

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΑ
ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΜΗ ΔΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΕΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΗΣ
ΚΑΡΤΑΛΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑΣ
1209

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΓΙΟΒΑΖΟΛΙΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2007-2008

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι διατροφικές διαταραχές και η αρνητική εικόνα σώματος αφορούν όλες τις κοινωνίες ανεξαρτήτως πολιτισμικού, οικονομικού ή θρησκευτικού υπόβαθρου. Όμως δεν είναι όμοιος ο τρόπος εκδήλωσης τους ούτε κι η συχνότητα εμφάνισης της κάθε διαταραχής. Στην παρούσα εργασία θα ασχοληθούμε με τις τρεις κυριότερες διατροφικές διαταραχές (ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία και διατροφική διαταραχή υπερφαγίας) και τον τρόπο εκδήλωσης τους διαπολιτισμικά και διαφυλετικά. Ακόμα θα γίνει λόγος για την παρουσία τους στο πέρασμα των αιώνων, τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση τους, την εικόνα σώματος και τα θεραπευτικά μοντέλα

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η αποχή από το φαγητό και συχνά και από το νερό είναι μία από τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται εδώ και αιώνες σε συνδυασμό με θρησκευτικές τελετουργίες. Χριστιανοί, Μουσουλμάνοι, Ινδουιστές, Εβραίοι και υποστηρικτές άλλων θρησκειών χρησιμοποιούν την νηστεία σαν ένδειξη πίστης και οδό προς την ένωση με το θείο. Πέρα όμως από την ασιτία που ίσως υπονοεί την ύπαρξη ανορεξίας από την αρχαιότητα συναντάμε και συμπτώματα βουλιμίας όπως αυτοπροκαλούμενους εμετούς και επεισόδια υπερτροφίας.

Αρχαίοι λαοί νήστευαν σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους, συνήθως το φθινόπωρο και την άνοιξη, πιστεύοντας ότι έτσι αυξάνεται η γονιμότητα τόσο του εδάφους όσο και των ανθρώπων. Οι πρώτοι Χριστιανοί είδαν την νηστεία σαν μέσο μετάνοιας και κάθαρσης ενώ αρχαίες φυλές της κεντρικής Αμερικής νήστευαν προκειμένου να αποτρέψουν την τιμωρία των θεών μέσω φυσικών καταστροφών (Kennedy).

Οι αρχαίοι Έλληνες και Αιγύπτιοι απείχαν από το φαγητό για σύντομες περιόδους αλλά όχι για παρατεταμένο χρόνο όπως συμβαίνει με την ψυχογενή ανορεξία. Η ηθελημένη ασιτία που ομοιάζει με τη σημερινή ανορεξία συναντάται σε αρχαίες ανατολικές θρησκείες με τη μορφή πνευματικού ασκητισμού (Bemporad, 1996, στο Miller, & Pumariega, 2001; Bemporad, 1996, στο Miller, & Pumariega, 1999).

Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα λόγω καταστροφών και πολέμων υπήρξε λιμός και η εκούσια ασιτία ήταν εξαιρετικά σπάνια (Bemporad, 1996, στο Miller, & Pumariega, 2001) ενώ στην αναγέννηση η εθελοντική αποχή από το φαγητό για θρησκευτικούς και πνευματικούς λόγους έκανε την επανεμφάνιση της και θεωρήθηκε ως ένδειξη αγιοσύνης ακόμα κι αν οδηγούσε στο θάνατο (Bell, 1985, στο Miller, & Pumariega, 2001). Ο Bell μελέτησε τη ζωή 261 αγίων που έζησαν στην Ιταλική χερσόνησο από το 1200 μ.Χ. αναζητώντας αποδείξεις για αυτό που ονόμασε ιερή ανορεξία, την άρνηση δηλαδή τροφής λόγω της πεποίθησης της ιερότητας του σκοπού (Bell, 1985, στο Keel, & Klump, 2003). Παρόμοια κίνητρα συναντάμε και στην κινέζικη παράδοση Daoist η οποία περιλαμβάνει πρακτικές νηστείας με πνευματικά οφέλη και σωματική μεταμόρφωση. Συγκεκριμένα, μετά την πάροδο

εννέα ετών νηστείας ο άνδρας σύμφωνα με το Sandong zhunang, ένα κείμενο του Daoist , είναι ικανός να διατάζει δαίμονες και πνεύματα ενώ χαρακτηρίζεται πλέον ως “τελειοποιημένος άνδρας” (Eskildsen, 1998, στο Rieger, Touyz, Swain, & Beumont , 2001). Η ίδια παράδοση προέβλεπε για τις γυναίκες περιορισμό και αποχή από το φαγητό συχνά μέχρι τον αναπόφευκτο θάνατο ομοιάζοντας σύμφωνα με την Cahill με τις δυτικές αγίες (Cahill, 1993, στο Rieger et al., 2001).

Κατά τη διάρκεια του 17^{ου} και του 18^{ου} αιώνα η εικόνα της αγίας αντικαταστάθηκε από την εικόνα της μάγισσας αφού οι πολύ αδύνατες γυναίκες θεωρούνταν σατανικές και κατελιημμένες από το διάβολο (Sontag, 1978, στο Miller, & Pumariega, 2001). Η ασιτία όμως μέχρι θανάτου παρέμεινε και τράβηξε το ιατρικό ενδιαφέρον. Από το 1685 μέχρι το 1710 οι Bliss & Branch (Bliss, & Branch, 1960, στο Keel, & Klump, 2003) βρήκαν επτά ιατρικές θέσεις για την ανορεξία ενώ ο Morton στα 1694 περιέγραψε δύο περιπτώσεις με αμηνόρροια και σημαντική απώλεια βάρους (Morton, 1694, στο Keel, & Klump, 2003). Οι παραπάνω περιπτώσεις αφορούν γυναίκες αλλά υπάρχει και η πρώτη καταγεγραμμένη περίπτωση νεαρού αγοριού με διατροφική διαταραχή στα 1689 από τον γιατρό Richard Morton (Carlat, Camargo, & Herzog, 1997). Η ιδέα ότι το πολύ αδύνατο σώμα είναι το ιδανικό έκανε την εμφάνιση της στις αρχές του 19^{ου} αιώνα. Το να είναι μια γυναίκα αδύνατη και με διάφανο δέρμα αποτελούσε ένδειξη της αριστοκρατικής της καταγωγής. Ήταν της μόδας μια γυναίκα να μοιάζει άρρωστη (Sontag, 1978, στο Miller, & Pumariega, 2001).

Στην Ασία αντίθετα από τον παραδοσιακά δυτικό κόσμο το αδύνατο σώμα ήταν επιθυμητό σε μια γυναίκα αφού έτσι παρουσιάζεται στα Ukiyoe, μια χαρακτηριστική μορφή τέχνης της Ιαπωνίας από τον 17^ο ως τις αρχές του 19^{ου} αιώνα (Nogami, 1997, στο Soh, Touyz, & Surgenor, 2006). Η Κίνα έχει να προσφέρει το χαρακτηριστικό παράδειγμα μιας λογοτεχνικής ηρωίδας του 18^{ου} αιώνα που περιγράφεται σαν το αδύνατο πρότυπο της κινέζικης γυναικείας ομορφιάς (Kok, & Tian, 1994, στο Soh et al., 2006) ενώ ακόμα και στον 20^ο αιώνα το ίδιο πρότυπο παραμένει (Chang, 1991, στο Soh et al., 2006).

Σαφείς περιγραφές περιπτώσεων ανορεξικών γυναικών καταγράφονται και στον 19^ο αιώνα. Χαρακτηριστικά ο Marce (Marce, 1860, στο Keel, & Klump, 2003) περιγράφει μια μορφή υποχονδρίας στην οποία κορίτσια στην εφηβεία χάνουν την όρεξη τους, σταματούν να τρέφονται και καταλήγουν σκελετοί χωρίς ιστό λίπους.

Σημειώνει ότι η άρνηση τροφής δεν οφείλεται σε στομαχικά προβλήματα. Ο Parry-Jones (Parry-Jones, 1985, στο Keel, & Klump, 2003) βρήκε αποδείξεις για 40 περιπτώσεις ανορεξίας μεταξύ 36000 ασθενών που εισήχθησαν σε νοσοκομεία από το 1812 μέχρι και το 1917 και κάνει λόγο για μια νεαρή γυναίκα που προσήλθε σε άσυλο το 1831 με χρόνια άρνηση τροφής και η οποία τελικά κατέληξε μετά από 12 ημέρες ασιτίας. Ο Brumberg (Brumberg, 1989, στο Keel, & Klump, 2003) αναφέρει τα ονόματα τριών κοριτσιών στα τέλη του 19^{ου} αιώνα που σύμφωνα με πληροφορίες πέθαναν από ασιτία πριν κλείσουν τα 22. Ωστόσο τα κίνητρα τους είναι αδιευκρίνιστα και πιθανόν να διαφοροποιούνται από τα σύγχρονα ανάλογων περιπτώσεων. Μια ερμηνεία σύμφωνα με τον Chipley (Chipley, 1860, στο Keel, & Klump, 2003) είναι ότι οι γυναίκες που νήστευαν τον 18^ο και 19^ο αιώνα τραβούσαν την προσοχή των μέσων ενημέρωσης της τότε εποχής και γίνονταν διάσημες σε Ευρώπη και Αμερική (Bemporad, 1996, Brumberg, 1989, Vandereycken & Van Deth, 1994, στο Keel, & Klump, 2003).

Σήμερα η νηστεία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι των περισσότερων θρησκευτικών όπως του Ισλάμ και του Χριστιανισμού. Συγκεκριμένα, οι τελευταίοι καθιέρωσαν τη νηστεία σαν εθελοντική περίοδο προετοιμασίας για συμμετοχή στο μυστήριο της Θείας Κοινωνίας ενώ οι Μουσουλμάνοι κατά την περίοδο του Ραμαζάνι απέχουν από κάθε μορφή τροφής από την ανατολή του ήλιου ως τη δύση.

Πέρα όμως από την εθελοντική αποχή από την τροφή για θρησκευτικούς λόγους η νηστεία χρησιμοποιείται και σαν μέσο άσκησης πολιτικής πίεσης. Σχεδόν σε όλα τα κράτη άνθρωποι καταφεύγουν σε απεργίες πείνας προκειμένου να εισακουστούν συχνά φτάνοντας στα όρια του θανάτου. Ίσως πιο γνωστή είναι η περίπτωση του Μαχάτμα Γκάντι ο οποίος θέλοντας να εμπνεύσει τους ακολούθους του για απόρριψη της βίας επέβαλε στον εαυτό του την ασιτία μέχρι θανάτου (Kennedy). Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι αν και φαίνεται να υπάρχει μια στενή σχέση μεταξύ νηστείας και ανορεξίας δε θα πρέπει η πρώτη να θεωρείται σημάδι μιας επερχόμενης διαταραχής αν χρησιμοποιείται για συγκεκριμένο, συνήθως θρησκευτικού περιεχομένου σκοπό.

Κάνοντας παρόμοια ιστορική ανασκόπηση συναντάμε σε διάφορες κουλτούρες συμπεριφορές που ομοιάζουν με αυτές της ψυχογενούς βουλιμίας. Σύμφωνα με τον Nasser (Nasser, 1993, στο Miller, & Pumariega, 2001) τέτοιου είδους ηδονιστικές συμπεριφορές έχουν καταγραφεί στην αρχαία Ελλάδα, Αίγυπτο, Ρώμη και Αραβία.

Ωστόσο η υπερφαγία και ο επακόλουθος εμετός κατά την αρχαιότητα αν και αποτελούσαν δημοφιλείς πρακτικές σε κάποιους λαούς δε πρέπει οπωσδήποτε να θεωρηθούν βουλιμικές συμπεριφορές με τη σύγχρονη έννοια (Russell, 1997, στο Miller, & Pumariega, 2001). Όπως και με την περίπτωση του ασκητισμού έτσι κι εδώ το κίνητρο διαφοροποιείται. Στην αρχαία Ρώμη για παράδειγμα, μετά από ένα βαρύ γεύμα οι πλούσιοι αριστοκράτες συχνά κατέφευγαν στη χρήση εμετικών προς ανακούφιση (Crichton, 1996, στο Miller, & Pumariega, 2001). Ωστόσο, αν και η υπερτροφία και ο επακόλουθος εμετός φαίνεται να ήταν συχνές τακτικές στην αρχαία Ρώμη σύμφωνα με τον Crichton (Crichton, 1996, στο Keel & Klump, 2003) δύο Ρωμαίοι αυτοκράτορες πιθανόν να έπασχαν από βουλιμία.

Από τον 8^ο μ.Χ. αιώνα υπάρχουν καταγεγραμμένες αναφορές που δείχνουν ότι και στον αραβικό κόσμο οι διατροφικές συμπεριφορές που περιγράφηκαν ήταν γνωστές (Gruner, 1930, στο Nasser, 1993 και στο Keel, & Klump, 2003). Στο ίδιο κείμενο αναφέρονται τα προβλήματα που προκαλεί ο εμετός σε διάφορα όργανα του σώματος και ο κίνδυνος ανάπτυξης μιας χρόνιας πάθησης. Αυτό που εντυπωσιάζει είναι ότι αναγνωρίστηκαν τα συμπτώματα της σημερινής βουλιμίας καθώς και ο κίνδυνος να εξελιχθούν σε μία χρόνια διαταραχή. Αντίθετα στην αρχαία Αίγυπτο η τακτική του εμετού χρησιμοποιούνταν ευρέως και επιβάλλονταν για ιατρικούς λόγους (Nasser, 1993, στο Miller, & Pumariega, 2001).

Μεταξύ του 12^{ου} και 17^{ου} αιώνα άγιοι που νήστευαν παρουσίαζαν επεισόδια υπερτροφίας όπως η αγία Βερονίκη ή αυτοπροκαλούμενους εμετούς όπως η αγία Αικατερίνη αν και σύμφωνα με τους Keel, & Klump (2003) οι περιπτώσεις αυτές μοιάζουν περισσότερο με την ανορεξία καθαρκτικού τύπου (Bell, 1985, Rampling, 1985, στο Keel, & Klump, 2003).

Ο 18^{ος} αιώνας μας δίνει αρκετές αναφορές για νεαρούς εφήβους (αγόρια και κορίτσια) που παρουσίαζαν περιόδους εναλλαγής νηστείας-υπερτροφίας και συχνά κατέφευγαν στη χρήση αντισταθμιστικών μέτρων μετά από κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής (Rosenvinge, & Vandereycken, 1994, B.Parry-Jones, & Parry-Jones, 1991, B.Parry-Jones, 1992, στο Keel, & Klump, 2003). Σύμφωνα με τον Pope και τους συνεργάτες του (Pope et al., 1985, στο Keel, & Klump, 2003) εμφανείς περιπτώσεις βουλιμίας όπως ορίζεται στο DSM-III απουσιάζουν από τα ψυχιατρικά κείμενα του 19^{ου} αιώνα αν και ο Habermas (Habermas, 1989, στο Keel, & Klump, 2003) θεωρεί ότι σε ένα από αυτά περιγράφεται η περίπτωση μιας γυναίκας με βουλιμικά συμπτώματα.

Στις αρχές του 19^{ου} αιώνα και συγκεκριμένα το 1903, ο Pierre Janet αναφέρει τέσσερα άτομα με συνεχή επεισόδια υπερφαγίας από τα οποία μόνο το ένα προκαλούσε εμετούς μετά από μεγάλη κατανάλωση τροφής. Οι υπόλοιπες τρεις περιπτώσεις θα μπορούσαν να είναι βουλιμία με τη σημερινή διάγνωση, ανορεξία καθαρκτικού τύπου ή ακόμη και διατροφική διαταραχή υπερφαγίας (Pope et al., 1985, στο Keel, & Klump, 2003).

Όσον αφορά τη διατροφική διαταραχή υπερφαγίας λόγω του πρόσφατου της αναγνώρισης της δεν έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές ιστορικές έρευνες για την καταγραφή της στους προηγούμενους αιώνες. Το γεγονός ωστόσο ότι τα επεισόδια υπερφαγίας που την χαρακτηρίζουν είναι κοινά με αυτά της βουλιμίας αφήνει υπόνοιες για εσφαλμένη αναγνώριση της σαν βουλιμία.

Η παρούσα εργασία επιχειρεί να παρουσιάσει συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα ερευνών σχετικά με την ύπαρξη ανορεξίας, βουλιμίας και διατροφικής διαταραχής υπερφαγίας σε κουλτούρες του μη δυτικού κόσμου καθώς και τις πιθανές παραλλαγές που εμφανίζουν σε κάθε πολιτιστικό πλαίσιο. Επίσης θα γίνει λόγος για τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση και εξέλιξη των διατροφικών διαταραχών όπως η βιολογική προδιάθεση, τα Μ.Μ.Ε αλλά και η εικόνα του σώματος. Τέλος, θα γίνει αναφορά στις ενέργειες πρόληψης και θεραπείας και στο πως το πολιτιστικό υπόβαθρο της κάθε περίπτωσης πρέπει να τις διαμορφώσει.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Παράγοντες κινδύνου αποτελούν τα στοιχεία εκείνα που αυξάνουν τις πιθανότητες ανάπτυξης κάποιας διατροφικής διαταραχής και περιλαμβάνουν το φύλο, την εθνικότητα, τη φυλή, διατροφικά ή γαστροεντερικά προβλήματα κατά την παιδική ηλικία, ανησυχίες για το ύψος και το βάρος, αρνητική αυτό-αξιολόγηση, σεξουαλική κακοποίηση και γενική ψυχιατρική συννοσηρότητα (Berkman, Lohr, & Bulik, 2007). Αντίθετα οι αιτιολογικοί παράγοντες είναι αυτοί που φαίνεται να συνδέονται άμεσα με την εκκίνηση ή διατήρηση ανώμαλων διατροφικών συμπεριφορών όπως είναι η βιολογική προδιάθεση και τα Μ.Μ.Ε.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Είναι κοινώς αποδεκτό ότι οι βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών όπως αποδείχθηκε από πρόσφατες έρευνες (Klump et al., 2001, Kortegaard et al., 2001, Wade et al., 2000, στο Keel, & Klump, 2003). Εξάλλου υπολογίζεται ότι οι γενετικοί παράγοντες ευθύνονται για το 56% του κινδύνου ανάπτυξης ψυχογενούς ανορεξίας (anred-causes). Πέρα όμως από τον πιθανό ρόλο της κληρονομικότητας που θα μας απασχολήσει παρακάτω, χημικές ουσίες και συγκεκριμένα η ντοπαμίνη κι η σεροτονίνη φαίνονται να εμπλέκονται στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Είναι πιθανό οι διατροφικές διαταραχές να οφείλονται εν μέρει σε χημικές ανωμαλίες του εγκεφάλου. Εξάλλου, οι γυναίκες με ιστορικό βουλιμίας εμφανίζουν υψηλότερα του φυσιολογικού επιπέδου πολυπεπτιδίου YY στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό τους- το νευροπεπτίδιο Y και το πολυπεπτίδιο YY έχουν συσχετισθεί με τις διατροφικές διαταραχές (Kaye, Berretini, Gwirtsman, & George, 1990, στο Kalat, 2003).

Η ντοπαμίνη παίζει σημαντικό ρόλο στις διατροφικές συνήθειες αφού σχετίζεται με το βάρος, τις συμπεριφορές διατροφής, ενίσχυσης και ανταμοιβής (Boyles, 2005; Hitti, 2005). Έρευνες πρόσφατα απέδειξαν μετά από σύγκριση εικόνων εγκεφάλων υγιών και πρώην ανορεξικών γυναικών ότι στις δεύτερες υπήρχε αυξημένη δραστηριότητα σε περιοχές που παράγουν ντοπαμίνη. Όπως σημειώνουν οι ίδιοι οι ερευνητές, Kaye και Bailer, ίσως αυτή η ανακάλυψη να εξηγεί γιατί οι άνθρωποι με ανορεξία μπορούν να χάνουν βάρος, να μην τρέφονται, να ασκούνται εντατικά και να μην επηρεάζονται από φυσιολογικές επιβραβεύσεις (Hitti, 2005). Πιθανόν λοιπόν να δίνεται μια πρώτη ερμηνεία γιατί ενώ οι ασθενείς με ανορεξία αισθάνονται ότι πρέπει να χάσουν βάρος δεν αντλούν ευχαρίστηση όταν τελικά τα καταφέρνουν (anred-causes).

