weber, 2009). Η πρόγνωση είναι καλύτερη για ασθενείς που εμφανίζουν ηπιότερη συμπτωματολογία στην αρχή της θεραπείας.

3.1. Ομαδική θεραπεία. Γιατί «κλειστού τύπου»;

Έπειτα από μία σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη θεραπεία της βουλιμίας, η πιο αποτελεσματική (και, κυρίως, οικονομικά αποδοτική) ψυχοθεραπευτική προσέγγιση φαίνεται να είναι η γνωστικοσυμπεριφορική (CBT) (Waller, 2009; Chavez & Insel, 2007; Schmidt et al., 2007; Baer, 2006; Openshaw et al., 2004; Agras et al., 2000; Walsh et al., 1997; Wilfey, 1993): είναι, άλλωστε, αυτή που ως «μετρήσιμη» μορφή θεραπείας έχει μελετηθεί περισσότερο. Ωστόσο, δεν είναι πάντα η κατάλληλη, καθώς έχει βρεθεί σε μελέτες ότι το 50% των ασθενών έχουν στο μέλλον υποτροπές (Openshaw et al., 2004; Thompson, 2003; Safer et al., 2001).

Σε ό,τι αφορά γενικά στην έκβαση της ψυχοθεραπείας, η ομαδική θεραπεία (γνωστικο-συμπεριφορική, ψυχο-εκπαιδευτική, ψυχοδυναμική, διαπροσωπική, «αυτό-βοήθειας», υποστηρικτική, εκλεκτική κ.α.) φαίνεται πως είναι μία πολύ αποτελεσματική μορφή ψυχοθεραπείας, τουλάχιστον ισότιμη με την ατομική σε ό,τι αφορά στη δύναμή της να παρέχει ουσιαστικά οφέλη (Yalom, 2005).

Εξάλλου, είναι η μόνη θεραπεία που δίνει στους θεραπευόμενους την ευκαιρία να ωφελήσουν τους άλλους. Ο Yalom (2005) εξηγεί πως «για τους ασθενείς [...] που διακατέχονται συχνά από μία βαθιά αίσθηση ότι δεν έχουν τίποτα αξιόλογο να προσφέρουν, η ανακάλυψη ότι μπορούν να γίνουν «σημαντικοί» είναι μία αναζωογονητική εμπειρία που τονώνει την αυτοεκτίμησή τους».

Ακόμα, η ομάδα έχει μεγάλη δύναμη στο να βοηθήσει κάποιον να προσωποποιήσει την εμπειρία του, να την συγκεκριμενοποιήσει, να την εξετάσει σε ενδοπροσωπικό και διαπροσωπικό επίπεδο και να την συνθέσει (Dies, 1994). Το άτομο βλέπει τον εαυτό του -και άρα και το σύστημα αξιών και πεποιθήσεών του- να «αντικατοπτρίζεται» στους άλλους. Η αυτοεπίγνωση μέσω της γνωστικής επεξεργασίας φέρνει αλλαγή και η αυτό-αξιολόγηση γίνεται πιο εύκολη.

Στην ομαδική θεραπεία συντελείται και συμπεριφορική αλλαγή. Η ενεργητική ακρόαση, η δέσμευση κι η υπευθυνότητα, η ανοιχτή και ειλικρινής επικοινωνία, η έκφραση συναισθημάτων, οι διαπροσωπικές αντιπαραθέσεις και οι συμβιβασμοί, είναι στοιχεία, που προωθούν το «σχετίζεσθαι» και την ανάπτυξη του εαυτού (Dies, 1994).

Ο Yalom (2005) θέλοντας να περιγράψει το βίωμα της ομαδικής θεραπείας και διάδρασης, γράφει: «τα μέλη της ομάδας ζουν μαζί καθοριστικές εμπειρίες ζωής, αποβάλλουν τα προσωπεία που διαστρεβλώνουν την αλήθεια και πασχίζουν να είναι ειλικρινή μεταξύ τους. Σε σχέση με το αν ο κοινωνικός «μικρόκοσμος» της ομάδας είναι πραγματικός ή τεχνητός, σχολιάζει: «Δεν είναι ξένοι». Το αντίθετο: γνωρίζονται βαθιά και ολοκληρωτικά. Ναι, είναι αλήθεια ότι περνούν μόνο ένα μικρό μέρος της ζωής τους μαζί, αλλά η ψυχολογική πραγματικότητα δεν ισοδυναμεί με την υλική πραγματικότητα».

Για τα περισσότερα μέλη μιας ομάδας αυτή η ευκαιρία για συστηματικό μοίρασμα και εξερεύνηση του εαυτού με άλλους ανθρώπους είναι μοναδική, και, για κάποιους, είναι η πρώτη (διορθωτική) εμπειρία κοντινότητας και οικειότητας (Dies, 1994).

Μολονότι η αξία της ψυχοθεραπευτικής ομάδας στην αντιμετώπιση των ΔΠΤ δεν έχει ακόμα διερευνηθεί επαρκώς (McRoberts & Burlingame, 1998), μπορεί, πράγματι, να

αποτελέσει συμπληρωματική θεραπεία σε άτομα με βουλιμία (Levine & Mishna, 2007; Levine, 1996; Riess & Rutman, 1992; Hobbs, Birtchnell, Harte, & Lacey, 1989).

Παρ'ότι ορισμένοι ασθενείς με ΔΠΤ θεωρούν αδιανόητο (αίσθημα ντροπής) το να υποβληθούν στη διαδικασία όπου και άλλοι άνθρωποι θα γνωρίζουν για το πρόβλημά τους (Fairburn, 1995), το γεγονός ότι μέσα στην ομάδα βλέπουν πως δεν είναι οι «μοναδικοί» με τόσο «σπάνια» ή «αποτρόπαια» προβλήματα όσο φαντάζονταν, και συνειδητοποιούν, επίσης, ότι υπάρχουν (πιο) αποτελεσματικοί τρόποι να εκφράζει κανείς δυνατά ή έντονα -και ίσως βαθιά απωθημένα για χρόνια- συναισθήματα, μπορεί να είναι ιδιαίτερα καταπραυντικό από μόνο του.

Σε εξειδικευμένα κέντρα διάγνωσης και αντιμετώπισης των συγκεκριμένων διαταραχών, η αναζήτηση βραχύτερων μορφών (ομαδικής) θεραπείας τροφοδοτείται από οικονομικές πιέσεις.

Η *ΑΝΑΣΑ* αποτελεί την πρώτη μη κερδοσκοπική εταιρία στην Ελλάδα που δημιουργήθηκε με στόχο την ενημέρωση, πρόληψη και υποστήριξη των ανθρώπων που πάσχουν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Ξεκίνησε με πρωτοβουλία της ηθοποιού Ζέτας Δούκα -που έχει βιώσει την ασθένεια- και μιας ομάδας επιστημόνων.

Στο εξειδικευμένο Κέντρο Ημέρας⁷ της *ΑΝΑΣΑ* δοκιμάσαμε πιλοτικά να παρέχουμε στους θεραπευόμενους ένα σχήμα *συνδυασμένης θεραπείας* (combined therapy). Αυτό περιλαμβάνει εβδομαδιαία δίωρη ομαδική ψυχοθεραπεία κλειστού τέλους (με τα μέλη να ξεκινούν και να αποφοιτούν όλα μαζί) για διάρκεια 1 με 1½ χρόνο, δηλ. περίπου 50-60 συνεδρίες⁸ και -συμπληρωματικά- μία ατομική συνεδρία με τον ίδιο θεραπευτή με συχνότητα που καθορίστηκε ανά 3 εβδομάδες.

⁷ Όπου Κέντρο Ημέρας, Κ.Η.

⁸ Οι βραχυχρόνιες ομαδικές θεραπείες διαρκούν συνήθως από 8 έως 25 συνολικά συνεδρίες (Dies, 1993, Yalom, 2005).

Οι κύριοι άξονες στους οποίους στηριχθήκαμε (κατά Yalom, 2005; Dies, 1994; Weiss et al., 1999) για τη διαμόρφωση αυτού του θεραπευτικού σχεδιασμού έχουν να κάνουν με τα εξής σημεία:

- Η προετοιμασία για την ομαδική θεραπεία έχει μεγάλη σημασία. Οι ατομικές συνεδρίες που προηγούνται της ένταξης ενός θεραπευόμενου στην ομάδα είναι απαραίτητες και χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής. Ο κάθε θεραπευτής έχει καλύτερη εποπτεία των θεραπευόμενων του, κάτι που διευκολύνει κατ' αρχάς τη σωστή επιλογή για τη σύσταση της ομάδας.
- Οι παράλληλες ατομικές συνεδρίες, συμβάλλουν στον εμπλουτισμό των δεδομένων που γεννώνται (και) μέσα στην ομάδα και στην αποφυγή του πρόωρου τερματισμού κάποιων εκ των μελών (drop out).
- Το θέμα των ορίων τίθεται από την πρώτη κιόλας συνεδρία, όταν συζητείται η παρουσία, η συνέπεια, η κοινωνικοποίηση εκτός ομάδας και η εμπιστευτικότητα. Οι σαφείς οδηγίες παρέχουν ξεκάθαρο πλαίσιο για θεραπευτική αλλαγή και προσφέρουν την αίσθηση ασφάλειας σε ανθρώπους που, από τη μία, έλαβαν το «ρίσκο» να ενταχθούν σε ομάδα, και, από την άλλη, έχουν χάσει το «μέτρο» στη ζωή τους (υπερφαγία = απώλεια ελέγχου, κάθαρση = επαναφορά ελέγχου).
- Τα μέλη μίας βραχείας ομαδικής θεραπείας με ίδιο πυρήνα προβλημάτων βασίζονται το ένα στο άλλο και πιστεύουν πως ο ρόλος τους περιορίζεται στο να μοιράζονται (παρόμοια) βιώματα· νιώθουν οικεία όταν ρωτούν, μπαίνουν σε διαλόγους και δίνουν συμβουλές επιζητώντας την αποδοχή. Σε αρχικά στάδια η σιωπή είναι για όλους «βαρεία». Ένας στόχος είναι μέσα από την ομαδική διαδικασία να μάθουν να επικεντρώνονται στον εαυτό τους και να εστιάζουν σε δικές τους σκέψεις και συναισθήματα διατηρώντας τον προσωπικό τους χώρο.
- Η βραχεία ομάδα δεν είναι συντεταγμένη μακρόχρονη ομάδα. Το ξεκαθάρισμα του αιτήματος, η αποσαφήνιση των στόχων, η ενίσχυση του κινήτρου και η καλή διαχείριση του χρόνου αποτελούν απαραίτητα στοιχεία.

Τα χρονικά όρια υπενθυμίζονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, έτσι ώστε οι θεραπευόμενοι να εισπράξουν το μέγιστο όφελος της θεραπείας.

