



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

**ΘΕΜΑ: Νευρογενής Ανορεξία: Διαγνωστικά Κριτήρια,
Αιτιοπαθογένεια και Κοινωνικοπολιτισμικό Πλαίσιο**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΗΣ

ΕΥΑ ΜΠΕΗ

Αριθμός Μητρώου: 2928

Επιβλέπων καθηγητής

Ι. ΝΕΣΤΟΡΟΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ

ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΟ ΈΤΟΣ 2014- 2015

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	3
Εισαγωγή.....	5
1. Ιστορικά στοιχεία σχετικά με την ανάδειξη των Διατροφικών Διαταραχών.....	10
2. Διαγνωστικά κριτήρια Νευρογενούς Ανορεξίας, σύμφωνα με το DSM 5.....	13
2.1 Διαγνωστικό Κριτήριο Α (Criterion A).....	15
2.2 Διαγνωστικό Κριτήριο Β (Criterion B).....	19
2.3 Διαγνωστικό Κριτήριο Γ (Criterion C).....	21
3. Αιτιολογικοί Παράγοντες.....	25
3.1 Βιολογικοί Παράγοντες.....	25
3.2 Οικογενειακοί Παράγοντες.....	28
3.3 Αναπτυξιακοί Παράγοντες.....	32
4. Κοινωνικοπολιτισμικό Πλαίσιο.....	37
4.1 Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.....	43
5. Συμπεράσματα-Γενικές Παρατηρήσεις.....	51
Βιβλιογραφία.....	54

Περίληψη

Στην παρούσα εργασία, έγινε μια προσπάθεια διερεύνησης του τι πραγματικά ορίζεται ως Νευρογενής Ανορεξία, με ποιόν τρόπο εμφανίζεται, ταξινομείται και ποιοί είναι οι διάφοροι παράγοντες που την αιτιολογούν. Ειδικότερα, σημαντικό μέρος της εργασίας εστίασε στα διαγνωστικά κριτήρια που προαπαιτούνται για την ύπαρξη της διαταραχής, αλλά και στο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο και συγκείμενο που αποτελεί έναν από τους κρισιμότερους παράγοντες που έχουν προταθεί για την αιτιοπαθογένεια της διαταραχής αυτής.

Οι Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής αποτελούν ψυχιατρικές διαταραχές και διακρίνονται σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Έγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5), σε τέσσερις κύριες κατηγορίες, τη Νευρογενή δηλαδή Ανορεξία, την Νευρογενή Βουλμία, την Επεισοδιακή Υπερφαγία, και σε άλλες σχετικές με την σίτιση και τη διατροφή διαταραχές.

Η Νευρογενής Ανορεξία εμφανίζεται κατά μέσο όρο στο 10% του παγκόσμιου συνολικού πληθυσμού ενώ παρουσιάζει εξαιρετικά υψηλά ποσοστά θνησιμότητας αλλά και συννοσηρότητας με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Τα βασικά κριτήρια για την ύπαρξη Νευρογενούς Ανορεξίας διακρίνονται στην περιορισμένη λήψη ενέργειας αναλογικά με τις βιολογικές απαιτήσεις και έως εκ τούτου στην απώλεια σωματικού βάρους κάτω από το όριο του φυσιολογικού, τον έντονο φόβο για ενδεχόμενη αύξηση του και την διαταραγμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος.

Οι Διατροφικές Διαταραχές και ιδιαίτερα η Νευρογενής Ανορεξία δεν έχουν αιτιολογηθεί πλήρως. Υπάρχουν τέσσερις κύριοι παράγοντες που έχουν προταθεί για την αιτιοπαθογένεια της διαταραχής: α) βιολογικοί παράγοντες, β) οικογενειακοί παράγοντες, γ) αναπτυξιακοί παράγοντες και δ) κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες. Εστιάζοντας περισσότερο στο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο, το τελευταίο αποτελεί έναν από τους κυριότερους αιτιολογικούς παράγοντες για την εμφάνιση, την ανάπτυξη και τη συντήρηση της Νευρογενούς Ανορεξίας, μέσα από την προώθηση ενός εξειδανικευμένου, ιδανικού προτύπου ομορφιάς, που θέλει το γυναικείο σώμα ως ένα σώμα αδύνατο, λεπτοκαμωμένο, χωρίς

καμπύλες, στα όρια σχεδόν της παιδικότητας. Το Δυτικό πρότυπο ομορφιάς ενισχύεται και προωθείται κατά κόρον δια μέσου των διαφόρων ειδών Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, τα οποία έχουν ταυτίσει σε μεγάλο βαθμό την γυναικεία ομορφιά και το ιδανικό λεπτοκαμωμένο σώμα με την επιτυχία και την ευημερία.

Εισαγωγή

Αρχικά, σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει βασικές πτυχές των Διατροφικών Διαταραχών και ιδιαίτερα της Νευρογενούς Ανορεξίας. Μέσα από την συγγραφή λοιπόν της εργασίας αυτής, θα επιχειρήσουμε να αναδείξουμε το τι πραγματικά ορίζεται ως Νευρογενής Ανορεξία, με ποιόν τρόπο εμφανίζεται, ταξινομείται και ποιοί είναι οι διάφοροι παράγοντες που την αιτιολογούν. Τέλος, η συγγραφή της εργασίας μας δεν θα περιοριστεί μονάχα στην αναφορά των βασικών κριτηρίων που απαιτούνται για την ύπαρξη της Νευρογενούς Ανορεξίας και στην επιφανειακή ανάδειξη των αιτιολογικών παραγόντων της, αλλά θα εστιάσει στο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο και στον τρόπο που το τελευταίο αποτελεί έναν από τους κρισιμότερους αν όχι τον κρισιμότερο παράγοντα για την αιτιολογία της νόσου.

Ξεκινώντας, θα ήταν σκόπιμο να αναδείξουμε κάποια βασικά χαρακτηριστικά των Διαταραχών Πρόσληψης τροφής, προτού προχωρήσουμε στο κύριο μέρος. Οι Διατροφικές Διαταραχές διακρίνονται σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Έγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5), σε τέσσερις κατηγορίες, τη Νευρογενή δηλαδή Ανορεξία, την Νευρογενή Βουλιμία, την Επεισοδιακή Υπερφαγία, και σε άλλες σχετικές με την σίτιση και τη διατροφή διαταραχές (APA, 2013). Η Ψυχογενής Ανορεξία, η Ψυχογενής Βουλιμία και η Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας αποτελούν ψυχιατρικές διαταραχές διατροφής. Οι διαταραχές αυτές δεν σχετίζονται άμεσα με τις διαδικασίες μεταβολισμού τροφής, αλλά αποτελούν πολύπλοκες μορφές ψυχοπαθολογίας. Επιπλέον τείνουν να πλήττουν άτομα ως επί το πλείστον από τον γυναικείο πληθυσμό που διανύουν την εφηβική και μετεφηβική ηλικία. Εάν και η αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών δεν έχει προσδιοριστεί πλήρως, είναι σαφές ότι τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν σοβαρές ψυχολογικές δυσκολίες (Μωρόγιαννης, 2000).

Οι Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής, χαρακτηρίζονται από συμπεριφορές που αποσκοπούν στην επίτευξη ή στην διατήρηση ενός αδύνατου, λεπτού σώματος και ενός συγκεκριμένου σωματότυπου και σωματικού βάρους (Tavolacci et. al., 2015). Η εμφάνισή τους συμβαίνει όπως προαναφέραμε κατά κύριο λόγο στην εφηβική ηλικία και έχει ως

αποτέλεσμα την επιδείνωση της καθημερινής ζωής των ασθενών, τόσο σε φυσιολογικό όσο και σε λειτουργικό επίπεδο (Rojo-Moreno et. al., 2015).

Επιπλέον, η διεξαγωγή ερευνητικών μελετών καταδεικνύει ότι η Νευρογενής Ανορεξία και η Νευρογενής Βουλιμία εμφανίζονται σε ηλικίες μεταξύ των 16 και 21 ετών και προσβάλλουν κατά κύριο λόγο άτομα από το γυναικείο πληθυσμό ενώ από μόνη της η Νευρογενής Ανορεξία εμφανίζεται κατά μέσο όρο στο 10% του παγκόσμιου συνολικού πληθυσμού, ποσοστό εξαιρετικά υψηλό (Wood, 2015). Οι περισσότερες από τις ερευνητικές μελέτες σχετικά με το θέμα των Διαταραχών στην Πρόσληψη Τροφής έχουν εστιάσει στο γυναικείο πληθυσμό, με αποτέλεσμα οι γνώσεις μας σχετικά με την εμφάνιση τέτοιου είδους διαταραχών στους άντρες να παραμένουν ατελείς σε μεγάλο βαθμό (Zerwas et. al., 2015). Ο επιπολασμός (διάρκειας 12 μηνών) της Νευρογενούς Ανορεξίας ανάμεσα σε νεαρά άτομα από τον γυναικείο πληθυσμό κυμαίνεται περίπου στο 0,4%, ενώ τα ποσοστά επί του συγκεκριμένου ζητήματος παραμένουν ασαφή για τους άντρες, λόγω της μειωμένης ούτως η άλλως εμφάνισης Διατροφικών Διαταραχών και ιδιαίτερα Ανορεξίας από μέρους των πρώτων (APA, 2013).

Οι Διατροφικές Διαταραχές αποτελούν διαταραχές με υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές καθώς και υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, στον εφηβικό και ενήλικο κατά κανόνα γυναικείο πληθυσμό (Segura-García et. al., 2015).

Αναφορικά με την θνησιμότητα, σύμφωνα με τον Patton (2006), η αυτοκτονία αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου στα άτομα με νευρική ανορεξία, ενώ συνήθως συμβαίνει μετά από υπερβολική δόση ουσιών, όπως ναρκωτικά και αλκοόλ. Το ίδιο ισχύει και για τα άτομα που εμφανίζουν Διαταραχή Υπερφαγίας. Τα περιστατικά αυτοκτονίας από μέρους των ανορεκτικών ασθενών εμφανίζονται αυξημένα, με το ποσοστό να υπολογίζεται στο 12% ανά έτος (APA, 2013).

Οι απόπειρες αυτοκτονίας αποτελούν “πρόνομιο” των ανορεκτικών και δη των ανορεκτικών γυναικών. Οι ανορεκτικοί ασθενείς είναι πιο πιθανόν να αναπτύξουν τάσεις αυτοκτονικού ιδεασμού από ότι οι βουλιμικοί ασθενείς. Σύμφωνα με ερευνητικές μελέτες, τα ανορεκτικά

άτομα που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν, βρίσκονται σε μεγαλύτερη ηλικία, νοσούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από την συγκεκριμένη διαταραχή και έχουν διαπράξει περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας. Αυτοί οι ασθενείς φάνηκαν να έχουν μια πιο σοβαρή μορφή ανορεξίας με χαμηλότερο Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) και πιο έντονη χρήση ουσιών (Scagliusi et al., 2006).

Η αυτοκτονία, φαίνεται να αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου και στα άτομα με βουλιμία, με τους πάσχοντες από την τελευταία να παρουσιάζουν εξαιρετικά υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας. Μελέτες αναφέρουν ότι καθ' όλη της διάρκειας της ζωής του, η συχνότητα με την οποία ένας βουλιμικός ασθενής διαπράττει απόπειρα αυτοκτονίας κυμαίνεται ανάμεσα στο 15% και το 40%. Σε ένα δείγμα που μελέτησε 205 ασθενείς που έπασχαν από βουλιμία, το 25% είχε διαπράξει τουλάχιστο μια φορά, απόπειρα αυτοκτονίας, γεγονός που το τοποθετούσε σαφώς στις ομάδες υψηλού κινδύνου για την προσχώρηση σε μια ολοκληρωμένη αυτοκτονία. Ωστόσο, τα ακριβή ποσοστά αυτοκτονίας των βουλιμικών ασθενών δεν είναι γνωστά. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου το 3%- 9% των βουλιμικών ασθενών που εμφανίζουν συννοσηρότητα με οριακή διαταραχή, καταφέρνουν να αυτοκτονήσουν (Scagliusi et al., 2006).

Εν συνεχεία, όπως αναφέραμε και προηγουμένως οι Διατροφικές Διαταραχές εμφανίζουν συχνά συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, γεγονός που μπορεί να εξηγήσει σε κάποιο βαθμό σύμφωνα με τους ερευνητές, τις σοβαρές επιπτώσεις των διαταραχών αυτών αλλά και την απειλητική πολλές φορές -για τη ζωή του ασθενούς- εξέλιξή τους. Σύμφωνα μάλιστα με ερευνητικές μελέτες που έχουν εξετάσει τη σχέση ανάμεσα στις Διατροφικές Διαταραχές και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, η συννοσηρότητα μεταξύ αυτών των δυο κυμαίνεται από 51-93% (Rojó-Moreno et. al., 2015).

Όσον αφορά την συννοσηρότητα της Νευρογενούς Ανορεξίας με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι η προσωπικότητα των ανορεκτικών ασθενών χαρακτηρίζεται συχνά από δείγματα ψυχαναγκαστικού-καταναγκαστικού τύπου, εσωστρεφείς, ανασφαλείς συμπεριφορές καθώς και από παθολογική εξάρτηση από το στενό

του περιβάλλον (Scagliusi et al., 2006). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το DSM 5 (APA, 2013) η Νευρογενής Ανορεξία μπορεί να συννοσηρεί με Αγχώδεις Διαταραχές, Κατάθλιψη, καθώς και Διπολική Διαταραχή. Τα ανορεκτικά άτομα εμφανίζουν συχνά συμπτώματα που αφορούν Αγχώδεις Διαταραχές, ιδιαίτερα κατά τα αρχικά στάδια της διαταραχής. Επιπλέον πολλά άτομα που έχουν διαγνωστεί με Ανορεξία Περιοριστικού τύπου εμφανίζουν συγχρόνως Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή ενώ μερικοί από τους ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με Ανορεξία Καθαρτικού τύπου εμφανίζουν συχνά διαταραχές που συνίστανται στην κατάχρηση αλκοολούχων και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών.

Επιπρόσθετα, οι διατροφικές διαταραχές (Ανορεξία, Βουλιμία, Υπερφαγία) και τα συνακόλουθα διαιτητικά χάπια έχουν σοβαρές συνέπειες για το άτομο. Ωστόσο σχετικά λίγοι ασθενείς, που έχουν ανταπεξέλθει της διαταραχής, έχουν προκαλέσει στον εαυτό τους μόνιμη βλάβη. Παρ' όλα αυτά είναι απαραίτητο να αναφερθούν δυο θέματα σχετικά με το παραπάνω. Η δομή των οστών και η γονιμότητα.

Σε ένα άτομο λιποβαρές υπάρχει πιθανότητα να αποδυναμωθεί η δομή των οστών του και να εκδηλωθούν προβλήματα οστικής φύσεως όπως οστεοπενία και οστεοπόρωση. Συγκεκριμένα, η διάβρωση του οστικού περιβλήματος συμβάλλει περαιτέρω στην αποδυνάμωση της δομής τους. Πέρα από το παραπάνω, σε χρόνιες περιπτώσεις εφήβων που πάσχουν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής υπάρχει πιθανότητα να αποτύχουν να αναπτύξουν το προβλεπόμενο με την ηλικία τους ύψος, ενώ για τους ενήλικες ελλοχεύει ο κίνδυνος της μείωσης του ύψους. Η κατάσταση αυτή ερμηνεύεται από το γεγονός, ότι τα ανορεκτικά άτομα έχουν σκελετό ο οποίος λόγω της αδυναμίας του, μοιάζει με αυτόν των ηλικιωμένων. Παρά το ευρύ φάσμα ερευνών, υπάρχουν λίγα στοιχεία που θέλουν τη λήψη διαιτητικών χαπιών ή συμπληρωμάτων διατροφής να βελτιώνει τη δομή των οστών. Παρ' ότι τα δυφωσφονικά, μια ομάδα τέτοιων φαρμάκων, ενδείκνυνται για την βελτίωση της οστικής δομής, δεν έχει αποδειχθεί αν είναι ασφαλή για τους εφήβους και τις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Το μόνο ποιοτικά ελεγμένο φάρμακο, είναι «η τροφή». Αυτό που κάνει ουσιαστικά την τροφή να διαφέρει από τα τεχνητά σκευάσματα, είναι ότι η τελευταία αποκαθιστά και

επαναφέρει τα ορμονικά επίπεδα στο φυσιολογικό, πράγμα που συντελεί στην ανάπτυξη των οστών. Παρ' όλα αυτά, έρευνες έχουν δείξει ότι ακόμα και σε πάσχοντες που πλέον ακολουθούν μια κανονική διατροφή, δεν έχει επέλθει πλήρως η αποκατάσταση της οστικής μάζας, αλλά έχουν ανακτήσει μεγάλο μέρος αυτής, πράγμα που αποκλείει μελλοντικά προβλήματα (Waler et al., 2010).

Τόσο οι γυναίκες όσο και οι άντρες που πλήττονται από Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής, βιώνουν ορμονικές αλλαγές που βλάπτουν την λίμπιντο και τη γονιμότητα. Ωστόσο, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι οι αλλαγές αυτές είναι μόνιμες. Για τις γυναίκες, η επαναφορά του εμμηνορροϊκού τους κύκλου, είναι μια ισχυρή ένδειξη επιστροφής στα φυσιολογικά επίπεδα γονιμότητας. Μπορεί να χρειαστούν αρκετοί μήνες μέχρι η έμμηνος ρύση να επανέλθει πλήρως. Αυτό δεν σημαίνει βέβαια, ότι οι γυναίκες ασθενείς χάνουν τη δυνατότητα αναπαραγωγής το διάστημα πριν την επαναφορά του κύκλου (Waler et al., 2010).

