

Ψυχογενής ανορεξία

Κικίδης Θωδωρής, Εργοθεραπευτής, ΕΛΕΠΑΑΠ Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια διατροφική διαταραχή όπου το άτομο παρ' όλο το χαμηλό του βάρος, υποβάλλεται σε ασιτία ή χρήση καθαρτικών μέσων μετά από το φαγητό, από έντονο φόβο μήπως παχύνει. Τα ανορεκτικά άτομα πάσχουν από μια διαταραγμένη αντίληψη της εξωτερικής τους εικόνας, πιστεύουν ότι είναι πολύ παχιά, παρ' όλο που βρίσκονται κάτω του 85% από το κανονικό του βάρους. Κατορθώνουν να μειώσουν το βάρος τους με μείωση της τροφής, με προκλητό εμετό, με εξαντλητική άσκηση και χρήση καθαρτικών και διουρητικών μετά από επεισόδια υπερφαγίας. Στις γυναίκες είναι σύνηθες σύμπτωμα η απουσία περιόδου. Η ανορεξία είναι πολύ συχνή σε γυναίκες στη σύγχρονη κοινωνία με ποσοστό 1% εκ των οποίων το 90% είναι γυναίκες. Η μέση ηλικία έναρξης της ψυχογενούς ανορεξίας είναι τα 17. Σπανιότατα η διαταραχή εμφανίζεται μετά τα 40. Δυστυχώς αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, έχει θνησιμότητα 5%. Τα αίτια έχουν προσπαθήσει να ερμηνεύσουν ψυχολογικές, βιολογικές, κοινωνικές και γενετικές θεωρίες. Εξαιτίας της πολυπλοκότητας των αιτιών κι επειδή πολλές φορές παρατηρείται συνοδεία καταθλιπτικής διαταραχής, για τη θεραπεία της ανορεξίας απαιτείται χορηγία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία, όπου συνδυάζονται εκπαιδευτικές γνώσεις σχετικά με την διατροφή, γνωστικές συμπεριφοριστικές μέθοδοι και ψυχολογική υποστήριξη.

(Παπαγεωργίου Ε. 2000)

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την Ψυχογενή ανορεξία είναι:

- α. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογική βάρους για την ηλικία και το ύψος του, π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους του σώματος 15% κάτω από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης με αποτέλεσμα το βάρος σώματος να είναι 15% κάτω από το αναμενόμενο.
- β. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
- γ. Διαταραχή στον τρόπο που κάποιος βιώνει το βάρος, το μέγεθος ή το σχήμα του σώματός του, π.χ. το άτομο ισχυρίζεται ότι νιώθει παχύ, ακόμη κι όταν είναι κάτισχνο. Πιστεύει ότι μια περιοχή του σώματος του είναι "πολύ παχιά", ακόμη κι όταν το βάρος της είναι κάτω από το κανονικό.
- δ. Σε γυναίκες, απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών, ενώ κανονικά αναμένονταν να συμβούν (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής αμηνόρροια). (Μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοί της έρχονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών π.χ. οιστρογόνων). (Νίκος Τ. 2004)

ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Τα αίτια της ψυχογενούς ανορεξίας φαίνεται να είναι πολυπαράγοντικά. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κοινωνίας, του τρόπου σκέψης, του συναισθήματος αλλά και της οικογένειας στην οποία ζουν τα άτομα με ανορεξία έχουν ενοχοποιηθεί σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό για την εκδήλωση της διαταραχής αυτής. Οι παράγοντες αυτοί περισσότερο φαίνεται να συμπληρώνουν ο ένας τον άλλον κι όχι να αποκλείουν ο ένας τον άλλον. Σύμφωνα με τη σύγχρονη ψυχαναλυτική θεωρία, η ψυχογενής ανορεξία εκφράζει κυρίως ασυνείδητες ψυχικές συγκρούσεις κυρίως σε σχέση με την σεξουαλικότητα και ιδίως με την εγκυμοσύνη, η οποία στις πρώιμες φαντασιώσεις της παιδικής ηλικίας πραγματοποιείται μέσα από το στόμα (στοματική σεξουαλικότητα). Αυτά τα συγκρουσιακά στοιχεία εκφράζονται μέσα από τα συμπτώματα της διαταραχής. Η ερωτική επιθυμία, καθώς και αυτή της εγκυμοσύνης συνδέεται με την λήψη της τροφής, κι έτσι το άτομο ασυνείδητα θεωρεί ότι την άρνηση της τροφής μπορεί να αναστείλει και οποιαδήποτε σεξουαλική ορμή. Άλλοι ψυχαναλυτές θεωρούν ότι η διαταραχή αυτή είναι πιθανόν να εκφράζει διάφορες ρήξεις στον ψυχικό δεσμό του ατόμου με τη μητέρα. Το φαγητό συμβολίζει ασυνείδητα τη σχέση με τη μητέρα που ανάγεται στην περίοδο του θηλασμού από το μαστό. Επομένως, η αντιμετώπιση της διαταραχής επιχειρείται μέσα από την διερεύνηση αυτής της σχέσης.