Συνεχίζοντας τις έρευνες τους οι Kaye και Bailer συνέκριναν τη σεροτονική δραστηριότητα γυναικών που έπασχαν στο παρελθόν από τους δύο τύπους ανορεξίας (περιορισμένος και καθαρτικός τύπος) και βρήκαν αυξημένη δραστηριότητα ενός σεροτονικού υποδοχέα στον εγκέφαλο των πρώην, καθαρτικού τύπου, ανορεξικών γυναικών. Αυτή η υπερδραστηριότητα συνδέθηκε στις γυναίκες με τον περιορισμένο τύπο ανορεξίας με έναν τύπο άγχους γνωστό ως αποφυγή βλάβης. Οι ερευνητές

επιπλέον απέδειξαν ότι ακόμα κι ένα χρόνο μετά την αποθεραπεία οι αλλαγές στη σεροτονίνη είναι παρούσες (Boyles, 2005).

Η σεροτονίνη φαίνεται να σχετίζεται με τυπικές συμπεριφορές που παρουσιάζουν ασθενείς με διαταραχές διατροφής (όπως διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, στη διάθεση, στον έλεγχο των παρορμήσεων και τις ιδεοληψίες) αφού αν για κάποιο λόγο προκληθούν εμπόδια στα σεροτονικά μονοπάτια στον εγκέφαλο αυτές οι συμπεριφορές αναπαράγονται ακόμα και από ανθρώπους χωρίς παρόμοια διάγνωση. Επιπλέον 4 στις 6 έρευνες έδειξαν ότι άνθρωποι με ψυχογενή ανορεξία έχουν μια μέτρια αλλά αυξανόμενη συχνότητα ενός γονιδίου που σχετίζεται με έναν ανώμαλο σεροτονικό υποδοχέα. Ακόμα οι ασθενείς και των δύο διατροφικών διαταραχών ανταποκρίνονται σε αντικαταθλιπτικά μεταξύ των άλλων και ανασταλτικών παραγόντων σεροτονίνης τα οποία φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά για μείωση της υπερβολικής λήψης τροφής και πρόκλησης εμετού στους βουλιμικούς ασθενείς (Kaye, & Strober, 1999).

Η σεροτονίνη όμως φαίνεται να επηρεάζει και διαφορετικά την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Πρώην ασθενείς με ανορεξία και βουλιμία βρέθηκαν να έχουν αυξημένα επίπεδα συγκεντρώσεων 5-HIAA, το βασικό μεταβολίτη της σεροτονίνης, στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό τους. Συμπεριφορές που παρουσίασαν αυτοί οι άνθρωποι μετά την αποθεραπεία τους όπως εμμονές με τη συμμετρία και την ακρίβεια καθώς και τελειομανία έρχονται σε αντίθεση με ανθρώπους με χαμηλά επίπεδα 5-HIAA. Επομένως, μπορεί να είναι τα αυξημένα επίπεδα 5-HIAA που ευθύνονται για τις αρνητικές συνέπειες των διατροφικών διαταραχών που αναφέρθηκαν παραπάνω (Kaye, & Strober, 1999).

Έχοντας διαπιστώσει οι επιστήμονες το σημαίνοντα ρόλο της σεροτονίνης στράφηκαν στη μελέτη των γονιδίων και την πιθανή συμβολή τους στις διαταραχές αυτές.

Η Tracey Wade πραγματοποίησε έρευνα με 2.163 δίδυμες γυναίκες και βρήκε ότι τα γονίδια ευθύνονται για το 58% της εμφάνισης ψυχογενούς ανορεξίας ενώ περιβαλλοντικοί παράγοντες που βιώθηκαν μόνο από τη μία εκ των δύο διδύμων για το 48% (DeAngelis, 2002a). Ανάλογη έρευνα πραγματοποίησε η Bulik (Kaplan, 2004) με δίδυμες γυναίκες. Θέλοντας να μελετήσει την επίδραση των γονιδίων επικεντρώθηκε σε τρεις μεταβλητές: τον ρόλο της γονιδιακής κληρονομικότητας, τα κοινά περιβαλλοντικά στοιχεία στις ζωές των διδύμων και τα μοναδικά περιβαλλοντικά στοιχεία που αφορούσαν μόνο τη μία εκ των δύο γυναικών σε κάθε

ζευγάρι αδελφών. Βρήκε ότι η κληρονομικότητα για τη βουλιμία κυμαίνεται μεταξύ 59% και 83% ενώ για την ανορεξία μεταξύ 58% και 76%. Τέλος, έρευνα των Strober και των συνεργατών του με συμμετέχοντες άτομα με διατροφικές διαταραχές και μέλη των οικογενειών τους βρήκε ότι άτομα με γυναίκες συγγενείς που έπασχαν από ανορεξία και βουλιμία κινδύνευαν περισσότερο από την εκδήλωση κάποιων διατροφικών διαταραχών και ότι οι αιτιολογικοί παράγοντες ήταν κοινοί για ανορεξία και βουλιμία (Strober et al., 2000). Και για τις δύο διαταραχές τα ποσοστά είναι αρκετά υψηλά ώστε να δηλώνουν με σαφήνεια τον σημαντικό ρόλο της γενετικής προδιάθεσης.

Έχοντας καταλήξει στο ρόλο της κληρονομικότητας, τους ερευνητές απασχόλησε το γεγονός ότι μόνο μία εκ των δύο διδύμων εκδηλώνει κάποια διατροφική διαταραχή παρόλο που έχουν το ίδιο γενετικό υπόστρωμα και συνήθως μεγαλώνουν στο ίδιο περιβάλλον. Προς αυτήν την κατεύθυνση κινήθηκαν οι έρευνες της Wade η οποία βρήκε ότι μεταξύ δύο ομοζυγωτικών διδύμων οι βουλιμικές χαρακτηρίζονται συνήθως ως πιο αγχωμένες, είναι πιο πιθανό να διαγνωστούν με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και σαν παιδιά ήταν αγχώδη και φοβισμένα. Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι οι δίδυμες με βουλιμία παρουσίαζαν μεγαλύτερα ποσοστά ασυμφωνίας μέσα στο οικογενειακό τους περιβάλλον (DeAngelis, 2002a).

Πέρα όμως από τις μελέτες με δίδυμες γυναίκες οι ερευνητές έστρεψαν το ενδιαφέρον τους στο γενικότερο οικογενειακό περιβάλλον ασθενών με διατροφικές διαταραχές και βρήκαν ότι συχνά και τα υπόλοιπα μέλη των οικογενειών παρουσίαζαν ανώμαλες διατροφικές συμπεριφορές ή και διαταραχές (όχι απαραίτητα τις ίδιες). Οι συγγενείς ανθρώπων με διαγνωσμένη διατροφική διαταραχή έχουν από 7 μέχρι 12 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες εκδήλωσης κάποιας διατροφικής διαταραχής σε σχέση με συγγενείς ατόμων χωρίς κάποια παρόμοια διάγνωση (Kaplan, 2004). Άλλες έρευνες προτείνουν ότι άνθρωποι με μητέρα ή αδελφή με ψυχογενή ανορεξία έχουν 12 φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν και οι ίδιοι την διαταραχή και 4 φορές να εκδηλώσουν ψυχογενή βουλιμία (anorexia-causes).

Τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνονται αναμενόμενα αν αναλογιστούμε το διπλό μειονέκτημα που συχνά άτομα με συγγενείς με κάποια διατροφική διαταραχή έχουν να αντιμετωπίσουν. Όχι μόνο κληρονομούν γονίδια που προδιαθέτουν για διατροφικές διαταραχές αλλά μεγαλώνουν και σε περιβάλλον διαμορφωμένο από τον πάσχοντα γονέα ο οποίος άθελα του επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες των απογόνων (Bulik, Reba, Siega-Riz, & Reichborn-Kjennerud, 2005).

Το ενδιαφέρον των ερευνητών για την εύρεση υπεύθυνων γονιδίων την τελευταία δεκαετία κατέληξε σε σημαντικά ευρήματα που ήδη αποτελούν αφετηρία για περαιτέρω διερεύνηση. Συγκρίνοντας το DNA ανθρώπων που πάσχουν από ανορεξία με αυτό μελών των οικογενειών τους που επίσης είχαν κάποια διατροφική διαταραχή οι ερευνητές παρατήρησαν στον γενετικό χάρτη των ατόμων κάποιους γενετικούς δείκτες. Συγκεκριμένα, βρήκαν ισχυρές ενδείξεις για ύπαρξη ευαίσθητων γονιδίων στο χρωμόσωμα 1 όσον αφορά την ανορεξία και στο χρωμόσωμα 10 για τη βουλιμία (Kaplan, 2004). Πρέπει να διευκρινιστεί ότι το παραπάνω εύρημα δε σημαίνει ότι οι επιστήμονες βρήκαν το υπεύθυνο γονίδιο για τις διατροφικές διαταραχές αλλά ότι τα συγκεκριμένα χρωμοσώματα πιθανόν περιέχουν περιοχές άξιες να τραβήξουν το ενδιαφέρον. Εξάλλου, η οποιαδήποτε προδιάθεση απαιτεί έναν αριθμό γονιδίων και όχι μόνο ένα. Ίσως τα γονίδια που απασχολούν τους ερευνητές να είναι υπεύθυνα για χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως το άγχος και η τελειομανία ή για μεταβολικούς παράγοντες που παίζουν ρόλο στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών (DeAngelis, 2002b).

Μελέτη της Klump αποδεικνύει την σημασία της εφηβείας σαν περίοδο εκκίνησης διατροφικών διαταραχών. Εξετάζοντας τις αναπτυξιακές διαταραχές των γονιδιακών επιδράσεων στην εμφάνιση διαταραγμένων συμπεριφορών διατροφής σε εντεκάχρονα και δεκαεφτάχρονα δίδυμα κορίτσια, δε βρήκε κάποια γενετική επίδραση στα νεαρότερα άτομα αλλά ένα ποσοστό 55% για τα μεγαλύτερα, γεγονός που αποδεικνύει ότι η εφηβεία παίζει ρόλο στο ξεκίνημα διατροφικών διαταραχών (DeAngelis, 2002a).

Πέρα όμως από τη δύναμη της βιολογικής προδιάθεσης άλλοι παράγοντες όπως τα ενδο-οικογενειακά προβλήματα, η επιρροή των Μ.Μ.Ε και η προβολή μιας ιδανικής κουλτούρας με συγκεκριμένο σωματότυπο ασκούν επίδραση και συμβάλλουν στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Στις αρχές του 21^{ου} αιώνα τα Μ.Μ.Ε παίζουν κυρίαρχο ρόλο στην καθημερινότητα εκατομμυρίων ανθρώπων. Μέσω της συνεχούς προβολής εικόνων, ιδεών κι απόψεων τείνουν να πείσουν το ευρύ κοινό για την ορθότητα των όσων προβάλλονται

συμπεριλαμβανομένου και του ιδανικού γυναικείου σώματος. Η τηλεόραση, τα περιοδικά, οι διαφημίσεις και άλλα μέσα που έχουν μπει στη ζωή των ανθρώπων στις σύγχρονες κοινωνίες βομβαρδίζουν καθημερινά με μηνύματα και εικόνες καταφέροντας να καθιερώσουν λανθασμένες ιδέες ως σωστές στο μυαλό εκατομμυρίων ανθρώπων και ιδιαίτερα των έφηβων κοριτσιών. Η δύναμη της εικόνας είναι αδιαμφισβήτητη, είναι όμως και υπεύθυνη για το ξεκίνημα των διατροφικών διαταραχών;

Στο παραπάνω ερώτημα επιχείρησαν να απαντήσουν πλειάδα επιστημόνων ερευνώντας τις πιθανές επιδράσεις των Μ.Μ.Ε στις διατροφικές συνήθειες των γυναικών με πιο γνωστές ίσως τις έρευνες της A.Becker και των συνεργατών της στα νησιά Φίτζι (Becker, Burwell, Gilman, Herzog, & Hamburg, 2002; Becker, Burwell, Navara, & Gilman, 2003). Σκοπός της έρευνας ήταν να διαπιστωθεί ο βαθμός επίδρασης της δυτικής τηλεόρασης στη διαμόρφωση διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών. Δεδομένου ότι η δυτική τηλεόραση αποτελεί κάτι καινούριο για τους κατοίκους των νησιών (η πλειοψηφία των κατοίκων απέκτησε τηλεόραση το 1995) και η ύπαρξη διατροφικών διαταραχών θεωρείται σπάνια αποτέλεσε ένα ιδανικό περιβάλλον για μια μελέτη τέτοιου είδους.

Τα δεδομένα της έρευνας συλλέχθηκαν σε δύο χρονικές περιόδους, το 1995 όταν η δυτική τηλεόραση δεν είχε ακόμη συμπληρώσει ένα μήνα παρουσίας και το 1998. Οι διαφορές στα αποτελέσματα ήταν θεαματικές. Το ποσοστό των ατόμων με βαθμολογία πάνω από 20 στο EAT-26 ήταν 12.7% το 1995 και 29.2% το 1998. Η αύξηση του ποσοστού συνδέεται με δίαιτα και αυτοπροκαλούμενους εμετούς. Επιπλέον το ποσοστό των ατόμων που παραδέχτηκαν την πρόκληση εμετών για αποφυγή απόκτησης βάρους το 1995 ήταν 0% ενώ το 1998 11.3%. Η χρήση διουρητικών και καθαρτικών απουσίαζε και από τα δύο δείγματα όπως και το χαμηλό σωματικό βάρος. Τέλος, το ποσοστό υπερφαγίας δεν εμφάνισε σημαντική διαφορά, 7.9% το 1995 και 4.6% το 1998 (Becker et al., 2002). Η επίδραση της τηλεόρασης γίνεται ιδιαίτερα αισθητή μέσω της συγκεκριμένης έρευνας αφού μέχρι τότε οι κάτοικοι των νησιών Φίτζι θεωρούνταν προστατευμένοι απέναντι στις δίαιτες, τις διατροφικές διαταραχές και τη σωματική δυσαρέσκεια.

Τα παραπάνω δεδομένα δε θα πρέπει να μας ξαφνιάζουν αφού πλέον η λεπτότητα εξισώνεται με την ελκυστικότητα και οι γυναίκες στα Μ.Μ.Ε γίνονται όλο και πιο αδύνατες τα τελευταία 30 χρόνια (Osvold, & Sodowsky, 1993). Αλλά δεν είναι μόνο η προβολή αδύνατων σωμάτων ως γοητευτικών ο μόνος τρόπος με τον οποίο τα μέσα

επηρεάζουν, κυρίως τις γυναίκες, στις διατροφικές τους συνήθειες. Η διαφήμιση φαγητών σύμφωνα με έρευνα έχει βάλει στο στόχαστρο το γυναικείο πληθυσμό (Silverstein et al., 1986, στο Osvold, & Sadowsky, 1993). Συγκρίνοντας 48 γυναικεία περιοδικά και 48 ανδρικά, βρέθηκαν 63 διαφορετικές διαφημίσεις για φαγητά διαίτης στα πρώτα ενώ μόλις μία στα δεύτερα. Φαίνεται ότι τα γυναικεία περιοδικά θέλουν τις γυναίκες αδύνατες αλλά τότε πως εξηγούνται οι 1179 διαφορετικές διαφημίσεις φαγητών που βρέθηκαν σε αυτά έναντι των μόλις 10 στα αντίστοιχα ανδρικά; Σύμφωνα με τη γνώμη των περιοδικών αυτών οι γυναίκες πρέπει να περικυκλώνονται από φαγητά, να κατακλύζονται καθημερινά από εικόνες παχυντικών ή απλώς πλήρη σε θερμίδες φαγητών αλλά να τρώνε όλο και λιγότερο και αποκλειστικά προϊόντα διαίτης.

Αν και τα Μ.Μ.Ε έχουν σαν κύριο στόχο το γυναικείο φύλο, το ανδρικό δε μένει ανεπηρέαστο στο δυτικό κόσμο και καλείται επίσης να αντιμετωπίσει “πιέσεις” για τη σωματική εικόνα μέσω της διαφήμισης. Με αφορμή την παραπάνω διαπίστωση πραγματοποιήθηκε συγκριτική μελέτη για τη σωματική δυσαρέσκεια ανάμεσα σε Ταϊβανέζους και άνδρες του δυτικού κόσμου και αναζητήθηκε ο πιθανός ρόλος των διαφημίσεων στα έντυπα (Yang, Chi-Fu, Gray, & Pope, 2005). Η υπόθεση των ερευνητών για μειωμένη δυσαρέσκεια στους Ταϊβανέζους επιβεβαιώθηκε καθώς οι διαφημίσεις στην Ταϊβάν χρησιμοποιούσαν λιγότερο το γυμνό ανδρικό σώμα σε σχέση με τη δύση. Φαίνεται ότι οι διαφημιστές και κατά συνέπεια και η κοινωνία της Ταϊβάν δεν εκτιμούν τη σωματική εμφάνιση σαν πρωτεύον χαρακτηριστικό της αρρενωπότητας σε αντίθεση με τους Αμερικανούς. Ένα ερώτημα όμως δημιουργείται: η μειωμένη ύπαρξη γυμνών ανδρικών σωμάτων στις Ταϊβανέζικες διαφημίσεις αποτελεί συνέπεια ή αιτία της μειωμένης αντιμετώπισης του σώματος σαν ένδειξη ανδρισμού; Η επιλογή αυτή των διαφημιστών εκφράζει τη γενικότερη κουλτούρα ή αποτελεί παράγοντα διαμόρφωσης της;

Πληθώρα ερευνητών φαίνεται να συμφωνούν στον τρόπο που τα Μ.Μ.Ε αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης διατροφικών διαταραχών συνδέοντας τη σωματική δυσαρέσκεια με τη διεθνοποίηση (δυτικοποίηση) και τη συνεχώς αυξανόμενη εκτίμηση της λεπτότητας (Garner et al., 1980, Striegel-Moore et al., 1986, στο Becker et al., 2002). Η συνεχής έκθεση σε εικόνες ομορφιάς που παρουσιάζονται ως ιδανικές οδηγεί στην αναπόφευκτη σύγκριση (Festinger, 1954, στο Becker et al., 2002) και συχνά σε αύξηση της σωματικής δυσαρέσκειας και διαταραχή της εικόνας του σώματος (Heinberg, & Thompson, 1992, στο Becker et al., 2002). Εξάλλου, σε

έρευνα με νεαρά άτομα Αυστραλιανής και Εσθονικής καταγωγής το διάβασμα περιοδικών μόδας συνδέθηκε με περιορισμό της τροφής, δίαιτα αλλά και διατροφική συμπτωματολογία (Tiggeman, & Ruutel, 2001).

Ωστόσο αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η έκθεση στα Μ.Μ.Ε μπορεί να επηρεάσει μόνο ευάλωτα άτομα με προϋπάρχουσα συμπτωματολογία ή προδιάθεση διατροφικών διαταραχών και ότι άνθρωποι με υγιή εικόνα σώματος κινδυνεύουν λιγότερο (Hamilton, & Walter, 1993, στο Becker et al., 2002).

Αν και δεν έχει αποδειχθεί ότι η έκθεση στα Μ.Μ.Ε δημιουργεί ανώμαλες διατροφικές συνήθειες αρκετές έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει μια στενή σχέση μεταξύ των παραπάνω. Συγκεκριμένα, μελετώντας τη σχέση μεταξύ της έκθεσης σε εικόνες τηλεοπτικών χαρακτήρων και ανώμαλης διατροφικής συμπεριφοράς οι Harrison και Cantor (Harrison, & Cantor, 1997, στο Harrison, 1997) βρήκαν ότι σε αντιδιαστολή με την παρακολούθηση κανονικών σε βάρος ή υπέρβαρων τηλεοπτικών προσωπικοτήτων, η παρακολούθηση προγραμμάτων με αδύνατους πρωταγωνιστές σχετιζόταν θετικά με κάποιες μορφές διατροφικής συμπτωματολογίας. Στα ίδια ευρήματα κατέληξαν και με τα περιοδικά μόδας ή άθλησης. Εξάλλου, πλειάδα ερευνητών που συνέκριναν γυναίκες που εκτέθηκαν σε αδύνατα πρότυπα μέσω των Μ.Μ.Ε με γυναίκες που δεν εκτέθηκαν, βρήκαν ότι οι πρώτες έτειναν να έχουν μεγαλύτερο βαθμό σωματικής δυσαρέσκειας, να υπερτιμούν τη σημασία της “σέξι” εμφάνισης και να έχουν μειωμένη εκτίμηση για το σώμα τους (Freedman, 1984, Tan, 1977, Meyers, & Biocca, 1992, στο Harrison, 1997).