- Το μειονέκτημα του χρονικού περιορισμού μπορεί να μετατραπεί σε πλεονέκτημα. Συχνά το επιβεβλημένο χρονικό όριο αυξάνει την αποδοτικότητα και ενεργοποιεί τη θεραπεία και την ευθύνη του θεραπευόμενου.
- Το σκεπτικό μας ήταν ότι ένα πρόγραμμα βραχείας ομαδικής ψυχοθεραπείας δεν είναι απαραίτητα μία οριστική θεραπεία. Στην ομάδα οι ασθενείς προετοιμάζονται κατάλληλα, ή βιώνουν μία επανορθωτική εμπειρία, για να ζήσουν πιο ποιοτικά στη ζωή τους. Ο μηχανισμός της αλλαγής τίθεται σε λειτουργία, αλλά η διαδικασία της αλλαγής δεν ολοκληρώνεται απαραίτητα μέσα σ' αυτήν.
- Ο «τίτλος» της ομάδας δεν καθορίζει το έργο της ομάδας, αντιθέτως το κέντρο βάρους είναι διαδραστικό. Μέσω της αντανάκλασης του συναισθήματος και της ανατροφοδότησης από τα μέλη και τον θεραπευτή, κερδίζεται η αυτό-αποδοχή, η αυτοεπίγνωση, ο αυτό-έλεγχος, η αυτοεκτίμηση.
- Συγκεκριμένες τεχνικές (π.χ. CBT) μπορούν να βοηθήσουν στο να ανακουφίσουν πιο άμεσα από τα συμπτώματα και να αποφορτίσουν τους θεραπευόμενους. Ο ομαδικός θεραπευτής πρέπει να διακρίνεται από ευελιξία και να χρησιμοποιεί όλα τα μέσα (εκλεκτικότητα σε προσεγγίσεις, θεώρηση και τεχνικές) που διαθέτει για να αυξήσει την αποτελεσματικότητά του⁹.
- Και βέβαια πρωταρχικής σημασίας πεποίθηση, στην οποία στηριχθήκαμε, η πίστη στην αξία της ομάδας από τον ίδιο τον/τους θεραπευτή/ες. Εάν ο θεραπευτής πιστεύει στη σημαντικότητα της ομάδας και της συστηματικής παρουσίας σ' αυτήν, μεταδίδει την πεποίθησή του και στα μέλη της ομάδας.

⁹ Το ημερολόγιο καταγραφών για την κατανάλωση τροφής και τα συναισθήματα/σκέψεις που σχετίζονται μ' αυτήν, για παράδειγμα, -κλασική τεχνική της CBT- μπορεί να βοηθήσει εξίσου όπως η επεξεργασία των διαπροσωπικών ανησυχιών πίσω από τα συμπτώματα στις ΔΠΤ (Yalom, 2005).

ΕΝΟΤΗΤΑ 4

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

4.1. Ατομικό ιστορικό¹⁰ ασθενούς¹¹

Η Γεωργία, 28 ετών, είναι πτυχιούχος Α.Ε.Ι. και επαγγελματίας χορεύτρια. Αυτό που την ώθησε να ζητήσει βοήθεια ήταν η *ψυχογενής βουλιμία*.

Το πρόβλημα ξεκίνησε για πρώτη φορά στα 16 της χρόνια. Τότε, και για ένα έτος, είχε υπερφαγικά επεισόδια κι εμέτους σχεδόν καθημερινά (κάπου είχε ακούσει γι' αυτό ως μέθοδο «για να μην παχύνει»). Εκείνη την εποχή είχε φύγει μαζί με τον πατέρα της σε επαγγελματικό του ταξίδι. Λέει πως η ίδια -έχοντας σταματήσει το χορό- ξέφυγε από την αυστηρότητα της σχολής, τη ζυγαριά κλπ. και πήρε λίγα κιλά· για να «επανορθώσει», άρχισε δίαιτα με εναλασσόμενα επεισόδια υπερφαγίας, ώσπου επανήλθαν οι έμετοι. Όταν επέστρεψε στην Ελλάδα, θεώρησε ότι ήταν πιο εύκολο να τους ελέγξει κι έτσι τους σταμάτησε χωρίς βοήθεια. Δεν είχε ποτέ προηγουμένως πρόβλημα με τα κιλά και την εμφάνισή της, λόγω όμως του χορού, είχε άγχος, καθώς στις σχολές πραγματοποιούνταν αιφνιδιαστικές μετρήσεις βάρους των μαθητευομένων.

Πριν 2 χρόνια περίπου -κι ενώ ήταν καπνίστρια από την προεφηβεία- διέκοψε το κάπνισμα με αποτέλεσμα να αυξηθεί το σωματικό της βάρος. Λίγους μήνες μετά επανήλθαν τα βουλιμικά, τα οποία ήταν στην αρχή έντονα και καθημερινά (4-5 εμετοί/24 hr), με σταδιακή μείωση (2-3/week) στη συνέχεια.

Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων αυτών έτρωγε πολύ γρήγορα και τυπικά μεγάλες ποσότητες τροφής με υψηλή θερμιδική αξία. Κάποιες φορές, έφευγε ακόμη και από την παρέα της λόγω της παρόρμησής της να κάνει υπερφαγία. Σε κείνη τη φάση την υποτροπή την συνδέει με την έντονη πίεση που ένιωθε σε μία χορογραφία, οπότε και αναφέρει πως για πρώτη φορά ένιωσε άβολα και ανασφαλής σε σχέση με το σώμα της και το χορό.

¹⁰ Το ιστορικό ελήφθη από ψυχίατρο-ψυχοθεραπευτή, συνεργάτη στο Κ.Η. και για την παρουσίαση συμπληρώθηκε από πληροφορίες που έλαβα κατά τις αρχικές συνεδρίες μας.

¹¹ Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) «ασθενής» είναι εκείνος που δεν χαιρεί σωματικής ή/και ψυχικής / πνευματικής υγείας.

Όταν ήρθε στο Κ.Η. είχαν ξαναρχίσει τα βουλιμικά επεισόδια. Για τη βουλιμία, νιώθει, όπως λέει χαρακτηριστικά, «τύψεις και αηδία». Στόχος της είναι, να τρώει κανονικά και να φύγει επιτέλους από το μυαλό της η «εμμονή» του φαγητού.

Από μικρή είχε μία μελαγχολία και μία μόνιμη σύγκρουση μέσα της, ένα «ανικανοποίητο», αλλά δηλώνει πως δεν μπορεί να το συνδέσει με κάτι. Έκανε πολλά πράγματα για να ξεχάσει. Πήγαινε «από το ένα στο άλλο» και προσπαθούσε να βρει χαρά. Δεν βρίσκει πουθενά ικανοποίηση, πάντα ένιωθε τρομερή μοναξιά.

4.2. Οικογενειακό ιστορικό - Κοινωνικές σχέσεις

Ο πατέρας της απεβίωσε πριν 2 έτη από ΟΕΜ στα 57 του. Ήταν καπνιστής και βαρειάς μορφής αλκοολικός. Εξαιτίας της εργασίας του, έλειπε πολύ συχνά από το σπίτι και τη χώρα. Όταν πέθανε, βρισκόταν στο εξωτερικό.

«Για χάρη του», η Γεωργία λέει πως «έχει τρέξει πολύ» και πως τα τελευταία χρόνια εκείνος δεν έλεγχε πια τον εαυτό του. Νιώθει πως του «χρωστούσε», διότι όταν ήταν παιδί την φρόντιζε περισσότερο από τη μητέρα της. Η ίδια θεωρεί ότι έχει αποθήσει οτιδήποτε σχετίζεται με το θάνατό του και νιώθει μάλλον ενοχές που δεν τον φρόντισε αρκετά. Μέσα της μοιάζει να έχει εγκατασταθεί ένας ανεπεξέργαστος θρήνος.

Η μητέρα της, 58 ετών, γνώρισε τον άνδρα της σε κοινό εργασιακό χώρο. Είναι, όπως αναφέρει, «παχουλή» και τρώει «βουλιμικά». Αναφέρει ότι ανέκαθεν ασχολούνταν πολύ με το θέμα και την ποιότητα της διατροφής της κι επέβαλλε την υγιεινή διατροφή στο σπίτι, κάτι που σχετίζεται γενικά με το αίσθημα πειθαρχίας και αυστηρότητας, που ενέπνεε η ίδια, αλλά και τη δραστηριότητα της Γεωργίας (από προσχολική ηλικία έκανε χορό). Τα γλυκά στο σπίτι ήταν απαγορευμένα και καταναλώνονταν κρυφά κι εξηγεί πως αυτό συνέβαινε λόγω προβλήματος υγείας (της μητέρας).

Δίνει την πληροφορία, επίσης, πως η μητέρα είναι καταθλιπτική υπό φαρμακευτική αγωγή. Με τη γέννηση της Γεωργίας, είχε να αντιμετωπίσει το θάνατο της δικής της μητέρας, γεγονός που ενδεχομένως σχετίζεται με την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη της ασθενούς.

Η σχέση με τη μητέρα της τής προκαλεί αμφιθυμία. Κάποτε ήταν ανταγωνιστικές μεταξύ τους. Η μητέρα είχε τον έλεγχο για τα πάντα, θεωρεί πως την πίεζε να έχει καλές επιδόσεις στο σχολείο και στο χορό, να τρέφεται σωστά κ.λπ. Τώρα, η σχέση τους είναι «επιφανειακά καλή», όπως αναφέρει. *«Την αγαπώ, την εκτιμώ, δεν θέλω να την στενοχωρήσω»*, λέει. Παραδέχεται πως η μητέρα της στηρίζεται πάνω της και η Γεωργία την έχει έννοια συνεχώς. Ωστόσο, με την κριτική, που της ασκεί, την κάνει να νιώθει ένοχη («νιώθω ότι χρωστάω παντού»).

Ο αδερφός της, λίγα χρόνια μεγαλύτερός της, έχει τελειώσει το παν/μιο κι εργάζεται σαν ιδιωτικός υπάλληλος. Έχουν καλή σχέση μεταξύ τους, αλλά είναι πιο αποστασιοποιημένος.

Αναφέρει επαφές φιλικές, και καλή κοινωνική ζωή, ενώ με το σύντροφό της, το Δημήτρη, κατά 7 χρόνια μεγαλύτερό της, διατηρεί σχέση εδώ και 3 χρόνια περίπου. Είναι πολύ ικανοποιημένη. Προηγουμένως, είχε δεσμό με κάποιον άλλο άνδρα για 4 χρόνια, αλλά χώρισε μετά το θάνατο του πατέρα της, και, καθώς, όπως λέει, τα πράγματα δεν ήταν καλά μεταξύ τους.

Για το πρόβλημά της δεν γνωρίζει κανείς από τον οικογενειακό της κύκλο ή τους φίλους της.