1.Ιστορικά στοιχεία σχετικά με την ανάδειξη των Διατροφικών Διαταραχών

Η εμφάνιση της Νευρογενούς Ανορεξίας αλλά και γενικότερα των Διαταραχών στην Πρόσληψη Τροφής, αποτελούν περιπτώσεις δύσκολες ως προς την διερεύνησή της χρονικής ετικέτας που φέρουν καθώς και ως προς το πώς έχουν εμφανιστεί και διαμορφωθεί με το πέρασμα των χρόνων, καθ'ότι τα παλαιότερα ιστορικά στοιχεία και οι ιστορικές πηγές που αναφέρονται σε αυτές, είναι ελλιπείς και σπάνιες. Ωστόσο, τα λίγα ιστορικά καταγεγραμμένα περιστατικά σε συνδιασμό με την επακόλουθη ιατρική βιβλιογραφία, δίνουν ένα στίγμα σχετικά με τις Διατροφικές Διαταραχές και το πώς αυτές εκτείνονται σε παρελθοντικούς χρόνους.

Ακριβέστερα, τον 13ο αιώνα, μια μερίδα του γυναικείου πληθυσμού υποβαλλόταν σε περιορισμένη, ανεπαρκή πρόσληψη ενέργειας, σε μια προσπάθεια να αντισταθεί στο εκάστοτε κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο και συγκεκριμένο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, αποτελεί η Catherine Benincasa η οποία υπέβαλλε τον εαυτό της σε μια άκρως περιοριστική, ελάχιστη σίτιση που ακολουθούνταν απο συνεχόμενους προκλητούς εμετούς, με σκοπό να αντισταθεί και να πολεμήσει ενάντια στις εκκλησιαστικές αρχές της τότε εποχής (Σίμου, 1996).

Εν συνεχεία, στα τέλη του 17ου αιώνα, και συγκεκριμένα το 1689, περιγράφεται για πρώτη φορά στην ιατρική βιβλιογραφία, από τον Richard Morton, ο θάνατος μιας γυναίκας -με τα χαρακτηριστικά για την νευρογενή ανορεξία συμπτώματα- η οποία ανθίσταντο σε κάθε είδους θεραπευτική παρέμβαση και τεχνική (Holden, 1989. Σίμου,1996).

Ωστόσο, είναι το 1874, η χρονολογία κατά την οποία η Νευρογενής Ανορεξία αποκτά όνομα, ένα όνομα που της δόθηκε από τον William Gull (Holden, 1989). Πράγματι, προς τα τέλη του 19ου αιώνα, οι Sir William Gull στην Αγγλία και Charles Lasague στην Γαλλία, συγκεντρώνουν και προσδιορίζουν τα συμπτώματα και τις συμπεριφορικές αντιδράσεις ατόμων που πάσχουν από ένα σύνδρομο -όπως χαρακτηρίζεται- άρνησης τροφής. Αξιοσημείωτο μάλιστα είναι το γεγονός, ότι οι προαναφερθέντες αποδίδουν την αιτιολογία του συνδρόμου αυτού σε οικογενειακούς παράγοντες, επισημαίνοντας κατ'αυτό τον τρόπο την επίδραση που ασκεί το περιβαλλοντικό πλαίσιο στην εμφάνιση της διαταραχής (Σίμου,

1996).

Πρόσθετα, το 1914, ο Simmonds μεταβάλλει την ως τότε αντίληψη περί της αιτιολογίας της Νευρογενούς Ανορεξίας, περιγράφοντας την ως υποφυσιακή καχεξία. Ωστόσο, το 1930 ο Berkman μέσα απο μια σειρά δημοσιεύσεων και ευρυμάτων απο ένα μεγάλο δείγμα ανορεκτικών ασθενών, επαναφέρει στο προσκήνιο την ψυχολογική αιτιοπαθογένεια της Νευρογενούς Ανορεξίας. Παρ'όλα αυτά, τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, η Νευρογενής Ανορεξία αναφέρεται και διερευνάται περισσότερο ως δευτερογενές σύμπτωμα κάποιας άλλης διαταραχής (π.χ κατάθλιψης, υστερίας, καταναγκαστικής νεύρωσης κ.α).

Τη δεκαετία τώρα του 1940, η ψυχαναλυτική προσέγγιση επισημαίνει τον καταλυτικό ρόλο που διαδραματίζει το ασυνείδητο στη Νευρογενή Ανορεξία. Ακριβέστερα, η Νευρογενής Ανορεξία αποδίδεται σε ασυνείδητους παράγοντες, όπως αυτοί της αποστροφής προς την σεξουαλικότητα και της ασυνείδητης φαντασίωσης μιας σαδιστικής εγκυμοσύνης (Σίμου, 1996).

Προχωρώντας στην ιστορική διερεύνηση της Νευρογενούς Βουλιμίας, η τελευταία περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Gerald Russell το 1979, ως μια ουσιαστικά παραλλαγή της Νευρογενούς Ανορεξίας (Holden, 1989). Ο Russell αν και εισήγαγε τον όρο της Νευρογενούς Βουλιμίας, υποστήριξε τα ουσιώδη κοινά χαρακτηριστικά ψυχοπαθολογίας μεταξύ της προαναφερθείσας και της Νευρογενούς Ανορεξίας, γεγονός που τον οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η Βουλιμία αποτελεί μια παραλλαγή της διαταραχής της Ανορεξίας (Σίμου, 1996). Σύμφωνα με τον Russell, η Βουλιμία απαρτίζεται απο τρια βασικά χαρακτηριστικά: τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, τις επίμονες προσπάθειες για αποφυγή της αύξησης του σωματικού βάρους δια μέσω προκλητών εμετών, και τέλος το νοσηρό φόβο περί πάχυνσης (Kronvall et al., 1992).

Μέσα απο τη σύντομη αυτή ιστορική ανασκόπηση της πρώιμης εμφάνισης, περιγραφής και προσέγγισης των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, και έχοντας αναδείξει βασικά χαρακτηριστικά των διαταραχών αυτών και της Νευρογενούς Ανορεξίας, όπως αυτό της υψηλής θνησιμότητας και της συννοσηρότητας με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές,

κατανοούμε ότι επρόκειτο για μια από τις σοβαρότερες διαταραχές, η διάγνωση της οποίας θα πρέπει να διατελείται μέσα από πολύ συγκεκριμένα και επιστημονικά τεκμηριωμένα κριτήρια. Παρακάτω επικεντρωνόμαστε στα κριτήρια αυτά που αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την ύπαρξη και την εμφάνιση της Νευρογενούς Ανορεξίας.

2. Διαγνωστικά κριτήρια Νευρογενούς Ανορεξίας, σύμφωνα με το DSM 5

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM 5), οι Διατροφικές Διαταραχές χαρακτηρίζονται από “διαταραγμένη πρόσληψη τροφής ή συμπεριφορά σχετιζόμενη με τις διατροφικές συνήθειες. Το παραπάνω, έχει ως αποτέλεσμα την μεταβολή της συμπεριφοράς ως προς την κατανάλωση τροφής, κάτι που με τη σειρά του έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στην φυσική όσο και την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου” (APA, 2013).

Με βάση το DSM 5 (2013) η Νευρογενής Ανορεξία διαγιγνώσκεται υπό την παρουσία των εξής κριτηρίων:

1. Περιορισμένη λήψη ενέργειας αναλογικά με τις βιολογικές απαιτήσεις, η οποία οδηγεί σε ένα χαμηλό σωματικό βάρος σε συσχέτισμό με την ηλικία, το φύλο και την σωματική υγεία του ατόμου. Το σημαντικά χαμηλότερο σωματικό βάρος ορίζεται ως ένα βάρος κατώτερο του ελάχιστου φυσιολογικού.
2. Έντονος φόβος για ενδεχόμενη αύξηση του σωματικού βάρους και αύξηση που θα οδηγήσει το άτομο στο να γίνει υπέρβαρο, ακόμη και σε άτομα με σημαντικά χαμηλότερο του φυσιολογικού Δείκτη Μάζας Σώματος.
3. Διαταραγμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος, αδικαιολόγητη αρνητική επιρροή της εικόνας του σώματος στην αυτοεκτίμηση του ατόμου ή αδυναμία επίγνωσης της σοβαρότητας της κατάστασης από μέρος του ασθενούς.

Επειδή ορισμένοι από τους πάσχοντες από Νευρική Ανορεξία εμφανίζουν ανά διαστήματα υπερφαγικά επεισόδια, το DSM 5 διακρίνει δυο υπότυπους Νευρογενούς Ανορεξίας, τον Υπερφαγικό/Καθαρτικό και τον Περιοριστικό τύπο.

Ο Περιοριστικός τύπος αναφέρεται στα άτομα εκείνα, τα οποία κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών μηνών δεν έχουν εμπλακεί σε επεισόδια υπερφαγίας ούτε έχουν εμφανίσει καθαρτικές συμπεριφορές μέσω πρόκλησης εμετών, ή μέσω χρήσης καθαρτικών, διουρητικών και κλυσμάτων. Ουσιαστικά, το άτομο που εμφανίζει αυτόν τον τύπο Νευρογενούς Ανορεξίας επιδιώκει και επιτυγχάνει την απώλεια σωματικού βάρους κατά

κύριο λόγο μέσα από νηστεία, διαίτα ή υπερβολική σωματική άσκηση. Ο περιοριστικός τύπος αφορά άτομα, που δεν εμπλέκονται συχνά σε καταχρηστικές συνήθειες που περιλαμβάνουν είτε τη χρήση αλκοολούχων ουσιών ή την χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (APA, 2013. Σπανού, Καζάνη, Τριπόδης, 2008).

Αντίθετα, ο Υπερφαγικός/ Καθαρτικός τύπος αφορά τους πάσχοντες εκείνους από την διαταραχή, οι οποίοι κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών μηνών έχουν παρουσιάσει καθαρικές συμπεριφορές δια μέσω πρόκλησης εμετών, μέσω χρήσης καθαρτικών, διουρητικών και κλυσμάτων και έχουν εμπλακεί σε υπερφαγικά επεισόδια. Μερικοί από τους πάσχοντες που ανήκουν στον υπότυπο αυτό, δεν επιδίδονται σε επεισόδια υπερφαγίας, αλλά εμφανίζουν τακτική καθαρική συμπεριφορά μετά από την κατανάλωση μικρών ποσοτήτων τροφής, προκειμένου να περιορίσουν την πρόσληψη θερμίδων που έχει καταναλωθεί από τον οργανισμό (APA, 2013. Σπανού Καζάνη, Τριπόδης, 2008).

Έχοντας κάνει μια σύνοψη των κριτηρίων που απαιτούνται για τη διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας, παρακάτω εξηγούμε κάθε ένα από τα κριτήρια αυτά ξεχωριστά. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι τα κριτήρια για την ύπαρξη της παραπάνω, δεν αποτελούν μεμονωμένες προϋποθέσεις, αλλά αλληλένδετα κριτήρια που το ένα έχει ως επακόλουθο το άλλο και όλα μαζί συνδέονται, κατά την εμφάνιση της διαταραχής από τον εκάστοτε ασθενή.

2.1 Διαγνωστικό Κριτήριο A (Criterion A)

Αναφορικά με το κριτήριο A, το DSM 5 προτείνει τον υπολογισμό του Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) ως ένα χρήσιμο εργαλείο για την μέτρηση και την καταγραφή του σωματικού βάρους του ατόμου ως προς το ύψος του. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η μέτρηση του σωματικού βάρους, πόσο μάλλον η διάκριση και η διάγνωση ενός ελλειπούς σωματικού βάρους, αποτελεί διαδικασία δύσκολη, αφού το φυσιολογικό εύρος μέσα στο οποίο θα πρέπει να κυμαίνεται το βάρος κάθε ατόμου ποικίλλει και διαφέρει ανάλογα με την περίσταση. Επιπρόσθετα, η δημοσίευση ποικίλων και διαφορετικών προσεγγίσεων του κατωτάτου ορίου του σωματικού βάρους, δυσχαιρένει ακόμη περισσότερο την διάκριση ενός χαμηλότερου του φυσιολογικού βάρους. Σύμφωνα πάντως με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), για τους ενήλικες, ένας δείκτης μάζας σώματος λιγότερος ή ίσος του 18.5 kg/m² έχει χαρακτηριστεί ως το κατώτερο όριο ενός φυσιολογικού σωματικού βάρους. Ένας ενήλικας με τον παραπάνω Δείκτη Μάζας Σώματος, μπορεί να χαρακτηριστεί ως λιποβαρής εάν το αυτό τεκμηριώνεται μέσα από το ιατρικό ιστορικό και άλλες πληροφορίες που να υποστηρίζουν την διάγνωση (APA, 2013).

Εν συντομία, για τον προσδιορισμό της ύπαρξης του κριτηρίου A, ο κλινικός ψυχολόγος θα πρέπει να εξετάσει και να διερευνήσει έναν αριθμό παραγόντων που περιλαμβάνει το ιστορικό του σωματικού βάρους του ασθενούς, την κατασκευή και δόμηση του σώματός του καθώς και τυχόν φυσιολογικές διαταραχές και δυσλειτουργίες (APA, 2013).

Για πολλά χρόνια, η έρευνα δεν είχε επικεντρωθεί στις διατροφικές συνήθειες των ασθενών με Νευρογενή Ανορεξία, καθ' ότι η διερεύνηση μιας ουσιαστικά ανύπαρκτης διατροφικής συμπεριφοράς είχε θεωρηθεί δύσκολη ως προς την προσέγγισή της. Ωστόσο, όπως αναφέρουν οι Heaner και Walsh (2013), σε μια από τις πρώτες μελέτες που διεξήχθησαν για την αποσαφήνιση του παραπάνω ζητήματος, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα ανορεκτικά άτομα, επιτυγχάναν την μείωση του σωματικού τους βάρους, αποφεύγοντας κατά κανόνα τροφές πλούσιες σε λίπη. Στη συγκεκριμένη έρευνα, η ανάλυση μιας τυπικής 24ωρης θερμιδικής κατανάλωσης ανάμεσα σε ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία και σε

υγιή άτομα, έδειξε ότι οι πρώτοι κατανάλωναν ένα ελαφρώς μεγαλύτερο ποσοστό υδατανθράκων και πρωτεϊνών από τις υγιείς ομάδες, αλλά σημαντικά λιγότερο λίπος σε σχέση με αυτές. Για την ακρίβεια, η κλινική ομάδα κατανάλωνε 17,6% λίπος σε αντίθεση με την υγιή που κατανάλωνε 28.4%. Επιπλέον, ο Hadigan και οι συνεργάτες του έδειξαν ότι οι πάσχοντες από Ανορεξία που νοσηλεύονταν σε κλινική μονάδα με σκοπό την αποκατάστασή τους, όταν είχαν το δικαίωμα να επιλέξουν το γεύμα που θα κατανάλωναν, περιόριζαν την επιλογή τους στις τροφές εκείνες που θεωρούσαν ότι είχαν την λιγότερη θερμιδική περιεκτικότητα, μειώνοντας εως εκ τούτου την προερχόμενη από λιπαρές τροφές θερμιδική κατανάλωση (Walsh, 2011). Σε μια άλλη μελέτη, οι ερευνητές εξέτασαν την ποσότητα των θρεπτικών συστατικών που λαμβάνονται από νεαρές κοπέλες που έπασχαν από Νευρογενή Ανορεξία, συγκριτικά με την κατανάλωση θρεπτικών συστατικών σε υγιείς νεαρές γυναίκες. Και οι δυο ομάδες κατέγραψαν σε ένα ημερολόγιο τις διατροφικές τους συνήθειες και τις καταναλωθείσες τροφές για τρεις εργάσιμες ημέρες και για το σαββατοκύριακο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ανορεκτικές ασθενείς κατανάλωναν σημαντικά λιγότερες λιπαρές τροφές αλλά και σημαντικά περισσότερες τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες σε σχέση με τις υγιείς γυναίκες. Πέρα όμως από τα παραπάνω, οι ανορεκτικές νεαρές γυναίκες παρουσίασαν ένα συνολικά μεγαλύτερο ποσοστό κατανάλωσης τροφών που περιείχαν ασβέστιο, σίδηρο και ψευδάργυρο, πιθανόν λόγω της χρήσης διαφόρων συμπληρωμάτων διατροφής (Forbush & Hunt, 2014).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση και η επανεξέταση μελετών που αφορούν τις διατροφικές συνήθειες των ανορεκτικών ασθενών, έδειξε ότι ο Μέσος Όρος της ημερησίας κατανάλωσης θερμίδων ανέρχεται στις 1.285 συγκριτικά με την μέση θερμιδική πρόσληψη της ομάδας ελέγχου η οποία κυμαίνεται στις 1.532 θερμίδες ανά ημέρα (Forbush & Hunt, 2014) .