Ωστόσο, υπάρχουν και έρευνες που δείχνουν χαμηλό ποσοστό σωματικής δυσαρέσκειας ή ανησυχίας παρά την έκθεση στα Μ.Μ.Ε. Οι Ogden και Elder (Ogden, & Elder, 1998) μελετώντας την ύπαρξη διατροφικών διαταραχών και σωματικής δυσαρέσκειας σε λευκές και Ασιάτισσες μητέρες και κόρες που κατοικούν στο Ηνωμένο Βασίλειο βρήκαν τα μεγαλύτερα ποσοστά σωματικής δυσαρέσκειας στις λευκές κόρες με επόμενες τις Ασιάτισσες μητέρες. Οι πιο ικανοποιημένες ήταν οι λευκές μητέρες και οι Ασιάτισσες κόρες. Σύμφωνα με τους ερευνητές τα παραπάνω αποτελέσματα πιθανόν να οφείλονται στην έλλειψη ασιατικών προτύπων στα Μ.Μ.Ε. Με τη λευκή κουλτούρα να επικρατεί στην εικόνα είναι δύσκολο να ταυτιστούν και κατά συνέπεια να ενσωματώσουν τα σωματικά πρότυπα, άποψη που ρίχνει μεγάλο ποσοστό ευθύνης στα Μ.Μ.Ε αφού υπονοεί ότι η αντικατάσταση των προτύπων με τα σωστά μπορεί να οδηγήσει τις γυναίκες αυτές σε ανάλογα ποσοστά σωματικής δυσαρέσκειας με αυτά των λευκών συνομηλίκων τους. Όσον αφορά τις Ασιάτισσες

μητέρες οι Hill και Batti (Hill, & Batti, 1995, στο Ogden, & Elder, 1998) υποθέτουν ότι απέκτησαν σωματική δυσαρέσκεια είτε όταν ζούσαν ακόμα στην ασιατική ήπειρο είτε παρακολουθώντας ασιατικές ταινίες με τις πρωταγωνίστριες να γίνονται όλο και λεπτότερες στη δύση.

Σε έρευνα τους οι Stice, Schupak-Neuberg, Shaw και Stein (Stice, Schupak-Neuberg, Shaw, & Stein, 1994, στο Harrison, 1997) συνέδεσαν έμμεσα την έκθεση στα Μ.Μ.Ε με συμπτωματολογία διατροφικών διαταραχών μέσω επικύρωσης του φυλετικού ρόλου, διεθνοποίηση του στερεοτύπου του ιδανικού σώματος και τη σωματική δυσαρέσκεια. Η προβολή γυναικών σαν σεξουαλικά αντικείμενα ίσως να αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ανάπτυξη μιας ανάλογης εικόνας εαυτού εφόσον μετά από χρόνια παρακολούθησης τα παραπάνω πρότυπα ενσωματωθούν στην αυτό-αντίληψη (Calogero, Davis, & Thompson, 2005).

Αυτό που οι παραπάνω ερευνητές προτείνουν είναι ότι η εικόνα του σώματος όπως διαμορφώνεται από τα Μ.Μ.Ε δεν αφορά μόνο τις σωματικές διαστάσεις αλλά και την υιοθέτηση μέσω μίμησης μιας διαστρεβλωμένης αυτό-αντίληψης σύμφωνα με την οποία η ατομική γυναικεία αξία εντοπίζεται στην αντιμετώπιση της σαν σεξουαλικό αντικείμενο. Όπως θα δούμε και στη συνέχεια, η αυτό-αντίληψη και η εικόνα του σώματος μπορούν να παίξουν προστατευτικό ρόλο ή αντίθετα να αποτελέσουν αιτία/αφορμή για εκκίνηση διατροφικών διαταραχών.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΝΔΟ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΔΕΣΜΩΝ

Η οικογένεια παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση συμπεριφορών και χαρακτηριστικών της προσωπικότητας αφού το κάθε μέλος της “στιγματίζει” το παιδί μέσω διαφορετικών προτύπων. Αναζητώντας το ρόλο της στις διατροφικές διαταραχές το πρόσωπο της μητέρας ξεχωρίζει και φαίνεται να εμπλέκεται άμεσα στις μετέπειτα διατροφικές συνήθειες των νεαρών μελών.

Συγκεκριμένα οι πρώιμοι δεσμοί που αναπτύσσονται μεταξύ μητέρας και βρέφους (όπως καταγράφονται στη θεωρία των δεσμών του Bowlby) μπορούν να μας παράσχουν χρήσιμες πληροφορίες για την κατανόηση των διατροφικών διαταραχών (Armstrong, & Roth, 1989, στο Salzman, 1997). Οι δεσμοί αυτοί διακρίνονται σε

τρεις κατηγορίες: τον ασφαλή δεσμό, τον δεσμό τύπου αποφυγής και τον αμφιθυμικό-αποδιοργανωμένο δεσμό (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978, Bowlby, 1969, Main, Tomasini, & Tolan, 1979, Sroufe, & Waters, 1977, Vaughn, Egeland, Sroufe, & Waters, 1979, Waters, 1978, Waters, Wippman, & Sroufe, 1979, στο Salzman, 1997). Με αφορμή τη διαπίστωση ότι τα μοντέλα των πρώιμων μητρικών δεσμών τείνουν να σταθεροποιούνται με το πέρασμα του χρόνου μέσω της εσωτερίκευσης και να επηρεάζουν την ποιότητα μετέπειτα δεσμών (Hazan, & Shaver, 1987, Main, & Kaplan, 1985, Kobak, Cole, Ferenz-Gillies, Fleming, & Gable, 1993, στο Salzman, 1997; Salzman, 1996, στο Salzman, 1997) αλλά και τα αποτελέσματα παλαιότερης έρευνας (1988) που συνέδεσε τα υποκείμενα με αμφιθυμικό δεσμό (σε αντίθεση με τα υποκείμενα με ασφαλή δεσμό) με κατάθλιψη και αρνητική ταυτοποίηση με τη μητέρα, ο Salzman μελέτησε τα άτομα της ομάδας του αμφιθυμικού δεσμού παλαιότερης έρευνας του (Salzman, 1988, στο Salzman, 1997) με σκοπό να βρει τη σχέση του δεσμού αυτού με τις διατροφικές διαταραχές.

Αυτό που χαρακτήριζε τη σχέση με τη μητέρα ήταν η ασυνέπεια, η έλλειψη παροχής φροντίδας και η συναισθηματική απουσία. Σύμφωνα με τα λεγόμενα των κοριτσιών συχνά αισθάνονταν ότι δεν υπήρχε κάποιος να τις προστατεύσει από καταστροφικές συμπεριφορές γεγονός που εσωτερίκευσαν σαν προσωπικά μοντέλα εμπειριών δεσμού. Με τον ερχομό της εφηβείας όλα τα κορίτσια της αμφιθυμικής ομάδας αισθάνονταν ότι πάντα θα κυριαρχούνταν από τις συναισθηματικές απαιτήσεις της μητέρας και τις δικές τους προσπάθειες να κερδίσουν την προσοχή της.

Σύμφωνα με τα λεγόμενα των κοριτσιών το βασικότερο στοιχείο που μείωνε την ποιότητα της σχέσης τους με τη μητέρα ήταν οι έντονες και απρόβλεπτες επιθέσεις της τελευταίας στην αυτό-εκτίμηση τους. Οι μητρικές επιθέσεις στην αυτό-εκτίμηση των κοριτσιών επικεντρώνονταν στην εξωτερική τους εμφάνιση και την κοινωνική αποδοχή, δύο τομείς εξαιρετικά ευαίσθητους και άμεσα εμπλεκόμενους με διατροφικές διαταραχές.

Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνουν τα παραπάνω αφού 7 στις 11 (63.3%) κοπέλες με αμφιθυμικό δεσμό είχαν βιώσει ανορεξία ενώ καμία από τις άλλες δύο ομάδες (ασφαλής και δεσμός τύπου αποφυγής) δεν είχαν παρόμοια διάγνωση. Σύμφωνα με τα λεγόμενα των πρώτων, ποτέ δε βίωσαν και άρα δεν έμαθαν την αμοιβαία ανταπόκριση σε έναν δεσμό ενώ συχνά αισθάνονταν την παράδοξη κατάσταση της επιθυμίας για επαφή με τη μητέρα με την ταυτόχρονη επιθυμία να τις

απορρίψουν. Η πείνα που επέβαλλαν στον εαυτό τους είχε δύο διαστάσεις: μία αίσθηση ελευθερίας αφού ήταν η μόνη κατάσταση στην οποία έκαναν και έπαιρναν επιβεβαίωση χωρίς τις υπονομεύσεις ή τους χειρισμούς της μητέρας και η πείνα για μια μορφή τροφής (φροντίδα, προσοχή, τρυφερότητα) που αν και η μητέρα τους δεν τους πρόσφερε δε μπορούσαν να σταματήσουν να την αποζητούν.

Τα αμφιθυμικά συναισθήματα και δράσεις των ασθενών με διατροφικές διαταραχές παρατηρήθηκαν και σε άλλες έρευνες ενισχύοντας τη σημασία των παιδικών δεσμών με τη μητέρα. Ο Ward σε έρευνα του (Ward, Ramsay, Turnbull, Benedettini, & Treasure, 2000) με ενήλικες ασθενείς διατροφικών διαταραχών και μια ομάδα ελέγχου βρήκε σημαντικές διαφορές στους αμοιβαίους δεσμούς που διαμόρφωναν. Συγκεκριμένα, οι πρώτοι εκδήλωσαν αντιφατικά συναισθήματα απέναντι στο ιατρικό προσωπικό παρόμοια με αυτά των παιδιών με αμφιθυμικό δεσμό προς τις μητέρες. Συχνά έδωχναν λεκτικά τον θεράποντα ιατρό ενώ σωματικά εκδήλωναν το φόβο εγκατάλειψης. Επιζητούσαν τη φροντίδα με αγχώδη τρόπο αλλά ταυτόχρονα υιοθετούσαν μια στάση αυτό-στήριξης αποφεύγοντας τους άλλους. Ο φόβος απώλειας του ανθρώπου με τον οποίο διαμόρφωναν δεσμό ήταν ισχυρός, υπονοώντας ότι ίσως οι (άλυτες) παρελθοντικές απώλειες να συνδέονται με τις διατροφικές διαταραχές. Πιθανόν η ανασφάλεια να αποτελεί το βασικό υπόβαθρο πάνω στο οποίο έρχονται να προστεθούν οι άλλοι παράγοντες για να διαμορφώσουν τελικά το άτομο με διατροφική διαταραχή και τους δεσμούς που αναπτύσσει.

Εκτός από τις διατροφικές διαταραχές και η σωματική δυσαρέσκεια συνδέθηκε με τον ανασφαλή δεσμό και το άγχος πρόωρου αποχωρισμού σε γυναίκες με ανορεξία ή βουλιμία (Troisi, Di Lorenzo, Alcini, Crose, & Di Pasquale, 2006). Σύμφωνα με τους συγγραφείς το άγχος της απόρριψης και της εγκατάλειψης, άμεσες συνέπειες των παραπάνω, μπορούν να θεωρηθούν σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες για υψηλά επίπεδα σωματικής δυσαρέσκειας σε ενήλικες γυναίκες με διατροφική ψυχοπαθολογία. Στα ίδια αποτελέσματα κατέληξε και έρευνα με ανήλικα κορίτσια στην προεφηβεία και εφηβεία (Sharpe et al., 1998, στο Troisi et al., 2006). Τα κορίτσια με ανασφαλή δεσμό εκδήλωσαν περισσότερες ανησυχίες για το βάρος τους και χαμηλή αυτοπεποίθηση.

Μακροχρόνια έρευνα του Stein και των συνεργατών του με δεκάχρονα παιδιά μητέρων που διαγνώστηκαν με κάποια διατροφική διαταραχή στον πρώτο χρόνο μετά τη γέννα, απέδειξε ότι βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν και τα ίδια μελλοντικά ανάλογα προβλήματα (Stein et al., 2006). Συγκεκριμένα, συγκέντρωσαν

υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με την ομάδα ελέγχου στις τρεις από τις τέσσερις υποκλίμακες του Child-EDE (Child version of the Eating Disorder Examination) υπονοώντας τις αυξημένες πιθανότητες που έχουν να καταφύγουν σε δίαιτα και να θεωρήσουν το βάρος και το σχήμα του σώματος σημαντικά στοιχεία για την αυτό-εκτίμηση τους. Ο αυξημένος κίνδυνος αυτών των παιδιών συνδέθηκε εκτός των άλλων και με τις συγκρούσεις με τη μητέρα κατά τη διάρκεια του γεύματος στην ηλικία του ενός και των πέντε ετών οι οποίες ήταν ιδιαίτερα αυξημένες σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Στην ηλικία του ενός η σύγκρουση εκδηλωνόταν σαν μια “μάχη” μεταξύ μητέρας-παιδιού με εμφανή ανησυχία του νηπίου, μη συμμόρφωση και σταθερή διακοπή του γεύματος ενώ αυτό που την χαρακτήριζε ήταν η άρνηση των μητέρων να αφήνουν τα παιδιά να φάνε με το δικό τους ρυθμό και η συνεχής ανησυχία τους για την ακαταστασία. Στην ηλικία των πέντε η μάχη αυτή επικεντρώνεται στην επιμονή της μητέρας για τον τρόπο και τη ποσότητα του γεύματος με επακόλουθη τη δυσαρέσκεια από την πλευρά του παιδιού, την έλλειψη συμμόρφωσης και τις αναπόφευκτες διακοπές του γεύματος.

Από την παραπάνω έρευνα φαίνεται ότι τα παιδιά μητέρων με διατροφικές διαταραχές και μεγάλο αριθμό συγκρούσεων με αυτές βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο υιοθέτησης ανώμαλων διατροφικών συνηθειών. Οι δύο παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο φαίνεται να είναι το χρονικό διάστημα κατά το οποίο η μητέρα βιώνει τη διατροφική διαταραχή και ο αριθμός και η ένταση των συγκρούσεων. Έτσι, όσο περισσότερο εκτίθεται το παιδί σε δυσλειτουργικά πρότυπα διατροφής τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες εσωτερίκευσης και μελλοντικής μίμησης τους.

Σε πολλές περιπτώσεις οι διατροφικές διαταραχές εξελίσσονται σαν ένας τρόπος ανάκτησης του ελέγχου που συχνά οι ασθενείς αυτοί νιώθουν να έχουν χάσει. Η εξουσία πάνω στο σώμα ικανοποιεί εν μέρει την απώλεια της από άλλους τομείς της ζωής (Katzman & Lee, 1997) και δίνει την ψευδαίσθηση μιας ισχυρής ατομικής ταυτότητας. Οι υπερπροστατευτικοί γονείς τείνουν με τη στάση τους να περιορίζουν τα δικαιώματα των νεότερων μελών της οικογένειας και αναπόφευκτα να τους αφαιρούν την εξουσία.

Ο αγώνας για αυτό-προσδιορισμό και επανάκτηση των ατομικών εξουσιών συχνά εκφράζεται σαν μια μάχη με το σώμα (και τον εαυτό) προκειμένου να αποφευχθεί η σύγκρουση με τους γονείς. Η μητρική υπερπροστασία συνδέεται και με τις

υποκλίμακες του EAT-26 για βουλιμία και δίαιτα αφού οι ανώμαλες διατροφικές συμπεριφορές-που μπορούν να γίνουν προάγγελοι για μετέπειτα ψυχοπαθολογία-είναι στην ουσία μια προσπάθεια για εσωτερικό έλεγχο (Ahmad et al., 1994, στο Furnham, & Adam-Saib, 2001). Για τις κόρες υπερπροστατευτικών γονιών αυτός ο εσωτερικός αυτό-έλεγχος έχει μεγάλη αξία αφού βιώνεται σαν κάτι απόλυτα προσωπικό και προστατευμένο από τις οικογενειακές επιρροές.

Η υπερπροστασία κι οι συγκρούσεις μεταξύ γονέων και παιδιών μελετήθηκαν σε έρευνα των Furnham και Husain (1999) και αναζητήθηκε η σχέση τους με ανώμαλες διατροφικές συμπεριφορές. 82 λευκές (μέσος όρος ηλικίας 22.13) και 55 Βρετανίδες ασιατικής καταγωγής (μέσος όρος ηλικίας 21.15) συμπλήρωσαν το PBI (Parental Bonding Instrument), το EAT-26 καθώς κι ένα ερωτηματολόγιο για τις συγκρούσεις με τους γονείς τους. Το τελευταίο περιελάμβανε τις εξής κατηγορίες: ρόλος της γυναίκας, επιλογές γάμου, χρόνος και συχνότητα των εξόδων των κοριτσιών και η επιλογή των φίλων.

Οι Ασιάτισσες συγκέντρωσαν υψηλότερο σκορ στο PBI όπως και στο ερωτηματολόγιο για τις συγκρούσεις (με τις περισσότερες να αφορούν τον πατέρα). Οι μητέρες φάνηκε να είναι πιο υπερπροστατευτικές από τους πατέρες αν και οι συγκρούσεις με αυτόν ήταν περισσότερες. Για τις Ασιάτισσες οι μεγαλύτερες συγκρούσεις αφορούσαν το ρόλο της γυναίκας και τις επιλογές γάμου ενώ για τις λευκές γυναίκες το ρόλο της γυναίκας και τις εξόδους. Δε βρέθηκαν διαφορές στο EAT-26 ανάμεσα στις δύο ομάδες γυναικών ούτε και σχέση μεταξύ των βαθμολογιών του PBI και του EAT-26. Στις Ασιάτισσες οι συγκρούσεις για τις εξόδους και την επιλογή των φίλων συνδέονταν με διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες. Φαίνεται ότι τα θέματα που επηρεάζουν την άμεση ζωή των νεαρών γυναικών κι οι συγκρούσεις για αυτά με τους γονείς κάνουν μια γυναίκα ευάλωτη στις διατροφικές διαταραχές.

Η διατροφή κατά την παιδική ηλικία ρυθμίζεται πλήρως από τον γονέα που αναλαμβάνει το τάισμα του παιδιού και που είναι συνήθως η μητέρα. Η σημασία της μητέρας στην υγιή ανάπτυξη του παιδιού είναι αδιαμφισβήτητη και αναγνωρίζεται σε κάθε κοινωνία και χρονική περίοδο όμως οι δεσμοί που αναπτύσσει το βρέφος μπορεί να διαφέρουν σε κάποιες κουλτούρες και να μην περιορίζονται στους γονείς του. Για παράδειγμα μερικά οικογενειακά συστήματα στην ανατολή είναι περισσότερο εκτεταμένα από αυτά της δύσης και περιλαμβάνουν και άλλα άτομα που συμμετέχουν στη φροντίδα του παιδιού κυρίως σαν βρέφος. Αυτή η διαμόρφωση διευκολύνει τη

μητέρα, πρακτικά και συναισθηματικά, αλλά δίνει και στο παιδί την ευκαιρία να συνδεθεί με περισσότερα άτομα. Επομένως οικογένειες με οργάνωση διαφορετική από αυτή που προτείνεται από τη θεωρία των δεσμών δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν παθολογικές αλλά σαν νέα σχήματα που αξίζουν μια αντικειμενική μελέτη (Bhui, & Morgan, 2007).

Η πλήρης προσαρμογή των διατροφικών συνηθειών του παιδιού στις επιθυμίες των άλλων (της μητέρας) μπορεί να οδηγήσει σε ανικανότητα κατανόησης των σημάτων που προέρχονται από τον ίδιο του τον οργανισμό τα οποία το πληροφορούν για την αίσθηση της πείνας καθώς και για την ποσότητα της τροφής που χρειάζεται. Μια τέτοια διατροφική αλληλεπίδραση μητέρας-παιδιού μπορεί να οδηγήσει σε παχυσαρκία ή διατροφικές διαταραχές. Εξάλλου έχει βρεθεί πως φοιτήτριες οι οποίες ανησυχούσαν υπερβολικά για το βάρος τους και ένιωθαν ενοχές για ότι έτρωγαν, είχαν γονείς οι οποίοι ήταν ιδιαίτερα παρεμβατικοί στο θέμα της διατροφής τους (Costanzo, & Woody, 1985, στο Κάκουρος και Μανιαδακη, 2002).

ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΥΣΑΡΕΣΚΕΙΑ

Είναι κοινώς αποδεκτό από την πλειοψηφία των ερευνητών παγκοσμίως ότι μια αρνητική εικόνα σώματος αποτελεί συχνά προάγγελο διατροφικών διαταραχών αφού είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου (Warren et al., 2005; Stice, & Shaw, 2002, Gowers, & Shore, 2001, Stice, 2002, στο Troisi et al., 2006). Ωστόσο στις μέρες μας όλες σχεδόν οι γυναίκες επιθυμούν ένα διαφορετικό σώμα από αυτό που έχουν και ένα μικρό ποσοστό σωματικής δυσαρέσκειας θεωρείται φυσιολογικό ιδιαίτερα στο γυναικείο πληθυσμό (Robin, Silberstein, & Striegel-Moore, 1984, στο Warren, et al., 2005).