4.3. Διάγνωση – Αίτημα

Αίτημα της Γεωργίας ήταν να πάρει βοήθεια από ένα εξειδικευμένο κέντρο. Υπήρχε απόλυτη ταύτιση του συμπτώματος και του αιτήματός της («έχω βουλιμία», λέει). *«Ιδανικά, περιμένω ότι κάποιος θα με καθοδηγήσει, ώστε να σταματήσω...με ενοχλεί και ιδεολογικά ως πράξη, δηλ. ποια είμαι εγώ που έχω τέτοια προβλήματα πολυτελείας; ...θέλω να το σταματήσω ΤΩΡΑ!»*, είναι χαρακτηριστικά τα λόγια της.

Όπως περιγράφηκε στο θεωρητικό κομμάτι, η ΨΒ εμφανίζεται αρκετά συχνά σε άτομα που ασχολούνται με το χορό. Αυτό ήταν για τη Γεωργία ένας λόγος που την έκανε να νιώθει περισσότερες ενοχές, καθώς αισθανόταν «ρηχή». Στην πραγματικότητα, όμως, το σύμπτωμά της δεν είχε να κάνει τόσο με την ανησυχία για το σώμα της -μέσω της έκθεσής του στο χορό- αλλά με γενικότερες και βαθύτερες προσωπικές της ανησυχίες/δυσκολίες.

Ήταν η πρώτη φορά που απευθύνθηκε σε ειδικούς, και, ένιωθε έτοιμη να το κάνει· είχε *εναισθησία* ότι πάσχει και παραδέχτηκε πως όντως χρειάζεται βοήθεια και φροντίδα. «*Χαϊδέω λίγο τον εαυτό μου*», μού λέει διστακτικά στην πρώτη μας θεραπευτική συνεδρία. Αργότερα, βλέποντας μέσα στην ομάδα ανθρώπους με χρονιότητα της συμπτωματολογίας (βουλμικά επεισόδια), δήλωσε πως νιώθει τυχερή που εκείνη το αποφάσισε νωρίς να ζητήσει βοήθεια.

Από την πλευρά μου, αναγνώρισα την απόγνωση που την έφερε στο σημείο να αποκαλύψει το μυστικό της, και προσπάθησα να εδραιώσω γρήγορα εμπιστοσύνη και μια αίσθηση «επιφυλακτικής ελπίδας» στη θεραπευτική σχέση. Ένιωσα πως αυτό που χρειαζόταν ήταν να την καταλάβω, να την ακούσω και να την φροντίσω, επιτρέποντάς της να βιώσει μέσα από τη θεραπευτική σχέση μία συναισθηματική «επανορθωτική εμπειρία». Ήξερα πως οι χειρισμοί μου θα έπρεπε να είναι προσεκτικοί, καθώς η Γεωργία είχε τις δικές της αντιστάσεις στη θεραπεία καθώς κι ένα ιστορικό «εύθραυστων» σχέσεων και βίαιων αποχωρισμών.

Οι πληροφορίες που μου έδινε, με βοηθούσαν να αποκτώ εικόνα για την ίδια και το πλαίσιο στο οποίο έζησε. Από την πρώτη κιόλας συνεδρία φάνηκε ότι είναι μπερδεμένη, ότι συγκρίνει συχνά τον εαυτό της με τους άλλους με αποτέλεσμα να νιώθει κατώτερη· το κυρίαρχο θέμα που αναδύθηκε, ωστόσο, είναι η «μόνωση» των συναισθημάτων της κάτω από το πέπλο της διανοητικοποίησης.

Μετά τη διαγνωστική φάση, συμφώνησε στο πρωτόκολλο της θεραπείας και ξεκινήσαμε με εβδομαδιαίες ατομικές συνεδρίες χωρίς προκαθορισμένη λήξη. Της πρότεινα παράλληλη ομαδική θεραπεία μελλοντικά, η σκέψη της ομάδας, όμως, σε εκείνη τη φάση την αγχώνει. Κατά τα άλλα, δηλώνει την πρόθεσή της να είναι παρούσα κάθε εβδομάδα στις συναντήσεις μας και μοιάζει ήδη δεσμευμένη.

Η ατμόσφαιρα της πρώτης συνεδρίας ήταν πολύ καλή. Η στάση της προς εμένα θετική. Η Γεωργία δείχνει σκληρή σαν να φορά πανοπλία, αλλά φαίνεται πως είναι άνθρωπος γλυκός κι ευαίσθητος, και δεν χρειάζεται να ψάξει κανείς βαθιά για να το δει αυτό.

Άμεσα, ενημερώνεται για τις ιατρικές εξετάσεις¹² στις οποίες οφείλει να υποβληθεί και κανονίζει συνάντηση και με το γενικό ιατρό του Κ.Η. Αργότερα, συζητάμε για κάποιες συναντήσεις και με την κλινική διατροφολόγο του Κ.Η., περισσότερο για μία διατροφολογική συμβουλευτική (και «απενοχοποίηση» συγκεκριμένων τροφών). Η συνεργασία της με όλους τους ειδικούς ήταν υπεύθυνη και -κατά τα λεγόμενά της- βοηθητική.

4.4. Θεραπεία (ατομικές και ομαδικές συνεδρίες)

Σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας της στο Κ.Η. (18 μήνες), ακολουθώντας την ανάγκη της, συζητάμε πολύ για προσωπικά θέματα, που την φορτίζουν, έχοντας πάντα στο νου μας τη βουλιμία και προσπαθώντας να την συνδέσουμε με τους λόγους που την προκάλεσαν.

Είναι πάντα συνεπής (απουσίασε ελάχιστες φορές και πάντα εξαιτίας εργασιακών της υποχρεώσεων) με συναισθηματική επένδυση και δέσμευση. Είναι χαρακτηριστικό ότι στις συναντήσεις, κάθεται συνήθως μπροστά-μπροστά στην καρέκλα της. Δείχνει να έχει μεγάλη αγωνία και ανάγκη για βοήθεια, ταυτόχρονα όμως και ισχυρό κίνητρο, που επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι έπειτα από την πρώτη διαγνωστική συνάντηση και πριν την έναρξη της ψυχοθεραπείας της (κατά τη διάρκεια παραμονής της στη λίστα αναμονής για 1½ μήνα), είχε ήδη ξεκινήσει μεγάλη προσπάθεια να μην κάνει βουλιμικά επεισόδια.

Στο ξεκίνημα της θεραπείας της ακολουθεί μια υγιεινή διατροφή. Είναι ικανοποιημένη μ' αυτό, λέει πως μπορεί να βάλει χωρίς ενοχές στο διατροφολόγιό της κάτι που την ευχαριστεί, κάποιες φορές που τρώει γλυκά, ωστόσο, νιώθει πολύ άσχημα. Δεν θέλει πάλι να κάνει «περιορισμούς», που σίγουρα θα την οδηγήσουν στη βουλιμία, αλλά φοβάται συνεχώς τον παρορμητικό της χαρακτήρα: το θέμα του φαγητού απορροφά όλη μέρα τη σκέψη της.

Παράλληλα με το διατροφικό, που στις αρχές αποτελεί το μείζον θέμα, αγγίζει κι επεξεργάζεται κι άλλα ζητήματα. Με αφορμή μία ταύτιση που κάνει με γνωστή της κοπέλα σε σχέση με θέμα υγείας του πατέρα της, ανοίγει σιγά-σιγά το θέμα του δικού

¹² Αιματολογικές και ηλεκτρολυτικές εξετάσεις για ποσοστά καλλίου, νατρίου κ.α., που επηρεάζονται από την πρόκληση των εμέτων και την απώλεια υγρών.

της (αλκοολισμός). Είναι φανερό πως ενώ της θυμίζει έντονα τη δική της ιστορία, αποφεύγει, με διάφορους τρόπους να κάνει οποιαδήποτε συναισθηματική σύνδεση. Προσπάθησα να την βοηθήσω να εστιάσει. Θυμάται πως μέσα στην οικογένεια είχε το ρόλο της «υπεύθυνης» και της «δυνατής». Η μητέρα της ήταν αδύναμη να το διαχειριστεί, ενώ ο αδερφός της έκανε «σαν να μη βλέπει». Αναφέρει, επίσης, πως έπειτα από συνεχείς τσακωμούς για τον τότε φίλο της (βλ. ιστορικό), τον οποίο οι γονείς της δεν «ενέκριναν», τους απαγορεύει να της ξαναμιλήσουν. Λίγο καιρό αργότερα, ο πατέρας της ξαναρχίζει το αλκοόλ γεγονός που το χρεώνεται και μέχρι και σήμερα την γεμίζει με έντονες ενοχές.

Εντυπωσιακό είναι ότι πολύ συχνά θέλοντας να εκφράσει τη «διαφωνία» της με κάτι, χρησιμοποιεί χαρακτηριστικά τη φράση «θα κάνω εμετό», που «συμπτωματικά» σχετίζεται με το σύμπτωμά της. Πολλές φορές, δεν αφήνει τον εαυτό της να ολοκληρώσει καν μια φράση που έχει ξεκινήσει, καθώς αυτολογοκρίνεται συνεχώς. Της το επισημαίνω. Της κάνω ερωτήσεις για να μπορέσει να παρακολουθήσει και η ίδια πως το κάνει σαν ο εαυτός της να έχει αναλάβει το ρόλο της «υπερεγωτικής» μητέρας.

Επανερχόμαστε στο θέμα της φροντίδας. Ο πατέρας, μού λέει, την φρόντιζε περισσότερο από τη μάνα. Πάνω σε αυτό, διατυπώνω μια ερμηνεία, ότι δηλαδή μου φαίνεται πως τη στιγμή -στη φάση της εφηβείας- που η Γεωργία είχε ανάγκη να βασιστεί πάνω του, όπως και τότε που η ίδια ήταν μωρό, ούτε εκείνος ούτε η μητέρα ανταποκρίθηκαν. Βουρκώνει για πρώτη φορά.

Σε άλλη συνεδρία μας, περιγράφει πόσο ενοχικά νιώθει. Εκείνη την περίοδο δεν έχει πρόβες και στηρίζεται στο επίδομα που λαμβάνει μετά το θάνατο του πατέρα της. Πλήρως ενοχοποιημένη, νιώθει «άχρηστη» και τεμπέλα· το επίδομα αισθάνεται πως το στερεί από κάπου αλλού, ενώ το δικαιούται περισσότερο από τον καθένα!

Σκέφτεται «νοσταλγικά» τον πατέρα της· όταν την ενθαρρύνω, βουρκώνει, ξεκινά να «ακουμπά» το πένθος της. Η διανοητικοποίηση κάπως σταματά κι αρχίζουν να φαίνονται τα συναισθήματά της.