Η απώλεια βάρους των ασθενών που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία επιτυγχάνεται όπως είναι εύλογο και απο τα παραπάνω, μέσω εξαντλητικών διαιτητικών προγραμμάτων κατά τα οποία η πρόσληψη θερμίδων περιορίζεται όσο το δυνατόν περισσότερο. Αξιοσημείωτο είναι, ότι σε μερικές περιπτώσεις οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία, προκειμένου να

επιτύχουν μια περαιτέρω απώλεια βάρους, περιορίζουν ακόμη και την κατανάλωση υγρών, καθ' ότι διακατέχονται από παράλογες και εσφαλμένες πεποιθήσεις που θέλουν ακόμη και το νερό να έχει θερμιδική περιεκτικότητα (Wood & Knight, 2015). Πρόσθετα, μερικά από τα ανορεκτικά άτομα επιδιώκουν την απώλεια βάρους και μέσω περισσότερο παρεμβατικών μεθόδων όπως με την υιοθέτηση καθαρτικών συμπεριφορών. Πράγματι πολλοί πάσχοντες από τη διαταραχή, περιορίζουν την πρόσληψη θερμίδων δια μέσω της συστηματικής πρόκλησης εμετών, της χρήσης διουρητικών, καθαρτικών, υπακτικών κ.α (Σπανού, Καζάνη, Τριπόδης, 2008).

Πέρα όμως από τα παραπάνω οι ασθενείς επιδίδονται συχνά σε υπερβολική σωματική άσκηση η οποία συχνά τους οδηγεί σε εξουθένωση. Η υπερβολική άσκηση και εκγύμναση του σώματος, αποτελεί πράγματι ένα από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της Νευρογενούς Ανορεξίας. Για το λόγο αυτό, κατά τη διάρκεια της λήψης ιστορικού, ο κλινικός θα πρέπει να λαμβάνει όλες εκείνες τις απαραίτητες πληροφορίες που αφορούν τις εξωτερικές αθλητικές δραστηριότητες του ασθενούς. Σε πολλές περιπτώσεις, το ανορεκτικό άτομο εκτελεί τις υπερβολικές - σχετικά με την άσκηση του σώματος- δραστηριότητες, μόνο του ή κρυφά από το οικείο περιβάλλον του, ενώ όταν του ζητάται να αναφέρει βασικές πληροφορίες όπως ο τρόπος, η συστηματικότητα και η διάρκεια που ασκείται, αποφεύγει να δώσει τις ακριβείς πληροφορίες (Wood & Knight, 2015).

Επειδή η ακολουθία διαιτητικών συμπεριφορών και η ανησυχία σχετικά με την εικόνα του σώματος είναι πολύ συχνή, ιδιαίτερα σε νεαρές ηλικίες, οι γονείς, φροντιστές και γενικότερα το οικείο περιβάλλον του ασθενούς, είναι πιθανό να παραμένει ανυποψίαστο σχετικά με την εμφάνιση της διαταραχής για μέρες ή ακόμη και μήνες. Μάλιστα, δεν είναι λίγες εκείνες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες το υποστηρικτικό δίκτυο του πάσχοντα από τη Νευρογενή Ανορεξία, ενθαρρύνει την επιθυμία του και εν τέλει την επίτευξη της απώλειας του σωματικού βάρους, μην γνωρίζοντας ότι ο προαναφερθείσας διανύει τα πρώτα στάδια της διαταραχής (Wood & Knight, 2015).

Σύμφωνα με τους Wood και Knight (2015), ο εκάστοτε κλινικός, εξετάζοντας το ιστορικό

του ασθενούς, είναι απαραίτητο να θέσει ερωτήματα σχετικά με το πότε προέκυψαν οι πρώτες ανησυχίες και η επιθυμία για απώλεια του σωματικού βάρους, πότε το άτομο αποπειράθηκε για πρώτη φορά να ελέγξει και να μειώσει το σωματικό του βάρος, πόσο βάρος έχει μέχρι στιγμής χάσει και μέσα σε ποιο χρονικό διάστημα επιτεύχθη η απώλεια αυτή. Εν τέλει, πέρα από τα παραπάνω που αφορούν τον πάσχοντα από την Νευρογενή Ανορεξία, ο κλινικός είναι σημαντικό να διευκρινήσει και την στιγμή κατά την οποία η απώλεια του σωματικού βάρους άρχισε να γίνεται αντιληπτή από τον περίγυρο του προαναφερθέντος, καθώς και το πως το οικείο περιβάλλον του αντέδρασε στην αλλαγή αυτή.

2.2 Διαγνωστικό Κριτήριο B (Criterion B)

Ερχόμενοι τώρα στο Κριτήριο B, το άτομο που πάσχει από Νευρογενή Ανορεξία, έρχεται αντιμέτωπο με τον φόβο που τρέφει, μήπως τυχόν παχύνει. Σύμφωνα με το Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο (APA, 2013), ο φόβος και οι ανησυχίες του ασθενούς για ενδεχόμενη αύξηση του σωματικού βάρους, συχνά συνοδεύονται από την έλλειψη επίγνωσης της φυσιολογικής, ιατρικής και ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς. Πρόσθετα, ο έντονος φόβος της σωματικής αύξησης που αντιμετωπίζει το ανορεκτικό άτομο, όχι μόνο δεν φαίνεται να μειώνεται μετά από την απώλεια βάρους, αλλά τουναντίον ενδέχεται και να αυξηθεί.

Ο διαρκώς παρών- από τη στιγμή της διαταραχής και έπειτα- φόβος που αισθάνονται τα άτομα για πιθανή αύξηση του βάρους τους, είναι άμεσα συνδεδεμένος με την διαταραγμένη εικόνα που έχει ο πάσχοντας από Ανορεξία για την εξωτερική του εμφάνιση και συγκεκριμένα για το βάρος, το σχήμα του σώματός του.

Επρόκειτο για μια- στα όρια της εμμονής- ανησυχία, η οποία οδηγεί τον ασθενή σε ακραίες προσπάθειες ελέγχου του σωματικού του βάρους προκειμένου να μην υπάρχει καμία μελλοντική πιθανότητα για αύξηση του παραπάνω. Η ανησυχία και ο φόβος, κατευθύνουν τον ασθενή στην διαρκή ενασχόληση με την τροφή, κάνοντας τους να υπολογίζουν και την παραμικρή θερμίδα από μια τροφή που προορίζεται για κατανάλωση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η εξής δήλωση ενός ανορεκτικού ασθενή «δε θα γλύψω το γραμματόσημο... δεν μπορεί κανείς να γνωρίζει που μπορεί να κρύβονται οι θερμίδες» (Σπανού, Καζάνη, Τριπόδης, 2008).

Πέρα από το παραπάνω ο διαρκής φόβος του ανορεκτικού ατόμου για αύξηση του σωματικού του βάρους, έχει ως αποτέλεσμα στην πλειονότητα των ασθενών την εκδήλωση συμπεριφορών ψυχαναγκαστικού τύπου, όπως το πολύωρο και καθημερινό κοίταγμα στον καθρέφτη, το τακτικό ζύγισμα, ακόμη και την χρήση μεζούρας για την μέτρηση συγκεκριμένων μερών του σώματος (Σπανού, Καζάνη, Τριπόδης, 2008). Παρακάτω, εξηγούμε διεξοδικότερα το πως η ανησυχία αυτή συνδέεται άμεσα με την διαταραγμένη εικόνα του σώματος. Συνοπτικά αναφέρουμε ότι επρόκειτο ουσιαστικά για μια αλληλένδετη

σχέση κατά την οποία ο φόβος και οι επακόλουθες από αυτόν συμπεριφορικές αντιδράσεις εξαρτώνται από την διαταραγμένη αντίληψη που έχει το άτομο για το σωματικό του βάρος και για την εξωτερική του εμφάνιση.

Διαγνωστικό Κριτήριο Γ (Criterion C)

Το τελευταίο Κριτήριο, που τίθεται από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο ως προϋπόθεση για την εμφάνιση της Νευρογενούς Ανορεξίας, περιλαμβάνει την διαστρεβλωμένη αντίληψη των ανορεκτικών ασθενών σχετικά με την εξωτερική τους εμφάνιση και συγκεκριμένα σχετικά με το σωματικό τους βάρος. Πολλοί ασθενείς που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως υπέρβαρους, παρά την κάτισχνη εμφάνισή τους. Άλλοι πάλι, αν και δείχνουν να συνειδητοποιούν και να αντιλαμβάνονται το αισθητά μειωμένο σωματικό βάρος που έχουν, εξακολουθούν να θεωρούν ότι συγκεκριμένα μέρη του σώματός τους (π.χ κοιλιά) έχουν περισσότερο λίπος από ότι θα έπρεπε (Hartmann et al., 2013). Η διαταραγμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο περιλαμβάνει γνωστικές και συναισθηματικές συνιστώσες (συναισθήματα, ανησυχίες, φόβοι για το σώμα), αντιληπτικές διαδικασίες (αντιληπτική εκτίμηση του σωματικού βάρους) και συμπεριφορικές αντιδράσεις και πράξεις που σχετίζονται με την αντίληψη του πάσχοντα για το σώμα του (Castellini et al., 2012).

Πρόσθετα, σύμφωνα με τον Castellini (2012) οι ασθενείς που πάσχουν από Διατροφικές Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, ενδέχεται να εμφανίζουν κάποιες ανωμαλίες οσον αφορά τα εγκεφαλικά συστήματα που είναι υπεύθυνα για την επεξεργασία της σωματικής εικόνας ή του μεγέθους του σώματος. Διαφόρων ειδών μελέτες Λειτουργικής Μαγνητικής Τομογραφίας (fMRI), έχουν δείξει αυξημένη ενεργοποίηση διαφόρων εγκεφαλικών περιοχών (προμετωπιαίς φλοιός, νήσος, ατρακτοειδής έλικα, συμπληρωματική κινητική περιοχή, κ.α) κατά τη διάρκεια της θέασης του σώματος από το ίδιο το άτομο, τόσο σε υγιείς όσο και σε κλινικές ομάδες ατόμων. Ωστόσο, στις κλινικές ομάδες, τους πάσχοντες δηλαδή από την διαταραχή συντελείται και μια περαιτέρω ενεργοποίηση συγκεκριμένων περιοχών η οποία δεν παρατηρείται σε υγιείς ομάδες. Η ενεργοποίηση αυτή περιλαμβάνει την ενεργοποίηση του ραχιαίου πλάγιου προμετωπιαίου φλοιού καθώς και του κατώτερου βρεγματικού λοβού. Επρόκειτο για δύο περιοχές οι οποίες συμμετέχουν και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις

διεργασίες προσοχής αλλά και στη γνωστική αξιολόγηση ενώ θεωρείται ότι κατέχουν ξεχωριστό ρόλο στα σχήματα για το σώμα και την σωματική κατάσταση.

Για να αντιμετωπίσουν τις αρνητικές σκέψεις που σχετίζονται με την εξωτερική τους εμφάνιση, οι πάσχοντες υιοθετούν δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές. Εως εκ τούτου, αναπτύσσουν εμμονικές συμπεριφορές γύρω από το σώμα και την εμφάνισή τους θεωρώντας την οποιαδήποτε περαιτέρω απώλεια βάρους ως μια επιτυχημένη προσπάθεια αυτοπειθαρχίας και ελέγχου του εαυτού ενώ αναπτύσσουν μια διαρκή ενασχόληση με το σωματικό τους βάρος, πραγματοποιώντας διαφόρων ειδών δίαιτες και ασκούμενοι σε υπερβολικό βαθμό.

Οι ερευνητικές προσπάθειες διερεύνησης της διαταραγμένης εικόνας του σώματος κατά την Νευρογενή Ανορεξία, δείχνουν ότι τα άτομα που εμφανίζουν την διαταραχή εμφανίζουν επίσης σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό μηρυκαστικές συμπεριφορές, απόπειρες καθορισμού της σωματικής τους κατασκευής και σχετιζόμενες με την εμφάνιση επίμονες σκέψεις, συγκριτικά με εκείνους που δεν πάσχουν από τη διαταραχή (Hartmann et al., 2012). Οι παραπάνω συμπεριφορές αποτελούν δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης των φόβων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς, οι οποίες μπορεί να συμβάλλουν σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα στην διατήρηση και την συντήρηση της διαταραχής (Hartmann et al., 2014).

Αναφορικά με τις ιδέες και πεποιθήσεις σχετικά με την εμφάνιση που οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία φέρουν, πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι προαναφερθείσες ενδέχεται να αποτελούν παραληρηματικές ιδέες σχετικά με τη σωματική κατασκευή (Konstantakopoulos et al., 2012). Σύμφωνα με τον Κωσταντακόπουλο και τους συνεργάτες του (2012), οι κλινικοί γιατροί χαρακτηρίζουν ως παραληρηματικούς τους ασθενείς οι οποίοι αρνούνται με σθένος την απίσχνασή τους ενώ δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι ορισμένοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν προτείνει την κατηγοριοποίηση της Νευρογενούς Ανορεξίας σε τρεις ομάδες: ασθενείς που έχουν “καλή εικόνα του σώματος”, ασθενείς με “κακή εικόνα του σώματος” και “ασθενείς με ψυχωσικά χαρακτηριστικά”. Πράγματι, τα ερευνητικά δεδομένα, προσφέρουν μερικές αξιοσημείωτες πληροφορίες σχετικά με την άρνηση ή την αδυναμία επίγνωσης των ασθενών σχετικά με την επικίνδυνα κάτισχη

σωματική μορφή τους. Ωστόσο, μεγάλο μέρος των ερευνητικών αναφορών στο συγκεκριμένο ζήτημα, παρουσιάζεται ως αντιφατικό αφού η διακύμανση των παραληρηματικών ιδεών κυμαίνεται από 15% έως 80%. Το παραπάνω, ενδέχεται να οφείλεται σε μη συνεπή μεταξύ τους κριτήρια που χρησιμοποιούνται ανά το πλήθος μελετών, για τον προσδιορισμό του τι ακριβώς σημαίνει η άρνηση ή η εσφαλμένη αντίληψη περί της σωματικής εικόνας από μέρος του ασθενούς (Konstantakopoulos et al., 2012).

Οι περισσότερες μελέτες σχετικά με την διαταραγμένη εικόνα του σώματος σε ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία, έχουν εστιάσει στον τρόπο με τον οποίο οι τελευταίοι αντιλαμβάνονται και βλέπουν το σώμα τους, τις συμπεριφορικές αντιδράσεις που εκδηλώνουν και τις συμπεριφορικές στρατηγικές που υιοθετούν προκειμένου να μειώσουν το παραπάνω κατά τη γνώμη τους σωματικό βάρος.

Μολαταύτα, σύμφωνα με την Keizer και τους συνεργάτες της (2011), η έρευνα για την σωματαιοσθητική και απτική αντίληψη των ασθενών από Νευρογενή Ανορεξία, είναι αρκετά περιορισμένη. Για το λόγο αυτό, η παραπάνω διεξήγαγε μια έρευνα προκειμένου να διερευνήσει εάν η απτική αντίληψη του σώματος διαφέρει ανάμεσα σε ανορεκτικά και μη ανορεκτικά άτομα. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία όχι μόνο εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα σωματικής δυσαρέσκειας και διαταραγμένης εικόνας του σώματος, αλλά επιπλέον φάνηκε να υπερεκτιμούν το μέγεθος των απτικών αποστάσεων. Η τροποποιημένη απτική αντίληψη των ασθενών, πιθανόν εξηγείται μέσω διαδικασιών “από πάνω προς τα κάτω”. Ακριβέστερα, ορισμένοι ερευνητές έχουν προτείνει ότι η σωματική δυσαρέσκεια που αισθάνεται ο ασθενής επηρεάζει τις νοητικές αναπαραστάσεις οι οποίες είναι απαραίτητες για την απτική/σωματαιοσθητική αντίληψη του σώματος. Εως εκ τούτου, οι επηρεασμένες από τη σωματική δυσαρέσκεια νοητικές αναπαραστάσεις οδηγούν με τη σειρά τους στην δημιουργία στρεβλώσεων σχετικά με την απτική εκτίμηση του σώματος (Keizer et. al., 2011). Η διαταραγμένη σωματαιοσθητική αντίληψη των ασθενών, υποδεικνύει ότι η διαταραγμένη εικόνα του σώματος δεν περιορίζεται στην διαταραγμένη οπτική αντίληψη και συνεπώς αποτελεί ένα ευρύ ως προς τη

διερεύνησή του φαινόμενο.

Εν τέλει, με συνοπτικούς όρους αναφέρουμε ότι για τη διαταραγμένη εικόνα του σώματος και τις επαναλαμβανόμενες σκέψεις που την ακολουθούν, έχει χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα η μέθοδος της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας. Η Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία αντιμετωπίζει την διαταραγμένη εικόνα του σώματος επιχειρώντας την γνωσιακή αποδόμηση παράλογων και εμμονικών σκέψεων αναφορικά με το σώμα και τη σωματική κατασκευή. Ειδικότερα, εστιάζει σε εξειδικευμένες ιδιοσυγκρασιακές σκέψεις (π.χ “Η κοιλιά μου είναι πολύ χοντρή”), αμφισβιτώντας τα αποδεικτικά στοιχεία για την ύπαρξη των παραπάνω και επιδεικνύοντας την ανουσιότητα των σκέψεων αυτών (Fairburn et al., 2008) .

Έχοντας αναλύσει τα απαραίτητα κριτήρια για την διάγνωση της Νευρογενούς Ανορεξίας, κατανοούμε ότι επρόκειτο για ένα ζήτημα πολύπλοκο, για την αιτιοπαθογένεια του οποίου έχουν προταθεί και διερευνηθεί σε εύρος, διαφόρων ειδών παράγοντες και συγκεκριμένες αιτιάσεις. Αν και σε επόμενο κεφάλαιο της εργασίας θα επικεντρωθούμε στην ανάλυση της Νευρογενούς Ανορεξίας υπό το πρίσμα κατά κύριο λόγο των κοινωνικοπολιτισμικών προσεγγίσεων, κρίνεται χρήσιμο να αναφερθούμε συντόμως και στους τρεις άλλους βασικούς αιτιολογικούς παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνισή των παραπάνω.