Κάνοντας μια επισκόπηση της βιβλιογραφίας βλέπουμε ότι οι γυναίκες βιώνουν μεγαλύτερη σωματική δυσαρέσκεια και τους απασχολεί περισσότερο το βάρος τους από ότι τους άνδρες (Tiggeman, & Ruutel, 2001) ενώ τα ποσοστά αυξάνονται ακόμα περισσότερο για τις λευκές γυναίκες σε σύγκριση με τις γυναίκες άλλων φυλών (Rosen et al., 1991, Ahmad, Waller, & Verduyn, 1994, Wardle, & Marsland, 1990, στο Altabe, 1998; Lowry, Galuska, Fulton, Wechsler, Kann, & Collins, 2000, στο Soh et al., 2006; Wildes, & Emery, 2001; Caradas, Lambert, & Charlton, 2001). Αυτό δε

σημαίνει ότι απουσιάζουν έρευνες που δε βρίσκουν διαφορές στα διαφυλετικά ποσοστά (Dolan, Lacey, & Evans, 1990, στο Altabe, 1998) ή ακόμα ότι γυναίκες άλλης φυλής ή εθνικότητας βιώνουν μεγαλύτερη σωματική δυσαρέσκεια από τις λευκές (Robinson et al., 1996, στο Soh et al., 2006).

Επιχειρώντας να ερμηνεύσουν τα παραπάνω δεδομένα, ερευνητές αναζήτησαν τους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με τη σωματική δυσαρέσκεια. Ο Troisi και οι συνεργάτες του βρήκαν ότι το άγχος του πρόωρου αποχωρισμού και ο ανασφαλής δεσμός αποτελούν σημαντικούς προάγγελους υψηλών επιπέδων σωματικής δυσαρέσκειας (Troisi et al., 2006). Συγκεκριμένα, ο ανασφαλής δεσμός συνδέεται με αρνητική σωματική εκτίμηση αφού δημιουργεί αισθήματα απόρριψης, εγκατάλειψης και χαμηλής αυτό-εκτίμησης όχι μόνο σε νεαρά κορίτσια αλλά και σε ενήλικες γυναίκες με διατροφική παθολογία. Επομένως, ακολουθώντας το αναπτυξιακό μονοπάτι προς τη σωματική δυσαρέσκεια, οι εμπειρίες ανασφάλειας κατά την παιδική ηλικία επηρεάζουν την υποκειμενική αξιολόγηση του σώματος.

Το μέγεθος και το σχήμα του ιδανικού σώματος φαίνεται επίσης να συνδέεται με την ανάπτυξη σωματικής δυσαρέσκειας. Η αυτό-αντίληψη για τη σωματική εικόνα ενός ατόμου επηρεάζεται από το βαθμό στον οποίο τηρεί τα πολιτισμικά πρότυπα (Perez, & Joiner, 2003). Όση μεγαλύτερη η απόκλιση από αυτά, τόσο μεγαλύτερη αναμένεται να είναι και η σωματική δυσαρέσκεια. Για τις μαύρες γυναίκες το ιδανικό σωματικό μέγεθος είναι μεγαλύτερο από ότι για τις λευκές ή τις μιγάδες (Desmond et al., 1989, Powell, & Kahn, 1995, Parnell et al. 1996, στο Caradas, Lambert, & Charlton, 2001) και έτσι οι πρώτες βιώνουν λιγότερη πίεση για απόκτηση ενός αδύνατου σώματος, ζουν σε ένα περιβάλλον που τις επιτρέπει να είναι υπέρβαρες και ως ένα βαθμό είναι περισσότερο προστατευμένες απέναντι στη σωματική δυσαρέσκεια (Caradas et al., 2001). Ωστόσο και οι μαύρες γυναίκες κινδυνεύουν να αναπτύξουν σωματική δυσαρέσκεια αν υπάρξει απόκλιση ανάμεσα στο πραγματικό και στο ιδανικό τους σώμα (Higgins, 1987, στο Perez & Joiner, 2003). Αν αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους λιπόβαρο ή υπέρβαρο σε σχέση με την επικρατούσα ιδανική εικόνα τότε και αυτές θα εμπλακούν σε ανώμαλες διατροφικές συνήθειες ανάλογες με αυτές των λευκών γυναικών.

Σύμφωνα με μία άλλη άποψη οι γυναίκες είναι θύματα των κοινωνικών απαιτήσεων και προσδοκιών και άρα τα προβλήματα της σωματικής εικόνας είναι περισσότερο κοινωνικά παρά προσωπικά (Moulding, & Herworth, 2001). Ρίχνοντας την ευθύνη στα Μ.Μ.Ε και την ευρύτερη κουλτούρα της δίαιτας ο Davies (Davies,

1991, στο Moulding, & Herworth, 2001) μιλά για τον δυϊσμό ατόμου-κοινωνίας όπου οι κοινωνικές νόρμες και αξίες εσωτερικεύονται μέσω της κοινωνικοποίησης.

Εμπειρικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι δυτικές αξίες προδιαθέτουν τις γυναίκες να είναι δυσαρεστημένες με το σώμα τους μέσω της κοινωνικής σύγκρισης με γυναικεία πρότυπα (Warren et al., 2005). Επομένως σύμφωνα με τα παραπάνω οι γυναίκες οδηγούνται στη σωματική δυσαρέσκεια μέσω της εσωτερίκευσης ακατάλληλων προτύπων για το γυναικείο σώμα από τα Μ.Μ.Ε και άλλες πολιτισμικές πηγές.

Η θεωρία της αντικειμενοποίησης (objectification theory) όπως παρουσιάζεται από τον Calogero και τους συνεργάτες του (Calogero et al., 2005) συνδέει την αυτό-αντικειμενοποίηση με μια σειρά αρνητικών συνεπειών. Αυτό-αντικειμενοποίηση σύμφωνα με το συγγραφέα είναι η διαδικασία κατά την οποία οι γυναίκες αντιλαμβάνονται το σώμα τους σαν αντικείμενο και γίνονται χρόνιες παρατηρήτριες της φυσικής τους κατάστασης. Αυτός ο τρόπος αυτό-αντίληψης τις κάνει να νιώθουν ότι ασκούν κάποιον έλεγχο στον τρόπο που οι άλλοι τις συμπεριφέρονται. Τους δίνει δηλαδή μια μορφή δύναμης απέναντι σε καταστάσεις που ούτως ή άλλως δεν μπορούν να ελέγξουν. Σύμφωνα με πολλούς ερευνητές, η αυτό-αντικειμενοποίηση αυξάνει τις πιθανότητες για εκδήλωση σωματικής ντροπής, άγχους, αρνητικής στάσης απέναντι στην έμμηνο ρήση, κατάθλιψη, σεξουαλικής δυσλειτουργίας και ανώμαλης διατροφής (Calogero, 2004, Fredrickson, Roberts, Noll, Quinn, & Twenge, 1998, Noll, & Fredrickson, 1998, Roberts, 2004, Slater, & Tiggemann, 2002, Tiggeman, & Slater, 2001, στο Calogero et al., 2005). Εξάλλου η σωματική ντροπή αποτελεί ισχυρό κίνητρο για εμπλοκή σε ανώμαλες διαδικασίες απώλειας κιλών και αποστασιοποίηση μέσω αυτό-αντικειμενοποίησης.

ΕΠΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ

(acculturation)

Επιπολιτισμός σύμφωνα με τον ορισμό του Redfield (Redfield et al., 1936, στο Lester, 2004) συμβαίνει όταν ομάδες ατόμων από διαφορετικές κουλτούρες έρχονται σε συνεχείς, άμεσες επαφές με ένα πολιτισμικό σχέδιο διαφορετικό από αυτό της καταγωγής τους και προκαλούνται πολιτισμικές διαφορές σαν αποτέλεσμα της κλίσης δύο ή περισσότερων αυτόνομων πολιτισμικών συστημάτων.

Ο επιπολιτισμός φαίνεται να συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης κάποιας διατροφικής διαταραχής, αρνητική εικόνα σώματος και αυξημένο άγχος κοινωνικής προσαρμογής. Αντίθετα το έντονο αίσθημα φυλετικής και κοινωνικής ταυτότητας πολλές φορές λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στις πιέσεις της δυτικής, αδύνατης κοινωνίας. Έρευνα με Ασιάτες φοιτητές στις ΗΠΑ βρήκε ότι τα υψηλά ποσοστά επιπολιτισμού (τα οποία υπολογίστηκαν με τη χορήγηση του SL-ASIA, ενός τεστ ειδικά διαμορφωμένου για τους Ασιάτες) συνδέονταν στις γυναίκες με υψηλές βαθμολογίες στο EDI (Eating Disorders Inventory), βουλιμία, επιθυμία για αδυνάτισμα, αρνητική αυτό-συνειδητοποίηση και φόβους ωριμότητας. Στους άνδρες επίσης συνδέθηκε με υψηλά ποσοστά τελειομανίας (Davis, & Katzman, 1999).

Η σχέση επιπολιτισμού και τελειομανίας φαίνεται να αποκαλύπτει ένα μηχανισμό αφομοίωσης για τους περισσότερους μετανάστες οι οποίοι νιώθουν την ανάγκη να ξεπεράσουν τους εαυτούς τους και να βελτιωθούν προκειμένου να γίνουν μέρος της νέας κουλτούρας συχνά επικεντρώνοντας τις προσπάθειες αυτές στις αλλαγές της σωματικής τους εικόνας (Root, 1990, στο Davis, & Katzman, 1999).

Αν και στην πλειοψηφία των ερευνών της παγκόσμιας βιβλιογραφίας ο επιπολιτισμός παρουσιάζεται σαν ένοχος, υπάρχει και μια αντίθετη άποψη σύμφωνα με την οποία τα χαμηλά επίπεδα επιπολιτισμού κρύβουν περισσότερους κινδύνους για διατροφικές διαταραχές αφού η σύγκρουση της κουλτούρας καταγωγής και της κουλτούρας διαβίωσης οδηγεί σε υψηλά επίπεδα στρες (Smolak, & Striegel-Moore, 2001, στο Stark-Wroblewski, Yaniko, & Lupe, 2005; Ahmad, Waller, & Verduyn, 1994, McCourt, & Waller, 1995, στο Lake, Staiger & Glowinski, 2000).

Η εθνική και φυλετική καταγωγή μπορεί πολλές φορές να λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στα νέα δεδομένα ομορφιάς αλλά όχι πάντα. Για παράδειγμα μια 30χρονη μαύρη γυναίκα από τις Αντίλλες εκδήλωσε ψυχογενή ανορεξία μετά τη μετανάστευση της στην Ολλανδία (Willemsen, & Hoek, 2006). Η απώλεια βάρους έγινε συνειδητά όταν ανακάλυψε ότι στη νέα της χώρα το αδύνατο σώμα θεωρείται όμορφο. Αξίζει να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη γυναίκα είχε επιχειρήσει να χάσει κιλά και στην πατρίδα της με σκοπό να γίνει λιγότερο ελκυστική στο σύντροφο της που την κακοποιούσε σωματικά. Μια γυναίκα που χρησιμοποιεί τη σωματική της εμφάνιση σαν τρόπο διαφυγής και ρύθμισης διαφόρων προβλημάτων ίσως δεν αποτελεί το χαρακτηριστικότερο παράδειγμα αρνητικού επιπολιτισμού αφού οι τάσεις αλλαγής της εξωτερικής εμφάνισης προϋπήρχαν της μετοίκισής της.

Η αντίθετη άποψη για την “αθωότητα” του επιπολιτισμού στηρίζεται από τα αποτελέσματα έρευνας των Lake, Staiger και Glowinski (Lake, Staiger, & Glowinski, 2000) με γυναίκες γεννημένες στο Χονγκ-Κονγκ και την Αυστραλία, φοιτήτριες δύο πανεπιστημίων της τελευταίας. Διαχωρίζοντας το γυναικείο πληθυσμό γεννημένο στο Χονγκ-Κονγκ με βάση το αίσθημα της κινεζικής ταυτότητας σε παραδοσιακό και επιπολιτισμένο, κατέληξαν σε ασυνήθιστα αποτελέσματα αφού οι γυναίκες της παραδοσιακής ομάδας ήταν πιο επηρεασμένες από τις δυτικές αξίες σε σχέση με την ομάδα των επιπολιτισμένων. Οι ενδο-οικογενειακές συγκρούσεις που βιώνουν οι γυναίκες ασιατικής καταγωγής όταν επιχειρούν να ενσωματώσουν και να μιμηθούν τον ανεξάρτητο τρόπο ζωής του δυτικού κόσμου πιθανόν να οφείλονται για τα παραπάνω αποτελέσματα (McCourt, & Waller, 1995, στο Lake, Staiger & Glowinski, 2000). Εξάλλου, σε πολλά σημεία η δυτική ζωή έρχεται σε σύγκρουση με τις πολιτισμικές, θρησκευτικές και κατευθυνόμενες βάσει φύλου νόρμες των ασιατικών οικογενειών.

Ο επιπολιτισμός φαίνεται να επιδρά αρνητικά όταν το άτομο βρεθεί στο κατάλληλο πλαίσιο. Έρευνα των Bhugra, Bhui και Gupta (Bhugra, Bhui, & Gupta, 2000) στην βόρεια Ινδία, δε κατέληξε στον συσχετισμό επιπολιτισμού και υψηλών ποσοστών στη κλίμακα BITE αφού στην Ινδία η υιοθέτηση των έντονων εθνικών προτύπων ταυτίζεται με το σωστό. Αντίθετα μετανάστες στο Ηνωμένο Βασίλειο, βίωσαν μεγάλα ποσοστά πολιτισμικών συγκρούσεων αν και οι συγκρούσεις αυτές ήταν περισσότερο γνωστικές παρά συμπεριφορικές.

Εν κατακλείδι, δεν είναι εύκολο να χαρακτηρίσουμε τον επιπολιτισμό σαν παράγοντα κινδύνου αλλά ούτε και σαν προστατευτικό σύστημα απέναντι στο διαπολιτισμικό στρες. Περαιτέρω έρευνες απαιτούνται προκειμένου να διευκρινιστούν πιθανά χαρακτηριστικά που λειτουργούν είτε θετικά είτε αρνητικά όπως το φύλο, το θρήσκευμα και τα προσφερόμενα δικαιώματα της κοινωνίας καταγωγής απέναντι σε άτομα διαφόρων κοινωνικών ομάδων.

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΤΟ ΜΗ ΔΥΤΙΚΟ ΚΟΣΜΟ

Για πολλά χρόνια κυριαρχούσε η πεποίθηση ότι οι διατροφικές διαταραχές ήταν συνέπεια του τρόπου ζωής των σύγχρονων δυτικών κοινωνιών και ότι απουσίαζαν από τις λιγότερο εξελιγμένες κουλτούρες. Η πεποίθηση αυτή φαίνεται όχι μόνο από την πληθώρα των ερευνών που διεξήχθησαν τη δεκαετία του 1980 και μέχρι τις αρχές του 1990 στον δυτικό κόσμο (θεωρώντας την ανατολή προστατευμένη) αλλά και από τα ίδια τα διαγνωστικά κριτήρια που αναφέρονται στην επιθυμία για αδύνατο σώμα και φόβο πάχυνσης αγνοώντας τις περιπτώσεις αποχής από το φαγητό για θρησκευτικούς ή πνευματικούς λόγους που συχνά συναντάμε στις μη δυτικές κουλτούρες (Nasser, & Katzman, 2003). Μετέπειτα έρευνες σε τέτοιες κουλτούρες αποκάλυψαν την ύπαρξη ανώμαλων διατροφικών συμπεριφορών που ωστόσο δε μπορούν να αναγνωριστούν ως περιπτώσεις ανορεξίας αφού οι λόγοι αποχής από το φαγητό διαφέρουν από τους επίσημα καθορισμένους (Bennet, Sharpe, Freeman, & Carson, 2004).

Πάντως, αποδείξεις για την ύπαρξη διατροφικών διαταραχών από την αρχαιότητα σε διάφορους πολιτισμούς υπάρχουν και θέτουν υπό αμφισβήτηση τους ισχυρισμούς για αποκλειστικότητα της δύσης υπονοώντας την ύπαρξη τους σε διάφορες χρονικές περιόδους και σε μία ποικιλία κοινωνιών και φυλών (Bemporad, 1997, στο Miller, & Pumariega, 1999). Αξίζει να σημειωθεί ότι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν αύξηση της εν λόγω διαταραχής τις τελευταίες δεκαετίες καθώς η εμμονή για λεπτό σώμα αυξάνεται (Theander, 1970; Duddle, 1973, στο Nasser, 1986).

Η δύναμη της παγκοσμιοποίησης και των Μ.Μ.Ε σχετικά με το τι θεωρείται όμορφο γίνεται ιδιαίτερα αισθητή στην αραβική κουλτούρα η οποία μέχρι πρόσφατα θεωρούσε την λεπτότητα ανεπιθύμητη και το πάχος σαν σύμβολο γονιμότητας και πλούτου (Nasser, 1988, στο Abou-Saleh, Younis, & Karim, 1998; Hamadi, 1960, El-Sarrag, 1968, στο Nasser, 1986).

Σύμφωνα με την παλαιότερη αραβική ψυχιατρική λογοτεχνία, η ανορεξία αποτελούσε σπανιότητα (El-Sarrag, 1968, Okasha et al., 1977, στο Nasser, 1986) για αυτό και η πρώτη αναφορά με λεπτομερή καταγραφή της ύπαρξης ψυχογενούς ανορεξίας στον αραβικό κόσμο δεν έγινε μέχρι το 1996 (Abou-Saleh et al., 1998). Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας είναι ενδεικτικά της αυξανόμενης δυτικοποίησης αφού βρέθηκαν όχι μόνο νεαρά κορίτσια με συμπτώματα ανορεξίας

αλλά και αγόρια ένα εκ των οποίων ήταν μόλις 11 ετών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Σαουδική Αραβία αποδεικνύοντας την ύπαρξη περιπτώσεων ανορεξίας ακόμα και στα βάθη της κουλτούρας αυτής. Αν και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αναγνωρίζεται ο ρόλος του δυτικού κόσμου, καταγράφηκε και η περίπτωση μιας νεαρής νομάδας που ζούσε στην έρημο και διαγνώστηκε με ανορεξία επιβεβαιώνοντας το ρόλο των βιολογικών παραγόντων ιδιαίτερα αφού μετά την ηλεκτροσπασμωδική θεραπεία (ECT) άρχισε να τρώει και να κερδίζει βάρος.

Ο Nasser (1986) θέλοντας να μελετήσει τις διαφορές στην αντίληψη του σώματος και την πιθανή ύπαρξη διατροφικών διαταραχών μελέτησε Άραβες φοιτήτριες στα πανεπιστήμια Καΐρου και Λονδίνου. Σκοπός του ήταν να εντοπίσει την πιθανή συμβολή της ζωής σε μια σύγχρονη δυτική πόλη όπως το Λονδίνο σε αλλοδαπές Άραβες φοιτήτριες. Στο Λονδίνο δε βρέθηκε καμία περίπτωση ανορεξίας παρά μόνο βουλιμίας. Ωστόσο πέντε γυναίκες (σύνολο 50) παρουσίασαν εκτεταμένο ενδιαφέρον για το βάρος τους, έκαναν συχνά δίαιτα και παραδέχτηκαν περιόδους υπερτροφίας ακολουθούμενες από έντονες τύψεις. Μπορούν να θεωρηθούν ότι παρουσιάζουν εν μέρει σύνδρομο ψυχογενούς ανορεξίας (Mann et al., 1983, στο Nasser, 1986).

Στο δείγμα του Καΐρου δε καταγράφηκε καμία περίπτωση ανορεξίας ή βουλιμίας. Οι γυναίκες με αρνητική εικόνα σώματος συνδύαζαν τη δίαιτα με νηστεία και περπατούσαν πολύ προκειμένου να χάσουν κιλά. Η χρήση καθαρτικών, αυτοπροκαλούμενων εμετών και η υπερφαγία απουσίαζαν αφού τα υποκείμενα δε γνώριζαν ότι τέτοιες συμπεριφορές υιοθετούνται για απώλεια κιλών. Θέλοντας να ερμηνεύσει τις διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, ο Nasser τονίζει τη σημασία της δυτικοποίησης που ήταν ιδιαίτερα φανερή στο δείγμα του Λονδίνου. Τα κορίτσια αυτά είχαν την εικόνα σύγχρονων Ευρωπαίων τόσο στην εξωτερική τους εμφάνιση όσο και στην κοινωνική τους συμπεριφορά. Αντίθετα στο Κάιρο όλα τα κορίτσια ήταν ντυμένα παραδοσιακά (μερικά φορούσαν τσαντόρ), ήταν λιγότερο ανταγωνιστικά και προσανατολισμένα στους στόχους τους. Η ανταγωνιστικότητα εξάλλου, έχει αναγνωριστεί σαν παράγοντας που αυξάνει τον κίνδυνο για ανορεξία (Garner, & Garfinkel, 1980, στο Nasser, 1986).