Η θεωρία της Hilde Bruche (1974) προτείνει μία νέα θεώρηση στην αιτιολογία της διαταραχής. Το άτομο υποφέρει από την αίσθηση ότι δεν μπορεί να ελέγξει το περιβάλλον του καθώς και από σύγχυση ταυτότητας, ενώ δεν έχει καλή επαφή με το σώμα και τις αισθήσεις του. Μέσω της διαταραχής επιχειρεί να οριοθετήσει τον ψυχισμό του και το σώμα του. Οι δυσλειτουργίες αυτές προέρχονται από προβληματικές σχέσεις με τα σημαντικά άτομα κατά την παιδική ηλικία. Κατά την συμπεριφοριστική θεωρία, η ψυχογενής ανορεξία οφείλεται στην εκμάθηση αρνητικών συμπεριφορών. Αν αλληλάζουν οι συνεξαρτήσεις του φαγητού, μπορεί να βελτιωθεί και η σχέση του ατόμου με το φαγητό. Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία, το πρόβλημα είναι οικογενειακό και όχι ατομικό.

Ο Minuchin (1974) θεωρεί ότι πρέπει να αναφερόμαστε σε "ανορεκτικές οικογένειες" και όχι άτομα. Συνήθως υπάρχει κάποια σύγκρουση μεταξύ των γονέων, ή κάποιο πρόβλημα που δεν εκφράζεται για να εκτονωθεί. Το παιδί, διαισθανόμενο την ένταση, "θυσιάζεται", εκδηλώνοντας την διαταραχή και γίνεται το επίκεντρο του οικογενειακού ενδιαφέροντος. Οι γονείς έτσι αποστρέφουν την προσοχή τους από τις δικές τους εντάσεις και ασχολούνται κυρίως με το παιδί και έτσι ενώνονται. Συχνά τα παιδιά και κυρίως οι έφηβοι χρησιμοποιούν τα συμπτώματα για να αντιδράσουν στον αυταρχισμό ή την αδιαφορία των γονέων (Σκαπινάκης, 2004)

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας, κατά το DSM -IV, είναι τα εξής:

1. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος άνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και του ύψος του, π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους του σώματος 15% κάτω από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης που οδηγεί σε βάρος σώματος 15% κάτω από το αναμενόμενο.
2. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
3. Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος, το μέγεθος ή το σχήμα του σώματός του, π.χ. το άτομο ισχυρίζεται ότι νιώθει παχύ, ακόμη κι όταν είναι κάτισχνο. Πιστεύει ότι μια περιοχή του σώματος του είναι "πολύ παχιά", ακόμη κι όταν το βάρος της είναι κάτω από το κανονικό.
4. Σε γυναίκες, απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών, ενώ κανονικά αναμένονταν να συμβούν (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής αμηνόρροια). (Μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοί της έρχονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών π.χ. οιστρογόνων).

(DSM IV in Σκαπινάκης Π. 2004)

Η διαταραχή αυτή ξεκινά συχνά με δίαιτα, αν και το άτομο έχει φυσιολογικό βάρος ή λίγο περισσότερο. Αν και χάνει βάρος, το άτομο υποβάλλεται σε όλο και πιο εξαντλητικές δίαιτες, περνώντας ακόμα και τα όρια του χαμηλότερου ανεκτού βάρους για το σωματότυπό του. Αυτό πιστεύει ωστόσο ότι πρέπει να χάσει κι άλλο βάρος. Συνέχεια μετρά τις θερμίδες που καταναλώνει και υπολογίζει τι έχει φάει. Αν και αισθάνεται πείνα, δεν τρώει, φοβούμενο μήπως παχύνει.