Τα αίτια των διατροφικών διαταραχών δεν έχουν προσδιοριστεί πλήρως. Ωστόσο, μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερις κύριους αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών. Επρόκειτο για τις βιολογικές, οικογενειακές, αναπτυξιακές και κοινωνικο-πολιτισμικές προσεγγίσεις. Καθεμία απο τις παραπάνω, παρέχει μια διαφορετικού είδους εξήγηση για την εμφάνιση, την εξέλιξη και τις επιπτώσεις που φέρει η διαταραχή στο άτομο.

3. Αιτιολογικοί Παράγοντες

3.1 Βιολογικοί Παράγοντες

Πολλές από τις βιολογικές προσεγγίσεις των Διατροφικών Διαταραχών υποστηρίζουν την ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης στους πάσχοντες από τέτοιου είδους διαταραχές, τεκμηριώνοντας το παραπάνω, μέσα από την διεξαγωγή μελετών σε διδύμους. Πράγματι, σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε διδύμους, οι διατροφικές διαταραχές φαίνεται να έχουν γενετικό υπόβαθρο. Ο HSU μέσα από την επισκόπηση και ανάλυση πολλών και διαφορετικών μελετών σε μονοζυγωτικούς και διζυγωτικούς διδύμους εντόπισε μια συμφωνία της τάξεως του 47% στους μονοζυγωτικούς και ένα ποσοστό 10% σε ετεροζυγωτικούς. Τα ευρήματα επαληθεύτηκαν, μέσα από μεταγενέστερες μελέτες και έρευνες οι οποίες θέλουν το ποσοστό αυτό να κυμαίνεται στο 50% για τους μονοζυγωτικούς διδύμους. Ωστόσο, η επιβεβαίωση της κληρονομικής επιβάρυνσης της νόσου και του γενετικού χαρακτήρα της, απαιτεί σαφώς περισσότερες μελέτες και έρευνες εστιασμένες σε υιοθετημένους διδύμους, προκειμένου να αποφευχθεί η υποψία ότι η ύπαρξη μιας κοινής ανατροφής, ενός κοινού οικογενειακού πλαισίου και αξιακού κώδικα μπορεί να οδήγησε στην ανάπτυξη και την διαμόρφωση της διατροφικής διαταραχής (Σπανού Καζάνη, Τριπόδης, 2008).

Πρόσθετα, ορισμένοι ερευνητές αποδίδουν πολλές πτυχές της αιτιοπαθογένειας της Νευρογενούς Ανορεξίας σε δυσλειτουργίες του υποθαλάμου. Το 1940, οι Anand και Brobeck παρατήρησαν ότι αμφίπλευρες βλάβες στον έξω πυρήνα του υποθαλάμου, “το κέντρο της σίτισης” όπως χαρακτηρίστηκε, είχαν ως αποτέλεσμα την ολοκληρωτική αφαγία (Καστελλάκης, 2011). Το γεγονός ότι ο υποθάλαμος αποτελεί το κέντρο για την σίτιση και τη ρύθμιση του αισθήματος της πείνας, σε συνδιασμό με το ότι πειραματικές έρευνες και μελέτες βλαβών στον υποθάλαμο πειραματόζωων προκάλεσαν αφαγία, εξηγεί τους λόγους για τους οποίους ο τελευταίος έχει ενοχοποιηθεί για την συμμετοχή του στην ανάπτυξη της Νευρογενούς Ανορεξίας.

Εν συνεχεία, οι Διατροφικές Διαταραχές έχουν συσχετισθεί και με διάφορους νευροδιαβιβαστές οι οποίοι θεωρούνται ότι εμπλέκονται στην εμφάνιση των

προαναφερθέντων ή αποτελούν επακόλουθο του υποσιτισμού. Πιο συγκεκριμένα, μέσα από την ανασκόπηση κάποιων πειραματικών μελετών (Kaye et. Al, 2005. Kaye, 2008. Lucki, 1998.), φαίνεται ότι ο νευροδιαβιβαστής εκείνος ο οποίος έχει διερευνηθεί κατά κόρον και έχει συσχετισθεί με τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και ειδικότερα με την Νευρογενή Ανορεξία, είναι η σεροτονίνη. Σε διάφορες μελέτες οι ερευνητές διεξήγαγαν Τομογραφία Εκμποτής Ποζιτρονίων με την έγχυση ραδιενεργής σεροτονίνης, και κατέδειξαν τις επακόλουθες αλλαγές στους 5-HT_{1A} και 5-HT_{2A} σεροτονινεργικούς υποδοχείς. Οι παραπάνω αλλαγές και διαφοροποιήσεις έχουν συσχετισθεί με την διάθεση, τον καταναγκαστικό έλεγχο, όπως επίσης και με την παροχή κινήτρων και την ανταμοιβή που προσφέρει η σχετιζόμενη με την στέρηση τροφής συμπεριφορά (Kaye et. Al, 2005).

Επιπλέον, διαφόρων ειδών φαρμακευτικά σκευάσματα σχετιζόμενα με την απελευθέρωση σεροτονίνης, όπως η φενφλουραμίνη και οι Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης, όπως η φλουεξοτίνη και η σερτραλίνη, έχουν ενοχοποιηθεί για την αναστολή του συστήματος που σχετίζεται με την πρόσληψη τροφής (Lucki, 1998). Οι μελέτες και η διεξαγωγή πειραματικών ερευνών με σκοπό την αποσαφήνιση του ρόλου της σεροτονίνης στην -σχετιζόμενη με την πρόσληψη τροφής- συμπεριφορά, παρέχουν ένα ενδιαφέρον και σίγουρα χρήσιμο μοντέλο για το πως φυσιολογικά και ανατομικά στοιχεία εμπλέκονται στην λειτουργική ρύθμιση της σύνθετης αυτής συμπεριφοράς που ονομάζεται πρόσληψη τροφής (Lucki, 1998).

Εν τέλει, οι βιολογικές προσεγγίσεις έχουν κατά καιρούς προτείνει την εμπλοκή των ενδογενών οπιοειδών στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Πιο συγκεκριμένα, τα ενδογενή οπιοειδή αποτελούν ουσίες που σχετίζονται με την μείωση του πόνου στο σώμα και παράγονται εντός του. Τα οπιοειδή γενικότερα, επηρεάζουν ένα ευρύ φάσμα λειτουργιών, όπως τη μνήμη, την ανοσολογική κατάσταση, τη νεφρική απέκκριση νατρίου και ύδατος, την έκκριση ορμονών και την πρόσληψη τροφής (Cota et al., 2006). Έρευνες για την συσχέτιση των οπιοειδών με τις Διατροφικές Διαταραχές έχουν καταδείξει ότι τα τελευταία απελευθερώνονται σε περιόδους ασιτίας και αποστέρησης τροφής. Πέρα όμως από το

παραπάνω, τα ενδογενή οπιοειδή διαδραματίζουν πιθανότατα σημαντικό ρόλο στην Νευρογενή Ανορεξία, καθώς η απελευθέρωσή τους και κατ' επέκταση η αύξηση των επιπέδων τους φαίνεται να ενισχύει και να ενθαρρύνει κατά τρόπο θετικό την συμπεριφορά που σχετίζεται με την αποστέρηση τροφής. Η ενίσχυση αυτή, έχει να κάνει με την δημιουργία ενός αισθήματος ευφορίας που τα αυξημένα επίπεδα οπιοειδών προκαλούν στον πάσχοντα από Νευρογενή Ανορεξία, σε παρατεταμένες περιόδους αστίας (Σπανού, Καζάνη, Τριπόδης, 2008). Μεγάλο ενδιαφέρον επίσης, παρουσιάζουν και οι προτεινόμενες θεραπείες για την παχυσαρκία οι οποίες βασίζονται στην χρήση ανταγωνιστών των ενδογενών οπιοειδών, γεγονός που αποδεικνύει τον εμπλεκόμενο ρόλο των παραπάνω στη λήψη τροφής (Bermudez-Silva, Viveros, McPartland, Fonseca, 2010).

Συνοψίζοντας την σύντομη αναφορά μας στην βιολογική αιτιοπαθογένεια των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής, και ειδικότερα στην αιτιοπαθογένεια της Νευρογενούς Ανορεξίας, είναι απαραίτητο να αναφέρουμε ότι οι φυσιολογικοί παράγοντες δεν είναι πάντοτε σαφές αν αποτελούν αιτία της διαταραχής ή επακόλουθό της. Συνεπώς, κρίνεται χρήσιμη η διεξαγωγή περαιτέρω μελλοντικών ερευνών που θα αποσαφηνίσουν το παραπάνω, και θα γεφυρώσουν τα αντιφατικά ορισμένες φορές ευρήματα που σχετίζονται με την βιολογική προσέγγιση των Διατροφικών Διαταραχών.

3.2 Οικογενειακοί Παράγοντες

Η δομή μιας οικογένειας αποτελεί ουσιαστικά αυτό που θα μπορούσαμε να αποκαλέσουμε ένα “μικρό κοινωνικό σύστημα” χαρακτηριζόμενο από αμοιβαίους δεσμούς αγάπης και στοργής (Slovik, 1990). Τα μέλη που απαρτίζουν μια οικογένεια, βρίσκονται σε μια διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους, μέσω της οποίας οι σκέψεις, πεποιθήσεις, οι αντιλήψεις και η συμπεριφορά του ενός επηρεάζει αναπόφευκτα τα υπόλοιπα μέλη, και αντιστρόφως. Εως εκ τούτου, είναι εύκολο να κατανοήσουμε για ποιο λόγο, η εμφάνιση μιας συγκεκριμένης κατάστασης ή ενός συγκεκριμένου συμπεριφορικού προβλήματος σε ένα μέλος της οικογένειας, επηρεάζει και συγχρόνως επηρεάζεται καταλυτικά από την ισορροπία που επιδεικνύει η εκάστοτε δομή της οικογένειας αυτής (Slovik, 1990. Vetere, 1998).

Μια οικογενειακή κατάσταση που περιγράφεται ως τυπική για τους ασθενείς με διατροφική διαταραχή και των δυο φύλων, είναι αυτή που αποτελείται από μια υπερπροστατευτική μητέρα, ενώ ο πατέρας είναι απών. Ωστόσο, δεν υπάρχει επαρκής ένδειξη για ένα συγκεκριμένο οικογενειακό πρότυπο, αν και η οικογενειακή δόμηση παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των Διατροφικών Διαταραχών. Σε διαγνώσεις των οικογενειών του πάσχοντα, το κρίσιμο στοιχείο της αξιολόγησης είναι να κατανοήσουμε αν η επιζήμια διατροφική συμπεριφορά έχει μια ιδιαίτερη λειτουργία στο πλαίσιο του συστήματος της οικογένειας. Χαρακτηριστικά που συχνά εντοπίζονται μεταξύ των ετερογενών οικογενειών με ένα ανορεκτικό μέλος είναι τα εξής: μια έντονη μορφή οικογενειακής συσπείρωσης μέσα στην οποία το άτομο μαθαίνει να δίνει αναφορά «για τα πάντα» και μια υψηλά στοχευμένη συμπεριφορά, «Όλα πρέπει να γίνουν με τον σωστό τρόπο». Συνεχίζοντας, ο φόβος του χωρισμού, που μπορεί να συνδέεται με το μύθο της ατυχίας, η τάση για υπερπροστασία και η θυσία, καθώς και η αποφυγή των συγκρούσεων αποτελούν μερικά από τα χαρακτηριστικά των οικογενειών αυτών. Οι ασθενείς αναπτύσσουν επιπλέον μια αυξημένη αίσθηση για τις ανάγκες των άλλων και συχνά την χρησιμοποιούν με τον έλεγχο ή την χειραγώγηση των προθέσεων τους. Ένα παιδαριώδη super-ego επιμένει, όπως και μια τάση από την πλευρά του ασθενούς να είναι απαιτητικός, τόσο από τον εαυτό του όσο και από τους άλλους (Scagliusi

et al., 2006).

Τα χαρακτηριστικά της οικογένειας λοιπόν, ενδέχεται να συμβάλλουν στην εκδήλωση διατροφικών διαταραχών. Είναι ωστόσο πιθανόν, οι διατροφικές διαταραχές, να επιδρούν στην λειτουργία της οικογένειας. Για να κατανοήσει κανείς καλύτερα το ρόλο που παίζει η λειτουργία της οικογένειας είναι απαραίτητο να μελετήσει τις οικογένειες αυτές άμεσα, χρησιμοποιώντας μεθόδους παρατήρησης και όχι μόνο αυτοαναφοράς.

Τα παραπάνω, αποτελούν εν συντομία την βάση πάνω στην οποία στηρίχθηκαν οι οικογενειακές και συστημικές προσεγγίσεις των Διατροφικών Διαταραχών και συγκεκριμένα της Νευρογενούς Ανορεξίας. Σύμφωνα λοιπόν με τις προαναφερθείσες, η δυναμική που επιδεικνύει η οικογένεια ενός πάσχοντα από Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, μπορεί να συντελέσει σε μεγάλο βαθμό στην συντήρηση και την διαίωνιση της διαταραχής. Συγκεκριμένα στοιχεία της οικογενειακής δομής, όπως αυτά της υπερπροστατευτικότητας, της αυστηρότητας και της ελλειπούς εφαρμογής καθορισμένων και διακριτών ορίων μεταξύ των οικογενειακών μελών, έχουν υποστηριχθεί ως πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες, όχι μόνο για την έναρξη αλλά και για την μακροχρόνια διάρκεια μιας διατροφικής διαταραχής (Godfrey, Rhodes, Hunt, 2013).

Ειδικότερα, σύμφωνα με το συστημικό-οικογενειακό μοντέλο του Minuchin, τα παιδιά που πάσχουν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, τείνουν να είναι πιο ευάλωτα, ενώ οι οικογένειες τους συχνά φέρουν χαρακτηριστικά τα οποία σηματοδοτούν την εμφάνιση της διαταραχής. Χαρακτηριστικό των οικογενειών αυτών, φαίνεται να είναι οι συχνές ενδοοικογενειακές συγκρούσεις. Ωστόσο, με την εκδήλωση της διαταραχής και των επακόλουθων αυτής συμπτωμάτων, οι συγκρούσεις αυτές λανθάνουν και υποκρύπτονται (Αύδη & Ρούσου, 2010).

Οι συστημικές θεωρίες, υποστηρίζουν ότι οι ελεγκτικές και παρεμβατικές οικογένειες, αποτελούν επιφανειακά αρμονικές οικογένειες όπου αρνούνται κατηγορηματικά τις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις και εμφανίζουν δυσκολίες στην επίλυση διαφωνιών μεταξύ τους. Ουσιαστικά βάσει της συστημικής οικογενειακής θεωρίας του Minuchin, η κυκλική ροή

των διαπροσωπικών σχέσεων που επιδεικνύει μια οικογένεια, διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο στην εμφάνιση διαφόρων προβλημάτων, όταν η δομή της οικογένειας εμφανίζει τα χαρακτηριστικά που προαναφέραμε (Minuchin, Rosman, Baker, 1978. Godfrey, Rhodes, Hunt, 2013. Vetere, 1998.).

Σε πολλές περιπτώσεις η διαταραχή από την οποία πάσχει το άτομο (στη συγκεκριμένη περίπτωση η Νευρογενής Ανορεξία), αποτελεί έναν τρόπο, μια εναλλακτική λύση από μεριάς του ασθενούς, προκειμένου να συγκαλύψει τις υπολανθάνουσες συγκρούσεις και διαφωνίες μεταξύ των υπόλοιπων οικογενειακών μελών, συσπειρώνοντας την προσοχή τους γύρω από το πρόβλημά του. Με βάση το δομικό μοντέλο συστημικής θεωρίας του Minuchin, ο λεγόμενος “υποδεικνυόμενος ως ασθενής”, εξυπηρετεί κατά λανθασμένο φυσικά τρόπο, την συγκάλυψη των ενδοοικογενειακών συγκρούσεων και των μη δομημένων ορίων εντός του οικογενειακού πλαισίου, καθιστώντας σαφές το μήνυμα μιας δυσλειτουργικής οικογένειας.

Ένα ακόμη σημαντικό στοιχείο για τις Οικογενειακές προσεγγίσεις των Διατροφικών Διαταραχών, είναι το γεγονός ότι σε πολλές οικογένειες τα μέλη ασπάζονται τις ίδιες απόψεις με τον ασθενή περί του πως ορίζεται το ιδανικό σώμα, τι επιπτώσεις έχει αυτό στην κοινωνική εικόνα του ασθενούς και πως το χαμηλό σωματικό βάρος αποτελεί παράγοντα επιτυχίας και επίτευξης μιας στοχοκατευθυνόμενης συμπεριφοράς. Σε μερικές περιπτώσεις μάλιστα, οι απόψεις των μελών της οικογένειας αναφορικά με την επιτακτικότητα του λεπτοκαμωμένου σώματος, γίνονται αντιληπτές και φανερώνονται δια μέσω επικριτικών σχολίων που σχετίζονται με μη επιτρεπτές- κατά τη γνώμη των μελών-συμπεριφορές σχετιζόμενες με την πρόσληψη τροφής.