Αξίζει να σημειωθεί ότι αν και η έρευνα του Nasser πραγματοποιήθηκε το 1986, μόλις τα πρότυπα του δυτικού κόσμου άρχισαν να εισβάλουν στην κοινωνία της Αιγύπτου και πριν καταλήξουν να αποτελούν μέτρο σύγκρισης για κάθε νέο άνθρωπο, καταγράφηκαν ανώμαλες διατροφικές συμπεριφορές (12% των συμμετεχόντων είχαν θετικό σκορ στο EAT-40 ~Eating Attitudes Test~). Είναι

λοιπόν λογικό να περιμένουμε αύξηση παρόμοιων καταγραφών από το 1986 ως τις μέρες μας αφού πλέον η κοινωνία του Καΐρου αποτελεί ένα άριστο δείγμα πρόσφατης δυτικοποίησης.

Καθώς το ενδιαφέρον για τι διατροφικές διαταραχές μεγάλωνε, το περιβάλλον μελέτης επεκτάθηκε καλύπτοντας χώρες και περιοχές μακριά από το δυτικό κόσμο. Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών διαψεύδουν την παλαιά πεποίθηση για αποκλειστικότητα της δύσης και ανοίγουν νέους δρόμους για μελέτη αιτιολογικών παραγόντων που δε περιορίζονται στα Μ.Μ.Ε αλλά συχνά από το εκάστοτε πολιτισμικό πλαίσιο.

Κάτοικοι του Κουρακάο πήραν μέρος σε μια τέτοια έρευνα αποδεικνύοντας την ύπαρξη ανορεξίας σε αυτό το νησί της Καραϊβικής με το ποσοστό μεταξύ των λευκών και μιγάδων κατοίκων του να είναι παρόμοιο με αυτό των ΗΠΑ και της Ολλανδίας (Hoek, et al., 2005). Η ανορεξία απουσίαζε από τους μαύρους κατοίκους του νησιού ενώ το συγκεντρωτικό ποσοστό για τις ηλικίες 17-24 ήταν εντυπωσιακά χαμηλότερο από το ανάλογο ποσοστό των παραπάνω χωρών. Οι κοινωνικο-πολιτισμικές διαφορές στο νησί φάνηκαν να σχετίζονται με την ύπαρξη ανορεξίας καθώς όσο το μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο μεγάλωνε τόσο αυξάνονταν και τα ποσοστά ανορεξίας.

Η απουσία ανορεξίας από το μαύρο πληθυσμό του νησιού δε ξαφνιάζει αφού είναι σύμφωνη με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών. Πληθώρα μελετητών (Caradas et al., 2001; Striegel-Moore, 2003) προτείνουν με τις έρευνες τους την ύπαρξη χαμηλότερου ποσοστού διατροφικών διαταραχών μεταξύ των μαύρων γυναικών σε σύγκριση με τις λευκές. Στις ίδιες έρευνες αν και οι έγχρωμες γυναίκες ζύγιζαν περισσότερο ήταν πιο ικανοποιημένες με το σώμα τους.

Μελετώντας την ύπαρξη ανορεξίας στο μη δυτικό κόσμο συχνά συναντάμε κουλτούρες στις οποίες η αποχή από το φαγητό δε σχετίζεται μόνο με την επιθυμία για απώλεια βάρους αλλά και με άλλους λόγους κυρίως θρησκευτικούς. Δεδομένου ότι οι διατροφικές διαταραχές και τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται για να αναγνωριστούν έχουν οριοθετηθεί στο δυτικό κόσμο και με βασικό κίνητρο την απώλεια κιλών για απόκτηση ομορφιάς (η ομορφιά ταυτίζεται με το αδύνατο σώμα) προκύπτει ένα ερώτημα: μπορεί να υπάρξει ανορεξία χωρίς το κίνητρο της ομορφιάς;

Ο φόβος για απόκτηση βάρους (fat phobia) έχει καθιερωθεί σαν βασικό χαρακτηριστικό της ανορεξίας και είναι η απάντηση που αναμένουμε από ένα ανορεξικό άτομο όταν το ρωτάμε γιατί δε τρώει. Η πεποίθηση αυτή φαίνεται εξάλλου και από τα ίδια τα διαγνωστικά εγχειρίδια DSM-IV και ICD-10 που μιλούν ξεκάθαρα

για φόβο πάχυνσης. Δεδομένα από το μη δυτικό κόσμο επιβεβαιώνουν την παραπάνω πρόταση. Έρευνα με μη ανορεξικά άτομα δείχνει ότι η πλειοψηφία των γυναικών στη βόρεια Αμερική θεωρεί τον εαυτό της χονδρό, την απασχολεί το βάρος και εφαρμόζει δίαιτες (Banks, 1992, στο Simpson, 2002). Πρόκειται όμως για υγιή άτομα και είναι γνωστό ότι όλοι οι άνθρωποι που κατά διαστήματα κάνουν δίαιτα ή επιθυμούν να χάσουν κιλά δε καταλήγουν με διατροφική διαταραχή. Το ερώτημα σύμφωνα με τον Simpson (2002) είναι πώς η ενασχόληση με τις δίαιτες και με την επίτευξη του ιδανικού σώματος στις δυτικές κοινωνίες σχετίζεται με τους υποκειμενικούς λόγους των ανορεξικών σε άλλες κοινωνίες. Αν η δύση πεινάει για να αδυνατίσει, ο υπόλοιπος κόσμος γιατί πεινάει;

Με την παγκοσμιοποίηση και συγκεκριμένα με την δυτικοποίηση που φαίνεται να καταλαμβάνει τον κόσμο συναντάμε όλο και περισσότερο το φόβο πάχυνσης σαν κύρια αιτία εκδήλωσης ψυχογενούς ανορεξίας. Η τηλεόραση και γενικότερα τα Μ.Μ.Ε κατάφεραν να επεκτείνουν την εικόνα και να καθιερώσουν στο συλλογικό ασυνείδητο την πεποίθηση ότι ωραίο είναι το αδύνατο. Συχνά συναντάμε στην παγκόσμια βιβλιογραφία ασθενείς με ανορεξία που αρνούνται να φάνε λόγω του φόβου τους απέναντι στο πάχος (Lee et al., 2001, στο Simpson, 2002) αλλά δεν είναι αυτό που προκαλεί το ενδιαφέρον. Είναι ακριβώς η έλλειψη αυτής της φοβίας που ξαφνιάζει.

Οι έρευνες που έχουν να καταδείξουν τέτοιες περιπτώσεις είναι πολλές και αφορούν διάφορες κουλτούρες. Ο Lee (Lee, 1995, στο Simpson, 2002) σε έρευνα του στο Πεκίνο βρήκε 7 ανορεξικούς ασθενείς στους οποίους ο φόβος πάχυνσης ήταν απόν. Συνεχίζοντας τις έρευνες του στην Κίνα, συνάντησε και άλλες περιπτώσεις ανορεξίας στις οποίες η συγκεκριμένη φοβία απουσίαζε. Συγκεκριμένα, στους 70 ασθενείς που μελέτησε, το 59% δεν εκδήλωσε τον φόβο αυτό σε κανένα στάδιο της ασθένειας. Ερωτώμενοι για τους λόγους που δε τρώνε η αιτιολόγηση τους αφορούσε έλλειψη όρεξης, επιγαστρικό φούσκωμα ή άλλες αιτίες που οι ίδιοι δε γνώριζαν. Έχοντας πάντα υπόψη το πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο ανήκουν, ο Lee συμπέρανε ότι οι παραπάνω αιτιολογήσεις αφορούν ψυχοσωματικές εκδηλώσεις άλλων προβλημάτων και συναισθημάτων που οι ασθενείς βίωσαν αλλά δε μπορούσαν να εκφράσουν. Στην περίπτωση της Κίνας ο φόβος πάχυνσης δεν αποτελεί ικανοποιητική αιτιολόγηση των συναισθημάτων για άρνηση τροφής και έτσι οι τρόποι επικοινωνίας συχνά προσαρμόζονται ανάλογα με τις πολιτισμικές νόρμες του περιβάλλοντος.

Μία από τις πιο συνηθισμένες αιτιολογήσεις μετά το φόβο πάχυνσης είναι η θρησκευτική νηστεία την οποία επικαλούνται συχνά Χριστιανοί και Μουσουλμάνοι στα πλαίσια των θρησκευτικών τους πιστεύω. Όπως ήδη είπαμε η νηστεία δεν ταυτίζεται με την ανορεξία όταν πραγματοποιείται με μέτρο και σύμφωνα με τους κανόνες της εκάστοτε θρησκείας. Συχνά όμως ασθενείς με ανορεξία τείνουν να υπερβάλλουν επιβάλλοντας στον εαυτό τους πολλές μέρες ασιτίας και κρύβοντας τον φόβο τους για την τροφή κάτω από το αποδεκτό πέπλο του θρησκευτικού αισθήματος. Ωστόσο, με τη συχνή έλλειψη αμηνόρροιας, φόβου πάχυνσης και επιθυμίας για λεπτότητα, αυτές οι περιπτώσεις δύσκολα θα διαγνωστούν ως ανορεξία.

Σύμφωνα με τους Hsu και Lee (Hsu, & Lee, 1993, στο Miller, & Pumariega, 2001) το γεγονός ότι ο φόβος πάχυνσης δεν αναγνωρίστηκε σαν βασικό χαρακτηριστικό της ψυχογενούς ανορεξίας μέχρι τη δεκαετία του 1930 καθώς και η απουσία του χαρακτηριστικού αυτού στις ασιατικές κουλτούρες μπορεί να σημαίνει ότι τα βασικά χαρακτηριστικά αυτής της ασθένειας αλλάζουν και ότι ο φόβος πάχυνσης που απαιτείται από το DSM-IV για την διάγνωση μπορεί να είναι πολιτισμικά εξαρτώμενο χαρακτηριστικό (της δύσης). Εξάλλου ασιατικές χώρες με δυτικοποιημένη κουλτούρα όπως η Ιαπωνία παρουσιάζουν φόβο πάχυνσης γεγονός που υπερασπίζει την παραπάνω άποψη (Miller, & Pumariega, 2001).

Ο ρόλος του πολιτισμικού πλαισίου και ο βαθμός επίδρασης του πάνω στο άτομο φαίνεται από έρευνες που δείχνουν ότι Ασιάτισσες, Άραβες, Ινδές και Πακιστανές γυναίκες που ζουν στη δύση αναπτύσσουν φόβο πάχυνσης όταν πάσχουν από διατροφικές διαταραχές (Ahmad et al., 1994, Hill, & Bratti, 1995, Mumford et al., 1991, στο Miller, & Pumariega, 2001). Έρευνες των ίδιων εθνικοτήτων στις χώρες τους, δείχνουν το ακριβώς αντίθετο. Είναι λοιπόν ασφαλές να πούμε ότι ο φόβος πάχυνσης όπως εκδηλώνεται στα πλαίσια μιας διατροφικής διαταραχής σχετίζεται με τη δύση και την επιρροή που ασκεί στην εικόνα του σώματος. Λέγοντας δύση δεν εννοούμε μόνο τις χώρες του σύγχρονου δυτικού κόσμου αλλά και την γενικότερη επίδραση που ασκούν τα δυτικά πρότυπα στην καθημερινότητα εκατομμυρίων ατόμων παγκοσμίως.

Αν η παραπάνω πρόταση ισχύει και δεδομένου του DSM-IV που θεωρεί το φόβο πάχυνσης χαρακτηριστικό της ψυχογενούς ανορεξίας τότε όντως οι διατροφικές διαταραχές θα πρέπει να απουσιάζουν από τις μη “δυτικοποιημένες” κοινωνίες. Αν μια νεαρή γυναίκα στην Ινδία απέχει από το φαγητό, έχει σημαντικό χαμηλό σωματικό βάρος, νιώθει ικανοποίησης από την συνεχόμενη απώλεια κιλών αλλά οι

λόγοι ασιτίας της δεν αφορούν την επιθυμία της για απώλεια κιλών, πάσχει από ανορεξία; Σύμφωνα με τα επίσημα διαγνωστικά κριτήρια όχι αφού ο φόβος πάχυνσης απουσιάζει. Κάποιοι ερευνητές ωστόσο διαφωνούν και τονίζουν την ανάγκη για αναθεώρηση και προσαρμογή των διαγνωστικών κριτηρίων σύμφωνα με το πολιτισμικό πλαίσιο της κάθε κουλτούρας.

Συγκεκριμένα οι Katzman και Lee (1997), πιστεύουν ότι οι επίσημες κλίμακες που χρησιμοποιούνται ευρέως για τη διερεύνησης διατροφικών διαταραχών όπως τα EAT (Eating Attitudes Test), BITE (Bulimia Investigation Test-Edinburgh) και το EDI (Eating Disorders Inventory) παρέχουν ψευδή γνώση για τα κίνητρα των γυναικών σχετικά με τη μάχη με το σώμα τους.

Οι διάφορες έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε παραδοσιακά μη δυτικές κοινωνίες εκτός από την απουσία του φόβου πάχυνσης έχουν φέρει στην επιφάνεια άλλο ένα ενδιαφέρον εύρημα. Διάφοροι ερευνητές σε άρθρα τους κάνουν λόγο για τον έλεγχο και τη σημασία που προσδίδουν σε αυτόν διάφορες γυναίκες από μη δυτικές κοινωνίες που δεν παρουσιάζουν φόβο πάχυνσης. Οι Katzman και Lee (1997) κάνουν λόγο για φοβία ελέγχου (control phobia) που συχνά συνάντησαν σε μελέτες τους και δίκαια αναρωτιούνται πως η αντικατάσταση του φόβου πάχυνσης από την τελευταία θα επηρέαζε τη θεραπεία, τις μελέτες και την παρουσίαση των περιπτώσεων. Μιλώντας συγκεκριμένα για την Κίνα στην οποία έχουν καταγραφεί αρκετές περιπτώσεις διατροφικών διαταραχών με την ταυτόχρονη απουσία φόβου πάχυνσης, η επιθυμία των γυναικών για απόκτηση ελέγχου δε θα έπρεπε να μας ξαφνιάζει αφού βιώνοντας συχνά καταπίεση, σεξουαλική κακοποίηση και αισθήματα αβοηθησίας οι γυναίκες αυτές έχουν ανάγκη να ανακτήσουν τον έλεγχο σε διάφορες πλευρές της ζωής τους (Lee, 1995, στο Katzman, & Lee, 1997).

Πίσω από την ασιτία συχνά κρύβεται η ανάγκη για απόκτηση ελέγχου και ο ανάλογος φόβος απώλειας του και όχι απαραίτητως η επιθυμία για λεπτότητα. Σε ιδιαίτερα συντηρητικά περιβάλλοντα με τις γυναίκες να στερούνται συχνά το δικαίωμα της επιλογής ίσως η οικειοθελής ασιτία να αποτελεί έναν τρόπο αντίδρασης και ατομικής δύναμης αφού είναι μια απόφαση προσωπική και αυτό-ελεγχόμενη. Οι διατροφικές συνήθειες μπορούν να καθοριστούν από το κάθε άτομο ξεχωριστά και να παραμείνουν μακριά από τον έλεγχο εξωγενών παραγόντων όπως η οικογένεια. Έτσι οι γυναίκες βιώνουν ένα αίσθημα δύναμης που απουσιάζει από άλλες πλευρές της ζωή τους (Orbach, 1986, Lawrence, 1984, στο Nasser, & Katzman, 2003).

Σε έρευνα της Bennet και των συνεργατών της σε δύο σχολεία θηλέων στην Γκάνα, 10 από τα 668 κορίτσια είχαν παθολογικά χαμηλό σωματικό βάρος με μόνη κλινική εξήγηση την ηθελημένη αποχή τους από το φαγητό. Και εδώ ο φόβος πάχυνσης και η επιθυμία για λεπτότητα απουσίαζαν και βασικό κίνητρο ήταν η απόκτηση αυτό-ελέγχου μέσω της στέρησης τροφής με απώτερο σκοπό την επίτευξη ηθικών και ακαδημαϊκών στόχων. Οι μαθήτριες απέδωσαν την επιθυμία τους για απόκτηση ελέγχου στη χαμηλή αίσθηση αποτελεσματικότητας που αισθάνονταν σε σχέση με τις ακαδημαϊκές πιέσεις και τις οικογενειακές διαμάχες (Bennet et al., 2004).

Φαίνεται πως το τεταμένο οικογενειακό περιβάλλον, οι πιεστικές ακαδημαϊκές απαιτήσεις και ο υποβιβασμένος ρόλος της γυναίκας σε κάποιες κοινωνίες κατάφεραν να ξεπεράσουν τη δύναμη των Μ.Μ.Ε και να κάνουν τις γυναίκες αυτές να αντιδράσουν όχι για να μοιάσουν στα δυτικά πρότυπα αλλά για να αποκτήσουν ένα ισχυρό αίσθημα εαυτού και αξίας.

Μήπως λοιπόν η πεποίθηση που κυριάρχησε για πολλά χρόνια ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι ανύπαρκτες έξω από τα στενά πλαίσια των σύγχρονων δυτικών κοινωνιών είναι αποτέλεσμα των περιορισμένων στα δυτικά πολιτισμικά πλαίσια διαγνωστικών κριτηρίων; Κάτι τέτοιο θα μπορούσε να ισχύει αφού όπως φαίνεται η απουσία ενός χαρακτηριστικού όπως ο φόβος πάχυνσης είναι ικανή να ακυρώσει την διάγνωση για ανορεξία παρά την παρουσία αρκετών ανησυχητικών συμπτωμάτων.

Έχοντας εξετάσει μέχρι τώρα την ύπαρξη ανορεξίας και έχοντας δει τις μορφές που συχνά παρουσιάζεται, μένει να μελετήσουμε την ύπαρξη βουλιμίας αλλά και διατροφικής διαταραχής υπερφαγίας και να δούμε πως πιθανόν προσαρμόζονται στα διάφορα πολιτισμικά υπόβαθρα.

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΣΤΟ ΜΗ ΔΥΤΙΚΟ ΚΟΣΜΟ

Η ψυχογενής βουλιμία σύμφωνα με πολλούς μελετητές αποτελεί συχνότερο φαινόμενο παγκοσμίως από την ανορεξία ακόμα και σε χώρες του μη δυτικού κόσμου (Nasser, 1994, Choudry, & Mumford, 1992, Mumford et al., 1992, Whitehouse et al., 1992, Mumford, & Whitehouse, 1988, Whitaker et al., 1990, στο Nobakht, & Dezhkam, 2000). Άλλοι ερευνητές ωστόσο διαφωνούν κάνοντας λόγο για σαφή

προβάδισμα της ανορεξίας δυσκολεύοντας έτσι την απόκτηση μιας πραγματικής εικόνας της συχνότητας των δύο διαταραχών (Miller, & Pumariega, 2001; Keel, & Klump, 2003).

Είναι γεγονός πως σε κάποιες έρευνες η βουλιμία υπερτερεί ενώ σε άλλες παρουσιάζεται με τόση λίγη συχνότητα που σχεδόν απουσιάζει. Για παράδειγμα βρέθηκε ότι το ποσοστό της ανορεξίας είναι τέσσερις με πέντε φορές μεγαλύτερο από αυτό της βουλιμίας στην Ιαπωνία (Nakamura et al., 2000, στο Keel, & Klump, 2003) και ότι η ανορεξία είναι πιο συχνή από τη βουλιμία στο Χονγκ-Κονγκ (Chen et al., 1993, Lee et al., 1992, στο Keel, & Klump, 2003). Παρακάτω θα αναφέρουμε συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερευνών που φαίνονται να υποστηρίζουν και τις δύο υποθέσεις επιχειρώντας να αποκτήσουμε μια σαφέστερη εικόνα για την ύπαρξη βουλιμίας σε κουλτούρες του μη δυτικού κόσμου.