Όταν κάποια στιγμή, επανεμφανίζονται τα βουλιμικά επεισόδια, -με μικρότερη συχνότητα, βέβαια, και με άλλη ένταση απ' ό τι στο πρόσφατο παρελθόν-, μου εξομολογείται πως ντρεπόταν να έρθει να μου το πει. Αισθάνομαι πως «μεταβιβαστικά» με βάζει στη θέση της «αυστηρής» μητέρας. Συνειδητοποιεί, βέβαια, πως η μητέρα της δεν της έχει δώσει πολλά, ωστόσο αναγνωρίζει τη δυσκολία της να ζητάει. Αναφέρει σ' αυτό το σημείο πως ούτε και στις παραστάσεις της δεν πήγαιναν οι δικοί της, γιατί η ίδια δεν τους το ζητούσε, παρ' ό τι κατά βάθος το επιθυμούσε. Για μένα, αυτό, αποτελεί σημείο προβληματισμού. Ταυτίζει εμένα με τη μητέρα της; Μήπως μου ζητάει κάτι; Ή μήπως, τελικά, μου ζητά πολλά;

Ο παρορμητισμός με τον οποίο έμπαινε στα πράγματα έχει αρχίσει να την κουράζει, αλλά δεν ξέρει πώς να λειτουργήσει διαφορετικά. Αργότερα, αρχίζει να χάνεται και να αντιπαλεύει το «κατεστημένο». Αναθεωρεί τα πάντα. Λέει «δεν μου αρέσει ο χορός», με τον οποίο ασχολείται από τα 4 της. Είναι η πρώτη φορά που -έστω και με τη σκέψη της- ανατρέπει τα πάντα.

Όσα αυστηρή με τον εαυτό της, στη φάση όπου δεν τα πάει καλά με τα βουλιμικά, μου λέει πως με κάποιον τρόπο επαναπαύτηκε, ήξερε πως εγώ δεν θα την «μάλωνα» και γι' αυτό ξαναξεκίνησε, κάνοντας αυτή τη φορά *μεταβίβαση* σε μένα σαν τον «χαλαρό» κι «επεική» πατέρα της.

Στις συνεδρίες μας μιλάμε συχνά για τα δύο άκρα στη συμπεριφορά της: την υπερβολική πειθαρχία και την απόλυτη απώλεια του ελέγχου, που την ακολουθούν στη ζωή της. Μου μιλάει για το πάθος της για το τσιγάρο κι από την άλλη πόσο άμεσα το έκοψε. Γίνεται «ένα» με το τσιγάρο, όπως επίσης και με το φαγητό, κάτι που με ωθεί να σκεφτώ σοβαρά τη σημασία του «*απολεσθέντος μεταβατικού αντικειμένου*». Όλες οι κινήσεις της καταδεικνύουν τη δυσκολία της να ξεχωρίσει από τη μητέρα της. Ωστόσο, η φάση της διαφοροποίησης έχει αρχίσει.

Της λέω να αφήσει λίγο τον έλεγχο, να χαλαρώσει και να παρατηρήσει τον εαυτό της. Φυσικά, μη γνωρίζοντας πως γίνεται, μου ζητάει κι άλλα. Με προκαλεί να της πω κάτι πιο «απτό». Εκφράζει και πάλι το «βουλιμικό» και λαίμαργο χαρακτήρα της· τα θέλει όλα, ωστόσο εγώ της βάζω όριο χωρίς επίκριση αλλά με φροντίδα.

Σε σχέση με τη διατροφή της έχει κάνει πολλούς κύκλους. Στερητική δίαιτα → έντονα, καθημερινά, πολλαπλά ή συχνά βουλιμικά επεισόδια → μείωση των επεισοδίων → κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής (κρίσεις υπερφαγίας) χωρίς να ακολουθεί αποβολή τους → υποτροπή, επανεμφάνιση και αύξηση συχνότητας των βουλιμικών. Θέλει να σταματήσει τους εμέτους, την ταλαιπωρεί πάρα πολύ όλο αυτό. Θέλει χωρίς ενοχές να τρώει ό,τι θέλει, αυτό όμως της είναι δύσκολο. Η ιδέα του να παχύνει, την τρομοκρατεί. Θέλει κάτι να αλλάξει, είναι πολύ προβληματισμένη. Βρίσκεται σε μεταβατική φάση.

Σιγά σιγά, η Γεωργία αρχίζει να χαλαρώνει, χωρίς καν να το συνειδητοποιεί. Σκέφτηκε ακόμη και το να μιλήσει στο σύντροφό της για το πρόβλημα. Οι αποφάσεις της δεν λαμβάνονται παρορμητικά πια.

Το κλίμα στις συνεδρίες είναι καλό. Υπάρχει καλή συναισθηματική επαφή. Συζητήσαμε για την ομάδα. Σε σχέση με προηγούμενη φορά, ήταν, τώρα, πιο ανοιχτή.

Επανέρχεται ξανά σε συνεδρία μας με «επίπεδο» συναίσθημα και διανοητικοποίηση· μου εξιστορεί τις αλλαγές στη ζωή της το προηγούμενο διάστημα. Βάζει στην -κενή από συναίσθημα- αφήγησή της μαζί με το θάνατο του πατέρα της, το κόψιμο του τσιγάρου, τη μετακόμιση από το πατρικό της, το χωρισμό της από τον τότε φίλο της, το πτυχίο από το παν/μιο. Λογοκρίνεται, διακόπτει προτάσεις και λέξεις, νιώθει πως χρωστά. *«Κανονικά θα έπρεπε να είμαι χαρούμενη, αφού δε μου λείπει τίποτα σ' αυτή τη φάση»*, λέει. Δεν είναι, όμως, γιατί της λείπει ο πατέρας της κι αυτόν τον έχασε με άσχημο τρόπο. Της λείπει η παρουσία του κι ό,τι αυτός εκπροσωπούσε και μπορούσε να της προσφέρει, της το λέω. Σιωπά και βουρκώνει, μόνο τότε έρχεται σε επαφή με τον εαυτό της.

Ό,τι έκανε έως τώρα, το έκανε αυτοματοποιημένα και για άλλους. Με τη διατροφική διαταραχή «αναγκάστηκε» να στρέψει το φακό στον εαυτό της. «Πρέπει» να περάσει μέσα από το πένθος και τον *«άλυτο θρήνο»* της για να μπορέσει να ευχαριστηθεί και τα πράγματα στη ζωή της. «Πρέπει» να σταματήσει να νιώθει ένοχη και ότι χρωστάει σε κάποιον για να τα ευχαριστηθεί. «Πρέπει» να νιώσει καλά με τον εαυτό της και να

τον σεβαστεί. Φεύγοντας από το χώρο, μου είπε χαριτολογώντας: «ελπίζω να έρθω την Τετάρτη», εννοώντας στην πρώτη συνάντηση της ομάδας.

Έπειτα από 2½ μήνες και μόλις 8 ατομικές συνεδρίες, η Γεωργία μπαίνει σε ομαδική θεραπεία σε εβδομαδιαία τακτική βάση, με παράλληλη, λιγότερο συχνή, ατομική παρακολούθηση (x1/3 βδομάδες), σύμφωνα με το θεραπευτικό σχεδιασμό που περιγράψαμε παραπάνω.

Ήρθε, λοιπόν· με μία μικρή καθυστέρηση, αλλά ήταν εκεί. Εκδήλωσε με ωριμότητα τα «θέλω» και τις προσδοκίες της από την ομάδα, όπως ζητήθηκε από όλα τα μέλη. Ωστόσο, με τρόπο «βουλιμικό» εξέφρασε την αγωνία -ενδεχομένως όλων των μελών- ως προς το τι θα γίνει, εάν δεν «θεραπευτούν» μέχρι τη λήξη της ομαδικής θεραπείας.

Στο ατομικό, που ακολούθησε¹³, έθιξα αυτό το θέμα, καθρεφτίζοντάς της τον τρόπο με τον οποίο επέδειξε μια «λαίμαργη» τάση, καθώς, με το που ξεκίνησε η ομάδα, είπε μεταφορικά «πόσο θα έχω;», «πόσο θα μου δώσετε;», «θέλω κι άλλο», «θέλω γρήγορα». Συζητήσαμε γενικά για την ομάδα. Οι αλληλεπιδράσεις είναι έντονες και τα συναισθήματα φορτίζουν. Κλαίγοντας από εκείνη τη στιγμή και σε όλη τη συνεδρία μου είπε πόσο ανάγκη έχει για συναισθηματική επαφή και επικοινωνία. Θέλει να «ανοίξει» να το δουν κι οι άλλοι αυτό, αλλά θέλει κι από τους άλλους να της το προσφέρουν.

Η Γεωργία εξελίσσεται σε κορυφαία παρουσία στην ομάδα με καταλυτικό ρόλο και κυρίαρχη θέση τόσο μεταφορικά όσο και κυριολεκτικά (στη μέση της ομάδας και απέναντι από εμένα και τη συνθεραπεύτρια μου). Σε ένα σκηνικό έντονο, που αφορούσε όλη την ομάδα, εκφράζει το θυμό της. Εκτίθεται μέσα στην ομάδα και βοηθά και τους συνθεραπευόμενούς της.

Ανοίγει πολλά θέματα, δυσκολίες δικές της, ανησυχίες βαθιές, υπαρξιακές. Εμπιστεύεται. Διηγείται δύσκολες στιγμές και δραματικά περιστατικά. Το διατροφικό της πρόβλημα και οι ρίζες του ξεκινούν νωρίς και απλώνονται βαθιά· το ίδιο και το

¹³ πλέον η συχνότητα ορίζεται στις 3 βδομάδες

κενό της. Η ομάδα αρχίζει και συνειδητοποιεί πως και η Γεωργία πράγματι «έχει λόγους» να πάσχει και να μην είναι καλά.

Η ένταξή της στην ομάδα μοιάζει να την βοηθά να φέρει κι άλλο πλούσιο υλικό και στις ατομικές μας συνεδρίες. Μου μιλάει για το πόσο «χαμένη» ένιωθε, όταν επέστρεφε στην Ελλάδα, έπειτα από ταξίδια στο εξωτερικό, εξαιτίας της δουλειάς των γονιών της. Η δασκάλα της έδειξε στη μητέρα της τις σκοτεινές ζωγραφιές της ως παιδί. Με αυτόν τον τρόπο την «εξέθεσε», την «ξεγύμνωσε» μπροστά στη μητέρα της κι αυτό την πείραξε πιο πολύ απ' όλα. Κάποιες αναμνήσεις της έχουν αναπαραχθεί και στην ενήλικη ζωή, π.χ. νιώθει έντονη έκθεση και ξεγύμνωμα μπροστά σε δικούς της ανθρώπους, όταν χορεύει.

Θυμάται τον εαυτό της να κλαίει τα βράδια. Της έλειπε ο μπαμπάς της που ήταν πιο χαλαρός, ενώ με τη μητέρα της ένιωθε καταπίεση, κι όταν, καμιά φορά εκείνη την έβλεπε να κλαίει, της έλεγε να σταματήσει να είναι «υπερευαίσθητη».