Αυτός ο φόβος είναι και το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής, καθώς φτάνει σε υπερβολικά επίπεδα, χωρίς μάλιστα το άτομο να μπορεί να τον ερμηνεύσει. Καταλήγει να παρουσιάσει συχνά ακόμα και συμπτώματα παρανοϊκού τύπου σε σχέση με την τροφή, όπως σκέψεις ότι οι άλλοι προσπαθούν να το παχύνουν ακόμα και με ενέσεις όταν κοιμάται. Αυτός ο φόβος έχει βέβαια συχνά κάποια βάση πραγματικότητας. Οι άλλοι όντως θέλουν να τρώει, αλλά αυτό αντιδρά με πείσμα και φόβο. Πάσχει από μία σοβαρή διαστροφή σε σχέση με την εικόνα του σώματος, σε συνειδητό και ασυνειδητό επίπεδο. Πιστεύει ότι είναι παχύ, αν και είναι πολύ αδύνατο έως και καχεκτικό. Κάνει συχνά και έντονη γυμναστική. Υπάρχει ευρύ φάσμα ως προς τη σοβαρότητα της διαταραχής. Κάποιοι ασθενείς είναι απλά πολύ αδύνατοι ενώ άλλοι φτάνουν να δείχνουν σαν "ζωντανό σκελετό". Ίσως να φτάσουν και ως την απειλή θανάτου. Σε τόσο ακραίες περιπτώσεις απαιτείται και νοσηλεία σε νοσοκομείο. Τα άτομα αυτά σπάνια αναζητούν από μόνα τους θεραπεία ή βοήθεια. Κάποιοι από το άμεσο περιβάλλον τους, τους αναγκάζουν να αποταθούν σε ειδικευμένες ψυχιατρικές δομές. Ακόμα και εκεί όμως δείχνουν μεγάλη αντίσταση και δεν είναι συνεργάσιμοι, συχνά γιατί φοβούνται

ότι θέλουν να τους παχύνουν. Η διαταραχή μπορεί να εμφανίζεται κατά επεισόδια στη ζωή του ατόμου σε διάφορες φάσεις της ζωής του. Μπορεί όμως να είναι και συνεχής, μέχρι και το τέλος της ζωής του. (Νίκος Τ. 2004)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Έχει διαπιστωθεί ότι οι επιθυμητές αναλογίες του σώματος, είναι όπως αυτές που διαθέτουν τα μοντέλα. Γι' αυτό λοιπόν εάν τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν πρότυπα τα μοντέλα, τότε είναι πιθανό να βιώνουν το αίσθημα του ανικανοποίητου σχετικά με τη δική τους σωματική εικόνα και να προσπαθούν με κάθε τρόπο να την αλλιάξουν για να πλησιάσουν αυτή των προτύπων τους, με αποτέλεσμα να διακατέχονται από έντονο άγχος για την εικόνα του σώματος τους. Επιπλέον ένας ακόμη παράγοντας που δημιουργεί έντονο άγχος είναι ότι η ανορεξία σχετίζεται με την προσπάθεια του ατόμου για την διεκδίκηση της αυτονομίας του.

Η Hilda Bruch (1973) συσχέτισε αυτή την προσπάθεια με την αποτυχία του γονέα να αναγνωρίσει την ανάγκη του παιδιού για αυτονομία και να ενθαρρύνει την εκδήλωσή της. Επίσης ο έντονος έλεγχος που δέχονται τα παιδιά έχει ως αποτέλεσμα, τα παιδιά να διακατέχονται από αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης και ματαιώσης.

Ο Arthur Crisp (1997) εκτιμά πως η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί μια από τις μορφές της αποτρεπτικής φοβικής διαταραχής, όπου το αντικείμενο της φοβίας είναι το κανονικό σώμα του ενήλικα με το ανάλογο βάρος και σχήμα. Για αυτό λοιπόν η έφηβος η οποία διαπιστώνει πως το σώμα της μοιάζει όλο και περισσότερο με αυτό του ενήλικα, στην προσπάθειά της να αποτρέψει την ανάπτυξη επιχειρεί να διατηρήσει το σώμα της όπως ήταν ωρίτερα. Στη διαμόρφωση αυτή του χαρακτήρα τους έχει παίξει συνήθως σημαντικό ρόλο μια μητέρα που χαρακτηρίζεται από άρνηση της σεξουαλικότητας. Το άτομο λοιπόν αρνείται όλα τα στοιχεία που υποδηλώνουν την ψυχοσεξουαλική της ωρίμανση. Η ασθενής αρνείται το θηλυκό της ρόλο, τόσο όσο αφορά τη σεξουαλική λειτουργικότητα της όσο και σε κάθε τι που χαρακτηρίζει την ωρίμανση της ως γυναίκα. Έτσι τα σεξουαλικά ερεθίσματα απωθούνται και αντικαθίστανται από στοματικές ενορμήσεις. Από την μια μεριά οι ασθενείς αναζητούν την εκπλήρωση ορισμένων ενορμήσεων στο φαί όπως τρυφερότητας, αγάπης, φροντίδας κλπ. Από την άλλη είναι υποχρεωμένες να το απορρίψουν λόγω της συνειδητής συμβολικής αυτής σημασίας του γι' αυτές. Τέλος τα άτομα εμφανίζουν έντονες εμμονές, ανελαστική συμπεριφορά καθώς και ψυχαναγκαστικά στοιχεία που ορισμένες φορές οδηγούν στην ψυχαναγκαστική διαταραχή με φοβικά στοιχεία. (Κάκουρος, Μανιαδάκη, 2005)