Οι Nobakht και Dezhkam πραγματοποίησαν έρευνα στο Ιράν με σκοπό να μελετήσουν τα ποσοστά ανορεξίας και βουλιμίας, τις ανησυχίες βάρους και τις συμπεριφορές για απώλεια κιλών στην Τεχεράνη. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας συνηγορούν με αυτά των ερευνητών της πρώτης ομάδας αφού τα ποσοστά της βουλιμίας ήταν 3.23% ενώ της ανορεξίας 0.9%. Πιο κοινές ήταν οι περιπτώσεις όπου τα χαρακτηριστικά δεν ήταν επαρκή για ολική διάγνωση διατροφικών διαταραχών αλλά για μερική. Με σύνολο 3100 συμμετέχοντες (n=3100), το 16.7% χρησιμοποιούσε τη δίαιτα σαν μέθοδο αδυνατίσματος, το 15.22% τη σωματική άσκηση για έλεγχο βάρους, το 2.51% καθαρτικά και διουρητικά, το 1.51% αυτό-προκαλούμενους εμετούς, το 2.13% χάπια διαίτης και το 0.25% φάρμακα για να προκαλέσει εμετό. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας αποδεικνύουν ότι η συχνότητα διατροφικών διαταραχών και συγκεκριμένα βουλιμίας στο Ιράν είναι όχι μόνο ανάλογα με αυτά άλλων ερευνών σε δυτικές και μη δυτικές χώρες αλλά και ελαφρώς υψηλότερα (Nobakht, & Dezhkam, 2000). Η αντίληψη επομένως ότι η βουλιμία απουσιάζει από τις μη βιομηχανικές χώρες καταρρίπτεται αφού σε μια χώρα σαν το Ιράν είναι παρούσα και σύμφωνα με τους συγγραφείς οφείλει την παρουσία της σε μεγάλο βαθμό στη σύγκρουση των δυτικών προτύπων ζωής με τα παραδοσιακά ισλαμικά.

Ανάλογη έρευνα στη βόρειο Ινδία δεν κατέληξε σε ανάλογα αποτελέσματα βρίσκοντας χαμηλό ποσοστό βουλιμίας στις 504 μαθήτριες που πήραν μέρος σε αυτή χωρίς όμως να απουσιάζουν οι υψηλές βαθμολογίες στην κλίμακα BITE. Ακόμα όμως και αυτές οι περιπτώσεις δεν αναγνωρίστηκαν ως ενδεικτικές της βουλιμίας.

Ανώμαλες διατροφικές συμπεριφορές καταγράφηκαν ενώ το 93% του δείγματος αισθάνονταν υπέρβαρο ή πολύ υπέρβαρο. Από τη συγκεκριμένη έρευνα η χρήση καθαρτικών ή αυτό-προκαλούμενων εμετών απουσίαζαν καθώς και τα επεισόδια υπερτροφίας με εξαίρεση την περίοδο των γιορτών. Έχοντας άλλες έρευνες καταγράψει την ύπαρξη βουλιμίας σε πλειάδα κοινωνιών, οι συγγραφείς αποδίδουν την απουσία βουλιμίας στον κοινωνικοκεντρικό τρόπο αυτό-προσδιορισμού που η πλειοψηφία των συμμετεχόντων παρουσίασαν. Από τις 50 συνεντευξιαζόμενες μόνο μία περιέγραψε τον εαυτό της σαν άτομο ενώ οι υπόλοιπες εντόπισαν την ταυτότητα τους στην οικογένεια περιγράφοντας τον εαυτό τους σαν σύζυγοι, μητέρες κ.λ.π. Το γεγονός ότι οι γυναίκες στην Ινδία αντιμετωπίζονται ως ιδιοκτησία των ανδρών της οικογένειας πιθανόν προστάτευσε τις γυναίκες του δείγματος από συγκρούσεις πολιτιστικών προτύπων (Bhugra, Bhui, & Gupta, 2000).

Ίσως όμως η απουσία εμετών και καθαρτικών να μην εξασφαλίζουν και την απουσία της βουλιμίας από την κοινωνία αυτή καθώς μπορεί να διαφοροποιείται από τα δυτικά πρότυπα και να εφαρμόζει τη συμπτωματολογία της σε αυτά της εκάστοτε κουλτούρας. Επομένως δε θα ήταν ασφαλές να πούμε ότι η βουλιμία απουσιάζει πλήρως από τη βόρειο Ινδία αλλά μάλλον ότι λόγω της έλλειψης ανταγωνιστικότητας (η οποία σύμφωνα με τους συγγραφείς και άλλους ερευνητές φαίνεται να σχετίζεται με την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών) και του εγωκεντρικού τρόπου αυτό-προσδιορισμού οι γυναίκες εκεί είναι πιο προστατευμένες από αυτές των δυτικών κοινωνιών. Εξάλλου η παραδοσιακή Ινδική κουλτούρα δεν επικροτεί την σωματική αδυναμία σαν ένδειξη ομορφιάς και έτσι οι γυναίκες εκεί δεν βιώνουν την ίδια πίεση για συμμόρφωση με τα δυτικά πρότυπα (Bhadrinath, 1990, Khandelwal et al., 1995, στο Furnham, & Adam-Saib, 2001).

Μιλώντας για μη δυτικό κόσμο αναφερόμαστε σε κουλτούρες που συνήθως λόγω οικονομικής δυσχέρειας ή γεωγραφίας δε συγχρονίζονται με τις βιομηχανικές εξελίξεις των υπόλοιπων οικονομικά ανεπτυγμένων χωρών. Αν θέλουμε λοιπόν να μελετήσουμε την ύπαρξη διατροφικών διαταραχών σε ανθρώπους που ζουν με διαφορετικό τρόπο από αυτόν των μεγάλων μητροπόλεων, μπορούμε ίσως να μην απομακρυνθούμε από τις ίδιες τις χώρες αλλά να επεκτείνουμε την έρευνα μας στις ημιαστικές περιοχές.

Με αφορμή τον παραπάνω συλλογισμό οι Bojorquez και Unikel (2004) μελέτησαν τη συχνότητα των διατροφικών διαταραχών καθώς και τις μορφές με τις οποίες εκδηλώνονται σε ένα κράτος που οι διαφορές του επιπέδου ζωής μεταξύ

πρωτεύουσας και επαρχίας είναι ιδιαίτερα αισθητές, το Μεξικό. Τα αποτελέσματα ξάφνιασαν αφού οι διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές που καταγράφηκαν ήταν περισσότερες στην επαρχία παρά στην πόλη του Μεξικό. Ενδεικτικά οι αυτό-προκαλούμενοι εμετοί σημείωσαν ποσοστό 2.4% (ποσοστά των συμμετεχόντων που ανέφεραν τη συμπεριφορά τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα) στο δείγμα της επαρχίας ενώ στην πρωτεύουσα μόλις 1%, η χρήση διουρητικών 7.9% έναντι 1.2% και η χρήση καθαρτικών 3.5% ενώ 0.7% στην πόλη του Μεξικό. Δεδομένου ότι και τα δύο δείγματα αποτελούνταν από έφηβα κορίτσια και μελετώντας τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας βλέπουμε ότι η παγκοσμιοποίηση και τα πρότυπα των Μ.Μ.Ε κατάφεραν να διεισδύσουν ακόμα και σε περιοχές μακριά από τα αστικά κέντρα και να επηρεάσουν αρκετά τις νέες γυναίκες.

Στη συγκεκριμένη έρευνα δε βρέθηκε καμιά περίπτωση ικανή να αναγνωριστεί ως ενδεικτική κάποιας διατροφικής διαταραχής αλλά βρέθηκαν προβληματικές διατροφικές συμπεριφορές που αντικατοπτρίζουν την επιθυμία των κοριτσιών για ομορφιά. Εξάλλου, σύμφωνα με τον Williams μπορεί τα μηνύματα των Μ.Μ.Ε να γίνονται αντιληπτά διαφορετικά από τον κάθε δέκτη αλλά σε κοινωνικές ομάδες που οι δυνατότητες για ανάπτυξη είναι χαμηλές για τις γυναίκες, συχνά καταλήγουν να βλέπουν την ομορφιά σαν το βασικό όπλο να πετύχουν (Williams, 2002, στο Bojorquez, & Unikel, 2004).

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ

(Binge Eating Disorder-BED)

Η διατροφική διαταραχή υπερφαγίας είναι μια σχετικά πρόσφατα αναγνωρισμένη διατροφική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής και αίσθημα απώλειας ελέγχου. Πρωτοεμφανίστηκε στην τέταρτη έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου των ψυχικών διαταραχών (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) σαν χαρακτηριστική διατροφική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς και σαν μια προσωρινή διάγνωση που είναι διαφορετική από τη βουλιμία (Striegel-Moore, & Franko, 2003). Διαφοροποιείται από την ψυχογενή βουλιμία αφού η δεύτερη συνοδεύεται από προσπάθειες εξισορρόπησης

των μεγάλων ποσοτήτων τροφής που καταναλώθηκε μέσω πρόκλησης εμετών ή χρήσης καθαρτικών.

Η διατροφική διαταραχή υπερφαγίας συνήθως εμφανίζεται σε παχύσαρκα άτομα χωρίς αυτό να σημαίνει ότι τα άτομα με υγιές βάρος εξαιρούνται. Χαρακτηρίζεται από συχνά επεισόδια κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων τροφής σε σχετικά μικρές χρονικές περιόδους, αίσθημα έλλειψης έλεγχου σχετικά με τις διατροφικές συμπεριφορές, αίσθημα ντροπής ή αηδίας και τέλος κατανάλωση φαγητού κρυφά και χωρίς το άτομο να πεινάει.

Φαίνεται να υπάρχει ένας ισχυρός σύνδεσμος μεταξύ παχυσαρκίας και της διαταραχής αυτής σύμφωνα με πολλούς ερευνητές (Fairburn et al., 1998, Smith et al., 1998, Striegel-Moore, Dohm, et al., 2000, Striegel-Moore, Wilfley et al., 2000, στο Becker et al., 2003). Σε έρευνα του Spitzer (Spitzer et al., 1992, στο Striegel-Moore, & Franko, 2003) με 723 συμμετέχοντες (άνδρες και γυναίκες) από προγράμματα απώλειας βάρους ή διατροφικών διαταραχών, το 62.8% των ατόμων με διαταραχή υπερφαγίας είχε αυξημένο δείκτη σωματικής μάζας με το αντίστοιχο ποσοστό των ατόμων χωρίς τη διαταραχή να είναι 44.9%. Σε άλλη έρευνα το 83% των μαύρων γυναικών και το 56% των λευκών με την ίδια διαταραχή ήταν παχύσαρκες με το δείκτη σωματικής μάζας πάνω από 30 εν συγκρίσει με το 35% των μαύρων και το 13% των λευκών χωρίς τη διαταραχή (Pike et al., 2001, στο Striegel-Moore, & Franko, 2003). Μελετώντας τη σχέση πάχους και διαταραχής υπερφαγίας παρατηρούμε τα εξής: ο δείκτης σωματικής μάζας ξεπερνά συχνότερα τα φυσιολογικά επίπεδα στους πάσχοντες και οι μαύρες πάσχουσες γυναίκες έχουν σημαντικά υψηλότερο δείκτη σωματικής μάζας σε σχέση με τις λευκές (Pike, Dohm, Striegel-Moore, Wilfley, & Fireburn, 2001; Grilo, Lozano, & Masheb, 2005).

Τα ποσοστά εμφάνισης της διατροφικής διαταραχής υπερφαγίας μεταξύ εθνικοτήτων ή φυλών είναι δύσκολο να συγκριθούν μεταξύ τους λόγω έλλειψης ενός καθολικού ορισμού. Επιπλέον λόγω της πρόσφατης αναγνώρισης της δε πραγματοποιήθηκαν ακόμα αρκετές μελέτες που να μας δείχνουν ικανοποιητικά στοιχεία για την εμφάνιση της σε Ευρώπη, Ασία, Αφρική και γενικά σε μια ποικιλία πολιτισμών. Το μεγαλύτερο βάρος δόθηκε στο πως διαφοροποιούνται τα ποσοστά ανάλογα με τη φυλή και το φύλο.

Θέλοντας να ερευνησει την πιθανότητα κάποιες ανώμαλες διατροφικές συμπεριφορές (όπως τα επεισόδια υπερφαγίας) να παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες ή τις γυναίκες κάποιας φυλής, οι Regan και Cachelin (2006)

πραγματοποίησαν έρευνα με συμμετέχοντες άνδρες και γυναίκες από μια ποικιλία φυλών. Οι λευκές γυναίκες είχαν το υψηλότερο ποσοστό (20.5%) με τις Ασιάτισσες να ακολουθούν (20%). Ελάχιστες μονάδες πιο κάτω συναντάμε τις μαύρες γυναίκες με 19.7% και τελευταίες τις ισπανόφωνες με αρκετά χαμηλότερο ποσοστό, 15.8%. Στους άνδρες η σειρά διαφοροποιείται με πρώτους τους Ασιάτες (13%), δεύτερους τους ισπανόφωνους (10.9%), τρίτους τους λευκούς (9.5%) και τελευταίους τους μαύρους με μόλις 5.6%. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα παραπάνω ποσοστά δεν υποδηλώνουν την ύπαρξη διατροφικής διαταραχής υπερφαγίας αλλά επεισοδίων υπερφαγίας τα οποία θα μπορούσαν σε συνδυασμό με το αίσθημα απώλειας ελέγχου να εξελιχθούν σε αυτή.

Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας σχετικά με τη συχνότητα της διαταραχής ανά φυλή δε συμφωνούν με αυτά άλλων ερευνητών οι οποίοι βρήκαν ότι τα ποσοστά υπερφαγίας και διατροφικής διαταραχής υπερφαγίας στις Αφρο-Αμερικανίδες είναι τόσο υψηλά ή και ψηλότερα από αυτά των λευκών γυναικών στα κοινοτικά και στα κλινικά δείγματα (Spitzer et al., 1993, Striegel-Moore et al., 2000, Yanovski et al., 1994, Yanovski et al., 1993, στο Becker et al., 2003). Επιπλέον άλλες έρευνες βρήκαν ότι τα ποσοστά των Λατίνο-Αμερικανίδων είναι ανάλογα με αυτά των Καυκάσιων και των Αφρο-Αμερικανίδων ή και ψηλότερα (Bruce, & Agras, 1992, Fitzgibbon et al., 1998, Smith, & Krejci, 1991, στο Becker et al., 2003). Τέλος, τα ποσοστά των Ασιατισσών βρέθηκαν να είναι ανάλογα με αυτά των λευκών και μαύρων γυναικών (Le Grange et al., 1998, στο Becker et al., 2003). Ο Striegel-Moore και οι συνεργάτες του βρήκε ότι οι λευκές γυναίκες (2.7%) στο δείγμα του ήταν πιο πιθανό να πληρούν τα ισόβια κριτήρια για διατροφική διαταραχή υπερφαγίας σε σχέση με τις μαύρες (1.4%) (Striegel-Moore et al., 2003). Λόγω της πληθώρας των διαφορετικών απόψεων και ευρημάτων είναι δύσκολο να διατυπωθεί μια σαφή εικόνα για τη συχνότητα της διαταραχής ανά φυλή γεγονός που δίνει τροφή για νέες έρευνες.

Οι Striegel-Moore και Franko (2003) σε σχετικό άρθρο τους παρουσιάζουν αποτελέσματα ερευνών που διεξήχθησαν την δεκαετία του 1990 στη λατινική Αμερική (Bruce, & Agras, 1992, Garfinkel et al., 1995, Kendler et al., 1991, Lewinsohn, Striegel-Moore, & Seeley, 2000) που περιγράφουν ένα τύπο βουλιμίας χωρίς εμετούς με περιόδους υπερφαγίας και δίαιτας να εναλλάσσονται. Πολλές από αυτές τις περιπτώσεις σύμφωνα με το DSM-IV πληρούν τα κριτήρια για τη διατροφική διαταραχή υπερφαγίας. Σε ένα ακόμα πιο εντυπωσιακό περιβάλλον, τα νησιά Φίτζι, η Becker και οι συνεργάτες της κατέγραψαν συχνά επεισόδια

υπερφαγίας σε 5 άτομα του δείγματος τους (σύνολο 50) από τις οποίες οι 2 παρουσίασαν και άλλα συμπτώματα συνεπή με αυτά της διαταραχής. Οι αυτό-προκαλούμενοι εμετοί και η εντατική άσκηση απουσίαζαν (Becker et al., 2003).

Το γεγονός ότι η διατροφική διαταραχή υπερφαγίας αναγνωρίστηκε σαν ξεχωριστή διαταραχή πρόσφατα επιβεβαιώνει τον περιορισμένο όγκο πληροφοριών που έχουμε για αυτήν (σε σύγκριση με τις άλλες δύο διαταραχές) και αποτελεί αφετηρία για περαιτέρω μελέτες. Άλλωστε, φαίνεται πως η συχνότητα εμφάνισης της είναι μεγαλύτερη από αυτή της ανορεξίας και της βουλιμίας αφού έρευνα με 985 λευκές και 1061 μαύρες γυναίκες βρήκε ότι 15 από αυτές είχαν ανορεξία, 27 βουλιμία και 41 διατροφική διαταραχή υπερφαγίας (Striegel-Moore et al., 2003).

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

Σύμφωνα με τη παγκόσμια βιβλιογραφία οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν διατροφικές διαταραχές από τους άνδρες (Hall, & Hay, 1991, Whitetaker et al., 1990, στο Stark-Wroblewski, 2005). Επίσης βιώνουν συχνότερα σωματική δυσaréσκεια με κυρίαρχο χαρακτηριστικό την επιθυμία τους να είναι πιο αδύνατες (Koff, Rierdan, & Stubbs, 1990, Joiner, & Kashubeck, 1996, στο Stark-Wroblewski et al., 2005). Ωστόσο, άλλες έρευνες δείχνουν σημαντικά ποσοστά σωματικής δυσaréσκειας στους άνδρες με διατροφικές διαταραχές-που πλησιάζουν αυτά των γυναικών της ίδιας κατηγορίας-(Olivardia, Pope, Mangweth, & Hudson, 1995, στο Pope, Olivardia, Gruber, & Borowiecki, 1999) αλλά και στους άνδρες χωρίς διατροφικές διαταραχές (Mintz, & Betz, 1986, Drewnowski, & Yee, 1987, Dryer, Feldman, Seltzer, & Mayer, στο 1969, στο Pope et al., 1999).

Τα ποσοστά ανορεξίας στους άνδρες φαίνεται να κυμαίνονται από 0.5 ως 1.0 ανά 100.000 πληθυσμό κάθε χρόνο (Hoek et al., 1995, Lucas et al., 1999, Turnbull et al., 1996, στο Hoek, & van Hoeken, 2003). Έτσι τα ποσοστά ανδρών-γυναικών είναι 10:1 (Hoek et al., 1995, van Hoeken et al., 2003, στο Hoek, & van Hoeken, 2003). Ανάλογα είναι τα ποσοστά βουλιμίας που βρέθηκαν να είναι 0.8 ανά 100.000 άτομα το χρόνο (Hoek et al., 1995, Soundy et al., 1995, στο Hoek, & van Hoeken, 2003) αλλά και αυτά της διατροφικής διαταραχής υπερφαγίας αφού πολλές έρευνες αποδεικνύουν ότι το ανδρικό φύλο έχει σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά από αυτά

των γυναικών (Spitzer et al., 1992, Spitzer et al., 1993, Smith, Marcus, Lewis, Fitzgibbon, & Schreiner, 1998, στο Striegel-Moore, & Franco, 2003; Regan, & Cachelin, 2006).

Τα χαμηλότερα ποσοστά των ανδρών και στις τρεις διατροφικές διαταραχές ίσως δε μας εκπλήσσουν αφού οι γυναίκες έχουν να αντιμετωπίσουν περισσότερες κοινωνικές πιέσεις για σωματική συμμόρφωση. Επιπλέον είναι πιο δυσαρεστημένες με το σώμα τους και τη γενικότερη εμφάνισή τους. Έρευνα της Altabe (Altabe, 1998) για τη σωματική δυσαρέσκεια ανδρών και γυναικών από διάφορες φυλές κατέληξε ότι και τα δύο φύλα διατύπωσαν προτιμήσεις για την εξωτερική τους εμφάνιση διαφορετικές από αυτές που είχαν, ωστόσο όλες οι γυναίκες θα ήθελαν να είναι πιο αδύνατες ενώ μόνο οι λευκοί και Αμερικάνοι ασιατικής καταγωγής άνδρες εκδήλωσαν ανάλογη επιθυμία. Τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά όπως το χρώμα και το μήκος των μαλλιών, το χρώμα των οφθαλμών, το ύψος και η φυσική κατάσταση απασχόλησε σχεδόν όλους τους συμμετέχοντες.

Αν και όπως είπαμε οι γυναίκες βρίσκονται συχνότερα και πιθανόν πιο άμεσα στο στόχο κοινωνικών πιέσεων, μια έρευνα του Pope (Pope et al. 1999) ρίχνει φως σε έναν έμμεσο τρόπο προβολής σωματικών προτύπων για τους άνδρες, τις κούκλες-φιγούρες δράσεις με τις οποίες τα αγόρια παίζουν. Μελετώντας τις πιο δημοφιλείς κούκλες των τελευταίων 30 ετών κατέληξαν ότι σταδιακά γίνονται όλο και πιο μυώδεις με αρκετές από αυτές να έχουν το σώμα σύγχρονων “μπόλντι-μπίλντερς” και τις περισσότερες με ποσοστά μυϊκής μάζας αρκετά παραπάνω από τα ανθρωπίνως δυνατά.