Η Γεωργία ξεκίνησε να απελευθερώνει το ευάλωτο κομμάτι της. Τα συμπτώματα, ωστόσο, της ψυχογενούς βουλμίας επανήλθαν κι είναι απειλητικά τώρα. Αρχίζει, βέβαια, να ασχολείται με τον εαυτό της και ώρες-ώρες πραγματικά δεν ξέρει «τι να τον κάνει», όπως μας λέει.

Η ομάδα της δίνει την ευκαιρία να μοιραστεί με ανθρώπους αυτά που την απασχολούν. Και, πράγματι, εκεί, είναι πάντα παρούσα και για κείνη και για τους άλλους. Μιλά ιδιαίτερα βοηθητικά κι έτσι γίνεται και αποδεκτή. Αλλά κι η ίδια την ομάδα την αξιοποιεί για την εξέλιξή της.

Σε επόμενη συνάντηση επανέρχεται το καταθλιπτικό συναίσθημά της. Κλαίει συνέχεια. Μιλάει για «συναίσθηματικό κενό». Είναι ένα ράκος. Τα επεισόδια έντονα. «Δε μου αρέσει τίποτα», έλεγε και ξαναέλεγε. Ρωτά τη γνώμη μου για φαρμακευτική αγωγή. Δεν έχει αυτοκτονικό ιδεασμό, αλλά δεν την νοιάζει και να πεθάνει. Μέσα από την αφήγησή της για το πώς αισθάνεται, μας λέει πως ταυτίζεται με ηθοποιούς που -σε θεατρικές παραστάσεις και ταινίες- είναι ψυχικά διαταραγμένοι ή αυτοκτονούν.

Θέλει και πάλι να της πω κάτι «μαγικό». Προς το παρόν, εξακολουθώ να της λέω πως είναι να «περάσει μέσα από αυτό». Έχω την αίσθηση πως πλέον το συνειδητοποιεί και η ίδια και οι αντιστάσεις της έχουν μειωθεί. Τώρα, εκδηλώνει με λέξεις τα συναισθήματα που από μικρή ένιωθε: ένα «κενό» και ένας «άλυτος θρήνος». Ανοίγεται περισσότερο και οι άλλοι την νιώθουν πιο οικεία και γλυκεία (στην ομάδα, πλέον, κάθεται εξ' αριστερών από μένα, κι όχι στο κέντρο της). Αφήνει σιγά-σιγά την «πανοπλία».

Προσέγγισε, μάλιστα, και παλιές της φίλες, που της έχουν λείψει. Ένωσε για πρώτη φορά πως δεν χρωστά και θέλει να αφήσει τη μητέρα της να σπάσει λίγο το τείχος, που έχει ορθώσει (και) η ίδια. Έκλαιγε. Μοιάζει σαν να άρχισε επιτέλους να προσπαθεί να καλύψει ένα μεγάλο «κενό», που της άφησαν παλαιότερες απώλειες, με άλλες, ζεστές, ανθρώπινες επαφές κι όχι με φαγητό κι εμετούς. Παρ'όλ'αυτά, τα βουλιμικά επεισόδια συνεχίζονται.

Η επόμενη συνάντηση είναι τελείως διαφορετική. Η Γεωργία είναι «χειμαρρος». Τα επεισόδια έχουν σταματήσει (3 μήνες μετά την έναρξη της ομάδας και 5 από το ξεκίνημα της ατομικής της θεραπείας). Στο επαγγελματικό ταξίδι, που έλειψε, τα πέρασε καλά κι έλαβε θετική κριτική από τους χορογράφους κι έτσι είχε φτιάξει κι η διάθεσή της και η διατροφή της.

Μιλά για την κριτική και το πόσο την επηρεάζει η γνώμη των άλλων, για την αυστηρότητα της πειθαρχίας, που έχει ο χώρος, αλλά και συνάμα, το «καλλιτεχνικό» ανοριοθέτητο. Ο χορός είναι μια «συνεχής δοκιμασία» για την ίδια. Εκθέτει στην ομάδα τον εαυτό της. Μιλά για ανταγωνισμό και ζήλια προς μία συνάδελφό της, που διεκδίκησε τη συμμετοχή της σε κάποια χορευτική ομάδα, ενώ η ίδια δεν το τόλμησε, κι αυτό την ενοχλεί, την έκανε να νιώσει «μικρόψυχη». Λόγω της χαμηλής της αυτό-εκτίμησης, δεν επιλέγει, αφήνει να την επιλέγουν, γιατί φοβάται πως μπορεί να μην είναι άξια των προσδοκιών τους. Πάντα προσπαθεί να αποδείξει ότι μπορεί να τα καταφέρει.

Αναφέρει, επίσης, πως της είχαν ζητήσει να προβάλλει τις γνώσεις της σ' ένα project για τη δουλειά της, κι εκείνη «έτρεμε» στην ιδέα. Όλη η ομάδα δείχνει κατανόηση.

Μιλούν για δικές τους αδυναμίες κι ανασφάλειες και ενισχύουν τη Γεωργία στο ότι είναι επαγγελματίας και μάλιστα καλή επαγγελματίας.

Συνεχίζει κι ανοίγεται και με αυτόν τον τρόπο έρχεται πιο κοντά στην αποδοχή του εαυτού της. Μαλακώνει κι έρχεται σε επαφή και με τους άλλους. Εξακολουθεί να μην έχει επεισόδια βουλιμίας. Αγχώνεται, βέβαια, πως αν τρώει κανονικά, θα παχύνει. Διαχωρίσαμε το «φυσιολογικό» από την υπερβολή.

Για την ομάδα λέει πως της αρέσει: *«δεν είμαι σίγουρη πως επιδρά πάνω μου, αλλά νιώθω καλά»*. Εμπιστεύεται, ανήκει και μοιράζεται. Αυτός ήταν κι ο λόγος που της είχα προτείνει να ενταχθεί. Την επαινώ για την πρόοδό της και νιώθω βαθιά ικανοποίηση για την απόφαση που είχα πάρει πριν λίγο καιρό.

Τα πράγματα εξακολουθούν να πηγαίνουν καλά σε σχέση με το ζήτημα της διατροφής. Η ομάδα χορού, στην οποία δεν είχε διεκδικήσει να μπει, της έκανε πρόταση συνεργασίας κι επίσης, εξέφρασε στους αρμόδιους την επιθυμία της να αναλάβει το project, που της είχε ζητηθεί. *«Δεν έχω να χάσω τίποτα!»*, λέει.

Η ομάδα συγκινείται και την επιβραβεύει. Είναι «κομβικός» ο ρόλος της σε αυτήν. Πιάνει ευαίσθητες χορδές συναισθημάτων και σε συνδυασμό με την ώριμη και οξεία αντίληψη, που την διακρίνει, τα εκφράζει με τρόπο ήπιο αλλά και δυναμικό, όπου χρειάζεται.

Έπειτα από λίγο καιρό, το συναίσθημά της και πάλι μελαγχολικό. Πάλι αισθάνεται ένα κενό, σαν τίποτα να μην είναι αρκετό. *«Θέλω κάτι να λύσω»*, λέει, *«αλλά δεν ξέρω τι είναι αυτό»*. Όλη η ομάδα προσπαθεί με κάθε τρόπο να την ανακουφίσει. Η ίδια κατανοεί ότι ο παρορμητισμός της τήν έχει πια κουράσει πολύ και η ακραία συμπεριφορά/στάση της δεν την αφήνει να συνδυάσει πεδία και ανθρώπους. Επεξεργάζεται μέσα της τις αλλαγές.

Περιγράφει για μία ακόμα φορά πως νιώθει την ανάγκη να έρθει πιο κοντά σε ανθρώπους που έχει χάσει ή της έχουν λείψει· συζητάμε το πώς αυτή η αίσθηση του ανικανοποίητου την έκανε να φεύγει και να αναζητά «αλλού» ζεστασιά, χωρίς, όμως, ποτέ να καταφέρνει να την αποκτήσει. Είναι γεγονός, δεν έχει «κολλητούς» και

σταθερούς φίλους, γιατί ενώ δενόταν, χανόταν το ίδιο εύκολα με βίαιους αποχωρισμούς. Τώρα διαπραγματεύεται μέσα της πως να συνδυάζει ανθρώπους και καταστάσεις.

Σε ατομικό ραντεβού μου αφηγείται μία δύσκολη σκηνή. Πήγε στον τάφο του πατέρα της μετά από πολύ καιρό. Ένιωσε γαλήνια με τρόπο που δεν είχε ξανανιώσει. Δεν μπορούσαν δάκρυα να κυλήσουν, διάβασε όμως ένα ποίημα από διπλανό τάφο ενός νέου ανθρώπου και τότε αφέθηκε να νιώσει πόνο. Εκλαψε πολύ, μου είπε.

Κατάφερε, επίσης, κι είπε στο σύντροφό της πως έχει την ανάγκη και «θα ξεκινήσει» ψυχοθεραπεία.

Έπειτα, φεύγει για ένα ακόμη επαγγελματικό ταξίδι, το οποίο θα διαρκούσε έναν μήνα και επιστρέφοντας στη θεραπεία, εξακολουθεί να κάνει σύγκριση με άλλες κοπέλες, την απασχολεί πολύ η εικόνα σώματος και είναι ευερέθιστη σε σχόλια άλλων σχετικά με το σώμα της, ακόμα κι όταν -συνήθως- αυτά είναι πολύ θετικά. Ως προς τη διατροφή της, παραμένει ενοχοποιημένη και η αυτοεκτίμησή της είναι χαμηλή.

Σταδιακά, κι έχοντας διακόψει τους εμέτους, τρώει πιο απελευθερωμένα, αλλά βάζει λίγο βάρος κι αυτό την αγχώνει. Το σώμα της φαίνεται να αρχίζει να το αποδέχεται χωρίς ωστόσο να μπορεί να το χαρεί ακόμα.

Στην ομάδα κάνει ταυτίσεις και προβολές. Μέσα από την έντονη διανοητικοποίηση συνθεραπευόμενής της, με την οποία νιώθει ιδιαίτερη κοντινότητα, βλέπει κομμάτια του εαυτού της που καθρεφτίζονται. Μία φορά ταυτίζεται με το παιδί μιας ακοολικής γυναίκας (και πρώην συζύγου συνθεραπευόμενου της στην ομάδα). Θυμώνει με την παρακαταθήκη που αφήνει στο παιδί και την ευθύνη που «πέφτει» πάνω του. Άλλες φορές θυμώνει με όλη την ομάδα κι εμάς. Αισθάνεται πως οι άλλοι δεν ξέρουν τι να της πουν. Νιώθει αίσθημα «κενού», τίποτα δεν είναι αρκετό για να το γεμίσει.

Αρχίζει και διερευνά που είναι η ίδια ανάμεσα στα πράγματα. Προσπαθεί να συνθέσει τα κομμάτια της: το ένα είναι «παρορμητικό» και το άλλο είναι «πειθαρχημένο».