Ειδικότερα, οι Godfrey, Rhodes και Hunt (2013) επιχειρώντας να επιβεβαιώσουν την σωρεία ερευνητικών ευρημάτων που υποστηρίζουν την σχέση μεταξύ οικογένειας και διατροφικών διαταραχών, διεξήγαγαν 12 ξεχωριστές μελέτες, εκ των οποίων οι 10 απέδειξαν μια θετική σχέση ανάμεσα στις Διαταραχές Πρόσληψης τροφής και τις οικογενειακές αλληλεπιδράσεις κατά την διάρκεια προγραμματισμένων γευμάτων πρόσληψης τροφής. Οι ερευνητές εντόπισαν μια θετική σχέση ανάμεσα στις Διατροφικές Διαταραχές και την

δυσπροσαρμοστική οικογενειακή λειτουργικότητα, τις δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές γονεϊκού ελέγχου, το άγχος και τις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις κατά τη διάρκεια του φαγητού καθώς και τα γονεϊκά επικριτικά σχόλια. Αντιθέτως, τα ευρύματα έδειξαν μια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στις Διατροφικές Διαταραχές και τις ακόλουθες -σχετιζόμενες με την ώρα του φαγητού- μεταβλητές: υγιεινή πρότυπα διαπροσωπικής εμπλοκής και επικοινωνίας, γονεϊκή υποστήριξη, θετικό συναισθηματικό κλίμα και ατμόσφαιρα κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Τα ερευνητικά συμπεράσματα και δεδομένα της παραπάνω έρευνας, θέτουν για ακόμη μια φορά τους οικογενειακούς παράγοντες στο προσκήνιο και τους ενοχοποιούν άμεσα για την εμπλοκή τους στην εμφάνιση μιας Διατροφικής Διαταραχής.

Παρά τις εκτεταμένες ερευνητικές μελέτες που υποστηρίζουν το παραπάνω, είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι αν και οι οικογενειακοί παράγοντες συνιστούν πράγματι μια βάσιμη υπόθεση για την αιτιοπαθογένεια της Νευρογενούς Ανορεξίας και των Διατροφικών Διαταραχών, ο τρόπος με τον οποίο διερευνώνται θα πρέπει να αποσυνδεθεί εν μέρει από τις προσωπικές πεποιθήσεις των πασχόντων και της ευρύτερης οικογένειας.

Αν και οι αντιλήψεις των παραπάνω μπορεί να δώσουν ένα σημαντικό στίγμα του επιπέδου της οικογενειακής λειτουργικότητας, ενδέχεται να απέχουν από την αντικειμενική πραγματικότητα. Εως εκ τούτου, η διερεύνηση της οικογενειακής αιτιοπαθογένειας της διαταραχής θα πρέπει να πραγματοποιείται μέσα από την άμεση παρατήρηση της σχεσιακής αλληλεπίδρασης των οικογενειακών μελών, προκειμένου να αποφευχθούν τυχόν θετικές η αρνητικές προκαταλήψεις έναντι ενός συγκεκριμένου μέλους η ολόκληρης της οικογένειας, οι οποίες προκύπτουν από συγκρούσεις και διαφωνίες ή από προσπάθειες συγκάλυψης των δυσλειτουργικών οικογενειακών σχέσεων (Davison & Neale, 1993).

3.3 Αναπτυξιακοί Παράγοντες

Οι πρώιμες αναπτυξιακές θεωρίες σχετικά με την ανάπτυξη των Διατροφικών Διαταραχών και ειδικότερα της Νευρογενούς Ανορεξίας, εστίασαν σε σημαντικό βαθμό στην αλληλεπίδραση που ο πάσχοντας είχε με την μητέρα του, στην βρεφική και νηπιακή του ηλικία.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Burch (1971) η διαπροσωπική επικοινωνία μεταξύ του παιδιού στην πρώιμη νηπιακή ηλικία και της μητέρας, μπορεί να λειτουργήσει ουσιαστικά, σαν ένας παράγοντας για την μεταγενέστερη εκδήλωση της διαταραχής. Η συμβολή της μητέρας θεωρείται όχι απλά σημαντική αλλά απαραίτητη στην δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, όπου οι ανάγκες του νηπίου θα ικανοποιούνται όταν αυτό είναι αναγκαίο. Μέσα από την διαδικασία αλληλεπίδρασης το παιδί θα πρέπει να μάθει και να αποκτήσει με τη σειρά του βασικές γνωστικές ικανότητες που θα του επιτρέπουν να κατανοεί τις σωματικές του ανάγκες, όπως αυτές του βιολογικού κορεσμού. Επιπλέον, η πρόσληψη τροφής από το βρέφος και μετέπειτα παιδί, αποτελεί κομβικό σημείο για την αλληλεπίδραση της μητέρας με το παραπάνω, καθ'ότι από τη μια η μητέρα αισθάνεται ευχαρίστηση μέσα από την παροχή και την ικανοποίηση των αναγκών για το βρέφος διαδικασιών, και από την άλλη το βρέφος δέχεται και εσωτερικεύει την ευχαρίστηση αυτή, σιτιζόμενο από το στήθος της μητέρας (Falissard, 2007).

Σε περίπτωση όμως, που η μητέρα δεν παρέχει την επαρκή επιβεβαίωση στο παιδί και δεν μπορεί να ικανοποιήσει τις σωματικές του ανάγκες κατά τρόπο θετικό, τότε το τελευταίο “αισθάνεται μπερδεμένο και αβοήθητο” (Σίμου, 1996). Δεδομένου λοιπόν ότι οι αλληλεπίδραση και οι συναλλακτικές εμπειρίες κατά την διάρκεια της σίτισης του βρέφους καθορίζουν την ικανότητα αντίληψης της πείνας, τα παχύσαρκα και ανορεκτικά άτομα, αποτυγχάνουν συχνά να αναγνωρίσουν την σωματική κατάσταση στην οποία βρίσκονται μια δεδομένη στιγμή, γεγονός που οφείλεται με βάση ορισμένους ερευνητές, στην ανεπαρκή ικανότητα της μητέρας στη διαμόρφωση κατάλληλων γνωστικών αλληλεπιδράσεων (Burch, 1971). Με βάση μάλιστα την Burch οι ανορεκτικοί ασθενείς όχι απλά αποτυγχάνουν στην

αναγνώριση της κατάλληλης σωματικής ένδειξης, αλλά αδυνατούν να διακρίνουν την βιολογική ανάγκη για σίτιση από την ενεργοποίηση διαφόρων σωματικών αισθήσεων κατά την παρουσίαση ενός αισθητηριακού ερεθίσματος και από τυχόν συναισθηματικά φορτισμένες εμπειρίες και στιγμές. Η απουσία αναγνώρισης της κατάλληλης σωματικής ένδειξης, λόγω αδυναμίας της μητέρας να παρέχει τις κατάλληλες επιβεβαιωτικές κατευθυντήριες γραμμές, όπου αυτό είναι απαραίτητο, αποτελεί κοινό γνώρισμα και χαρακτηριστικό τόσο σε πάσχοντες από Νευρογενή Ανορεξία όσο και σε πάσχοντες από Παχυσαρκία.

Παρ'ότι με το πέρασμα των χρόνων και καθώς η διερεύνηση της Νευρογενούς Ανορεξίας λαμβάνει όλο ένα και μεγαλύτερη έκταση, έχουν προταθεί διάφορες υποθέσεις αυτού του είδους. Ο έλεγχος όμως και η επικύρωση των παραπάνω αποτελεί διαδικασία δύσκολη και ένα εγχείρημα αμφίβολης αξιοπιστίας. Το παραπάνω συμβαίνει γιατί τέτοιες υποθέσεις είναι δύσκολο να ελεγχθούν στη βάση της επιστημονικής μεθοδολογίας που διέπει τις κοινωνικές επιστήμες, παραμένοντας για το λόγο αυτό απλώς μια εικασία για πολλούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Falissard, 2007).

Συνεχίζοντας, αναφερόμενοι στους αναπτυξιακούς παράγοντες που έχουν αποδοθεί στην αιτιοπαθογένεια της νόσου, δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε συγκεκριμένα αναπτυξιακά στάδια όπως αυτό της εφηβείας, που κατά κύριο λόγο έχει διερευνηθεί ως προς την συσχέτισή της με την Διαταραχή της Νευρογενούς Ανορεξίας. Η εφηβεία ορίζεται ως “το αναπτυξιακό στάδιο το οποίο βρίσκεται μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της ενήλικης ζωής” (Μπεζεβέγκης, 2011). Η εφηβεία αποτελεί μεταβατικό στάδιο κατά τη διάρκεια του οποίου οι έφηβοι και κατά κύριο λόγο τα έφηβα κορίτσια έρχονται αντιμέτωπα με ζητήματα διαφορεικής φύσεως που αφορούν την σεξουαλικότητα και τις σχέσεις με το αντίθετο φύλο, την ενδεχόμενη πίεση των γονέων, την ανάγκη για ανεξαρτησία και την διαμόρφωση ταυτότητας (Σπανού Καζάνη, Τριπόδης, 2008).

Οι έφηβες που εμφανίζουν πρώιμη ήβη, και επομένως έχουν υψηλότερο βαθμό συγκέντρωσης λίπους, είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη μιας διατροφικής διαταραχής . Το

ομολογουμένως “ευαίσθητο” αναπτυξιακό στάδιο της εφηβείας σε συνδιασμό με τα κοινωνικοπολιτισμικά στερεότυπα που προστάζουν μια λεπτοκαμωμένη -στα όρια της παιδικότητας- σωματική κατασκευή, επιδρά καταλυτικά στις αντιλήψεις, πεποιθήσεις των έφηβων κοριτσιών, οδηγώντας σε πολλές περιπτώσεις τις τελευταίες, σε προσπάθειες να επαναφέρουν το βάρος τους στα πρότερα επίπεδα και να συμμορφωθούν με τα πολιτισμικά πρότυπα και κριτήρια ομορφιάς (Μπεζεβέγκης, 2011). Η σεξουαλική ωρίμανση και η επακόλουθη αύξηση του σωματικού λίπους στις έφηβες, φαίνεται να επιδρά σε σημαντικό βαθμό στον τρόπο που αντιλαμβάνονται την εξωτερική τους εμφάνιση, ιδίως όταν επρόκειτο για δυτικές κοινωνίες που όπως προαναφέραμε τα άτομα κάθε ηλικίας βομβαρδίζονται από τις πολιτισμικές επιταγές ενός λεπτοκαμωμένου, σχεδόν κάτισχνου σώματος.

Εν τέλει, η εβηβική και μετεφηβική περίοδος -κατά κύριο λόγο μιας γυναίκας-, έχει συσχετισθεί με πολλαπλές αλλαγές σε βιολογικό επίπεδο, οι οποίες μπορεί να σηματοδοτήσουν την ύπαρξη παραγόντων επικινδυνότητας για την εμφάνιση και την έναρξη μιας Διαταραχής Πρόσληψης τροφής. Η σωματική ωρίμανση που σημειώνεται κατά τα χρόνια της εφηβείας, έχει συνδεθεί από ορισμένους ερευνητές με την ενεργοποίηση των συγκεκριμένων γονιδίων που φέρνουν στο προσκήνιο τους παράγοντες επικινδυνότητας για την ανάπτυξη μιας διαταραχής. Παραδείγματος χάριν, οι αλλαγές-τροποποιήσεις στον υποθάλαμο και την αμυγδαλή, έχουν συχνά συσχετιστεί με την ανάπτυξη Διαταραχών της Διάθεσης καθώς και με Αγχώδεις Διαταραχές. Ωστόσο, οι αλλαγές αυτές, έχουν παρατηρηθεί σε πολλές περιπτώσεις και κατά την οξεία φάση των Διαταραχών πρόσληψης Τροφής και ιδιαίτερα κατά την οξεία φάση της Νευρογενούς Ανορεξίας (Gicquel, 2013). Εως εκ τούτου, δεν μπορεί να είναι τυχαίο το γεγονός ότι η εφηβεία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα αν όχι το σημαντικότερο αναπτυξιακό στάδιο κατά τη διάρκεια του οποίου ένα άτομο μπορεί να αναπτύξει μια Διατροφική Διαταραχή. Η Νευρογενής Ανορεξία προσβάλλει για την ακρίβεια το 1% των εφήβων, εντός του οποίου το 90% των περιπτώσεων αναφέρονται σε έφηβα κορίτσια ενώ από όλες τις περιπτώσεις Νευρογενούς Ανορεξίας, το 40%, ποσοστό τεράστιο, αφορά εφήβα κορίτσια από 15 έως 19 ετών (Hoek & Hoeken, 2003). Οι Hoek και Hoeken

αναφέρουν επίσης ότι το ποσοστό εμφάνισης της Νευρογενούς Ανορεξίας, ιδιαίτερα στις ηλικίες 15 έως 24, έχει παρουσιάσει μεγάλη αύξηση από τα τέλη της δεκαετίας του 1970 έως και σήμερα.

Εν συντομία, οι παραπάνω προσεγγίσεις για την αιτιοπαθογένεια της Νευρογενούς Ανορεξίας, θέτουν στο προσκήνιο τους αναπτυξιακούς εκείνους παράγοντες που ενδέχεται να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της νόσου. Η αλληλεπίδραση με τη μητέρα κατά τη βρεφική και νηπιακή ηλικία, το αναπτυξιακό στάδιο της εφηβείας σε συνδιασμό με την επακόλουθη σεξουαλική και σωματική ωρίμανση, οι βιολογικές αλλαγές που πραγματοποιούνται κατά την εφηβική περίοδο καθώς και τα δύσκολα ζητήματα που οι έφηβοι καλούνται να επιλύσουν, φαίνεται να συμβάλλουν σημαντικά στην ανάδειξη της διαταραχής.

Ωστόσο, οι αναπτυξιακοί παράγοντες, όπως αναφέραμε και πιο πάνω, δεν αποτελούν από μόνοι τους παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στην επικινδυνότητα για την ανάδειξη μιας Διατροφικής Διαταραχής. Η περίοδος για παράδειγμα της εφηβείας, δεν μπορεί να αποκοπεί και να αποσυνδεθεί από τα αλληπάλλληλα και συνεχώς προβαλλόμενα με κάθε τρόπο και μέσο κοινωνικοπολιτισμικά πρότυπα ομορφιάς. Οι σημερινές έφηβες, έρχονται αντιμέτωπες με μια πληθώρα βομβαρδιστικών πληροφοριών που επιτάσσουν ένα εξειδανικευμένο λεπτοκαμωμένο σώμα, από το οποίο οι περισσότερες έφηβες απέχουν κατά πολύ.

Η σύνδεση της εφηβικής περιόδου στα κορίτσια με τις πολιτισμικές επιταγές περί του ιδανικού σώματος, και η επικινδυνότητα που ο παραπάνω συνδιασμός φέρει για την ανάπτυξη μιας Διατροφικής Διαταραχής αποδεικνύουν για μια ακόμη φορά ότι η Νευρογενής Ανορεξία αποτελεί πολυπαραγοντικό φαινόμενο, η διερεύνηση του οποίου αποτελεί εγχείρημα δύσκολο και περίπλοκο.

Έχοντας παρουσιάσει τους βιολογικούς, οικογενειακούς και αναπτυξιακούς παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση της Νευρογενούς Ανορεξίας, είμαστε πλέον έτοιμοι να περάσουμε στο επόμενο μέρος της εργασίας, κατά το οποίο θα επιχειρήσουμε να αναδείξουμε τον τρόπο με τον οποίο το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο και συγκεκριμένο, μπορεί να

συντελέσει στην ανάδειξη της Νευρογενούς Ανορεξίας. Για ποιό λόγο λοιπόν το παραπάνω αποτελεί τον περισσότερο ενοχοποιημένο παράγοντα σχετικά με την ανάδειξη της Νευρογενούς Ανορεξίας;

4. Κοινωνικοπολιτισμικό Πλαίσιο

Το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο φαίνεται να αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη των Διατροφικών Διαταραχών και ιδιαίτερα στην ανάπτυξη της Νευρογενούς Ανορεξίας. Τα πρότυπα τα οποία διαμορφώνονται, καθιερώνονται και εν τέλει εσωτερικεύονται από του πολίτες μιας κοινωνίας, επιδρούν σημαντικά στις διάφορες προσπάθειες από μέρους των παραπάνω, να επιδιώξουν και να επιτύχουν την ιδανική-τέλεια σωματική κατασκευή και εξωτερική εμφάνιση.

Η ιστορική αναδρομή ανά τους αιώνες αποκαλύπτει μια σωρεία πληροφοριών σχετικά με τα εκάστοτε κοινωνικοπολιτισμικά πρότυπα αναφορικά με το ιδανικό βάρος, το σχήμα και γενικότερα τη σωματική κατασκευή των πολιτών και το πως αυτά τα πρότυπα τελικά διαμορφώνουν συγκεκριμένες πεποιθήσεις και ανάλογες συμπεριφορικές αντιδράσεις στα άτομα. Πράγματι, αν ανατρέξουμε σε προηγούμενες εποχές και αιώνες βλέπουμε ότι το γυναικείο σώμα δεν εφάπτεται σε καμία περίπτωση με τη σημερινή θεωρούμενη ως ιδανική γυναικεία κατασκευή. Παραδείγματος χάριν, το μεσαιωνικό γυναικείο πρότυπο προβάλλει ένα γυναικείο σώμα το οποίο με τα σημερινά δεδομένα της Δυτικής κατά κύριο λόγο κουλτούρας, θα θεωρούνταν παχουλό. Το πρότυπο αυτό, αποτυπώνεται σε μεγάλο βαθμό στους αριστουργηματικούς μεσαιωνικούς πίνακες κατά τους οποίους, οι “ευτραφείς” -για τα σημερινά δεδομένα- γυναίκες, απεικονίζονται γυμνές σε μια προσπάθεια εξύμνισης της γυναικείας καλαισθησίας και ομορφιάς. Με το παραπάνω συνάδει και η πλήρης απουσία διατροφικών διαταραχών κατά την διάρκεια του μεσαίωνα, καθότι όπως προαναφέραμε τα τότε πρότυπα καλαισθησίας ήθελαν το γυναικείο σώμα ευτραφές (Μπεζεβέγκης, 2011).