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Υπάρχουν δύο βασικοί στόχοι στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας. Ο πρώτος είναι να αποκατασταθεί η κατάσταση θρέψης του ατόμου, αυτό σημαίνει να επανέλθει το βάρος στα φυσιολογικά όρια. Ο δεύτερος στόχος είναι να τροποποιηθεί η παθολογική συμπεριφορά πρόσληψης τροφής του ατόμου, ούτως ώστε να κρατηθεί το

βάρος σε φυσιολογικά όρια και να ελεγχθούν κατά το δυνατό τα επεισόδια υπερφαγίας, οι προκλητοί εμετοί, η λήψη καθαρτικών και όλες οι άλλες παθολογικές συμπεριφορές.

Συνήθως, η θεραπεία θα γίνει σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο. Πολλοί ασθενείς, όμως, μπορεί να χρειασθούν νοσηλεία. Ενδείξεις για νοσηλεία είναι σοβαρή απώλεια βάρους (π.χ. πάνω από 30%) και απίσχναση. Η παρουσία υπότασης, υποθερμίας ή ηλεκτρολυτικών διαταραχών, παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού ή ψύχωσης, αποτυχία της εξωνοσοκομειακής θεραπείας. Η θεραπευτική προσέγγιση βασικά είναι ένας συνδυασμός θεραπείας συμπεριφοράς και υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας. Ο στόχος της θεραπείας συμπεριφοράς είναι ν' αποκατασταθεί ο φυσιολογικός τρόπος λήψης τροφής (Χαριλά, 2000).

Στη συνέχεια, η γνωστική ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει διορθώνοντας ληθεμένες αντιλήψεις των ασθενών για τα αισθήματα, τις ανάγκες τους και την ικανότητα να ελέγξουν τη ζωή τους και η ψυχοδυναμική (αποκαλυπτική) ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να λύσει διαπροσωπικά προβλήματα και συγκρούσεις και να διορθώσει στοιχεία της προσωπικότητάς του, που μπορεί να συνδέονται με τη διαταραχή στην πρόσληψη τροφής. Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να αποβεί πολύ σημαντική, γιατί μπορεί ν' απευθυνθεί στις ενδοοικογενειακές αντιδράσεις, οι οποίες είναι δυνατό να συμβάλλουν στην προβληματική συμπεριφορά του ασθενή όσον αφορά την πρόσληψη τροφής, στις ενδοοικογενειακές εντάσεις που δημιουργούνται από τη συμπεριφορά αυτή και στις αλληλεπιδράσεις τους. Όσον αφορά την ομαδική ψυχοθεραπεία, αυτή έχει αποδειχθεί πολύ χρήσιμη για ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία. Εντατική ομαδική ψυχοθεραπεία για ανορεκτικούς ασθενείς συνδυάζει εκπαιδευτικά στοιχεία γύρω από τη διατροφή, τεχνικές γνωστικής ανακατασκευής, τεχνικές συμπεριφορικής τροποποίησης και ψυχοκοινωνική υποστήριξη (Χαριλά, 2000).

ΣΤΟΧΟΙ-ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Επομένως ο θεραπευτής και κατ' επέκταση ο εργοθεραπευτής μέσα από δραστηριότητες θα επιδιώξει να αλλάξει την εικόνα εαυτού (χαμηλή αυτοεκτίμηση) με επιλογή δραστηριοτήτων σε πεδία που τα καταφέρνει (αφού όμως έχει γίνει αξιολόγηση) Να επιδιώκεται η ικανοποίηση του παιδιού μέσα από δημιουργικές δραστηριότητες όπως: ζωγραφική, γλυπτική, χειροτεχνίες.