Στην ομάδα φέρνει ένα όνειρο και διηγώντας το κλαίει γοερά. Της λείπει ο πατέρας της, η στήριξη και η τρυφερότητά του. Χωρίς να καταφέρνει να λύσει τις συγκρούσεις που αισθάνεται μέσα της και να ηρεμήσει τα άγχη της, σαν «μαγική διέξοδο» έχει αρχίσει να βγαίνει έξω και να πίνει αρκετά. Έτσι, αισθάνεται πιο απελευθερωμένη.

Μιλά για την εγκατάλειψη που ένιωθε από τον πατέρα της και το αίσθημα απουσίας του «τρυφερού» γονιού. Φοβάται μήπως γίνει σαν εκείνον, μήπως χάσει εντελώς τα όρια. Εξάλλου, έχει δει τον εαυτό της να διαθέτει αυτή την παρορμητικότητα που την έκανε να χάνει τον έλεγχο. Κλαίει με πόνο.

Στην πορεία, νιώθει καλύτερα με το σώμα της. Τολμά, εκτίθεται, αλλά και ξέρει πια να οριοθετείται. Βιώνει απώλειες και πένθη και μέσα από αυτά ωριμάζει. Ένα χρόνο - πλέον- μετά την απουσία του συμπτώματος αισθάνεται χαρά και ανακούφιση. Το σώμα και η «εικόνα» της την απασχολούν πια μόνο σε επίπεδο χορού, γενικά, νιώθει καλά. Το αποδέχεται κι ευχαριστιέται. *«Κάποτε ήμουν πιο αδύνατη, αλλά ένιωθα απαίσια»*, μου λέει με συγκίνηση στα μάτια της. Κάνει απολογισμό και σκέφτεται με χαμόγελο: *«πόσο καλύτερα, είμαι τώρα!»*. Με ευχαριστεί. Εμένα προσωπικά αλλά και μέσω εμού όλο το Κ.Η.

Κάνει κι άλλες συνειδητοποιήσεις, σημαντικές για τη ζωή της. Πίστευε πάντα πως ή έπρεπε να είναι σκληρή και δυνατή ή θα ήταν αδύναμη, υπερευαίσθητη, κι άρα, όπως λέει, «χαζούλα». Παρατηρεί πως υπάρχουν φορές που είναι κυριαρχική, απότομη κι επιθετική, γεμάτη θυμό, αλλά δεν μπορεί να καταλάβει ακριβώς γιατί. Την παροτρύνω να το σκεφτεί κι έτσι θυμάται πως αυτό συμβαίνει, όταν νιώθει απειλημένη, αδικημένη, παραμελημένη...κι όταν χρειάζεται να καλύψει ανασφάλειες, ευαισθησίες και αδυναμίες.

Βλέπει πια πιο καθαρά πως σχετίζεται με τους ανθρώπους. «Τριγωνοποιείται» στη σχέση της με το σύντροφο και την κολλητή της δίνοντάς τους ρόλους γονέων. *«Θέλω να κάνει κομμά μαζί μου!»*, μου λέει, παραπονεμένη που η φίλη της μπορεί και να διαφωνεί μαζί της. Εκείνη όμως το βιώνει βίαια όλο αυτό, νιώθει πως απότομα την αποκόπτουν.

Ήταν «άσκηση» να σκεφτεί πως νιώθει στην πραγματικότητα με το Δημήτρη. Λέει πως αισθάνεται ασφάλεια και αγάπη, είναι όμως κι έρωτας, κι ας του έχει αποδώσει έναν πιο «γονεϊκό» ρόλο. Σκέφτονται να κάνουν παιδί.

Εγώ σκέφτομαι πως μία τέτοια εξέλιξη στη ζωή της θα μπορούσε πράγματι να καλύψει αυτό το μεγάλο κενό που η ίδια νιώθει, καθώς ένα παιδί υποδηλώνει μια συνεχή παρουσία. Και όλη η ουσία βρίσκεται εκεί... ανάμεσα στην *παρουσία* και την *απουσία*. Της το καθρεφτίζω. Η έννοια «παιδί» της δίνει νόημα και κίνητρο για ζωή και την γεμίζει χαρά, παραδέχεται εκείνη, «χρειάζεται όμως προσοχή», αναλογίζομαι εγώ.

Ακόμη και στις τελευταίες συνεδρίες μας, φέρνει υλικό. Η μάνα ήταν από την πρώτη στιγμή της γέννησής της απύσα. Είχε μόλις χάσει τη δική της μητέρα και πενούσε. Δεν την θήλασε, «δεν μπορούσε», λέει, και δεν ήταν κοντά της. Τώρα, με τη μητέρα της θυμώνει που την βλέπει παραιτημένη. Αλλά αυτό που την ενοχλεί ακόμη περισσότερο είναι ότι εκείνη μοιάζει να μην υποφέρει από ενοχές.

Τον πατέρα που τον ένιωθε πιο κοντά της, τον «έχανε», κάθε τόσο, απότομα: το ξεχώρισμα και η διαφοροποίηση βιώνεται από τη Γεωργία επιθετικά. Κατανοεί πως ένα κεντρικό ζήτημα που χρειάζεται να επεξεργαστεί είναι το πώς δεν θα αναπαράγει στις σχέσεις της ανάλογα σχήματα, και πως η διαφωνία δεν είναι πάντα «εχθρικήτητα» και απόρριψη.

4.5. Υποθέσεις

Στη συστημική ψυχοθεραπευτική πρακτική, η *υπόθεση* περιγράφει τα συμπτώματα συχνά με θετική αναπλαισίωση σε σχέση με τη συνεισφορά τους στο πλαίσιο του συστήματος. Η εμφάνιση της βουλιμίας της Γεωργίας μοιάζει να συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τη δομή και τη λειτουργία του οικογενειακού της συστήματος. Παρακάτω παρουσιάζονται μερικές υποθέσεις:

- Η *ενδοβολή* δύο διαφορετικών προτύπων συμπεριφοράς, που προκαλούν σύγχυση κι έντονα συναισθήματα: η πειθαρχημένη, αυστηρή και αποστασιοποιημένη φιγούρα της μητέρας, από τη μία, και το ανοριοθέτητο προφίλ του τρυφερού απόντα πατέρα, από την άλλη. Ο *θυμός* για ό,τι βίωσε,

εκφράστηκε μέσω της διαταραχής της με τρόπο «παθητικο-επιθετικό». Μ' αυτό τον τρόπο, παρέμεινε στο σύστημα στρέφοντας την επιθετικότητα στον εαυτό της.

- Το σύμπτωμα εκδήλωσε τη σύγκρουση των δύο ακραίων κομματιών του εαυτού της. Το ένα ήταν το «καθωσπρέπει» και το άλλο το «άναρχο». Από τη μία πλευρά, ο χορός και η πειθαρχία, που τον συνοδεύει, κι από την άλλη, ο παρορμητικός της χαρακτήρας με τις επιβλαβείς συνήθειες.
- Οι πρώιμες αλλά και οι μετέπειτα συνδέσεις (και αποχωρισμοί) της με τους γονείς της μάλλον αποτελούν καταλυτικά στοιχεία. Με τη μητέρα της φαίνεται πως δεν αναπτύχθηκε σταθερός δεσμός αφήνοντάς την με ένα *αίσθημα κενού*. Αλλά και η σχέση με τον πατέρα της, με τον οποίο ένιωθε μεγαλύτερη ζεστασιά και λάμβανε περισσότερη φροντίδα και τρυφερότητα, ήταν το ίδιο ασταθής, καθώς χρειαζόταν να τον αποχωρίζεται συχνά και απότομα, λόγω της δουλειάς του. Μέχρι που πέθανε, οπότε ο αποχωρισμός τους ήταν βίαιος και αμετάκλητος. Η βουλιμική συμπεριφορά της γέμιζε το «κενό» όλων αυτών των συναισθηματικών της ελλείψεων. Από την άλλη, οι ενοχές της που δεν στάθηκε «ικανή» να κρατήσει τους γονείς της κοντά της, συνδέθηκαν με την ντροπή που της προκαλούσε η ίδια η διαταραχή.
- Αν προχωρήσουμε λίγο αυτές τις σκέψεις, θα φτάσουμε στην πιο κεντρική υπόθεση ότι δηλ. η διαταραχή της βουλιμίας (απώλεια ελέγχου/υπερφαγία-στέρηση/δίαιτα) της έδειξε ότι εάν έχανε τα *όρια*, θα κατέληγε στο θάνατο (σαν τον πατέρα), ενώ εάν συνέχιζε να είναι στερητική και πειθαρχημένη, θα έμενε μόνη (σαν την μητέρα).

4.6. Στόχοι Θεραπείας

Κυρίαρχος (και βραχυπρόθεσμος) στόχος μου ήταν η αντιμετώπιση του συμπτώματος. Φυσικά, αυτός ο στόχος θα είχε αντίκρουσμα στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής και της λειτουργικότητάς της, κάτι που για μένα αποτελεί ζήτημα άμεσης προτεραιότητας.

Ακόμα, η απόκτηση μιας πιο συγκροτημένης εικόνας για τον εαυτό της και τις σχέσεις της, η μεγαλύτερη επαφή με τα συναισθήματά της (αναγνώριση, έκφραση και συνεχής επικέντρωση γύρω από αυτά) και η συναίσθηση των ορίων της, ήταν κεντρικοί στόχοι. Απώτερος σκοπός, το να αυξήσει το «βασικό επίπεδο διαφοροποίησης του εαυτού» της, ούτως ώστε να μπορέσει να ανταποκρίνεται καλύτερα στις καταστάσεις.

Μέσα από τη θεραπευτική μας σχέση, την ενθάρρυνα να εκφράσει και να επεξεργαστεί τα πρώιμα μοτίβα συναισθηματικής συναλλαγής που έχει από την οικογένειά της αλλά και τις τωρινές σχέσεις της, και, μέσα στη δική μας να κατασκευάσουμε μαζί μία πραγματικότητα που να είναι πιο υγιής και ανακουφιστική για την ίδια.

4.7. Μέθοδοι / Τεχνικές

Στη συγκεκριμένη ασθενή, λόγω κυρίως της έντασης των συμπτωμάτων της ψυχοπαθολογίας της αλλά και της αγωνίας της να βρει έναν άνθρωπο να «ακουμπήσει» και να την φροντίσει, έδωσα μεγάλη σημασία κι έμφαση στη θεραπευτική σχέση μέσω κυρίως της ενεργητικής ακρόασης και της αυθεντικής αποδοχής της ακολουθώντας το δικό της ρυθμό.