Η πολιτισμική προσέγγιση των Διατροφικών Διαταραχών επισημαίνει ότι το γυναικείο σώμα μέσα από το πέρασμα των χρόνων, έχει διαμορφωθεί ως ένα αντικείμενο ευχαρίστησης για τον αντρικό πληθυσμό, γεγονός που οδηγεί στην εσωτερίκευση της ιδανικής θυληκότητας από μέρους των γυναικών (Lask & Bryant-Waugh, 1995). Έτσι οι γυναίκες, φαίνεται να επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από τις προτιμήσεις και τις πεποιθήσεις του αντρικού πληθυσμού αναφορικά με το ιδανικά διαμορφωμένο σώμα.

Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια, υπάρχει μια ολοένα και αυξανόμενη ανησυχία αναφορικά με την τάση του δυτικού γυναικείου εαυτού να διατηρήσει ένα λεπτό, “ιδανικό” όπως ορίζεται σώμα. Παράγοντες όπως η βιομηχανία της μόδας, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, οι πολλαπλές και διαφόρων ειδών προτεινόμενες δίαιτες και διατροφικές συνήθειες σε συνδιασμό με την προβαλλόμενη ιδανική καθημερινή σωματική άσκηση, είναι κάποιοι από τους βασικούς αιτιολογικούς παράγοντες που έχουν προταθεί για την ενίσχυση, την συντήρηση και την διαμόρφωση της τάσης αυτής.

Με το πέρασμα των χρόνων, και καθώς η Νευρογενής Ανορεξία αποτελεί μια από τις κρισιμότερες σύγχρονες διαταραχές, η έρευνα έχει επικεντρωθεί σε μεγάλο βαθμό στην διερεύνηση των κοινωνικών εκείνων παραγόντων που σχετίζονται με την διαταραχή. Μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας, έχει πλέον δείξει, ότι η σωματική εικόνα σε συνδιασμό με τη σωματική δυσαρέσκεια προσδιορίζονται από το άτομο βάσει των κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων και των επικρατούντων σχετικά με την εξωτερική εμφάνιση προτύπων. Πράγματι, είναι ευρέως αποδεκτό, ότι οι κοινωνικοπολιτισμικές επιταγές διαδραματίζουν καταλυτικό ρόλο στην ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων σχετικά με το σώμα, την ανάπτυξη της λεγόμενης σωματικής δυσαρέσκειας (Xu et. al., 2010).

Για την ακρίβεια, οι κοινωνικοπολιτισμικές επιρροές φαίνεται να συντηρούν και να διαιωνίζουν ένα άπιαστο για τις περισσότερες γυναίκες σωματικό πρότυπο, το οποίο έχει ως αποτέλεσμα την κινητοποίηση για αλλαγές στη -σχετιζόμενη με την διατροφή- συμπεριφορά, την κοινωνική πίεση για την εναρμόνιση του εκάστοτε γυναικείου σώματος με το πρότυπο του εξειδανικευμένου σωματότυπου, και εν τέλει την δημιουργία συγκρίσεων με τον ιδανικό τύπο σώματος. Η κοινωνική σύγκριση στα πλαίσια της σύγκρισης της σωματικής κατάστασης των άλλων με την δική μας, καθώς και της σύγκρισης του δικού μας σωματότυπου με αυτό που προβάλλεται ως ιδανικό, φαίνεται να αποτελεί έναν ισχυρό προγνωστικό δείκτη για την ανάπτυξη Διαταραχών στην Πρόσληψη Τροφής, ιδιαίτερα -όπως είναι αναμενόμενο- στις Δυτικές κοινωνίες (Xu et. al., 2010).

Σύμφωνα με τον McCathy, οι Διατροφικές Διαταραχές και συγκεκριμένα η Νευρογενής

Ανορεξία, εμφανίζονται κατά κόρον σε πληθυσμιακά προσανατολισμένους στο λεπτοκαμωμένο πρότυπο λαούς (Xu et. al., 2010). Στη σημερινή Δυτική κοινωνία, τα επικρατούντα πολιτισμικά πρότυπα αναφορικά με την εξωτερική εμφάνιση και το σώμα, έχουν ως αποτέλεσμα το λεπτοκαμωμένο γυναικείο σώμα να χαίρει της εκτίμησης από την μεγαλύτερη μερίδα του πληθυσμού (Muris et. al., 2005).

Η σωματική δυσαρέσκεια και η εμπειρία αρνητικών συναισθημάτων μοιάζει να αποτελεί πλέον ένα γενικό φαινόμενο στα πλαίσια της Δυτικής κουλτούρας και των κοινωνικοπολιτισμικών προτύπων που αυτή φέρει, καθ'ότι αφορά όχι μόνο τις πάσχουσες από Διατροφικές Διαταραχές γυναίκες αλλά το σύνολο του γυναικείου πληθυσμού που αισθάνεται ότι απέχει από το διαρκώς προβαλλόμενο μη πραγματιστικό πρότυπο του λεπτοκαμωμένου, ισχνού και χωρίς καμπύλες σώματος.

Σε μια ενδιαφέρουσα έρευνα καταδεικνύεται η επίδραση των προτύπων, όχι μόνο στα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, αλλά και στον ευρύτερο γυναικείο πληθυσμό. Η έρευνα έκανε σύγκριση ανάμεσα στη δυσαρέσκεια που ένιωθαν με το σώμα τους, γυναίκες με Διατροφικές διαταραχές (N=431) και γυναίκες οι οποίες δεν πάσχουν από διατροφικές διαταραχές (N=179). Τα ευρήματα της έρευνας κατέδειξαν, ότι οι γυναίκες και των δύο πληθυσμών αποζητούσαν τη μείωση βάρους. Μάλιστα, η δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματος εμφανίζονταν όταν ο δείκτης βάρους έφτανε στα 15-16 kg/m² στις ανορεκτικές γυναίκες και στα 18-19 kg/m², στις γυναίκες που δεν έπασχαν από διατροφικές διαταραχές. Τα αποτελέσματα της έρευνας επιδεικνύουν ότι παρ'ότι η δυσαρέσκεια με το σωματικό βάρος φάνηκε να είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες με κάποια διατροφική διαταραχή, δεν παύει να αποτελεί φαινόμενο ιδιαίτερα αισθητό σε ολόκληρο τον Δυτικά επηρεασμένο γυναικείο πληθυσμό (Coker & Abraham, 2014).

Σύμφωνα με τα παραπάνω είναι μεγάλη μερίδα ερευνητικών προγραμμάτων, τα οποία έχουν υποστηρίξει ότι η διαταραγμένη εικόνα του σώματος και οι επακόλουθες Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής αποτελούν Δυτικά σύνδρομα στα πλαίσια της σύγχρονης δυτικής κουλτούρας και των προωθούμενων από αυτήν προτύπων (Mellor et. al., 2009). Η ιδέα περί

της δυτικής ετικέτας και προέλευσης της Νευρογενούς Ανορεξίας έχει υποστηριχθεί και από το γεγονός ότι σε ολόκληρη την Ασία δεν εμφανίζονται μεγάλα ποσοστά Ψυχογενούς Ανορεξίας με εξαίρεση την Ιαπωνία και το Χονγκ Κονγκ, περιοχές έντονα επηρεασμένες από τα δυτικά πρότυπα. Πέρα όμως από αυτό, ο Ασιατικός γυναικείος πληθυσμός φαίνεται να εμφανίζει μικρότερα ποσοστά σωματικής δυσαρέσκειας, ακόμη και σε περιπτώσεις όπου οι γυναίκες έχουν μεταναστεύσει στις Η.Π.Α ή στην Αυστραλία (Mellor et. al., 2009).

Ωστόσο, καθώς η παγκοσμιοποίηση αποτελεί ένα ολοένα και αυξανόμενο φαινόμενο, έρευνες έχουν δείξει ότι η σωματική δυσαρέσκεια και η ανησυχία για το σωματικό βάρος και τη γενικότερη εικόνα του σώματος γίνονται πλέον αισθητές και σε Ανατολικές χώρες όπως στην Ιαπωνία, την Ταϊβάν, και την Κορέα. Σύμφωνα μάλιστα με τον Lee η εμφάνιση των Διατροφικών Διαταραχών στην Πρόσληψη τροφής σε μεγάλα ασιατικά κέντρα, σηματοδοτεί την μετάδοση και την αφομοίωση των δυτικών κοινωνικοπολιτισμικών προτύπων, που με τη σειρά τους ευθύνονται για την ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων σχετικά με το σώμα και την εξωτερική εμφάνιση, ενώ λειτουργούν συγχρόνως ως παράγοντες επικινδυνότητας για την ανάπτυξη Διατροφικών Διαταραχών (Mellor et. al., 2009).

Πρόσθετα, ο Lee έχει υποστηρίξει ότι η Νευρογενής Ανορεξία έχει αρχίσει να διαμορφώνεται ως κλινικό πρόβλημα σε ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα στην Ασία, και ιδιαίτερα στο Χονγκ Κονγκ, την Ιαπωνία, τη Σιγκαπούρη, την Ταϊβάν και την Κορέα (Mellor et. al., 2009). Επιπλέον, έρευνες που έχουν διεξαχθεί στην Μέση Ανατολή, την Άπω Ανατολή, την Νότια Αμερική, και την Αφρική επιδεικνύουν την αύξηση των ποσοστών εμφάνισης της Νευρογενούς Ανορεξίας, με τα ποσοστά σε ορισμένες περιπτώσεις να είναι ίδια ή ακόμη και υψηλότερα από αυτά των δυτικών κοινωνιών (Nasser, 2009).

Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνα που διεξήχθη σε δείγμα 9.000 παιδιών με καταγωγή από την Κίνα, τα ποσοστά της σωματικής δυσαρέσκειας κυμάνθηκαν σε παρόμοια επίπεδα με αυτά των δυτικών κοινωνιών. Ακριβέστερα, η έρευνα έδειξε ότι η σωματική δυσαρέσκεια έτεινε να αυξάνεται καθώς η ηλικία των νεαρών παιδιών μεγάλωνε, ενώ από τα κορίτσια που ταξινομήθηκαν υγιή ως προς το βάρος τους μόνο το 43.0% ήταν ικανοποιημένα με την

σωματική τους κατάσταση (Xu et. al., 2009).

Η εξειδανίκευση του λεπτού σώματος από τις πολιτισμικές επιταγές, έχει μελετηθεί και σε σχέση με την επίδραση που επιφέρει σε μειονοτικές μεταναστευτικές ομάδες. Πιο συγκεκριμένα, οι Διατροφικές Διαταραχές και στην προκειμένη περίπτωση η Ψυχογενής Ανορεξία φαίνεται να εμφανίζει πολύ χαμηλότερα ποσοστά σε συγκεκριμένες μειονότητες των Η.Π.Α. Το παραπάνω έχει εξηγηθεί υπό το πρίσμα του ότι ο γυναικείος πληθυσμός των διαφορετικών εθνοτικών και φυλετικών ομάδων, διακατέχεται από το δικό του πολιτισμικό αξιακό σύστημα και εως εκ τούτου είναι δύσκολο να αφομοιωθεί και να ενσωματωθεί σε ένα διαφορετικό από το ήδη υπάρχον κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο. Συνεπώς, εθνοτικές και φυλετικές μειονότητες, συμπεριλαμβανομένων των Αφροαμερικανών και των Ασιατών Αμερικανών, έχουν θεωρηθεί σύμφωνα με την βιβλιογραφία, ως μια λιγότερο επικίνδυνη ομάδα ως προς την πιθανότητα εμφάνισης και ανάπτυξης Διατροφικών Διαταραχών Πρόσληψης τροφής (Gluck & Geliebter, 2002).

Αναφορικά τώρα με τις σχετιζόμενες με τις Διατροφικές Διαταραχές διαφορές μεταξύ των εθνοτικών ομάδων στις Η.Π.Α, έρευνες έχουν δείξει ότι οι Καυκάσιοι δείχνουν μια μεγαλύτερη προτίμηση στο λεπτοκαμωμένο σωματότυπο συγκριτικά με τους Αφροαμερικανούς ενώ συγχρόνως εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά ανάπτυξης Νευρογενούς Ανορεξίας, περισσότερη συμμετοχή σε διαιτητικές προσπάθειες και μεγαλύτερη κατά συνέπεια σωματική δυσaréσκεια και διαταραγμένη εικόνα του σώματος. Πρόσθετα, οι Ασιάτες Αμερικανοί εμφανίζουν με τη σειρά τους ένα μικρότερο ποσοστό ανησυχίας σχετικά με το σώμα τους και με την ενδεχόμενη αύξηση του σωματικού τους βάρους συγκριτικά με τους Καυκάσιους (Gluck & Geliebter, 2002).

Σε γενικές γραμμές, η κριτική ανασκόπηση διαφόρων ερευνητικών μελετών με θέμα την ύπαρξη ή μη ουσιωδών διαφορών ανάμεσα σε διαφορετικές εθνοτικές, φυλετικές ομάδες, έχει δείξει ότι πράγματι οι γυναίκες που ανήκουν σε άλλη από την λευκή φυλή, εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά επικινδυνότητας για την ανάπτυξη Νευρογενούς Ανορεξίας και τείνουν να εναρμονίζονται σε μικρότερο βαθμό με το δυτικό πρότυπο ομορφιάς συγκριτικά με τις

λευκές γυναίκες (Wildes et. al., 2001).

Εν συντομία, το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο και συγκείμενο αναδεικνύεται σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση ως ένας από τους πιο καταλυτικούς και επιδραστικούς στην ανάπτυξη της Νευρογενούς Ανορεξίας. Τα Δυτικά πρότυπα της αδύνατης, λεπτοκαμωμένης γυναίκας αν και μέχρι πρόσφατα θεωρούνταν χαρακτηριστικό μόνο των δυτικών κοινωνιών, πλέον φαίνεται να εξαπλώνονται και σε μη δυτικές κοινωνίες και κουλτούρες. Όπως έχουμε προαναφέρει, οι κοινωνικοπολιτισμικές επιταγές ασκούν την ευρεία επίδρασή τους δια μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (βιομηχανία της μόδας, τηλεόραση, σελίδες κοινωνικής δικτύωσης). Στο επόμενο κομμάτι της εργασίας επιχειρείται μια πιο εξειδικευμένη ανάλυση των ΜΜΕ και της επίδρασης που τα τελευταία ασκούν στην ανάδειξη των Διατροφικών Διαταραχών και της Νευρογενούς Ανορεξίας.

4.1 Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

Όπως προαναφέρθηκε στον επίλογο του προηγούμενου κεφαλαίου θα ήταν σκόπιμο να αναφερθούμε στην επιρροή που ασκούν τα ΜΜΕ στην διαμόρφωση των πεποιθήσεων περί του λεγόμενου “ιδανικού” γυναικείου σώματος. Με ποιούς λοιπόν τρόπους τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης τροποποιούν και προωθούν πρότυπα και πως αυτό επιδρά καταλυτικά στο γυναικείο πληθυσμό;

Η επιρροή των ΜΜΕ παρουσιάζει ολοένα και αυξανόμενη επιρροή σε μεγάλο κομμάτι της Δυτικής κυρίως γυναικείας ταυτότητας, μέσω της προβολής των ιδανικών προτύπων ομορφιάς. Οι κοινωνικοπολιτισμικές προσεγγίσεις, επισημαίνουν και δίνουν έμφαση στην δημιουργία μη ρεαλιστικών προτύπων ομορφιάς, που γίνονται γνωστά και προωθούνται δια μέσω των γνωστών σε όλους μας σελίδων κοινωνικής δικτύωσης, της τηλεόρασης, των περιοδικών και κάθε άλλου είδους σύγχρονης πληροφόρησης.

Έτσι, δεν είναι λίγα τα ευρήματα τα οποία τεκμηριώνουν το παραπάνω, υποστηρίζοντας μάλιστα ότι η διαρκής, επαναλαμβανόμενη και ευρεία μετάδοση ενός συγκεκριμένου κάτισχνου και συγχρόνως γυμνασμένου γυναικείου σώματος, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της σωματικής δυσαρέσκειας και την εμπειρία αρνητικών συναισθημάτων αναφορικά με το σώμα, σε μεγάλη μερίδα γυναικών (Homan et al.,2011). Είναι αλήθεια ότι τα σύγχρονα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης προβάλλουν ένα εξειδανικευμένο, λεπτό γυναικείο σώμα με πολύ συγκεκριμένες και υπολογισμένες σωματικές διαστάσεις, το οποίο συνήθως απέχει κατά πολύ από το μέσο γυναικείο σώμα (Homan et al.,2011). Επιπλέον, μέσα από την έκρηξη των σχετικά πρόσφατων σελίδων κοινωνικής δικτύωσης (π.χ Facebook), η προβολή του παραπάνω προτύπου διαδίδεται ακόμη περισσότερο, κάνοντας την σύγκριση ανάμεσα στην φαινομενικά “τέλεια” σωματική διάπλαση ηθοποιών, μοντέλων, διασημοτήτων και την σωματική διάπλαση της μέσης γυναίκας., αναπόφευκτη.

Η έκθεση σε μη ρεαλιστικά πρότυπα έχει συσχετισθεί με τη γυναικεία σωματική δυσαρέσκεια, ιδιαίτερα όταν οι γυναίκες που εκτίθενται σε τέτοια πρότυπα, πραγματοποιούν κοινωνικές συγκρίσεις και οδηγούνται στην εσωτερίκευση των προτύπων αυτών (Murnen et.

al.,2014).