Μία από τις λίγες έρευνες που έχουν διεξαχθεί αναφορικά με τις διατροφικές διαταραχές αποκλειστικά στους άνδρες είναι αυτή των Carlat, Camargo και Herzog (1997) με σκοπό την αναζήτηση της αιτιολογίας, των κλινικών χαρακτηριστικών και της πρόγνωσης των διατροφικών διαταραχών. Τα ευρήματα έδειξαν σημαντικές ομοιότητες μεταξύ των ανδρών και των γυναικών με διατροφικές διαταραχές. Όπως και στις γυναίκες έτσι και εδώ τα περιστατικά βουλιμίας ήταν συχνότερα από αυτά της ανορεξίας ενώ το 32% των συμμετεχόντων στην έρευνα διαγνώστηκαν με διατροφική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Σύμφωνα με τους συγγραφείς το παραπάνω εύρημα πιθανόν να υπονοεί ότι οι άνδρες υποφέρουν συχνότερα (από τις γυναίκες) από άτυπες διατροφικές διαταραχές. Η ηλικία έναρξης των ανώμαλων διατροφικών συμπεριφορών είναι ανάλογη με αυτή των γυναικών αλλά φαίνεται πως οι άνδρες ασθενείς αναζητούν θεραπεία αργότερα και ειδικά όσον αφορά τη

βουλιμία. Η εικόνα σώματος και η σωματική δυσαρέσκεια στους άνδρες με ανορεξία μοιάζει περισσότερο με αυτή των ανορεξικών γυναικών παρά με των βουλιμικών ανδρών. Όσον αφορά τους τελευταίους, σύμφωνα με τα λεγόμενα τους ένιωθαν ντροπή που έπασχαν από μια “γυναικεία” ασθένεια γεγονός που ίσως εξηγεί την καθυστέρηση στην αναζήτηση θεραπείας. Η κατάχρηση ουσιών, η κατάθλιψη, οι διαταραχές άγχους και προσωπικότητας αποτελούν χαρακτηριστικά συννοσηρότητας παρόμοια με αυτά των γυναικών.

Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα της παραπάνω μελέτης έρχεται να επιβεβαιώσει παρόμοια αποτελέσματα για την αυξημένη συχνότητα διατροφικών διαταραχών στους ομοφυλόφιλους ή αμφιφυλόφιλους άνδρες. Όπως δηλώνει κι ο Cohen (1997) οι ομοφυλόφιλοι άνδρες είναι επιρρεπείς λόγω της ίδιας τους της ψυχολογίας που προσπαθεί να αποδεχτεί την “κακή” σεξουαλική ταυτότητα. Η πλειοψηφία των ομοφυλόφιλων ανδρών αντιλαμβάνεται την σεξουαλικότητα της –τουλάχιστον αρχικά–σαν λανθασμένη, κακή ή ακόμα και διαταραγμένη και έτσι αναμένουν την κοινωνική απόρριψη ακόμα και από συγγενείς ή φίλους. Αναπόφευκτα κάποια συναισθήματα μίσους προς τον ίδιο τους τον εαυτό έρχονται στην επιφάνεια (μια κατάσταση γνωστή ως εσωτερικευμένη ομοφυλοφοβία) με αποτέλεσμα τη χαμηλά αυτό-εκτίμηση. Δεδομένου ότι μια καλή εξωτερική εμφάνιση συχνά ταυτίζεται στις δυτικές κοινωνίες με επιτυχία και ευτυχία δεν προκαλεί έκπληξη πως οι άνδρες αυτοί επικεντρώνονται στο σώμα τους για να βελτιώσουν όχι μόνο την αυτοπεποίθησή τους αλλά και όλη τους τη ζωή. Μετατοπίζοντας τις συγκρούσεις σχετικά με τη σεξουαλικότητα στη σωματική τους εικόνα αυξάνουν τις πιθανότητες εκδήλωσης κάποιας διατροφικής διαταραχής.

Τα παραπάνω έρχονται να υποστηρίξουν τα ευρήματα της έρευνας του Carlat και των συνεργατών του (1997). Το 27% των συμμετεχόντων (σύνολο 135 άνδρες ασθενείς με διατροφικές διαταραχές που νοσηλεύονταν σε νοσοκομείο) ήταν ομοφυλόφιλοι ή αμφιφυλόφιλοι ενώ το 42% των ασθενών που έπασχαν από βουλιμία ήταν επίσης ομοφυλόφιλοι. Εξάλλου πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι οι ομοφυλόφιλοι άνδρες είναι πιο δυσαρεστημένοι με τη σωματική τους εικόνα από τους ετεροφυλόφιλους και την εκτιμούν περισσότερο σαν σημαντικό στοιχείο της σημασίας του εαυτού (Yager et al., 1988, Silberstein et al., 1989, Herzog et al., 1991, στο Carlat et al., 1997).

Οι κοινωνικές πιέσεις δεν αποτελούν αποκλειστικότητα των ομοφυλόφιλων ανδρών αφού τα Μ.Μ.Ε στοχεύουν στο γενικότερο ανδρικό φύλο. Θέλοντας να

μελετήσουν την υπόθεση ότι οι άνδρες των δυτικών κοινωνιών υιοθετούν μη ρεαλιστικά σωματικά πρότυπα λόγω των διαφημίσεων που δίνουν αυξημένη αξία στο σώμα, ο Yang και οι συνεργάτες του συνέκριναν άνδρες από την Αμερική και την Ταϊβάν υποθέτοντας ότι οι τελευταίοι θα βιώνουν λιγότερη σωματική δυσαρέσκεια αφού στην κινέζικη κουλτούρα το σώμα έχει λιγότερη αξία (Yang et al., 2005).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και οι δύο ομάδες ανδρών επιθυμούσαν να έχουν πιο μυώδες σώμα αλλά όταν τους ζήτησαν να εκτιμήσουν το ανδρικό σώμα που προτιμούν οι γυναίκες οι Ασιάτες ήταν πιο άνετοι και ικανοποιημένοι με τη σωματική τους εικόνα. Επιπλέον όταν τους ζητήθηκε να υπολογίσουν το πόσο μυώδες είναι ένας μέσος άνδρας στην κουλτούρα τους το ποσοστό μυϊκής μάζας ήταν σημαντικά πιο αυξημένο στις απαντήσεις των δυτικών συμμετεχόντων. Όσον αφορά τα περιοδικά, τα ποσοστά γυμνών ανδρών και γυναικών μοντέλων ήταν παρόμοια και στα δύο δείγματα με τα Ταϊβανέζικα να έχουν περισσότερες με γυμνό και στα δύο φύλα. Ωστόσο, οι Ασιάτισσες προβάλλονταν γυμνές μόνο κατά το ήμισυ σε σχέση με τις γυναίκες στα δυτικά περιοδικά ενώ οι Ασιάτες δεν παρουσιάζονταν σχεδόν ποτέ γυμνοί. Συγκεκριμένα από τους 78 Ασιάτες που εμφανίζονταν σε διαφημίσεις μόνο το 5% ήταν χωρίς ρούχα ενώ το ποσοστό ήταν 43% για τους άνδρες από τη δύση. Φαίνεται λοιπόν ότι και στους άνδρες τα Μ.Μ.Ε μπορούν να προδιαθέσουν ή όχι για σωματική δυσαρέσκεια.

Εξετάζοντας το ζήτημα διαφυλετικά οι μαύροι άνδρες φαίνεται να υποφέρουν από διατροφικές διαταραχές περισσότερο από άλλους. Σε έρευνα τους ο Le Grange και οι συνεργάτες του (Le Grange, Telch, & Tibbs, 1998) βρήκαν ότι οι μαύροι συμμετέχοντες συγκέντρωσαν υψηλότερη βαθμολογία στο EAT και στο BITE από τους άλλους συμμετέχοντες σχεδόν φτάνοντας το σκορ των γυναικών. Επιπλέον το 77% των ανδρών που είχαν σοβαρές διατροφικές δυσκολίες στο παρελθόν ήταν μαύροι. Τα παραπάνω ευρήματα είναι σύμφωνα με αυτά μιας παλαιότερης έρευνας (Gray, Ford, & Kelly, 1987, στο Le Grange, Telch, & Tibbs, 1998) αλλά αντίθετα με άλλες που δείχνουν τους λευκούς πιο δυσαρεστημένους με το σώμα τους.

Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι το ανδρικό φύλο σε καμία περίπτωση δε πρέπει να θεωρείται προστατευμένο ή ασφαλές απέναντι στις διατροφικές διαταραχές. Αν και οι γυναίκες παγκοσμίως είναι πιο δυσαρεστημένες με το σώμα τους παρόμοια ζητήματα απασχολούν και τους άνδρες όπως στατιστικά στοιχεία αποδεικνύουν.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

Σύμφωνα με έρευνα των White & Grilo (2005), γυναίκες διαφορετικών φυλετικών ομάδων εμφανίζουν διαφορετικά συμπτώματα διατροφικών διαταραχών καθώς επίσης και διαφορετικές ψυχολογικές προβλεπτικές μεταβλητές. Επιπλέον, έχοντας δει μέχρι τώρα πως οι ίδιες οι διατροφικές διαταραχές αλλάζουν και προσαρμόζονται ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο εκδηλώνονται, καθίσταται ιδιαιτέρως δύσκολη η διαμόρφωση ενός προληπτικού σχεδίου με την ίδια αποτελεσματικότητα σε όλες τις κοινωνικές ομάδες. Έτσι ένα καθολικά αποτελεσματικό μοντέλο πρόληψης (και σε μερικές περιπτώσεις και θεραπείας) φαντάζει εξαιρετικά δύσκολο.

Συνήθως οι διατροφικές διαταραχές αντιμετωπίζονται με γνωστικές και συμπεριφορικές ψυχοθεραπείες αν και δεν αποδεικνύονται πάντα οι κατάλληλες (Kempa, & Thomas, 2000). Η παραπάνω διαπίστωση δε μας καθιστά ανίκανους να παρέχουμε ικανές θεραπευτικές προσεγγίσεις αν ληφθούν υπόψη κάποιοι παράγοντες οι οποίοι διαμορφώνονται συχνά ανάλογα όχι μόνο με την διαταραχή αλλά και με το πολιτισμικό υπόβαθρο του θεραπευόμενου.

Προκειμένου να γίνει μια σωστή διάγνωση απαιτείται ο θεραπευτής να είναι ενήμερος των στερεότυπων αντιλήψεων που κυριαρχούν για κάποιες φυλετικές ομάδες και πολιτισμικά ευαίσθητος, δηλαδή να λαμβάνει υπόψη χαρακτηριστικά όπως τη φυλετική ταυτότητα, τον επιπολιτισμό και τις πεποιθήσεις όχι μόνο του πελάτη αλλά και του ευρύτερου περιβάλλοντος του (Kempa, & Thomas, 2000). Η διαμόρφωση ενός κατάλληλου θεραπευτικού μοντέλου, συχνά ανά περίπτωση, μπορεί να συμβάλλει στην αποπεράτωση της θεραπείας αφού ακατάλληλες θεραπείες οδηγούν συχνά σε πρόωρο τερματισμό τους (Root, 1990, στο Kempa, & Thomas, 2000). Ιδιαίτερα σε περιπτώσεις μεταναστών το ζήτημα της εθνικής ταυτότητας και κυρίως η απόρριψη της ταυτότητας καταγωγής πρέπει να εξεταστεί προσεκτικά αφού η σύγκρουση των δύο διαφορετικών πολιτισμικών κυκλωμάτων μπορεί να οδηγήσει σε εκδήλωση διατροφικών διαταραχών (Root, 1990, στο Kempa, & Thomas, 2000).

Η υιοθέτηση πεποιθήσεων και τεχνικών που προέρχονται από το πολιτισμικό περιβάλλον του θεραπευόμενου μπορεί να δώσει έναν πιο προσωπικό τόνο στη ψυχοθεραπεία και να βοηθήσει στην δημιουργία ενός οικείου περιβάλλοντος, απαραίτητο για την αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχεδίου (Bhui, & Morgan, 2001).

Η μοναδικότητα του κάθε ανθρώπου υποδηλώνει και τη μοναδικότητα του κάθε ασθενή. Ωστόσο έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε διάφορες φυλετικές ομάδες (κυρίως στις ΗΠΑ) δείχνουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά όσον αφορά τις διατροφικές διαταραχές σε ασθενείς της ίδιας φυλής.

Οι Αφρο-Αμερικανοί για παράδειγμα συνήθως επιλέγουν τη χρήση καθαρκτικών αντί την πρόκληση εμετών (Pumariega, Gustavson, Gustavson, Montes, & Ayers, 1994, στο Kempa, & Thomas, 2000) ενώ εκδηλώνουν τις διαταραχές αργότερα στη ζωή τους σε σχέση με τους λευκούς (Osvold, & Sadowsky, 1993). Η θεραπευτική προσέγγιση αυτών των ασθενών θα πρέπει να περιλαμβάνει ενδυνάμωση της φυλετικής ταυτότητας, επίλυση ζητημάτων που προκλήθηκαν από ρατσιστικές συμπεριφορές και ενεργή συμμετοχή της οικογένειας. Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να ταυτιστεί με τη φυλή του και να υιοθετήσει υγιείς συμπεριφορές (Kempa, & Thomas, 2000). Εξάλλου, ο αρνητικός τρόπος αντίληψης της εθνικής ταυτότητας και του εαυτού έχει συσχετιστεί με άσχημη ψυχολογική προσαρμογή (Carter, 1991, στο Kempa, & Thomas, 2000) γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο διατροφικών διαταραχών για τους ασθενείς του Αφρο-Αμερικάνικου πληθυσμού.

Οι ασθενείς Ασιατικής καταγωγής συνήθως εκδηλώνουν σωματικά συμπτώματα λόγω της νηστείας που ακολουθούν όπως πονοκέφαλοι και ναυτία (Sue, & Sue, 1990, στο Kempa, & Thomas, 2000). Λόγω αυτής της αδιαθεσίας τους επιζητούν αρχικά ιατρική θεραπεία μέχρι να παραπεμφθούν σε κάποιον ειδικό. Η ασιατική κουλτούρα τονίζει τη σημασία των οικογενειακών αξιών, τη μετριοπάθεια στις συμπεριφορές, την υπομονή, την ταπεινότητα, τη μετριοφροσύνη και τον αυτό-έλεγχο. Βάσει των παραπάνω είναι ίσως αναμενόμενο να συναντάμε Ασιάτες ασθενείς διατροφικών διαταραχών συχνότερα στα ιατρικά γραφεία αφού η παραδοχή μιας τέτοιας διαταραχής έρχεται σε σύγκρουση με τις παραπάνω αξίες. Όπως και με τους Αφρικανικής καταγωγής ασθενείς έτσι και με τους Ασιάτες η θεραπεία θα πρέπει να προσαρμόζεται στα πολιτισμικά πιστεύω της εθνικότητας τους και να περιλαμβάνει εκμάθηση τρόπων θετικής αντιμετώπισης των προβλημάτων τα οποία η καταπίεση που βιώνουν, συχνά προκαλεί (Kempa, & Thomas, 2000).

Έχοντας αναφερθεί σε κάποια χαρακτηριστικά που φαίνεται να αφορούν περισσότερο ασθενείς συγκεκριμένων πολιτισμικών υπόβαθρων αλλά και στην πολιτισμική ευαισθησία που ο ψυχοθεραπευτής πρέπει να διαθέτει μένει να

περιγράψουμε τις θεραπείες που προτείνονται για κάθε μία από τις διαταραχές χωριστά και που ως ένα βαθμό υιοθετούνται παγκοσμίως.

Η θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας είναι πολυπαραγοντική και περιλαμβάνει συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία, φαρμακευτική, γνωστική και σε περιπτώσεις ανηλίκων οικογενειακή. Σημαντικό επίσης ρόλο παίζει η διατροφική αποκατάσταση δηλαδή η εκπαίδευση του ασθενούς γύρω από διατροφικά ζητήματα, η ενίσχυση της σημασίας της άθλησης, της υγιεινής διατροφής και της καλής ξεκούρασης. Η φαρμακοθεραπεία στοχεύει στη μείωση του άγχους και στη παροχή βοήθειας για αποπεράτωση του θεραπευτικού προγράμματος με μειωμένες πιθανότητες υποτροπιασμού. Η γνωστική συμβάλλει στην εν τω βάθει αλλαγή των διαταραγμένων γνωστικών εμπειριών, στην επανεκτίμηση του εαυτού και του σώματος και την σταδιακή αποκατάσταση των αισθημάτων αναποτελεσματικότητας και ανεπάρκειας. Η συμπεριφοριστική θεραπεία εκπαιδεύει τον ασθενή στην αναγνώριση αρνητικών και παράλογων πεποιθήσεων τις οποίες μαθαίνει να αντιμετωπίζει με λογικό τρόπο και να ρυθμίζει τη συμπεριφορά του. Με τον ίδιο τρόπο επιλύει προβλήματα διαμορφώνοντας στρατηγικές και κρίνοντας το αποτέλεσμα. Τέλος, η οικογενειακή θεραπεία κρίνεται ιδιαίτερα βοηθητική κυρίως στους ανηλίκους αφού όπως είπαμε μεγάλο βάρος της ευθύνης για τις διατροφικές διαταραχές αφορά το οικογενειακό περιβάλλον (Halmi, 2005).

Η θεραπεία της βουλιμίας περιλαμβάνει γνωστικές και συμπεριφορικές προσεγγίσεις οι οποίες εκπαιδεύουν τον ασθενή στον αυτό-έλεγχο, την επίλυση των προβλημάτων και την ικανότητα κριτικής του αποτελέσματος των πράξεων τους. Επίσης η θεραπεία στοχεύει στην ανάπτυξη εναλλακτικών συμπεριφορών οι οποίες θα αντικαταστήσουν την πρόκληση εμετών καθώς και την επίλυση διαπροσωπικών προβλημάτων. Η διατροφική συμβουλευτική συχνά κρίνεται απαραίτητη αφού διδάσκει στο άτομο πώς να τρέφεται σωστά και ισορροπημένα χωρίς υπερβολή. Τέλος η φαρμακοθεραπεία φαίνεται να έχει καλά αποτελέσματα στη μείωση των επεισοδίων υπερφαγίας. Οι ίδιες θεραπευτικές γραμμές ακολουθούνται και για τη διατροφική διαταραχή υπερφαγίας με έμφαση στη διαπροσωπική και γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία (Halmi, 2005).

Αν και οι διατροφικές διαταραχές φαίνονται να εξαπλώνονται τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο, μόνο το 1/3 των ασθενών δέχονται θεραπεία (Fairburn et al., 2000, Johnson et al., 2002, στο Stice, & Shaw, 2004) ενώ το ποσοστό απαλλαγής των συμπτωμάτων κυμαίνεται από 40 έως 60% (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, &

Kraemer, 2000, Fairburn, Jones, Peveler, Hope, & O'Connor, 1993, Telch, Agras, & Linehan, 2001, Wilfrey et al., 2002, στο Stice, & Shaw, 2004). Προκύπτει λοιπόν η ανάγκη για αναθεώρηση και αναδιαμόρφωση των ήδη υπαρχόντων προγραμμάτων πρόληψης καθώς και η δημιουργία νέων περισσότερο αποτελεσματικών.

Τα προγράμματα πρόληψης διατροφικών διαταραχών πρώτης γενιάς έδιναν έμφαση στην ενημέρωση. Μέσω παγκόσμιων προγραμμάτων μεσολάβησης παρείχαν διδακτικό, ψυχο-εκπαιδευτικό υλικό σε εφήβους θεωρώντας ότι η πληροφόρηση για τις αρνητικές συνέπειες των διατροφικών διαταραχών μπορούσε να πείσει τους ανθρώπους να μην εμπλακούν σε ανώμαλες διατροφικές συμπεριφορές. Τα προγράμματα δεύτερης γενιάς ακολούθησαν την ίδια διδακτική γραμμή με περισσότερη έμφαση στις κοινωνικές πιέσεις σαν υπαίτιες για επιθυμία απώλειας κιλών. Τέλος, τα τρίτης γενιάς προγράμματα στοχεύουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου με τις οποίες αλληλεπιδρούν με σκοπό την πρόληψη διατροφικής ψυχοπαθολογίας (Stice, & Shaw, 2004).