Αξιοποιώντας τη βιωματική (εμπειρική) προσέγγιση, επίκεντρο της θεραπείας είναι η *διαδικασία* και ο τρόπος που κάθε άτομο που συμμετέχει (συμπεριλαμβανομένου εμού) βιώνει συναισθήματα, εκθέτει ευαισθησίες και μοιράζεται σκέψεις χωρίς λογοκρισία. Η θεραπευόμενη μου μού είχε δείξει από την αρχή της σχέσης μας εμπιστοσύνη. Και θεωρώ, όπως έχει γράψει ο Thorne (1996), πως αφού «επιτρέψει» ένας άνθρωπος την ένταξη ενός νέου ατόμου -του θεραπευτή- στη ζωή του, η ποιότητα του θεραπευτή και η φύση της θεραπευτικής σχέσης, που αυτός προσφέρει, κι όχι τόσο οι τεχνικές που χρησιμοποιεί, καθορίζουν τελικά το εάν θα προκύψει ή όχι αλλαγή.

Ο θεραπευτής χρειάζεται να προσφέρει τον *εαυτό του* για να ωθήσει τους θεραπευόμενους να πράξουν ανάλογα στη θεραπευτική σχέση. Το στάδιο προσωπικής ανάπτυξης του ασκεί επιρροή στο είδος της στήριξης / βοήθειας που θα προσφέρει. Αλλά και ο ίδιος χρειάζεται να «κερδίζει» μέσα από την εμπειρία της

ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Συμφωνώ με την ιδέα ότι «ο θεραπευτής που δεν επωφελείται θεραπευτικά από τη δουλειά του, έχει λίγα να προσφέρει» (Whitaker στο Goldenberg, 2005).

Κατά τη γνώμη μου, η έννοια της «μεταβίβασης» και της «αντιμεταβίβασης» είναι στη συστημική θεραπεία το ίδιο σημαντική όπως και στην ψυχαναλυτική. Τα στοιχεία αυτά μέσα στις συνεδρίες αποτελούν πιθανά τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την εξέλιξη της θεραπείας. Ιδιαίτερα όταν η θεραπεία εστιάζεται σε ζητήματα πρώιμης ανάπτυξης καθώς και ζητήματα σχέσεων μέσα στην οικογένεια, όπως είδαμε να συμβαίνει και στη θεραπεία της Γεωργίας, αναπόφευκτα τα κύρια προβλήματα του θεραπευόμενου βρίσκουν «αντανάκλαση» στη θεραπευτική σχέση στα πλαίσια του άξονα μεταβίβασης-αντιμεταβίβασης.

Επίσης είχα πάντα στο νου μου ότι η θεραπευτική σχέση αποτελεί τη βάση της θεραπευτικής διαδικασίας, η οποία είναι μία συνεχής και εξελικτική διεργασία. Στη θεραπεία αυτή, ήμουν σε «επιφυλακή» αναλύοντας μέσα μου συνεχώς τις αλληλεπιδράσεις που προέκυπταν στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης. Απαραίτητα συστατικά είναι η ζεστασιά, το νοιάξιμο, η συναισθηματική κατανόηση και η ειλικρίνεια.

Η θεραπεία της Γεωργίας περιελάμβανε ένα «σύνθετό» από μόνο του σχήμα, αυτό της συνδυασμένης -ατομικής και ομαδικής- θεραπείας («combined therapy» κατά Yalom).

Η ατομική θεραπεία ήταν συστημικής προσέγγισης. Σε ό,τι αφορά, όμως, στη θεραπεία στην ομάδα συνολικά κινηθήκαμε πάνω σε ένα συνθετικό, εκλεκτικό μοντέλο, εφ' όσον και η συνθεραπεύτριά μου, κλινική ψυχολόγος, προέρχεται από ένα ψυχοδυναμικό εκπαιδευτικό υπόβαθρο. Μέσα από την «καθαρή» ματιά της στα πράγματα, την εστίασή της στις ενδοψυχικές διεργασίες των θεραπευόμενων αλλά και το αυθεντικό ενδιαφέρον της για τη διαδικασία, επιτεύχθηκε η πολύτιμη συμπληρωματικότητά μας που συνεισέφερε από τη μία στην άψογη μεταξύ μας συνεργασία και από την άλλη στο θετικό “feedback” που λάβαμε στη λήξη της ομάδας από τους θεραπευόμενούς μας.

4.8. Δυσκολίες / Θεραπευτικά διλήμματα

- Μία δυσκολία που αντιμετώπισα σχετίζεται με την «αδιαιτερότητα» που συναντάται στα περισσότερα περιστατικά που πάσχουν από ΔΠΤ· από τη μία ήταν η διάθεση να μπω στο «σύστημα» της θεραπευόμενης μου, εννοώντας τη συναισθηματική και νοητική πραγματικότητά της επιδεικνύοντας αυθεντικότητα, αποδοχή και κατανόηση, αλλά από την άλλη η «υποχρέωση» να διατηρώ την ικανότητα ελέγχου της πραγματικότητας, ειδικά όταν, όπως στην προκειμένη περίπτωση, το «παιχνίδι» με τα *όρια* και την *απόλεια ελέγχου* (βουλιμία, αλκοόλ, παρορμητισμός κ.α.) ήταν πάντα διακριτό.
- Στη φάση της βαθιάς ρήξης μέσα της όλων των θεμάτων της ζωής της και την αμφισβήτηση ενός τόσο σημαντικού τομέα για εκείνην, όπως είναι ο χορός και έχοντας περάσει κατά πολύ τη διάσταση της συμπτωματολογίας, που για όλους μέσα στην ομάδα ήταν κοινή, αναρωτιόμουν αν αυτό που μπορούσα να της προσφέρω ήταν «αρκετό» τόσο ως προσέγγιση όσο και ως πλαίσιο. Σε ατομική μας συνεδρία αλλά και στην ομάδα της αντικατόπτρισα -μέσα από τη δική μου συναισθηματική οπτική ως θεραπεύτριά της- την αίσθηση που μπορεί να προκαλεί στους ανθρώπους γύρω της. Πράγματι, κάποια φορά, της μίλησα ανοιχτά. *«Αισθάνεται κανείς μαζί σου πως δεν μπορεί να είναι αρκετός»*, της είπα, τονίζοντας το αίσθημα κενού που έχει μέσα της αλλά και τις υπερβολικές της απαιτήσεις, που κάνουν τους άλλους να νιώθουν άβολα.

4.9. Αξιολόγηση της πορείας – Πρόγνωση

Επειδή η Γεωργία ήρθε στη θεραπεία (και) με αιτήματα ταυτότητας, βαθύτερα και υπαρξιακά, όπως το «πού πάω;», «ποιά είμαι;», έχω την εντύπωση πως μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα (18 μηνών) έκανε πορεία μέσα από πολλά στάδια της ψυχοθεραπείας. Από το επίπεδο του ρόλου και των συμπεριφορών, που δοκίμασε να αλλάξει, και την «εγκατάλειψη» του συμπτώματος, μέχρι την «αυτοδιαφοροποίηση» και το πέρασμα μέσα από συναισθήματα δύσκολα κι επώδυνα και την αναγνώριση ριζωμένων βιωμάτων με την ενθάρρυνση λήψης σημαντικών αποφάσεων.

Το «νέο ταξίδι στη ζωή» της Γεωργίας έχει ήδη ξεκινήσει. Οι αλληλεπιδράσεις με το περιβάλλον και η στροφή στις σημαντικές σχέσεις είναι παρόντα. Σίγουρα, βέβαια,

έχει δρόμο μπροστά της να διανύσει για να αντιμετωπίσει τους εσωτερικούς φόβους της (αίσθηση κενού και αδιεξόδου που πολλές φορές νιώθει) και να βρει το σκοπό της ζωής της, ώστε να μπορέσει ο εαυτός της να γίνει ο θεραπευτής της. Όμως η Γεωργία αποφάσισε. Είναι σήμερα έγκυος και μπορεί να αντέξει αυτό το ταξίδι στη ζωή της με ελπίδα!

Στην ΑΝΑΣΑ ολοκλήρωσε έναν κύκλο θεραπείας. Σ' αυτόν τον πρώτο κύκλο νοηματοδοτήθηκε η δυσλειτουργική της συμπεριφορά, αντιμετωπίστηκαν τα συμπτώματα, και βελτιώθηκε, ουσιαστικά, η ποιότητα της καθημερινότητάς της: έγινε επεξεργασία θεμάτων επικοινωνίας, διαπροσωπικών σχέσεων, ρόλων και συμπεριφοράς και κατάφερε αλλαγές και μετακινήσεις σε σχέση με τη συνολική αντίληψη και τη διαχείριση της πραγματικότητας.

Το κλείσιμο της ομάδας το βίωσε καλά λέγοντας πως την ανακούφισε τόσο το γεγονός ότι έφτασε στο τέλος της κι εκείνη την αξιοποίησε στο έπακρο, όσο και το ότι μπορεί να έχει επαφή με κάποιους συνθεραπευόμενούς της και η απουσία τους από τη ζωή της δεν θα είναι οριστική.

Το «ξεχώρισμα» από τη δική μας θεραπευτική σχέση σε επίπεδο ατομικό, φάνηκε πως το έζησε ήπια ως αποχωρισμό κι αυτό είναι σημαντικό προκειμένου να «αυτονομηθεί» και να προχωρήσει με υγιή και πιο προσαρμοστικό τρόπο στη ζωή και τα όνειρά της.

Τη θεραπεία της θα την συνεχίσει εκτός ΑΝΑΣΑ καθώς και η ίδια το επιθυμεί, αλλά και παροτρύνθηκε να κάνει. Έχει πλούσιο υλικό να επεξεργαστεί και μεγάλη συναισθηματική οξυδέρκεια για να φτάσει σε βάθος των πραγμάτων...