Με βάση το παραπάνω, και σύμφωνα με τη Θεωρία Κοινωνικής Σύγκρισης, τα άτομα τείνουν να αξιολογούν τον εαυτό τους συγκρίνοντας τον με τους άλλους, προκειμένου να μειώσουν την αβεβαιότητα των επιλογών τους και να καθορίσουν την συμπεριφορά τους (Festinger, 1954). Οι άνθρωποι οδηγούνται σε κοινωνικές συγκρίσεις με τους άλλους, προκειμένου να εκτιμήσουν χαρακτηριστικά μείζονος κοινωνικής σημασίας, όπως η εμφάνιση (Blond, 2008). Έτσι, η σύγκριση που πραγματοποιείται μεταξύ μιας γυναίκας με ένα εξειδανικευμένο πρότυπο που προβάλλεται στα ΜΜΕ, έχει ενοχοποιηθεί για την δημιουργία αρνητικών αισθημάτων στην πρώτη, λόγω της απόστασης της δικής της σωματικής κατάστασης από αυτής των προβαλλόμενων προτύπων.

Στη συνέχεια, τα ΜΜΕ έχουν κατηγορηθεί ως ένας από τους εξάρχοντες παράγοντες στην δημιουργία κοινωνικών προτύπων και επακόλουθων αλλαγών στην -σχετιζόμενη με τη διατροφή- συμπεριφορά, λόγω των αδιάκοπων προβολών αδύνατων γυναικείων σωμάτων καθώς και των αδιάκοπων μηνυμάτων που αφορούν διαιτητικές συμπεριφορές και προσπάθειες ελέγχου του σωματικού βάρους. Μάλιστα, ορισμένοι ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι η έκθεση των μη δυτικών κοινωνιών και χωρών σε δυτικοποιημένα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, έχει οδηγήσει στην αλλαγή των παραδοσιακών προτύπων ομορφιάς και στην υιοθέτηση του σύγχρονου δυτικού προτύπου του γυναικείου σώματος (Xu et. al., 2010).

Παρ' όλα αυτά, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι είναι πιθανό η επιρροή των Δυτικών κοινωνικοπολιτισμικών προτύπων που προβάλλονται δια μέσου των ΜΜΕ να επηρεάζονται από το συγκεκριμένο πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο λαμβάνουν χώρα. Για παράδειγμα, τα αποτελέσματα μιας έρευνας που διεξήχθη στην Κίνα και σε δείγμα εφήβων καταγόμενων από την Κίνα, έδειξαν ότι αν και οι έφηβοι επηρεάζονταν σημαντικά τόσο από τα Ασιατικά όσο και από τα Δυτικά ΜΜΕ ως προς την εικόνα που είχαν για το σώμα τους, η επίδραση των προτύπων που προβάλλονταν από τα πρώτα, ήταν ελαφρώς μεγαλύτερη από την επιρροή που ασκούσαν τα Δυτικά ΜΜΕ. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα Δυτικά η

δυτικοποιημένα πρότυπα που προωθούνται μέσω των MME, πιθανότατα διαφέρουν από το πολιτισμικό υπόβαθρο, το κοινωνικό σύστημα αξιών και τα επικρατούντα πρότυπα ομορφιάς στην Κίνα, με αποτέλεσμα να μην έχουν τόσο ισχυρή επίδραση στον εφηβικό πληθυσμό συγκριτικά με τα ανάλογα Ασιατικά πρότυπα (Xu et. al., 2010).

Αναφορικά τώρα με την διαφορετικότητα των προτύπων που παρουσιάζονται από τα Δυτικά MME και τα μη Δυτικά, η βιβλιογραφική ανασκόπηση δείχνει ότι πράγματι η παραπάνω υφίσταται. Πιο συγκεκριμένα, τα Ασιατικά, μη Δυτικά πρότυπα που προβάλλονται στα περιοδικά, στα διαφημιστικά spot της τηλεόρασης και αντίστοιχα στα τηλεοπτικά προγράμματα φαίνεται να διαφέρουν αρκετά από τα κλασσικά προβαλλόμενα Δυτικά πρότυπα. Ακριβέστερα, τα προαναφερθέντα δεν συσχετίζονται με την σωματική δυσαρέσκεια στον ίδιο βαθμό που τα Δυτικά MME συσχετίζονται. Το παραπάνω, οφείλεται κατά κύριο λόγο στο γεγονός ότι τα Ασιατικά MME φαίνεται να επικεντρώνονται περισσότερο στο γυναικείο πρόσωπο και λιγότερο στη γυναικεία σωματική κατασκευή. Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι τα Ασιατικά περιοδικά και η Ασιατική τηλεόραση επικεντρώνεται περισσότερο σε διαφημίσεις προϊόντων περιποίησης και γενικότερα προϊόντων που αφορούν την περιποίηση του προσώπου και των μαλλιών και λιγότερο σε διαφημίσεις που αφορούν υποδήματα και σχετίζονται με το προβαλλόμενο -στον κόσμο της μόδας- γυναικείο σωματότυπο. Σε γενικές γραμμές, τα διαφημιστικά προϊόντα που απευθύνονται στον γυναικείο πληθυσμό της Ασίας, απεικονίζουν και προωθούν μια περισσότερο σεμνή και θηλυκή πλευρά του γυναικείου εαυτού και μια σαφώς λιγότερο “sexy” και προκλητική γυναικεία εικόνα, χαρακτηριστική του Δυτικού προτύπου ομορφιάς και των δυτικών κοινωνιών (Yang et al., 2005).

Στη συνέχεια, η έρευνα έχει δείξει ότι η επιρροή των MME είναι τόσο μεγάλη που επηρεάζει την διαμόρφωση της αντίληψης για την εικόνα του σώματος και την διατροφική συμπεριφορά ήδη από πολύ νεαρή ηλικία. Το παραπάνω αναφέρεται κατά κανόνα στον νεαρό γυναικείο πληθυσμό ο οποίος φαίνεται να είναι επιρρεπής στην επιρροή του λεπτού ιδανικού προτύπου των MME, γεγονός που επηρεάζει την σωματική δυσαρέσκεια και

προωθεί την έναρξη διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών όπως η ακολουθία σκληρών και μη επιστημονικά οριοθετημένων διαιτητικών προγραμμάτων.

Τα ΜΜΕ που θέτουν ως στόχο τους την προώθηση μηνυμάτων σε νεαρές ηλικίες, εμπεριέχουν ποικίλων ειδών μηνυμάτα που αναφέρονται στο ιδανικό λεπτοκαμωμένο γυναικείο σώμα, στοχοποιώντας μάλιστα σε πάρα πολλές περιπτώσεις τον αντίθετο του προβαλλόμενου σωματότυπου. Τα ΜΜΕ προωθούν τα ευρέως αποδεκτά κοινωνικοπολιτισμικά πρότυπα, δημιουργώντας θετικές αποδόσεις για τα πρώτα και αρνητικές για τα άτομα με μεγαλύτερο του προβλεπόμενου σωματικού βάρους σε συνάρτηση με την μείωση των επιπέδων ελκυστικότητας που αυτό επιφέρει (Anschutz et. al., 2011).

Η προκαλούμενη από τα ΜΜΕ σωματική δυσαρέσκεια και η εμφάνιση διαιτητικών συμπεριφορών αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα της επιρροής των παραπάνω, καθ' ότι όπως ήδη έχει αναφερθεί τα αρνητικά συναισθήματα σχετικά με την εικόνα του σώματος και η αδικαιολόγητη έναρξη διαιτητικών συμπεριφορών, συνιστούν βασικά χαρακτηριστικά και παράγοντες επικινδυνότητας για την ανάπτυξη Νευρογενούς Ανορεξίας.

Επιπλέον, η διεξαγωγή πολυάριθμων ερευνητικών μελετών, έχει δείξει ότι η έκθεση νεαρών γυναικών σε εικόνες κατά τις οποίες απεικονίζονται διάσημα μοντέλα με ιδανικές κατά τα πρότυπα αναλογίες, επιφέρει στις πρώτες, αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες και την βίωση και την εμπειρία αρνητικών συναισθημάτων σχετικά με την σωματική τους κατασκευή.

Ορισμένοι ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι η έκθεση σε διαφορετικών ειδών ΜΜΕ έχει ως αποτέλεσμα διαφορετικές αρνητικές συνέπειες στον γυναικείο πληθυσμό. Για παράδειγμα ο Tiggemann (2003) υποστήριξε ότι το αναγνωστικό κοινό διαφόρων περιοδικών που σχετίζονται με τη βιομηχανία της μόδας και την προώθηση συγκεκριμένων ενδυματολογικών τάσεων συνδέεται περισσότερο με την ενδεχόμενη ανάπτυξη Νευρογενούς Ανορεξίας, συγκριτικά με την έκθεση σε τηλεοπτικά προγράμματα. Σε μια άλλη πάλι μελέτη, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η έκθεση σε βιντεοσκοπημένα μουσικά τραγούδια

οδηγεί σε μια υψηλότερη δυσαρέσκεια του σώματος από την μεριά του γυναικείου πληθυσμού (Bell, Lawton, & Dittmar, 2007).

Γενικότερα πάντως, είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι τα MME προβάλλουν αυτό ακριβώς που η Δυτική και Αμερικανική κουλτούρα προωθεί αναφορικά με τον γυναικείο πληθυσμό. Με λίγα λόγια, η Αμερικανική κουλτούρα και τα MME που αποτελούν κατά συνέπεια παράγωγά της, στέλνουν ένα ηχηρό μήνυμα στις γυναίκες ότι μόνο η όμορφη, αδύνατη με τις ιδανικές αναλογίες γυναίκα είναι αυτή η οποία θα αγαπηθεί και θα γίνει ευρέως αποδεκτή. Επρόκειτο για ένα μήνυμα με το οποίο ο γυναικείος πληθυσμός βομβαρδίζεται στην κυριολεξία από νεαρή μόλις -όπως αναφέραμε προηγουμένως- ηλικία και σύμφωνα με το οποίο η λεπτοκαμωμένη σιλουέτα και σωματική κατασκευή αποτελεί το ιδανικό γυναικείο πρότυπο καθώς και ένα συστατικό κατ' ουσία για την επιτυχία, την υγεία και την ευημερία (Hesse-Biber et. al., 2006). Επομένως κατανοούμε ότι η επιρροή των MME δεν συνίσταντο απλώς και μόνο στην προώθηση μηνυμάτων που σχετίζονται με τον ιδανικό σωματότυπο, αλλά στη μετάδοση ενός μηνύματος που έχει να κάνει με ένα πρότυπο που όπως υποστηρίζεται, συνδέεται άρρηκτα με όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής της εκάστοτε γυναίκας.

Η επιρροή των MME, δεν έρχεται όμως μονάχα μέσα από διαφημίσεις και από προβολές των σύγχρονων ενδυματολογικών τάσεων, αλλά και από τις λεγόμενες τηλεοπτικές εκπομπές και ιδιαίτερα τα γνωστά σε όλους μας Reality Shows. Πάνω σε αυτό αξίζει να σημειώσουμε την -τελευταίας δεκαετίας- εμφάνιση τηλεοπτικών Reality που αφορούσαν χειρουργικές επεμβάσεις κοσμητικής φύσεως σε άτομα που σύμφωνα με τα σύγχρονα κοινωνικά δεδομένα και πρότυπα στερούνταν ομορφιάς, καλαισθησίας και καλής σωματικής κατασκευής. Ένα μάλιστα από τα πιο γνωστά του είδους Reality ,το λεγόμενο “Extreme Makeover”, αναδείχθηκε στις Η.Π.Α ως το δεύτερο πιο δημοφιλές τηλεοπτικό πρόγραμμα για την χρονολογία 2003. Η δημοτικότητα αυτού του προγράμματος μάλιστα, συνέπεσε με την εξαιρετικά μεγάλη αύξηση των αισθητικών χειρουργικών παρεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν, καθ’ότι όπως αποδίδουν τα ερευνητικά δεδομένα, περίπου 8,3

εκατομύρια Αμερικανοί πολίτες κατέφυγαν σε αισθητικές παρεμβάσεις το έτος 2003 στις Η.Π.Α. (Mazzeo et. al., 2007). Τι επίδραση όμως έχουν τα τηλεοπτικά αυτά προγράμματα, στους τηλεθεατές και πως αυτό μπορεί να σχετίζεται με την ανάπτυξη της Νευρογενούς Ανορεξίας;

Μια αρχική ανησυχία σχετικά με τέτοιου είδους προγράμματα αφορούσε την διαρκώς προβαλλόμενη ιδέα, που αποτελούσε εξάλλου και το μόντο της εκπομπής, ότι η επίτευξη του ιδανικού – σύμφωνα με τα Δυτικά πρότυπα- σώματος είναι εφικτή.

Επιχειρώντας να αναλύσουν την επίδραση των συγκεκριμένων τηλεοπτικών προγραμμάτων στις Αμερικανίδες τηλεθέατριες, ο Mazzeo και οι συνεργάτες του (2007) μελέτησαν την επίδραση του “Swan” ενός τηλεοπτικού Reality σε νεαρές κοπέλες. Το “Swan”, έχοντας πάρει το όνομά του από το ομόνυμο παραμύθι του Hans Christian Andersen κατά το οποίο μια άσχημη πάπια αναδεικνύεται σε έναν πανέμορφο κύκνο, αναλαμβάνει ουσιαστικά την μεταμόρφωση -όπως οι παρουσιαστές του υπενθυμίζουν σε κάθε επεισόδιο- μιας κοπέλας, μέσα από πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις και συγκεκριμένα διαιτητικά προγράμματα σε συνδιασμό με σκληρή γυμναστική και παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών (Mazzeo et. al., 2007).

Τα αποτελέσματα λοιπόν της έρευνας έδειξαν ότι η εσωτερίκευση του ιδανικού Δυτικού γυναικείου σωματότυπου μεσολάβησε μεταξύ της έκθεσης των τηλεθεατών στο τηλεοπτικό Reality και της εμφάνισης χαμηλής αυτοεκτίμησης από τους τελευταίους. Επιπλέον η έκθεση στο παραπάνω τηλεοπτικό πρόγραμμα είχε μεγαλύτερο και πιο αρνητικό αντίκτυπο στις Λευκές γυναίκες υποδεικνύοντας για ακόμη μια φορά, ότι επρόκειτο για την πιο υψηλού κινδύνου ομάδα αναφορικά με την πιθανότητα να διαμορφώσει εσφαλμένες αντιλήψεις για το σώμα, την ιδανική ομορφιά και τις διατροφικές συνήθειες και να αναπτύξει εν τέλει μια Διατροφική Διαταραχή όπως η Νευρογενής Ανορεξία. Πέρα από το παραπάνω, οι Λευκές γυναίκες είναι πιθανό να είναι περισσότερο ευάλωτες στην έκθεση σε διάφορων ειδών Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης γεγονός που μπορεί να οφείλεται στο διαφορετικό πολιτισμικό τους υπόβαθρο.

Τα αποτελέσματα της εξαιρετικά ενδιαφέρουσας αυτής έρευνας, καθιστούν τους κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες και ιδιαίτερα τα ΜΜΕ, ως κάποιους από τους πιο κρίσιμους λόγους για την αιτιοπαθογένεια των Διατροφικών Διαταραχών και συγκεκριμένα της Νευρογενούς Ανορεξίας.

Ωστόσο, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η επίδραση των ΜΜΕ και των τηλεοπτικών αυτών προγραμμάτων στην εμφάνιση Νευρογενούς Ανορεξίας δεν μπορεί να θεωρηθεί ως ένα άμεσο επακόλουθο της έκθεσης στα παραπάνω, αλλά ως μια σχέση η οποία μεσολαβείται από διαφόρων ειδών παραγόντων όπως το λεπτοκαμωμένο Δυτικό γυναικείο πρότυπο και η προαναφερθείσα αύξηση της σωματικής δυσαρέσκειας, και της εμπειρίας αρνητικών συναισθημάτων σχετικά με το σώμα (Mazzeo et. al., 2007).

Ανακεφαλαιώνοντας, τα Δυτικά Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, είναι σίγουρα κορεσμένα από διαφόρων ειδών εικόνες και μηνυμάτα περί της ιδανικής γυναικείας ομορφιάς, του ιδανικού λεπτοκαμωμένου, χωρίς καμπύλες γυναικείου σωματότυπου και της αναγκαιότητας περί αυστηρού ελέγχου του σωματικού βάρους. Πιο συγκεκριμένα, η εσωτερίκευση του προαναφερθέντος ιδανικού προτύπου και η πίστη του ατόμου στα κοινωνικά προνόμια που επιφέρει η ύπαρξη του λεπτοκαμωμένου γυναικείου σώματος, φαίνεται να μεσολαβεί όπως προείπαμε ανάμεσα στην έκθεση στα ΜΜΕ και στη σωματική δυσαρέσκεια. Οι μεσολαβητές αυτοί, αποτελούν ισχυρούς παράγοντες επικινδυνότητας στην ανάπτυξη των Διατροφικών Διαταραχών και της Νευρογενούς Ανορεξίας και έχουν ενοχοποιηθεί σε πολλές περιπτώσεις για την διαταραγμένη εικόνα του σώματος, τον επίμονο φόβο για την αύξηση του σωματικού βάρους και εν τέλει την εμφάνιση διαιτητικών συμπεριφορών με σκοπό την απώλεια βάρους. Τα παραπάνω αποτελούν όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο τα τρία βασικά -για την εμφάνιση, ανάπτυξη και συντήρηση της Νευρογενούς Ανορεξίας- κριτήρια. Επομένως, κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω διερεύνηση της ακριβής επίδρασης που ασκούν τα ΜΜΕ στην διαταραχή, καθώς και το πώς αυτό δύναται να εξελιχθεί μελλοντικά.