Μακροπρόθεσμος Στόχος: Βελτίωση εικόνας εαυτού.

Βραχυπρόθεσμος Στόχος: Μέσα από δημιουργικές δραστηριότητες με κλιμακούμενη δυσκολία αλλά σύμφωνα πάντα με τις δυνατότητες του παιδιού η αύξηση εσωτερικών κινήτρων για αυτενέργεια-ανεξαρτητοποίηση καθώς και η ενθάρρυνση λήψης πρωτοβουλιών.

Επιπλέον το παιδί πρέπει να εκφράσει της ανησυχίες του και να διευρύνει της θέσεις-απόψεις πάνω σε θέματα όπως η μίμηση προτύπων αλλά και η αποδοχή της ψυχοσεξουαλικής ωρίμανσης. Τέλος το παιδί πρέπει να ενθαρρύνεται για την λήψη πρωτοβουλιών, την αύξηση εσωτερικών κινήτρων για αυτενέργεια, και την προσπάθεια του για αυτονομία. Προτεινόμενες δραστηριότητες είναι το παίξιμο ρόλων μέσα από θεατρικές δραστηριότητες. Δηλαδή το άτομο καλείται να αντα-

πεξέλθει σε ρόλους που θα ενισχύουν την αυτονομία του, θα το ενθαρρύνουν στην λήψη αποφάσεων και θα το κάνουν να αποδεχθεί την ψυχοσεξουαλική του ταυτότητα.

Μακροπρόθεσμος Στόχος: Αποδοχή της ψυχοσεξουαλικής ωρίμανσης

Βραχυπρόθεσμος Στόχος: Μέσα από θεατρικές δραστηριότητες και πιο συγκεκριμένα το «παίξιμο ρόλων» το παιδί καλείται να αναθεωρήσει θέσεις και απόψεις που έχει όσο αναφορά τα πρότυπα του. Παράλληλα μπορεί να εκφράσει ανησυχίες ενώ μπορεί να βελτιώσει την παθητική του στάση και την υποχωρητικότητα, ώστε να γίνει περισσότερο αυτόνομο και όσο το δυνατόν ανεξάρτητο.

Τέλος τα ψυχαναγκαστικά στοιχεία και οι εμμονές που εμφανίζονται σε άτομα με ψυχογενή ανορεξία μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσα από δραστηριότητες που δεν θα δίνουν μεγάλη έμφαση στις λεπτομέρειες, αλλά σε όσες είναι απαραίτητες μια δραστηριότητα που ενδείκνυται είναι η αφημένη ζωγραφική όπου το άτομο αυτοσχεδιάζει χωρίς να ακολουθεί κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα.

Μακροπρόθεσμος Στόχος: Μείωση ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς.

Βραχυπρόθεσμος Στόχος: Μέσα από δημιουργικές ελεύθερες δραστηριότητες το παιδί εξασκεί την φαντασία του αλλά και την δημιουργική του σκέψη αφού είναι το ίδιο που αποφασίζει για την πορεία της δραστηριότητας με αποτέλεσμα να δίνεται έμφαση σε όσες λεπτομέρειες χρειάζονται κάθε φορά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ: ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

- Παπαγεωργίου Ευάγγελος (2000) «Ψυχιατρική» «Διαταραχές Διατροφής» Αθήνα, Έκδοση: Γρ. Παρισιάνος
- Ευθύμιος Κάκουρος, Κατερίνα Μανιαδάκη «Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων» «Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής κατά την παιδική και εφηβική ηλικία» «Ψυχογενής Ανορεξία» Αθήνα, Έκδοση: ΤΥΠΩΘΗΤΩ- Γιώργος Δαρδανός, 2005
- Ντιάνα Χαρίλα (2000) «Ήσυχια της Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Ψυχοπαθολογίας στην Ψυχογενή Ανορεξία» Αθήνα, Έκδοση: Ι.Ε.Θ.Σ. (2000)
- A. JAMES (1996) «Eating Disorders Food and Occupational Therapy» «Occupational Therapy in the Treatment of Eating Disorders» U.S.A. (1996)
- <http://www.iatronet.gr/> Πέτρος Σκαπινάκης «Θεραπεία των Διαταραχών στην Πρόσληψη τροφής» Έκδοση: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων (2004)
- <http://www.specialeducation.gr> Νίκος Τάκης «Τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας κατά το DSM-IV» Έκδοση: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων (2004)