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΧΡΗΣΙΜΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Becker, A. et al. (1999) Treatments for Patients with Eating Disorders Eating disorders. *N Engl J Med.*; 340:1092-8.
- Golan, M. (2009) The eating disorders milieu. *World Psychiatry*, 8:3.
- Hoffmann, L. (1990) Το συστημικό πρότυπο, μτφ. Τρίκας, Παρίτσης. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 30, σελ. 72-83.
- Keel, P., Mitchell, J. (1997) Outcome in Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry*, 154:313-21.
- Kmietowicz, Z. (2004) Psychological therapies recommended for eating disorders. *Bmj*, Vol. 328, 31.
- Lacey, J. (1983). Bulimia nervosa, binge eating, and psychogenic vomiting: a controlled treatment study and long term outcome. *British Medical Journal*, Vol. 286, 21.
- Le Grange, D. & Lock, J. (2009) Treating Bulimia in Adolescents: A Family-Based Approach. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 18:1.
- Le Grange, D. (2007) A Randomized Controlled Comparison of Family-Based Treatment and Supportive Psychotherapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*; 64(9):1049-1056.
- Lock, J., & le Grange, D. (2005) Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, S64-S67.
- Mitchell, J. (2011) Stepped care and cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa: randomised trial. *Br J Psychiatry* 198(5): 391-397.
- Treasure, J. et al. (1999) Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: first phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 405-418.
- Ζαφείρης, Α., Ζαφείρη, Ε., Μουζακίτης, Χ., (1999) *Οικογενειακή Θεραπεία: Θεωρία και πρακτικές εφαρμογές*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Κατάκη, Χ. (1992) Τα στάδια της ψυχοθεραπείας: Διαδοχικές αναθεωρήσεις ως διεργασία αυτοοργάνωσης. *Ψυχολογικά Θέματα*, 5(1), -75.
- Λεωνίδου, Δ. (1998) Η εξέλιξη της Θεωρίας των Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων. Θεωρητική Ανάλυση. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 63: 35-39.
- Μπαφίτη, Τ., (2007) *Συστημική προσέγγιση στην αντιμετώπιση της υγείας και της ασθένειας*. Μαρούσι: Εργαστήριο Διερεύνησης Ανθρωπίνων Σχέσεων.
- Παπαδιώτη-Αθανασίου, Β. (2000) *Οικογένεια και όρια* (συστημική προσέγγιση). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Πρίφτης, Φ. (2000) Η θεραπευτική σχέση στη Γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία. Ανασκόπηση. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 71: 59-64.
- Τσιάντης, Ι. (2000) *Ψυχική Υγεία του Παιδιού και της Οικογένειας*. Τευχ. Α'. Αθήνα: Καστανιώτης.
- URL: <http://www.anasa.com.gr>
- URL: <http://www.nice.org.uk>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Agras, W. et al. (2000) A Multicenter Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 57.
- Baer, R. et al. (2006) Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*.
- Berrettini, W. (2004) The Genetics of Eating Disorders. *Psychiatry (Edgmont)* 1(3): 18–25.
- Bryant-Waugh, R. & Lask, B. (1995) Eating disorders - an overview. *Journal of Family Therapy*, 17: 13-30.
- Burton, E. & Stice, E. (2006) Evaluation of a healthy-weight treatment program for bulimia nervosa: A preliminary randomized trial. *Behav Res Ther.*; 44(12): 1727–1738.
- Cierpka, M., Reich, G., Kraul, A. (1998) Psychosomatic Illness and the Family. In L. L'Abate (Ed.), *Family Psychopathology; The Relational Roots of Dysfunctional Behavior*. New York: The Guilford Press. Inc. pp: 311-332.
- Chavez, M. & Insel, T. (2007) Eating Disorders: National Institute of Mental Health's Perspective. *Am Psychol.*; 62(3): 159–166.
- Davila, J., Bradbury, T. (1998) Psychopathology and the Marital Dyad. In L. L'Abate (Ed.), *Family Psychopathology; The Relational Roots of Dysfunctional Behavior*. New York: The Guilford Press. Inc. pp: 127-157.
- Dies, R. (1994), The therapist's role in group treatments. In Harold S. Bernard & K. Roy MacKenzie (Eds.), *Basics of Group Psychotherapy*. New York: The Guilford Press (pp.60-99).
- Dunne, F. et al. (1991) Eating disorders and alcohol misuse: features of an addiction spectrum. *Postgrad Med J*, Vol. 67, 112- 113.
- Fairburn, C. (1995), *Βουλιμία: Ξανακερδίστε τον έλεγχο*. Ε' Έκδοση 2009, μτφ. Χήρα Μ., επιμ. Σίμος Γ., Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Fairburn, C. et al. (1999) Risk Factors for Anorexia Nervosa. Three Integrated Case-Control Comparisons. *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 56.
- Fairburn, C. & Harrison, P. (2003) Eating Disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Freeman C., et al. (1988) Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. Clinical Research. *British Medical Journal*, Vol. 296, 20.

- Glassmann, M. (1992), Family therapy with bulimia and obesity. In J. Atwood (Ed.), *Family Therapy. A systemic-Behavioral Approach*. Chicago: Nelson-Hall Publishers. pp. 272-285.
- Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (2005), *Οικογενειακή Θεραπεία. Μία επισκόπηση*, επιμ. Κοτρώτσιου Ε. Α' ελληνική έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Ελλην.
- Haller, E. (1992) Eating Disorders. A Review and Update. *The Western Journal of Medicine*, 157, 6.
- Halmi, K. (2005) The multimodal treatment of eating disorders. *World Psychiatry*, 4:2.
- Hawkins, P. & Nestoros, I. (1997), *Psychotherapy. New Perspectives on Theory, Practice, and Research*. Athens: Ellinika Grammata. pp. 243-287.
- Hobbs, M., Birtchnell, S., Harte, A., & Lacey, H. (1989). Therapeutic Factors in Short-Term Group Therapy for Women with Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8 (6), 623-633.
- Hoek, H. and van Hoeken, D. (2003), Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.*, 34: 383–396.
- Kayrooz, C. (2001) *A Systemic Treatment of Bulimia Nervosa. Women in Transition*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Kerr, M. (1985). Obstacles to differentiation of self. In Alan S. Gurman (Ed.) *Casebook of marital therapy*. New York: The Guilford Press (pp.111-153).
- Latzer, Y., Lavee, Y., Gal, S. (2009) Marital and Parent-Child Relationships in Families with Daughters who have Eating Disorders. *Journal of Family Issues*, Vol. 30, No9.
- Levine, P. (1996). Eating Disorders and their Impact on Family Systems. In F. Kaslow (Ed.), *Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns*. New York: John Wiley & Sons. Inc. pp: 463-476.
- Levine, D. & Mishna, F. (2007). A Self-Psychological and Relational Approach to Group Therapy for University Students with Bulimia. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57 (2), 167-185.
- Lucas, V. (2010) *Impact of Parenting Factors and Personal Ego Development on Risk for Eating Disorders Among College Women*. Dissertations (2009 -). Paper 76.
- Mac Kinnon, S. (2007) *Bulimia Nervosa*. Thesis, Department of Psychology, Manitoba.

- McRoberts, C. et al. (1998) Comparative Efficacy of Individual and Group Psychotherapy: A Meta-Analytic Perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* Vol. 2, No. 2, 101-117.
- Miller, A., et al. (1993) The relationship between childhood sexual abuse and subsequent onset of bulimia nervosa. *Child Abuse and Neglect*, 17: 305-314.
- Minuchin, S. (2000) *Οικογένειες και Οικογενειακή Θεραπεία*, επιμ. Αναγνωστόπουλος Φ., Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Modjtaba Z. et al (2007) Cause and treatment of anorexia nervosa. *Physiology & Behavior*.
- Openshaw, C. et al. (2004) Group Cognitive-Behavior Therapy for Bulimia Nervosa: Statistical Versus Clinical Significance of Changes in Symptoms across Treatment. *Int J Eat Disord*, 36: 363–375.
- Riess, H. & Rutan, J. (1992). Group Therapy for Eating Disorders: A Step-Wise Approach. *GROUP*, 16 (2), 79-83.
- Safer, D. et al. (2001) Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry*; 158:632–634.
- Schmidt, U. et al. (2007) A Randomized Controlled Trial of Family Therapy and Cognitive Behavior Therapy Guided Self-Care for Adolescents with Bulimia Nervosa and Related Disorders. *Am J Psychiatry*, 164:4.
- Steinhausen, H. & Weber, S. (2009) The Outcome of Bulimia Nervosa: Findings from One-Quarter Century of Research. *Am J Psychiatry*, 166:12.
- Thompson-Brenner, H. et al. (2003) A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for Bulimia Nervosa. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 10, N3.
- Thorne, B., (1996), Person-Centered Therapy. In Dryden Windy (Ed.), *Handbook of Individual Therapy*. London: Sage Publications, pp. 121-146.
- Yalom I., (2006) *Θεωρία και Πράξη της Ομαδικής Θεραπείας*, μτφ. Ανδριτσάνου Ε., Κακατσάκη Δ., επιμ. Ζέρβας Ι., Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.
- Waller, G. (2009) Recent advances in therapies for the eating disorders. *F1000 Medicine Reports*, 1:38.
- Walsh, T. et al. (1997) Medication and Psychotherapy in the Treatment of Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry*, 154:4.
- Walsh, T. et al. (2000). Detection, Evaluation, and Treatment of Eating Disorders. The role of the primary care physician. *J Gen Intern Med*; 15:577-590.

- Weiss, L. et al. (1999) Group Therapy for Bulimia Nervosa. In R. Lemberg & L. Cohn (Eds.), *Eating Disorders: A Reference Sourcebook*. USA: Oryx Press (pp. 113-119).
- Wilfey D., (1993) Group Cognitive—Behavioral Therapy and Group Interpersonal Psychotherapy for the Non-purging Bulimic Individual. A Controlled Comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 61, No. 2, 296-305.
- Wilson G., et al. (1997) Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa in Garner D. & Garfinkel P. (eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: Guilford Press, pp. 67-93.
- Wonderlich, S. et al. (2006). *Annual Review of Eating Disorders* (Part 2). Oxford: Radclife Publishing.
- Winnicott, D. (1969). *Από την Παιδιατρική στην Ψυχανάλυση*. μτφ. Χατζόπουλος, Θ. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Βάρσου, Ε. (2008) Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής: Κλινική ψυχιατρική προσέγγιση. *Εγκέφαλος*, Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής. Τόμος 48, Τεύχος 2.
- Δαμασκηνίδου, Κ. (2010) *Συστημική ψυχοθεραπεία*. Σημειώσεις για τους προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές. Τμήμα Ψυχολογίας της Φιλοσοφικής Σχολής. Αριστοτέλειο Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (ΑΠΘ). Θεσσαλονίκη, Μάιος 2010.
- Εκπαιδευτικό υλικό προπτυχιακού τμήματος Ψυχολογίας. Ψυχοπαθολογία: *Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής*. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Μάνος, Ν. (1997) *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μωρόγιαννης, Φ. (2000) *Διαταραχές διατροφής και ψυχοπαθολογία (Επιδημιολογική έρευνα σε μαθητές Λυκείου στο Νομό Ιωαννίνων)* Διδακτορική διατριβή. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή – Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας.
- Σακελλαρόπουλος, Π. (1998) *Σχέσεις μητέρας – παιδιού τον πρώτο χρόνο ζωής*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σίμος, Γ. (1996) *Διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόσληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόληψης*. Διδακτορική διατριβή. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Abstract

The presence of "significant others" in an individual's life can play an influential role in his/her later psychosomatic construction. The absence of these, on the contrary, or any violent separation from these -especially in early developmental stages-, may be experienced with hostility, leaving the individual with a feeling of emptiness and/or causing intense, painful emotion. The eating disorder Bulimia Nervosa (with its main features of consuming and purging food) might therefore be associated with *presence* and *absence*, with *completeness* and *void*. In this case study, whilst searching the meanings of the disorder's symptoms, we examine a specific treatment model and its efficacy for a period of 18 months.

Key words: eating disorders, bulimia nervosa, separation, group therapy