Ειδικότερα, καθώς το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης εξαπλώνεται με ταχύτατους ρυθμούς, και σε συνδιασμό με την ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας και την εμφάνιση

ολοένα και περισσότερων και διαφορετικών ειδών Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, η επιστημονική κοινότητα θα πρέπει να είναι προετοιμασμένη για κάθε παν ενδεχόμενο. Με λίγα λόγια, η περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης των ΜΜΕ και της Νευρογενούς Ανορεξίας θα πρέπει κατά τη γνώμη μας να αποτελέσει αναπόσπαστο κομμάτι των ερευνητικών ενδιαφερόντων στα πλαίσια της επιστημονικής κοινότητας, με σκοπό την πρόληψη και την παρεμπόδιση της ανόδου των ποσοστών εμφάνισης Διατροφικών Διαταραχών όπως αυτή της Νευρογενούς Ανορεξίας.

Συμπεράσματα – Γενικές παρατηρήσεις

Οι Διαταραχές στην Πρόσληψη τροφής αποτελούν σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές, με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας και συννοσηρότητας με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Ειδικότερα, η Νευρογενής Ανορεξία αποτελεί ψυχιατρική διαταραχή που προσβάλλει το 10% του παγκόσμιου πληθυσμού και εμφανίζεται ως επί το πλείστον στο γυναικείο πληθυσμό κατά την εφηβική και μετεφηβική περίοδο.

Τα Διαγνωστικά κριτήρια που απαιτούνται για την διάγνωση της διαταραχής αναφέρονται στην περιορισμένη λήψη ενέργειας αναλογικά με τις βιολογικές απαιτήσεις και εως εκ τούτου στην απώλεια σωματικού βάρους κάτω από το όριο του φυσιολογικού, τον έντονο φόβο για ενδεχόμενη αύξηση του και την διαταραγμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος. Ωστόσο, το ζήτημα των διαγνωστικών κριτηρίων αποτελεί ένα ζήτημα σύνθετο και πολύπλοκο ως προς την διερεύνησή του..

Πιο συγκεκριμένα, μέσα από την αναζήτηση βιβλιογραφικού υλικού σχετικά με την απώλεια σωματικού βάρους, τον διαρκή φόβο για ενδεχόμενη αύξηση του τελευταίου καθώς και την διαταραγμένη αντίληψη του σώματος, διαπιστώθηκε ότι τα ανορεκτικά άτομα χαρακτηρίζονται από μια πλειάδα φυσιολογικών, ιατρικών, γνωστικών και συναισθηματικών προβλημάτων καθώς και μια σωρεία συμπεριφορικών αντιδράσεων που εδράζονται σε διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις και αντιλήψεις σχετικά με το σώμα και τη σωματική κατασκευή των παραπάνω.

Εως εκ τούτου, τα διαγνωστικά κριτήρια είναι απαραίτητα όχι μόνο για την επικύρωση της ύπαρξης η μη της Νευρογενούς Ανορεξίας στο εκάστοτε άτομο, αλλά και για τον τρόπο με τον οποίο η συγκεκριμένη διαταραχή θα πρέπει να διερευνάται και να μελετάται από την επιστημονική κοινότητα, καθώς και για την δημιουργία συγκεκριμένων προγραμμάτων πρόληψης, αποκατάστασης και αντιμετώπισής της. Με λίγα λόγια, τα διαγνωστικά κριτήρια που απαιτούνται για την ύπαρξη της διαταραχής είναι παραπάνω από απλές μεμονωμένες προτάσεις επιβεβαίωσης και συνιστούν κατά τη γνώμη μας τις βασικές κατευθυντήριες γραμμές για την μελέτη της. Φυσικά τα παραπάνω προϋποθέτουν μια εις βάθος και εκτενή

μελέτη των διαγνωστικών κριτηρίων καθώς και την προϋπόθεση πάντα ότι τα τελευταία προσαρμόζονται στις ανάγκες και στις διαφορετικές απαιτήσεις της κάθε κλινικής περίπτωσης.

Εναργέστερα, οι Διατροφικές Διαταραχές και ιδιαίτερα η Νευρογενής Ανορεξία δεν έχουν αιτιολογηθεί πλήρως. Υπάρχουν τέσσερις κύριοι παράγοντες που έχουν προταθεί για την αιτιοπαθογένεια της διαταραχής: α) βιολογικοί παράγοντες, β) οικογενειακοί παράγοντες, γ) αναπτυξιακοί παράγοντες και δ) κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες.

Στη παρούσα εργασία αναφέραμε σε συνοπτικές γραμμές τους πρώτους τρεις παράγοντες ενώ επιχειρήσαμε να αναδείξουμε όλες εκείνες τις πτυχές που αναδεικνύουν το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο και συγκεκριμένο και τους λόγους για τους οποίους το τελευταίο αποτελεί απαραίτητο στοιχείο κατά τη διάρκεια της μελέτης της Νευρογενούς Ανορεξίας.

Το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο προωθεί και μεταδίδει συγκεκριμένα πρότυπα αναφορικά με την ομορφιά, το σώμα, την σωματική εκγύμναση, τα διαιτητικά προγράμματα και τις διαιτητικές συμπεριφορές. Ειδικότερα, οι Δυτικοί κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες επιβάλλουν δια μέσου διαφόρων Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης ένα αδύνατο, λεπτοκαμωμένο στα όρια της παιδικότητας γυναικείο σώμα, ενώ συγχρόνως μεταδίδουν μηνύματα περί της απαραίτητης καθημερινής γυμναστικής και περί διαιτητικών προγραμμάτων για την απώλεια βάρους. Επιπλέον τα Δυτικά πρότυπα τείνουν να προωθούν ιδέες και πεποιθήσεις που θέλουν το αδύνατο, κάτισγχο γυναικείο σώμα να συνδέεται με την επιτυχία, την υγεία και την ευημερία.

Τα παραπάνω, όπως έχει δειχθεί μέσα από διαφόρων ειδών ερευνητικές μελέτες αυξάνουν την σωματική δυσαρέσκεια μεγάλης μερίδας του γυναικείου πληθυσμού και οδηγούν στην εμπειρία και τη βίωση αρνητικών συναισθημάτων για το σώμα από μέρους των γυναικών. Επιπλέον τα Δυτικά πρότυπα ομορφιάς και η επέκτασή τους μέσω των ΜΜΕ φαίνεται να σχετίζονται με την δημιουργία συμπεριφορικών αντιδράσεων που αφορούν την επιθυμία μείωσης του σωματικού βάρους. Οι επιπτώσεις που φαίνεται να δημιουργούν τα Δυτικά πρότυπα και η εσωτερίκευση των παραπάνω μέσα από την ευρεία επέκτασή τους, αποτελούν

έναν από τους βασικότερους παράγοντες επικινδυνότητας για την ανάπτυξη της Νευρογενούς Ανορεξίας.

Εως εκ τούτου, η διερεύνησή, η πρόληψη και η θεραπεία της παραπάνω, θα πρέπει πάντοτε κατά τη γνώμη μας να λαμβάνει υπόψη το πλαίσιο στο οποίο εμφανίζεται. Εν τέλει, αξίζει να σημειωθεί ότι μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τους παράγοντες εκείνους που συνιστούν την αιτιοπαθογένεια της διαταραχής, έγινε φανερό ότι η Νευρογενής Ανορεξία αποτελεί πολύπλοκο, σύνθετο και πολυπαραγοντικό πάνω απ' όλα φαινόμενο, γεγονός που δικαιολογεί την μη σαφώς καθορισμένη μέχρι και σήμερα αιτιολογία της. Συνεπώς, η περαιτέρω διερεύνηση και η μελέτη τη διαταραχής καθώς και η απόπειρα μιας συνδιαστικής προσέγγισης των αιτιολογικών παραγόντων που τη συνιστούν, κρίνεται μείζονος σημασίας.

Βιβλιογραφία

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-V), (5th edition). San Francisco.

Anschutz, D., Spruijt-Metz, D., Van Strien, T., Engels, R. C.M.E. (2013). The direct effect of thin ideal focused adult television on young girls' ideal body figure. *Body Image*, 8, 26-33.

Bair, C. E., Kelly, N. R., Serdar, K. L., Mazzeo, S. E. (2012). Does the Internet function like Magazines? An exploration of image-focused media, eating pathology, and body dissatisfaction. *Eating Behaviors*, 13, 398-401.

Bell, B. T., Lawton, R., & Dittmar, H. (2007). The impact of thin models in music videos on adolescents girls' body dissatisfaction. *Body Image*, 4, 137–145.

Bermudez-Silva, F.J., Viveros, M.P., McPartland, J.M., Fonseca, F.R. (2010). The endocannabinoid system, eating behavior and energy homeostasis: The end or a new beginning? *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 95, 375–382.

Bruch, H. (1971). Family Transactions in Eating Disorders. *COMPREHENSIVE PSYCHIATRY*, VOL. 12, No. 3, 238-248.

Castellini, G., Polito, C., Bolognesi, E., D' Argenio, A., Ginestroni, A., Maschalchi, M. et al. (2013). Looking at my body. Similarities and differences between anorexia nervosa patients and controls in body image visual processing. *European Psychiatry*, 28, 427-435.

Coker, J., & Abraham, S. (2014). Body weight dissatisfaction: A comparison of women with and without eating disorders. *Journal of Eating Behaviors*. 15, 453-459.

Cota, D., Tschoep, M. H., Horvath, T. L., Levine, A. S. (2006). Cannabinoids, opioids and eating behavior: The molecular face of hedonism? *BRAIN RESEARCH REVIEWS*, 51, 85–107.

Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). *“Abnormal Psychology”*. USA: John Wiley & Sons Inc. p.p. 206-224.

Fairburn, C.G., Cooper, Z., O'Connor, M.E., 2008. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press, New York.

Falissard, B. (2007). Eating disorders: interactions between human nutrition research and food behaviours. *Trends in Food Science & Technology*, 18, 281-284.

Forbush, K. T., Hunt, T. K. (2014). Characterization of eating patterns among individuals with eating disorders: What is the state of the plate? *Physiology & Behavior*, 134, 92-109.

Gicquel, L. (2013). Anorexia Nervosa during adolescence and young adulthood: Towards a developmental and integrative approach sensitive to time course. *Journal of Physiology - Paris*, 107, 268-277.

Gluck, M. E., Geliebter, A. (2002). Racial/ethnic differences in body image and eating behaviors. *Eating Behaviors*, 3, 143–151.

Godfrey, K., Rhodes, P., Hunt, C. (2013). The Relationship Between Family Mealtime Interactions and Eating Disorder in Childhood and Adolescence: A Systematic Review. *Journal of Family Therapy*, 34, 54–74.

Hartmann, A. S., Thomas, J. J., Greenberg, J. L., Rosenfield, E. H., Wilhelm, S. (2015). Accept distract, or reframe? An exploratory experimental comparison of strategies for coping with intrusive body image thoughts in anorexia nervosa and body dysmorphic

disorder. *Psychiatry Research*, 225, 643–650.

Hartmann, A. S., Thomas, J. J., Wilson, A. C., Wilhelm, S. (2013). Insight impairment in body image disorders: Delusionality and overvalued ideas in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, 210, 1129-1135.

Hartmann A.S., Greenberg J.L., Elliott C.M., Thomas J.J. and Wilhelm S., Maintaining factors in OC-spectrum disorders: Explicit and implicit attractiveness beliefs in body dysmorphic disorder and anorexia nervosa, Poster presented at the 32nd Annual Conference on the Anxiety Disorders Association, Arlington, VA, USA, April 2012.

Heaner, K. M., Walsh B. T. (2013). A history of the identification of the characteristic eating disturbances of Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder and Anorexia Nervosa, *Appetite*, 65,185-188.

Hesse-Biber, S., Leavy, P., Quinn, C. E., Zoino, J. (2006). The mass marketing of disordered eating and Eating Disorders: The social psychology of women, thinness and culture. *Women's Studies International Forum*, 29, 208–224.

Hoekl, H. W., Hoeken, D. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *Wiley Periodicals, Inc*,383-396.

Holden, N. L. (1989). Eating disorders. *Baillidre's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 3, 705-227.

Καστελλάκης, Α. (επιμ.) (2011). *Βιοψυχολογία*. [χ.τ.]: Ίων Εκδόσεις Έλλην.

Kaye W. H., Greeno C. G., Moss H., Fernstrom J., Fernstrom M., Lilenfeld L. R., et al. *Alterations in serotonin activity and psychiatric symptomatology after recovery from bulimia nervosa*. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55(10): 927–35.

Kaye W. H., Frank, G. K., Bailer, U. F., Henry, S. E., Meltzer, C. C., Price, J. C., et al. (2005).

- Serotonin alterations in anorexia and bulimia nervosa: New insights from imaging studies. *Physiology and Behavior*, 85, 73-81.
- Kaye, W. (2008). Neurobiology of Anorexia and Bulimia Nervosa. *Physiology & Behavior*, 94, 121–135.
- Keizer, A., Smeets, M. A. M., Dijkerman, H. C., Hout, M., Klugkist, I., Elburg, A., Postma, A. (2011). Tactile body image disturbance in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 190, 115-120.
- Konstantakopoulos, G., Varsou, E., Dikeos, D., Ioannidi, N., Gonidakis, F., Papadimitriou, B et al. (2012). Delusional of body image beliefs in Eating Disorders. *Psychiatry Research*, 200, 482- 488.
- Kronvall, P., Fahy, T. A., Isaksson, A., Theander, S., Russell, G. F.M. (1992). The Clinical Relevance of Salivary Monitoring Amylase in Bulimia Nervosa. *BIOL PSYCHIATRY*, 32, 156-163.
- Lask, B., Bryant-Waugh, R. (1995). A European Perspective on Eating Disorders. *JOURNAL OF ADOLESCENT HEALTH*, 10, 418-419.
- Lucki I. (1998). The spectrum of behaviors influenced by serotonin. *Biol Psychiatry*, 44(3): 151-62.
- Mazzeo, S. E., Trace, S. E., Mitchell, K. S., Gow, R. W. (2007). Effects of a reality TV cosmetic surgery makeover program on eating disordered attitudes and behaviors. *Eating Behaviors*, 8, 390–397.
- Mellor, D., McCabe, M., Ricciardelli, L., Yeow, J., Daliza, N., Hapidzal, N. F. (2009). Sociocultural influences on body dissatisfaction and body change behaviors among Malaysian adolescents. *Body Image*, 6, 121-128.

Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in Context.*

Μπεζεβέγκης, Η. (επιμ.) (2011). *Εξελικτική ψυχολογία: δια βίου ανάπτυξη.* Αθήνα: Gutenberg

Muris, P., Meesters, C., Blom, W., Mayer, B. (2005). Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boy and girls. *Eating Behaviors*, 6, 11–22.

Μωρόγιαννης, Φ. (2000). *Διαταραχές διατροφής και ψυχοπαθολογία.* Μη εκδομένη διδακτορική διατριβή, Ιωάννινα, Ιωάννινα.

Nasser, M. (2009). Eating disorders across cultures. *PSYCHIATRY* 8:9.

Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in Context. By Salvador Minuchin, Bernice L. Rosman, and Lester Baker. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1978.

Rojo-Moreno, L., Arribas, P., Plumed, J., Gimeno, N., García-Blanco, A., Vaz-Leal, F., et al. (2015). Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Research*, 227, 52-57.

Scagliusi, F. B., Balfour, L., Bissada, H., Brautigam, B., Carney, T., Cascino, A. et al. (2006). *Anorexia nervosa and bulimia nervosa.* New York: Nova Science Publishers.

Segura-Garcia, C, Aloï, M, Rania, M, Ciambone, P, Palmieri, A, Pugliese, V, et. al. (2015). Ability of EDI-2 and EDI-3 to correctly identify patients and subjects at risk for eating disorders. *Eating Behaviors*, 19, 20-23.

Σίμου, Γ. Μ. (1996). ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΓΕΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.

Slovik, L. (1990). EVALUATING FAMILIES. *Curr Probl Pediatr, October*, 589-601.

Vetere, A. I., (1998). *Family Therapy and Systemic Approaches. University of Reading, UK, 6.04, 85-103.*

Σπανού, Β., Καζάνη, Ι., Τριπόδης, Ν. (2008). Νευρογενής Ανορεξία. http://www.fa3.gr/arhra/tripodis/2Neurogenis_Anorexia.pdf

Talovacci, M. P., Grigioni, S., Richard, L., Meyrignac, G., Dechelotte, P., Ladner, J. (2015). Eating Disorders and Associated Health Risks Among University Students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 47, 412-419.

Tiggemann, M. (2003). Media exposure, body dissatisfaction and disordered eating: Television and magazines are not the same! *European Eating Disorder Review*, 11, 418–430.

Walsh, T. B. (2011). The importance of eating behavior in eating disorders. *Physiology & Behavior*, 104, 525-529.

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, 521-551.

Wood, D., Knight, C. (2015). Anorexia Nervosa in adolescence. *PAEDIATRICS AND CHILD HEALTH*, 25:9.

Xu, X., Mellor, D., Kiehne, M., Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., Xu, Y. (2010). Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. *Body Image*, 7, 156–164.

Yang, C. 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.

Zerwas, S., Larsen, J. T., Petersen, L., Thornton, L. M., Mortensen, P. B., Bulik, C. M. (2015). The incidence of eating disorders in a Danish register study: Associations with suicide risk and mortality. *Journal of Psychiatric Research*, 65, 16-22.