Οι Moulding και Herworth (2001) αναγνωρίζοντας τη σημασία της εικόνας του σώματος στις διατροφικές διαταραχές συγκέντρωσαν πληροφορίες για τη σημασία που δίνουν σε αυτή τα μεγαλύτερα προγράμματα πρόληψης της Αυστραλίας. Πήραν συνεντεύξεις από 10 εργαζόμενους σε αυτό που αποκάλεσαν πρόγραμμα σωματικής δυσαρέσκειας και κατέληξαν στους τέσσερις κύριους τομείς επέμβασης: στρατηγικές για να αυξήσουν την ενημερότητα σχετικά με την εικόνα του σώματος και τη σωστή διατροφή (μέσω τηλεοπτικών προγραμμάτων και διανομή έντυπου υλικού), επαγγελματική εκπαίδευση, έρευνα και προσπάθειες για αλλαγή των πρακτικών που χρησιμοποιεί η μόδα και τα M.M.E.

Το πρόγραμμα σωματικής δυσαρέσκειας έδωσε έμφαση μεταξύ άλλων στις κοινωνικές πλευρές της εικόνας σώματος και της διατροφής, τόνισε τη σημασία του υγιούς περιβάλλοντος, συμπεριέλαβε την κοινότητα υιοθετώντας στρατηγικές παρέμβασης μέσω ομάδων ενώ ασχολήθηκε και με την πρόληψη. Η σημασία του κυρίαρχου κοινωνικού περιβάλλοντος και η έκταση των πιέσεων που ασκεί λήφθηκαν σοβαρά υπόψη και έτσι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ενδυνάμωση της τοπικής κοινότητας και η λήψη δράσης από μέρους της μπορεί να έχει εντυπωσιακά αποτελέσματα για τις γυναίκες – θύματα των κυρίαρχων κοινωνικών πιέσεων και πρακτικών.

Εν κατακλείδι, η θεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών θα πρέπει να είναι αρκετά εύκαμπτη ώστε να προσαρμόζεται στο

εκάστοτε πολιτισμικό πλαίσιο. Αν και οι γενικές γραμμές των διάφορων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την πορεία της εξέλιξης του ασθενούς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως βάση της στρατηγικής αντιμετώπισης και όχι σαν θεραπευτικά δόγματα. Η μοναδικότητα του κάθε ασθενούς οφείλει να ληφθεί σοβαρά υπόψη και να επηρεάσει τη διάγνωση, τη θεραπεία αλλά και τη δημιουργία προληπτικών προγραμμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Κάνοντας μία επισκόπηση στην παγκόσμια βιβλιογραφία παρατηρούμε ότι με το πέρασμα των χρόνων οι ίδιες οι διατροφικές διαταραχές αλλάζουν και προσαρμόζονται στα δεδομένα της νέας εποχής. Ευάλωτες στις πολιτιστικές και οικονομικές απαιτήσεις της κάθε κοινωνίας κρύβονται πίσω από τις προσταγές της μόδας, των Μ.Μ.Ε και της ανάγκης για ένταξη σε μια ομάδα και αποδοχής. Θα ήταν όμως ίσως απλούστευση αν περιορίσουμε τις ευθύνες στα παραπάνω. Τα καταγεγραμμένα περιστατικά των προηγούμενων αιώνων υποδηλώνουν την ικανότητα των διαταραχών αυτών να εμφανίζονται απουσία των σημερινών κοινωνικών απαιτήσεων. Η βιολογία και η γενετική εξάλλου δίνουν κάποιες πρώτες απαντήσεις και έτσι υποδηλώνουν την ανάγκη για αναπροσαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης και θεραπείας.

Όσον αφορά τις χώρες του μη δυτικού κόσμου η παλαιότερη πεποίθηση ότι είναι ασφαλείς από συναισθήματα σωματικής δυσaráσκειας και διατροφικές διαταραχές έχει καταρριφθεί προ πολλού γεγονός που θα πρέπει να μας δώσει αρκετές πληροφορίες για τις ίδιες τις ασθένειες.

Δεν υπάρχουν πια (αν κάποτε υπήρξαν) ασφαλή περιβάλλοντα. Χώρες όπως το Ιράν, η Ινδία, η Κίνα, η Ιαπωνία αλλά και αυτές της αφρικανικής ηπείρου έχουν γίνει αντικείμενο ερευνών σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές και έχουν καταδείξει την παγκοσμιοποίησή τους. Εξίσου σημαντικό ίσως εύρημα είναι η ίδια η μορφή των διαταραχών και ο τρόπος προσαρμογής τους στο κάθε περιβάλλον. Στις δυτικές και δυτικοποιημένες κοινωνίες τα Μ.Μ.Ε και η προβολή προτύπων φαίνεται να αποτελούν μία από τις βασικές αιτίες για τον φόβο πάχυνσης. Στις χώρες όμως του μη

δυτικού κόσμου τα κίνητρα των διαταραχών μπορεί να διαφοροποιούνται σημαντικά, σε βαθμό μάλιστα που να προκύπτει η ανάγκη για αναδιατύπωση των επίσημων διαγνωστικών εγχειριδίων. Ο φόβος πάχυνσης για παράδειγμα, μπορεί να απουσιάζει και στη θέση του να υπάρχει η ανάγκη για απόκτηση και διατήρηση ελέγχου στη ζωή. Ακόμα σε χώρες με έντονο το θρησκευτικό στοιχείο στην καθημερινότητα των πολιτών, η αποχή από το φαγητό για μεγάλες χρονικές περιόδους πηγάζει από αισθήματα θρησκευτικής πίστης και ανάγκης εκδήλωσης τους με αυτόν τον τρόπο. Μη λαμβάνοντας αυτό υπόψη πολλά άτομα μπορεί λανθασμένα να διαγνωστούν ως ανορεξικά, ενώ άλλα παρόλη την πλειάδα των συμπτωμάτων να αγνοηθούν λόγω του κινήτρου ασιτίας τους.

Το γεγονός λοιπόν ότι τα Μ.Μ.Ε και οι επιδράσεις της δύσης απουσιάζουν από μια κοινωνία σε καμία περίπτωση δεν συνεπάγονται και την απουσία διατροφικών διαταραχών ή διαστρεβλωμένης εικόνας του σώματος. Η απομόνωση ενός περιβάλλοντος από τα υπόλοιπα δεν αποτελεί τρόπο προστασίας απέναντι σε αυτές τις διαταραχές που κάποτε θεωρούνταν δυτικές. Αντίθετα φαίνεται πως ατομικοί παράγοντες όπως η υψηλή πίστη στον εαυτό, η σωματική αποδοχή και η ύπαρξη αξιών προστατεύουν αποτελεσματικότερα. Καταρρίφθηκε λοιπόν ο μύθος που βάρυνε για χρόνια αποκλειστικά τις δυτικές, βιομηχανικές κοινωνίες.

Ο δεύτερος μύθος αφορούσε το ζήτημα του φύλου. Αν και οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα διατροφικές διαταραχές οι άντρες σε καμία περίπτωση δεν είναι ασφαλείς. Μπορεί τα κίνητρα (ή και ο τρόπος εκδήλωσης) να διαφοροποιούνται αλλά όπως πολλοί μελετητές δείχνουν υπάρχουν και πιθανόν τα επόμενα χρόνια η ανορεξία, η βουλιμία και οι υπόλοιπες διατροφικές διαταραχές να αφορούν όλο και περισσότερο τον ανδρικό πληθυσμό. Εξάλλου, οι βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες που αναφέρθηκαν στην αρχή δεν αφορούν μόνο το ένα φύλο. Ασκούν τις επιδράσεις τους στη διαμόρφωση του υποστρώματος ενώ άλλοι παράγοντες, επίσης κοινοί στα δύο φύλα συντελούν στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Οι κοινωνικές πιέσεις αν και σκληρότερες με τις γυναίκες ασκούν τη δράση τους και στους άντρες με αποτέλεσμα τα τελευταία χρόνια το ποσοστό των διατροφικών διαταραχών σε αυτούς να αυξάνεται.

Κάνοντας μία επισκόπηση των όσων αναφέρθηκαν συνειδητοποιούμε ότι οι διατροφικές διαταραχές είναι σταθερές στο πέρασμα των αιώνων αλλά όχι στάσιμες. Ευέλικτα προσαρμόζονται και αλλάζουν διατηρώντας μόνο την ταυτότητα τους ως ψυχοσωματικές νόσοι ικανές να προκαλέσουν σοβαρές ασθένειες ακόμα και τον

θάνατο. Ακριβώς η ίδια τους η φύση πρέπει να διαμορφώνει το θεραπευτικό μοντέλο να συνδυάζει δηλαδή τόσο την φαρμακευτική αγωγή (όπου κρίνεται αναγκαία) όσο και την ψυχοθεραπεία ώστε το άτομο να μπορέσει να επανέλθει σε φυσιολογικούς διατροφικούς ρυθμούς. Αν και η φαρμακοθεραπεία είναι σταθερή για ανθρώπους όλων των φυλών η ψυχοθεραπεία οφείλει να υιοθετεί οικεία πολιτισμικά στοιχεία και όσο είναι επιτρεπτό να εξατομικεύεται.

Τελειώνοντας οι διατροφικές διαταραχές υπήρχαν από πολύ παλιά και τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι θα συνεχίσουν να απασχολούν τους ανθρώπους όλο και περισσότερο. Οι μη δυτικές κοινωνίες τις βιώνουν όπως κι αυτές της δύσης συχνά όμως με τη δική τους μορφή. Η αναδιατύπωση των διαγνωστικών εγχειριδίων οφείλει να πραγματοποιηθεί και να συμπεριλάβει τα νέα δεδομένα.

1. Abou-Saleh, M. T., Younis, Y., & Karim, L. (1998). Anorexia Nervosa in an Arab Culture. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 2, 207-212.
2. Altabe, M. (1998). Ethnicity and Body Image: Quantitative and Qualitative Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 23: 153-159.
3. Becker, A. E., Burwell, R. A., Gilman, S. E., Herzog, D. B., & Hamburg, P. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *British Journal of Psychiatry*, 180:509-514.
4. Becker, A. E., Burwell, R. A., Navara, K., & Gilman, S. E. (2003). Binge Eating and Binge Eating Disorder in a Small-Scale, Indigenous Society: The View From Fiji. *International Journal of Eating Disorders*, 34:423-431.
5. Bennett, D., Sharpe, M., Freeman, C., & Carson, A. (2004). Anorexia nervosa among female secondary school students in Ghana. *British Journal of Psychiatry*, 185:312-317.
6. Berkman, N. D., Lohr, K. N. & Bulik, C. M. (2007). Outcomes of Eating Disorders: A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40: 293-309.
7. Bhugra, D., Bhui, K., & Gupta, K. R. (2000). Bulimic disorders and sociocentric values in North India. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35:86-93.
8. Bhui, K., & Morgan, N. (2007). Effective psychotherapy in a racially and culturally diverse society. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 187-193.
9. Bojorquez, I., & Unikel, C. (2004). Presence of Disordered Eating among Mexican Teenage Women from Semi-Urban Area: Its Relation to the Cultural Hypothesis. *European Eating Disorders Review*, 12:197-202.
10. Bulik, C. M., Reba, L., Siega-Riz, A., & Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia Nervosa: Definition, Epidemiology and Cycle of Risk. *International Journal of Eating Disorders*, 37, S2-S9.
11. Calogero, R. M., Davis, W. N., & Thompson, J. K. (2005). The Role of Self-Objectification in the experience of Women with Eating Disorders. *Sex Roles*, 52, 1/2.
12. Caradas, A. A., Lambert, E. V., & Charlton, K. E. (2001). An ethnic comparison of eating attitudes and associated body image concerns in adolescent South African schoolgirls. *Human Nutrition and Dietetics*, 14:111-120.

13. Carlat, D. J., Camargo, C. A. Jr., & Herzog, D. B. (1997). Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients. *American Journal of Psychiatry*, 154:8.
14. Davis, C., & Katzman, M. A. (1999). Perfection as Acculturation: Psychological Correlates of Eating Problems in Chinese Male and Female Students Living in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, 25: 65-70.
15. Furnham, A., & Adam-Saib, S. (2001). Abnormal eating attitudes and behaviours and perceived parental control: a study of white British and British-Asian school girls. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36: 462-470.
16. Furnham, A., & Husain, K. (1999). The role of conflict with parents in disordered eating among British Asian females. *Soc Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34: 498-505.
17. Grilo, M. C., Lozano, C., & Masheb, R. M. (2005). Ethnicity and Sampling Bias in Binge Eating Disorder : Black Women who Seek Treatment Have Different Characteristics than Those who do not. *International Journal of Eating Disorders*, 38: 257-262.
18. Halmi, K. A. (2005). The multimodal treatment of eating disorders. *World Psychiatry*, 4 (2).
19. Hoek, H. W., Van Harten, P. N., Hermans, K. M. E., Katzman, M. A., Matroos G. E., & Susser, E. S. (2005). The incidence of Anorexia Nervosa on Curacao. *American Journal of Psychiatry*, 162:748-752.
20. Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.
21. Kaplan, A. (2004). Exploring the Gene-Environment Nexus in Anorexia, Bulimia. *Psychiatric Times*, XXI, 9.
22. Katzman, M. A., & Lee, S. (1997). Beyond Body Image: The Integration of Feminist and Transcultural Theories in the Understanding of Self Starvation. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 4, 385-394.
23. Kaye, W. H., & Strober, M. (1999). Serotonin: Implications for the Etiology & Treatment of Eating Disorders. *Eating Disorders Review*, 10, 3.
24. Keel, K. P., & Klump, K. L. (2003). Are eating Disorders Culture-Bound Syndromes? Implications for Conceptualizing Their Etiology. *Psychological Bulletin*, 129, 5, 747-769.
25. Kempa, M. L., & Thomas, A. J. (2000). Culturally Sensitive Assessment and Treatment of Eating Disorders. *Eating Disorders*, 8:17-30.

26. Le Grange, D., Telch, C., & Tibbs, J. (1998). Eating Attitudes and Behaviors in 1435 South African Caucasian and Non-Caucasian College Students. *American Journal of Psychiatry*, 155:2.
27. Lester, R. (2004). Commentary: eating disorders and the problem of “culture” in acculturation. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28:607-615.
28. Miller, M. N., & Pumariega, A. J. (1999). Culture and Eating Disorders. *Psychiatric Times*, XVI, 2.
29. Miller, M. N., & Pumariega, A. J. (2001). Culture and Eating Disorders: A Historical and Cross-Cultural Review. *Psychiatry*, 64(2).
30. Moulding, N., & Hepworth, J. (2001). Understanding Body Image Disturbance in the Promotion of Mental Health: A Discourse Analytic Study. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11:305-317.
31. Nasser, M. (1986). Comparative study of the prevalence of abnormal eating attitudes among Arab female students of both London and Cairo Universities. *Psychological Medicine*, 16: 621-625.
32. Nasser, M., & Katzman, M. (2003). Sociocultural Theories of Eating Disorders: An Evolution in Thought. *Handbook of Eating Disorders*, 2nd Edition.
33. Nobakht, M., & Dezhkam, M. (2000). An Epidemiological Study of Eating Disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 3, 265-271.
34. Ogden, J., & Elder, C. (1998). The Role of Family Status and Ethnic Group on Body Image and Eating Behaviour. *International Journal of Eating Disorders*, 23: 309-315.
35. Osvold, L. L., & Sadowsky, G. R. (1993). Eating Disorders of White American, Racial and Ethnic Minority American, and International Women. *Journal of Multicultural Counselling and Development*, July 1993, 21, 143-154.
36. Perez, M., & Joiner, T. E. (2003). Body Image Dissatisfaction and Disordered Eating in Black and White Women. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28:342-350.
37. Pike, K. M., Dohm, F. A., Striegel-Moore, R. H., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2001). A Comparison of Black and White Women With Binge Eating Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158:1455-1460.
38. Pope, H. G. Jr., Olivardia, R., Gruber, A., & Borowiecki, J. (1999). Evolving Ideals of Male Body Image as Seen Through Action Toys. *International Journal of*

- Eating Disorders*, 26.
39. Regan, P. C., & Cachelin, F. M. (2006). Binge Eating and Purging in a Multi-Ethnic Community Sample. *International Journal of Eating Disorders*, 39:523-526.
 40. Rieger, E., Touyz, S. W., Swain, T., & Beumont, P. J. V. (2001). Cross-Cultural Research on Anorexia Nervosa: Assumptions Regarding the Role of Body Weight. *International Journal of Eating Disorders*, 29:205-215.
 41. Salzman, J. P. (1997). Ambivalent Attachment in Female Adolescents: Association with Affective Instability and Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 3, 251-259.
 42. Simpson, K. J. (2002). Anorexia nervosa and culture. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9:65-71.
 43. Soh, N. L., Touyz, S. W., & Surgenor, L. J. (2006). Eating and Body Image Disturbances Across Cultures: A Review. *European Eating Disorders Review*, 14:54-65.
 44. Stark-Wroblewski, K., Yaniko, B. J., & Lupe, S. (2005). Acculturation, Internalization of Western appearance norms, and eating pathology among Japanese and Chinese international student women. *Psychology of Women Quarterly*, 29:38-46.
 45. Stein, A., Woolley, H., Cooper, S., Winterbottom, J., Fairburn, C. G., & Cortina-Borja, M. (2006). Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 189, 324-329.
 46. Stice, E., & Shaw, H. (2004). Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 130, 2.
 47. Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Kraemer, H. C., Taylor, C. B., Daniels, S., Crawford, P. B., & Schreiber, G. B. (2003). Eating Disorders in White and Black Women. *American Journal of Psychiatry*, 160: 1326-1331.
 48. Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2003). Epidemiology of Binge Eating Disorder. *Journal of Eating Disorders*, 34:519-529.
 49. Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Evidence of Shared Liability and Transmission of Partial Syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157:393-401.
 50. Tiggemann, M., & Ruutel, E. (2001). A Cross-Cultural Comparison of Body

- Dissatisfaction in Estonian and Australian Young Adults and its Relationship with Media Exposure. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32, 6, 736-742.
51. Troisi, A., Di Lorenzo, G., Alcini, S., Croce, R. N., Di Pasquale, C., & Siracusano, A. (2006). Body Dissatisfaction in Women with Eating Disorders: Relationship to Early Separation Anxiety and Insecure Attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68:449-453.
52. Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Benedettini, M., & Treasure, J. (2000). Attachment Patterns in Eating Disorders: Past in the Present. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 4.
53. Warren, C. S., Gleaves, D. H., Cepeda-Benito, A., Fernandez, M. del Carmen, & Rodriguez-Ruiz, S. (2005). Ethnicity as a Protective Factor against Internalization of a Thin Ideal and Body Dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 37:241-249.
54. White, M. A. & Grilo, C. M. (2005). Ethnic Differences in the Prediction of Eating and Body Image Disturbances among Female Adolescent Psychiatric Inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 38:1, 78-84.
55. Wildes, J. E. & Emery, R. E. (2001). The roles of ethnicity and culture in the development of eating disturbance and body dissatisfaction: A Meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 21, 4, 521-551.
56. Willemsen, E. M. C., & Hoek, H. W. (2006). Sociocultural Factors in the Development of Anorexia Nervosa in a Black Woman. *International Journal of Eating Disorders*, 39:353-355.
57. Yang, Chi-Fu, J., Gray, P., & Pope, H. G. (2005). Male Body Image in Taiwan Versus the West: Yanggang Zhiqi Meets the Adonis Complex. *American Journal of Psychiatry*, 162: 263-269.

Από το internet:

1. Boyles, S. (2005). Brain chemical may be key in eating disorders.
<http://www.webmd.com/mental-health/news/20050906/brain-chemical-may-...>
2. Cohen, M. (1997). Eating Disorders in Gay Men-Current Issues.
<http://www.nedic.ca/knowthefacts/documents/EatingDisordersinGayMen.pdf>
3. De Angelis, T. (2002a). Further gene studies show promise.
<http://www.apa.org/monitor/mar02/furthergene.html>

4. De Angelis, T. (2002b). A genetic link to Anorexia.
<http://www.apa.org/monitormar02/genetic>
5. Harrison, K. (1997). Does interpersonal attraction to thin media personalities promote eating disorders? *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, v.41, n.4, 478 (23).
<http://www-unix.oit.umass.edu/~psyc392a/pdf/harrison.pdf>
6. Hitti, M. (2005). Brain Differences in Women with Anorexia.
<http://www.webmd.com/news/20050708/brain-differences-in-women-with-...>
7. Kennedy, R. History of Fasting.
<http://www.med-library.net/content/view/186/>

BIBΛΙΑ

- 1.Κάκουρος, Ε. και Μανιαδάκη, Κ. (2002). Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων, αναπτυξιακή προσέγγιση. Τυπωθήτω-ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ.
2. Kalat, J. W. (2003). Η πείνα. Στο κεφ.10. Η ρύθμιση των εσωτερικών καταστάσεων του οργανισμού, σελ 381-398. Εκδόσεις Έλλην, τόμος β΄.